

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Segurança do Doente na Admissão no Bloco Operatório de
Urgência

Patient Safety on Admission to the Emergency Operating Room

Autor

Sara Daniela Oliveira Vieira Meleiro

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 do Doente na Admissão no Bloco
Operatório de Urgência

Patient Safety on Admission to the Emergency
Operating Room

Orientador(es)

Isabel Maria de Sousa Miranda

Autor

Sara Daniela Oliveira Vieira Meleiro

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"Esperto é o mar que, em vez da briga, prefere abraçar o rochedo."

Mia Couto, Terra Sonâmbula

AGRADECIMENTO

Agradeço a todos os enfermeiros do serviço de realização do estágio pelo acolhimento e compreensão neste momento de desenvolvimento profissional, com especial agradecimento à minha tutora por todo o acompanhamento e dedicação que teve para comigo neste momento.

Agradeço aos meus colegas de serviço pelo apoio, compreensão e disponibilidade para facilitarem a minha organização do tempo para esta jornada.

Agradeço em especial à minha orientadora e amiga Enfermeira Especialista Isabel Miranda por todo o apoio, orientação, motivação e amizade que desenvolvemos e fortalecemos durante este percurso.

Aos meus amigos.

À minha família.

Obrigado!

RESUMO

O ambiente perioperatório, caracterizado pela sua complexidade, rapidez e constante evolução tecnológica, impõe desafios particularmente intensos aos profissionais de enfermagem. A especialização em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória permite, não apenas uma atuação mais segura e eficiente, mas também contribui para a tomada de decisão mais precisa, fundamentada em conhecimento específico e atualizado, reforçando a valorização profissional e a consolidação de práticas baseadas em evidências, promovendo uma cultura de excelência nos cuidados prestados.

O presente relatório tem como finalidade promover uma reflexão crítica e fundamentada sobre as atividades realizadas e as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio. Para além da descrição das experiências vivenciadas, este exercício reflexivo propõe analisar o contexto da prática, considerando os desafios, as aprendizagens e a evolução pessoal e profissional do enfermeiro em formação especializada.

O relatório propõe também a elaboração de dois estudos de caso, que ilustram de forma concreta a organização dos cuidados e o processo de tomada de decisão no âmbito da enfermagem perioperatória. Estes estudos de caso serão elaborados com base em situações ficcionadas e fundamentados na ontologia de enfermagem, que oferece uma estrutura formal e sistematizada para compreender os conceitos e relações que orientam a prática profissional. A utilização da ontologia permite, demonstrar as decisões e intervenções do enfermeiro, contribuindo para uma abordagem mais consistente, segura e centrada na pessoa em situação perioperatória.

A promoção do cuidado centrado na pessoa e a maximização da segurança constituem os eixos fundamentais da intervenção do enfermeiro, refletindo o compromisso ético e profissional da enfermagem perioperatória. O tema da segurança da pessoa na admissão no bloco operatório de urgência assume-se, como o foco central deste relatório, com a análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas e do processo de desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem perioperatória especializada.

Palavras-chave: Enfermagem perioperatória; Segurança do paciente; Admissão do paciente; Melhoria Contínua da Qualidade

ABSTRACT

The perioperative environment, characterized by its complexity, speed and constant technological evolution, poses particularly intense challenges to nursing professionals. Specialization in medical-surgical nursing in the area of nursing for people in perioperative situations allows not only safer and more efficient performance, but also contributes to more accurate decision-making, based on specific and up-to-date knowledge, reinforcing professional appreciation and the foundation of evidence-based practices, promoting a culture of excellence in the care provided.

The purpose of this report is to promote a critical and well-founded reflection on the activities carried out and the skills acquired and developed throughout the internship. In addition to describing the experiences lived, this reflective exercise proposes analyzing the context of the practice, considering the challenges, learning and personal and professional development of the nurse in specialized training.

The report also proposes the development of two case studies that provide concrete illustrations of the organization of care and the decision-making process in perioperative nursing. These case studies will be developed based on fictional situations and grounded in nursing ontology, which provides a formal and systematic framework for understanding the concepts and relationships that guide professional practice. The use of ontology allows the nurse to demonstrate his or her decisions and interventions, contributing to a more consistent, safe and person-centered approach in perioperative situations.

Promoting person-centered care and maximizing safety constitute the fundamental axes of nursing intervention, reflecting the ethical and professional commitment of perioperative nursing. The topic of personal safety upon admission to the emergency surgical center is the central focus of this report, with a critical-reflective analysis of the experiences and the process of developing skills within the scope of specialized perioperative nursing.

Keywords: Perioperative nursing; Patient safety; Patient admission; Continuous Quality Improvement

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

°C - Graus Celsius

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesa

AINE - Anti-Inflamatório Não Esteroide

AORN - Association of Operating Rooms Nurses

ASA - American Society of Anesthesiologists

BIS - Índice Bi-espectral

cm - Centímetros

cmH₂O - Centímetros de água

CO₂et - Dióxido de carbono end tidal

DGS - Direção Geral da Saúde

EORNA - European Operating Room Nurses Association

ePTFE - Politetrafluoroetileno expandido

FiO₂ - Fração inspirada de oxigénio

L/min - Litros por minuto

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

MAC - Concentração alveolar mínima

mg - Miligramas

mg/dl - Miligramas por decilitro

mg/ml - Miligramas por mililitro

mmHg - Milímetros de mercúrio

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PEEP - Pressão expiratória final positiva

PMCQCEE - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

TCI - Target Controlled Infusion

TJC - The Joint Commission

TOF - Train-Of-Four

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
AGRADECIMENTO	5
RESUMO	7
ABSTRACT	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	11
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	15
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. CASO 1 - APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA	25
3.1. Enquadramento teórico	25
3.2. Clientes	30
3.3. Medicação	30
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	31
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	35
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	37
3.5. Domínios	40
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	40
3.6. Conceção de Cuidados	45
3.7. Especificação das intervenções	48
3.8. Síntese relativa ao caso	48
4. CASO 2 - TROMBOEMBOLECTOMIA COM ENXERTO DE INTERPOSIÇÃO AXILO-BRAQUIAL NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO	53
4.1. Enquadramento teórico	53
4.2. Clientes	56
4.3. Medicação	56
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	57
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	61
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	64
4.5. Domínios	68
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	68
4.6. Conceção de Cuidados	72
4.7. Especificação das intervenções	76
4.8. Síntese relativa ao caso	76
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	79
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	101
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

ANEXOS 113

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A missão do enfermeiro perioperatório é cuidar a pessoa, no que toca à disponibilidade, conhecimentos técnico-científicos e relacionais, responsabilidade, pensamento crítico, investigação e prática baseada na evidência e compromisso profissional (Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas (AESOP), 2012).

A diferenciação e a especialização emergem como respostas fundamentais para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde no contexto perioperatório, sendo uma das áreas onde esses desafios são particularmente intensos e constantes, exigindo dos profissionais de enfermagem um nível elevado de competência e adaptabilidade.

O desenvolvimento da enfermagem tem vindo a ser evidente no acompanhamento das alterações demográficas e as necessidades da população, a evolução técnico-científica e as mudanças do sistema de saúde, sendo promotor da procura pela especialização dos cuidados, que ultrapassa o domínio de competências dos enfermeiros de cuidados gerais (Ribeiro, 2023).

O ambiente perioperatório, como ambiente complexo, exige uma alta capacidade de tomada de decisão e resolução de problemas. Cada pessoa apresenta um conjunto único de circunstâncias e desafios e a capacidade de avaliar rapidamente a situação e agir de maneira adequada é fundamental. A responsabilidade ética dos enfermeiros perioperatórios também se intensifica no contexto de uma sociedade exigente e informada, devendo estes estar preparados para responder às suas expectativas, proporcionando informações claras e apoio emocional (Marques, et al., 2024).

A especialização em enfermagem perioperatória contribui para a segurança da pessoa, como prioridade máxima em qualquer contexto de cuidados de saúde. Enfermeiros bem treinados e atualizados são mais capazes de identificar e mitigar riscos, prevenir complicações e responder rapidamente em situações de emergência. Através de uma prática baseada em evidência e compromisso com a aprendizagem contínua, garantem que a pessoa recebe cuidados seguros e eficazes durante todas as fases do perioperatório (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018).

A enfermagem especializada na área à pessoa em situação perioperatória é impulsionada pela complexidade crescente e pelas suas expectativas elevadas na área da saúde. A prática baseada na evidência, pela constante atualização científica e elaboração de protocolos; a investigação, pela promoção de uma cultura de inovação e questionamento contínuo; a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com a identificação de áreas críticas e implementação de mudanças baseadas em dados e evidência; a liderança e gestão, na coordenação eficaz das equipas multidisciplinares, otimização dos recursos e planeamento e

organização do trabalho de forma a maximizar a eficiência e a eficácia dos cuidados; os princípios éticos e a deontologia profissional, na adesão aos padrões de conduta estabelecidos pela profissão, mantendo a integridade e a responsabilidade nas suas ações; e a resposta às necessidades da pessoa e família/pessoa significativa, como cuidado holístico fundamental para proporcionar um ambiente de apoio e segurança. Este conjunto de competências são essenciais à prática de enfermagem avançada em perioperatório, capaz de dar resposta às necessidades da pessoa, promovendo o ambiente terapêutico e a excelência do cuidado (OE, 2018).

Os cuidados de enfermagem perioperatória assentam em diferentes pilares, no reconhecimento do outro e a sua capacitação, a vulnerabilidade da pessoa, a responsabilidade do cuidado, prudência e gestão de risco e a consciência cirúrgica. Estes pilares pretendem desenvolver as capacidades do enfermeiro no empoderamento da pessoa em situação perioperatória, promoção da saúde, prevenção de eventos adversos e tratamento da doença, como definido nos padrões de qualidade dos cuidados especializados preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2017).

A organização do conhecimento em enfermagem através do processo de tomada de decisão permite estruturar e formalizar os conceitos e as relações do domínio disciplinar, através da análise dos dados, identificam-se diagnósticos e realizam-se intervenções de enfermagem (Bastos, et al., 2022). Esta sistematização dos cuidados à pessoa em situação perioperatória realiza-se através do sistema de informação que tem por base a ontologia em enfermagem disponível na plataforma E4nursing.

O presente relatório enquadra-se na unidade curricular de estágio de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II, inserido no plano curricular do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

O desenvolvimento de atividades em contexto de estágio surge da necessidade de intervenção do enfermeiro no âmbito da segurança na admissão da pessoa no bloco operatório de urgência, na promoção do seu cuidado e maximização da segurança, sendo esta a temática principal deste relatório e do desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem perioperatória.

O relatório tem como objetivo a reflexão crítica das atividades e competências adquiridas e desenvolvidas durante o estágio, assim como a análise do seu contexto, acrescentando a elaboração de dois estudos de caso através da organização dos cuidados e tomada de decisão do enfermeiro perioperatório, baseado na ontologia de enfermagem. A sua finalidade é a obtenção de uma avaliação quantitativa na unidade curricular, considerando os seus objetivos definidos.

O relatório é redigido segundo uma metodologia de descrição e análise crítico-reflexiva e está

estruturado de forma a dar resposta ao que é pretendido pela unidade curricular, contemplando uma contextualização do local de estágio, a elaboração de dois estudos de caso e a descrição do percurso efetuado com análise e reflexão das competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória adquiridas neste percurso, terminando com a síntese final e anexos ao relatório.

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

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória assenta na sua estrutura curricular a realização de um estágio para aquisição de competências especializadas, o estágio de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II.

Este estágio tem como objetivo proporcionar uma prática clínica avançada, promovendo a aquisição de competências e conhecimentos essenciais para o desenvolvimento do pensamento crítico, fundamentais na identificação de problemas potenciais e na tomada de decisão. Proporciona também o planeamento eficaz, através da implementação de planos de cuidados personalizados e da adaptação às necessidades individuais de cada pessoa, assim como a tomada de decisão em contextos complexos, desenvolvendo a capacidade de tomar decisões assertivas e agir de forma eficaz.

A prática em estágio clínico visa a aquisição de competências especializadas segundo os objetivos gerais da unidade curricular estabelecidos previamente e presentes no guia de estágio em enfermagem à pessoa em situação perioperatória II, nomeadamente:

- Aplicar conhecimentos no processo de tomada de decisão na resolução de situações complexas, em contextos alargados e multidisciplinares, na área científica de enfermagem;
- Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam do processo de tomada de decisão na área da enfermagem especializada;
- Conceber, formular e desenvolver um relatório de estágio que inclui a componente de investigação científica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória;
- Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica;
- Disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados da investigação em enfermagem;
- Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma.

A aquisição do conjunto destas competências é demonstrado em contexto de prática clínica num bloco operatório de urgência com uma área de atuação abrangente.

O bloco operatório caracteriza-se como, segundo a AESOP (2012):

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

Os cuidados de enfermagem perioperatória centram-se no desenvolvimento de boas práticas com cuidados seguros e de qualidade à pessoa a vivenciar um processo cirúrgico e de vulnerabilidade, proporcionando à pessoa a promoção da sua autonomia capacitando-a e envolvendo-a no seu processo de saúde (OE, 2017).

A realização do estágio em bloco operatório permite adquirir e desenvolver competências como enfermeiros perioperatórios na garantia da segurança da pessoa, na qualidade dos cuidados perioperatórios, na eficiência da equipa multidisciplinar e na gestão do bloco operatório (OE, 2018). A prática nos contextos clínicos permite não só o desenvolvimento de competências, mas também a aprendizagem pela experiência, a partilha de conhecimentos e a reflexão sobre a prática, permitindo aprimorar as habilidades e contribuir significativamente para a eficiência e a segurança no bloco operatório.

O estágio de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II compreendeu-se entre o dia 30 de setembro de 2024 e 28 de fevereiro de 2025, totalizando 810 horas, sendo 440 horas de contato, realizado num bloco operatório de urgência.

Estágio em contexto de bloco operatório de urgência

O estágio de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II desenvolveu-se num bloco operatório de urgência num hospital em Portugal. O bloco operatório polivalente é constituído por duas unidades interligadas entre si, tendo sido realizado o estágio no bloco operatório central.

O bloco operatório central é constituído por oito salas operatórias distribuídas pelas diferentes especialidades cirúrgicas e um recobro polivalente com capacidade de nove camas para o pós-operatório imediato. Este bloco é dotado de um gabinete de direção clínica, um gabinete de gestão de enfermagem, um armazém de material clínico, um armazém de dispositivos médicos de uso múltiplo, armazém de equipamentos, sala de registos, sala de sujos, secretariado, vestiários masculino e feminino e sala de pausa.

Existe um circuito definido institucionalmente de sujos, para evacuação de resíduos e roupa hospitalar, assim como o circuito de limpos com ligação direta à unidade de reprocessamento de dispositivos médicos de usos múltiplo por área restrita. No entanto, estes circuitos cruzam-se num corredor único comum em alguns pontos críticos, especialmente junto às salas de operações. Neste sentido e como recomendado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) observamos um maior controlo de higiene do espaço, resultando na limpeza e desinfeção seguida à passagem do material contaminado (ACSS, 2011).

As salas operatórias estão distribuídas por duas alas, ficando nos corredores externos as áreas de movimentação de materiais e equipamentos e existe dois gabinetes de apoio às salas operatórias. As pessoas em situação perioperatória circulam, também, por estes corredores e ficam a aguardar a entrada em locais resguardados contíguos às salas de operações. No corredor interno, comum às duas alas cirúrgicas, encontra-se a zona de desinfecção pré-cirúrgica e a ligação à farmácia existente no serviço, sendo este o corredor utilizado para a circulação dos profissionais.

Da observação do serviço ao nível estrutural podemos considerar como aspeto positivo a existência de janelas com luz natural direta em ambos os corredores externos e sala de pausa. As janelas têm características que respeitam as normas preconizadas como a impossibilidade de abertura. Esta observação advém da necessidade humana de receber luz natural, pois esta falta pode afetar o ritmo circadiano humano, gerando alterações psicológicas e emocionais nos profissionais que trabalham longos períodos fechados numa sala operatória. A luz natural aumenta o bem-estar dos profissionais, refletindo-se na capacidade de reflexão e pensamento crítico e, conseqüentemente, eleva a segurança da pessoa aos seus cuidados (ACSS, 2011; Golvani, 2021).

Por outro lado, encontramos uma zona de *transfer* das pessoas submetidas a processo cirúrgico comum à passagem para o recobro, o que podemos considerar como um problema estrutural do serviço. Nesse sentido alertamos para a sua importância no que toca a salvaguardar a privacidade da pessoa em situação perioperatória, assim como no controlo da descontaminação do ambiente, já que é inexistente uma barreira física entre a área livre e a área semi-restrita (ACSS, 2011; AESOP, 2012)

O bloco operatório na sua organização é parte integrante da Unidade de Gestão Integrada de Cirurgia, ficando sobre a alçada de uma direção clínica e a gestão de enfermagem e engloba as áreas de referência do intra-operatório, na intervenção dos cuidados intraoperatórios, recobro de pós-operatório imediato, coordenação do serviço e articulação com a unidade de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo.

O serviço de bloco operatório tem como missão principal proporcionar as condições para a execução de atos cirúrgicos, estando dotado de recursos humanos qualificados e equipamentos modernos. É definido como um local privilegiado para a formação e ensino, por serem realizados procedimentos de referência.

Na sua área de atuação, o bloco operatório oferece cuidados especializados ao nível das diferentes especialidades cirúrgicas como a urologia, neurocirurgia, cirurgia plástica, reconstrutiva e maxilo-facial, otorrinolaringologia, estomatologia, cirurgia vascular, ginecologia e cirurgia geral. Os cuidados em contexto de urgência englobam todas as especialidades, acrescentando as especialidades de ortopedia e traumatologia.

A equipa de enfermagem é composta por 74 enfermeiros, dos quais um enfermeiro gestor, especialista em enfermagem médico-cirúrgica e dez enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, destes, três são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Totaliza cinco enfermeiros mestres em enfermagem, o que revela a procura crescente por uma prática de cuidados avançada. Diariamente os enfermeiros são distribuídos pelos diferentes postos de trabalho (anestesia, circulação, instrumentação, recobro, dor aguda, coordenação e esterilização) de acordo com o seu nível de competência e especificidade. Neste contexto, são garantidas as dotações seguras dos cuidados de enfermagem, existindo três enfermeiros por sala operatória como definido pelo Regulamento nº 743/2019, da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019).

A prática assistencial em bloco operatório é baseada na estrutura concetual para a prática de enfermagem perioperatória designada pela *Association of Operating Room Nurses (AORN)* como *Perioperative Patient Focused Model*. Este Modelo concetual demonstra a relação entre a pessoa em situação perioperatória e a intervenção do enfermeiro perioperatório. A pessoa está no centro como foco dos cuidados perioperatórios, expandindo-se por quatro domínios de cuidados como a segurança, as respostas fisiológicas, as respostas comportamentais e o sistema de saúde (AORN, 2021).

O domínio da segurança da pessoa prevê a ausência de sinais e sintomas de lesões relacionadas com o procedimento cirúrgico, por outro lado o domínio das respostas fisiológicas pretende a obtenção dos resultados esperados para esse mesmo procedimento, os quais requerem do enfermeiro perioperatório o planeamento de intervenções individualizadas e personalizadas à pessoa alvo dos seus cuidados. O domínio das respostas comportamentais pressupõe a implementação de um conjunto de intervenções que promovam o conhecimento e bem-estar da pessoa e sua família, levando o enfermeiro perioperatório a agir com respeito à sua dignidade. Por sua vez, o domínio do sistema de saúde envolve todos os meios estruturais necessários à concretização do plano de cuidados individualizado (Van Wicklin, 2020).

O *Perioperative Patient Focused Model* foca também os resultados, visando a obtenção de resultados de qualidade dependentes das intervenções dos enfermeiros, através da avaliação, com a identificação de diagnósticos e intervenções personalizadas a cada pessoa submetida aos cuidados perioperatórios (Van Wicklin, 2020; AORN, 2021).

A área de atuação no contexto de bloco operatório, para além de abrangente é de elevada complexidade pelo número e diferenciação de procedimentos cirúrgicos que acarreta, tornando-se um excelente meio de aprendizagem especializada em contexto de prática clínica. Nesse sentido foi escolhido este contexto para a realização do estágio em enfermagem à pessoa em situação perioperatória II e pela sua abrangência de especialidades cirúrgicas e área de atuação em contexto de urgência. Foram definidos objetivos específicos para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem perioperatória, sendo:

- Desenvolver competências na área de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, como enfermeira circulante e instrumentista, em contexto de bloco de urgência;
- Elaborar um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados perioperatórios, após análise das necessidades do serviço;
- Desenvolver um projeto para a promoção da segurança da pessoa submetida aos cuidados perioperatórios, em contexto de bloco de urgência;
- Elaborar dois estudos de caso em contexto de bloco de urgência;
- Desenvolver competências no processo de coordenação e gestão dos recursos humanos e materiais no bloco operatório.

Ao longo do desenvolvimento desta reflexão crítica sobre a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, certifica-se o cumprimento dos objetivos específicos propostos na realização deste estágio em contexto de prática clínica.

3. CASO 1 - APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Pessoa do género feminino, 47 anos, apresenta antecedentes pessoais de ansiedade e obesidade grau I e antecedentes cirúrgicos de colecistectomia, amigdalectomia e adenoidectomia. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal no quadrante inferior direito. Apresentava o abdómen mole e dor à palpação no flanco direito e fossa ilíaca direita, sinal de Blumberg positivo. Na ecografia abdominal identificou-se inflamação do apêndice ileocecal, compatível com o quadro de apendicite aguda sem menção de peritonite, comprovado pelos resultados da análise laboratorial. Eletrocardiograma normal. Apirética. Foi proposta para cirurgia de urgência para apendicectomia laparoscópica.

3.1. Enquadramento teórico

No sentido da estruturação do pensamento e da tomada de decisão do enfermeiro perioperatório apresentamos o presente estudo de caso relativo a uma intervenção cirúrgica em contexto de urgência de apendicectomia laparoscópica.

A conceção de cuidados divide-se em duas sessões que descrevem a intervenção do enfermeiro perioperatório em dois momentos distintos. A primeira sessão envolve a intervenção do enfermeiro perioperatório desde a entrada da pessoa na sala até ao início da cirurgia. A segunda sessão demonstra a intervenção do enfermeiro perioperatório desde o encerramento cirúrgico até à saída da sala.

Etiologia e epidemiologia

A apendicite é a inflamação aguda do apêndice e é uma das urgências cirúrgicas mais frequentes na área de especialidade de cirurgia geral. A apendicite é mais frequente nos jovens adultos, com uma prevalência de ocorrer em 7% da população mundial, afetando mais a população da região ocidental. Estima-se que este último estará relacionado a uma dieta mais pobre em fibras e rica em gorduras (Phipps, et al., 2009; Ellison & Zollinger, 2017; Martín-del Olmo, et al., 2022; Townsend, et al., 2022).

Anatomia

O apêndice é uma protuberância ligada ao cego, o qual faz parte integrante deste, localizando-se na região do quadrante inferior direito do abdómen. O apêndice enche-se e esvazia-se de quimo por peristaltismo, em coordenação com o restante intestino. Caracteriza-se por ter entre

8 a 10 centímetros de comprimento, mas não tem uma função definida (Phipps, et al., 2009).

Alguns estudos sugerem que o apêndice tem a função de armazenamento de bactérias intestinais para recolonização e manutenção da flora do intestino, assumindo assim uma função protetora do cólon (Townsend, et al., 2022).

Como parte integrante do cego e cólon ascendente, o apêndice é irrigado pela artéria mesentérica superior, ramificando-se localmente pela artéria ileocólica e artéria apendicular. Esta última fornece a irrigação do mesoapêndice (Townsend, et al., 2022).

A extremidade distal do apêndice pode ter uma localização variável. A localização retrocecal é mais comum, no entanto é também frequente encontrar-se na região pélvica ou retroperitoneal (Townsend, et al., 2022).

Fisiopatologia

A apendicite tem origem na obstrução do lúmen interno do apêndice. A obstrução do lúmen proximal do apêndice aumenta a pressão distal devido à secreção de muco e produção de gás bacteriano, levando à distensão. A drenagem venosa fica diminuída o que leva a isquemia da parede apendicular, que por último, pela sua progressão resulta em perfuração (Phipps, et al., 2009; Townsend, et al., 2022).

A obstrução pode ter como origem apendicolitos, que se destacam por coleção de fezes ou corpo estranho, sendo este fator o mais frequente, mas também pode ocorrer por neoplasia ou hiperplasia linfóide (Phipps, et al., 2009; Townsend, et al., 2022).

A evolução do processo inflamatório do apêndice pode variar entre dias a semanas, no entanto, na presença de úlcera na mucosa do apêndice pode evoluir para perfuração num período de tempo de 24 a 36 horas. Com este resultado, é comum encontrar-se localmente um abscesso intrabdominal e, nos casos de perfuração, pode resultar em peritonite (Phipps, et al., 2009).

Manifestações clínicas

A pessoa com apendicite aguda manifesta sinais de dor abdominal periumbilical, que gradualmente se desloca para a região do quadrante inferior direito, no ponto de *McBurney*, localizado entre o umbigo e a crista ilíaca anterior. Para além da dor, manifesta-se com sintomas de náuseas, vômitos e anorexia e aumento da temperatura corporal, como reflexo do processo inflamatório (Phipps, et al., 2009).

O conhecimento das variantes da anatomia do apêndice também fornecem informação da localização da dor abdominal. Manifestação de dor na região do flanco direito ou costas pode indicar inflamação do apêndice retroperitoneal, por outro lado, o apêndice localizado na região da pélvis provoca dor na região supra-púbica, que muitas vezes pode sugerir dor característica de infeção do trato urinário (Townsend, et al., 2022).

Diagnóstico

O diagnóstico de apendicite aguda surge da avaliação da manifestação clínica dos sinais e sintomas, juntamente com os resultados laboratoriais e de imagem.

A palpação do abdómen sugere presença de infecção do apêndice através do sinal de *Rovsing* e sinal de *Blumberg*. O sinal de *Rovsing* consiste em aplicar pressão no quadrante inferior esquerdo do abdómen, com reflexo da dor no quadrante inferior direito (Townsend, et al., 2022). O sinal de *Blumberg*, também conhecido como sinal de *Blumberg-Shchetkin* ou sensibilidade de ressalto, é um indicador de presença de apendicite aguda. Este sinal é aplicado no ponto de *McBurney* e consiste em aplicar pressão contínua e retirar repentinamente a mão da zona afetada. Se a dor da descompressão for mais intensa do que a pressão, pode indicar que está numa fase aguda do processo inflamatório (Yale, et al., 2022).

Os resultados laboratoriais refletem-se no aumento do número de glóbulos brancos e neutrófilos, assim como, a concentração sérica elevada de proteína C-reativa, no entanto não são indicadores de inflamação aguda do apêndice por si só (Téoule et al., 2020; Vaos & Zavras, 2024).

O recurso a exames de imagem auxiliam o diagnóstico de apendicite aguda na presença de sintomas atípicos, a fim de confirmar a presença de inflamação do apêndice. Os exames mais usuais são a ultrassonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, sendo as duas primeiras utilizadas mais comumente (Martín-del Olmo, et al., 2022).

A ultrassonografia, como método de primeira escolha, evidencia a presença de apendicite, no entanto não é suficientemente específica para a excluir. A tomografia computadorizada é mais eficaz no diagnóstico, contudo a observação do apêndice perfurado pode ser comprometida, sendo também pouco utilizado na presença de crianças e grávidas. Para estes casos existe a possibilidade de realização de ressonância magnética, com resultados eficazes no diagnóstico de apendicite aguda (Téoule et al., 2020; Catal, et al., 2021).

Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico para a apendicite aguda consiste em remover o apêndice, seccionando-o na sua base no cego, por via laparotómica ou laparoscópica (Rothrock, 2008).

A apendicectomia laparoscópica consiste na remoção do apêndice por meio de técnica minimamente invasiva, através de três incisões no abdómen (Rothrock, 2008). Esta técnica cirúrgica mostrou-se tendencialmente mais utilizada nas últimas décadas, demonstrando resultados bastantes positivos em comparação com a técnica de cirurgia aberta (Nikolovski & Ulusoy, 2022; Townsend, et al., 2022). As vantagens da cirurgia de apendicectomia por via laparoscópica definem-se por apresentarem tempo cirúrgico reduzido, menor taxa de complicações pós-operatórias, como a infecção do local cirúrgico, redução da dor no pós-

operatório e menor tempo de internamento, promovendo o regresso à sua atividade precocemente (Phipps, et al., 2009; Nikolovski & Ulusoy, 2022; Townsend, et al., 2022).

A técnica laparoscópica permite também a visualização da cavidade intra-abdominal, observando o espaço peritoneal e os órgãos abdominais, de forma a descartar outras patologias que possam manifestar sinais e sintomas semelhantes à apendicite (Townsend, et al., 2022). Esta técnica permite uma abordagem segura mesmo na presença de perfuração do apêndice, não estado aconselhada apenas no tratamento a grávidas no segundo e terceiro trimestre de gravidez, por apresentarem uma possível distensão intestinal e, assim, pouco espaço intraperitoneal (Ellison & Zollinger, 2017; Nikolovski & Ulusoy, 2022).

Antes da realização da cirurgia de apendicectomia laparoscópica é pedido à pessoa que possa esvaziar a bexiga, com o objetivo de diminuir o risco de perfuração desta aquando da inserção do trocarte (Townsend, et al., 2022).

Para iniciar a cirurgia é necessário realizar o pneumoperitoneu. O dióxido de carbono é o gás utilizado para a insuflação da cavidade abdominal, por ser de baixo custo e não inflamável, e é pretendido uma pressão de insuflação intra-abdominal de 12 a 15 cmH₂O (Machado, 2018; Yang, et al., 2022). Para a sua introdução utiliza-se a técnica aberta ou técnica de *Hasson* na zona lateral umbilical, ou como alternativa, a introdução da agulha de *Veress* para insuflação da cavidade peritoneal, até atingir a pressão desejável e o abdómen se torne timpânico (Ellison & Zollinger, 2017).

A cirurgia de apendicectomia laparoscópica é realizada através do acesso de três trocartes e identificadas as estruturas anatómicas para proceder à remoção do apêndice. O apêndice é seccionado na sua base e identificada a artéria apendicular para laqueação subsequente. A hemostase é revista no termino da cirurgia e a parede abdominal é encerrada para prevenção de hérnias incisionais (Rothrock, 2008; Ellison & Zollinger, 2017; Townsend, et al., 2022).

Procedimento anestésico

Na cirurgia de apendicectomia laparoscópica o procedimento anestésico mais comum é a anestesia geral (Machado, 2018). A anestesia geral é um procedimento anestésico essencial para a realização de cirurgias e procedimentos invasivos sem dor e desconforto e envolve a administração de medicamentos que induzem um estado controlado de inconsciência reversível, permitindo que a pessoa fique completamente insensível à dor, garantindo também um estado de imobilidade durante o procedimento cirúrgico. Esta classifica-se em quatro grupos, intravenosa, inalatória, balanceada e dissociativa, acrescentando também a divisão em três fases, distinguindo-se pela indução, manutenção e recuperação (Duarte & Martins, 2016; Machado, 2018).

Na fase de indução são administrados medicamentos anestésicos, por via intravenosa ou inalatória. Durante essa fase, a resposta da pessoa é acompanhada e pode ser realizada a

intubação endotraqueal, garantindo que a respiração seja mantida por ventilação mecânica. A fase de manutenção caracteriza-se pela administração de anestésicos na garantia que a pessoa permaneça inconsciente e estável, monitorizando a frequência cardíaca, a pressão arterial, a oxigenação do sangue e outros parâmetros vitais prevenindo complicações. Na fase de recuperação é revertido o bloqueio neuromuscular e a pessoa em situação perioperatória recupera a consciência, terminando assim o processo anestésico (Duarte & Martins, 2016; Machado, 2018).

No estudo de caso apresentado, foi utilizado o método de anestesia geral intravenosa. Este tipo de anestesia caracteriza-se pela administração exclusiva de anestésicos por via intravenosa, tanto na fase de indução como na fase de manutenção, sem a necessidade do uso de agentes inalatórios.

A anestesia geral intravenosa oferece diversas vantagens, como indução rápida, menor risco de poluição ambiental por gases anestésicos e recuperação mais previsível, além de reduzir a incidência de efeitos adversos, como náuseas e vômitos pós-operatórios, quando comparada à anestesia inalatória (Machado, 2018).

Para garantir um controlo preciso da anestesia e atender às necessidades individuais da pessoa durante o procedimento, podem ser utilizados sistemas complementares, como o *Target Controlled Infusion* (TCI). Esse sistema automatizado permite a administração contínua do anestésico intravenoso por meio de uma bomba de infusão controlada por um modelo farmacocinético, que ajusta a dosagem de acordo com os parâmetros fisiológicos da pessoa, como a idade, peso, altura e estado clínico. O TCI possibilita uma maior estabilidade dos níveis plasmáticos do fármaco, evitando picos de concentração e reduzindo o risco de super ou subdosagem, tornando esta técnica uma alternativa segura e eficaz (Machado, 2018; Bidkar, et al., 2024).

O modelo utilizado neste estudo de caso para TCI foi o modelo *Schnider*. Este modelo segue o modo efeito, através da análise das variáveis de altura, idade, peso, género e índice de massa corporal. Requer uma menor dose de fármaco para indução anestésica e mantém uma taxa reduzida de efeitos adversos (Bidkar, et al., 2024).

Outros meios permitem-nos a monitorização do bloqueio neuromuscular durante o processo de anestesia geral. A utilização do sistema de salva de quatro, mais comumente conhecido na sua tradução de *Train-Of-Four* (TOF), permite avaliar o nível de relaxamento muscular pela amplitude de resposta, através da aplicação de quatro estímulos separados de 0,5 segundos com uma sequência de repetição de 10 a 20 segundos. Com a administração de relaxante muscular não despolarizante, a resposta ao estímulo vai diminuindo, garantindo o relaxamento muscular. O mesmo acontece, mas de forma invertida na fase de recuperação (Machado, 2018).

A monitorização da profundidade da anestesia baseado em eletroencefalografia mais utilizado

na prática clínica é o Índice Bi-espectral (BIS). Esse sistema permite a quantificação objetiva do nível de consciência da pessoa durante a anestesia geral. O BIS capta a atividade elétrica cerebral através de eletrodos posicionados na testa da pessoa. O monitor analisa e processa os dados com a análise de múltiplos parâmetros da atividade elétrica cerebral, como frequência, fase e espectro de potência, e converte num número adimensional que varia de 0 a 100. Valores entre 40 e 60 indicam uma profundidade anestésica adequada, permitindo uma resposta rápida a mudanças no espectro, mantendo a precisão e o conforto para a pessoa em situação perioperatória (Singla, et al., 2024).

A avaliação do risco anestésico mostra-se fundamental para a identificação de fatores que possam aumentar o risco de complicações durante ou após a anestesia, garantindo maior segurança para a pessoa. A *American Society of Anesthesiologists* (ASA) criou um sistema amplamente utilizado para estratificar o risco anestésico com base no estado de saúde geral. Essa classificação ajuda a prever possíveis complicações e a escolher a estratégia anestésica mais adequada. A avaliação pré-operatória é crucial para despiste de patologias associadas à pessoa em situação perioperatória, com base na sua história clínica, antecedentes familiares, hábitos pessoais e medicação habitual (Duarte & Martins, 2016).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 47 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-24 00:45:00	Fentanil 0,15mg EV	
2024-10-24 00:45:00	Propofol 1% 160mg EV	
2024-10-24 00:45:00	Rocurónio 80mg EV	
2024-10-24 00:45:00	Dexametasona 8mg EV	
2024-10-24 00:45:00	Propofol 2% 15ml/h (Perfusão contínua)	
2024-10-24 00:45:00	Polieletrolítico 1000ml EV	
2024-10-24 01:45:00	Paracetamol 1g EV	
2024-10-24 01:45:00	Tramadol 100mg EV	
2024-10-24 01:45:00	Cetorolac 30mg EV	

Início	Medicação	Fim
2024-10-24 01:45:00	Ondansetron 4mg EV	
2024-10-24 01:45:00	Ropivacaína 75mg SC	
2024-10-24 01:45:00	Sugamadex 200mg EV	

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A administração de medicação é uma responsabilidade essencial da equipa de enfermagem, exigindo conhecimento, concentração e cumprimento rigoroso de protocolos para garantir a segurança da pessoa em situação perioperatória e a eficácia do tratamento. No seguimento deste pensamento é fundamental seguir os princípios de administração segura de medicamentos com base nos “5 certos da administração de medicamentos” como a pessoa certa, a dose certa, medicamento certo, via de administração certa e horário certo (PNSD, 2022).

No desenvolvimento do presente estudo de caso, foram analisados de forma detalhada os diferentes fármacos administrados à pessoa em situação perioperatória, considerando as suas indicações, mecanismos de ação, vias de administração e possíveis efeitos adversos.

Anestésicos Gerais

Propofol

O propofol é um anestésico hipnótico intravenoso amplamente utilizado na prática clínica devido à sua rápida indução, curta duração de ação e recuperação suave. Está indicado para indução e manutenção da anestesia geral e sedação em procedimentos cirúrgicos. Pode ser apresentado a 10 mg/ml (1%) ou 20 mg/ml (2%) e tem um início de ação de 40 segundos, sendo metabolizado até 5 minutos. As contraindicações ao fármaco baseiam-se na hipersensibilidade ao propofol, derivados de ovo, glicerol e óleo de soja (Deglin & Vallerand, 2010; Machado, 2018).

No presente estudo de caso foi administrado propofol a 1% como bólus de indução e propofol a 2% em perfusão contínua por meio de TCI, com o objetivo de obter um BIS de 50, garantindo a perda da consciência da pessoa durante o procedimento cirúrgico.

O enfermeiro perioperatório deve intervir na monitorização do estado respiratório, frequência cardíaca e pressão arterial, assim como a monitorização do nível de consciência, de forma a detetar possíveis alterações hemodinâmicas e antecipar cuidados para maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória.

Relaxantes musculares

Rocurónio

O Rocurónio é um bloqueador neuromuscular não despolarizante e atua como antagonista dos recetores de acetilcolina na placa motora neuromuscular, impedindo a contração muscular. Tem um tempo de ação de 30 minutos e é essencialmente utilizado na anestesia geral para auxílio da intubação endotraqueal e manutenção do bloqueio neuromuscular. As contra-indicações descritas sugerem hipersensibilidade ao rocurónio e insuficiência hepática grave, pela sua metabolização hepática (Machado, 2018).

Os cuidados de enfermagem perioperatórios incidem sobre a avaliação de reações adversas ao fármaco e monitorização do bloqueio neuromuscular. No caso em estudo foi administrado 80 mg de rocurónio por via intravenosa na fase de indução anestésica.

Antagonista do rocurónio: Sugamadex

O sugamadex é uma ciclodextrina e atua com agente de reversão do bloqueio neuromuscular, utilizado principalmente para neutralizar os efeitos de bloqueadores neuromusculares não despolarizantes da classe dos esteroides, como o rocurónio, através do encapsulamento e inativação desses relaxantes musculares. O sugamadex deve ser administrado na presença de uma a duas respostas no TOF. Em caso de emergência de dificuldade de intubação endotraqueal ou dificuldade de ventilação, pode ser usado numa dosagem superior para reverter a ação do rocurónio. Não existem reações adversas registadas para este fármaco, no entanto não está recomendado para portadores de insuficiência renal ou hepática grave (Machado, 2018).

No caso em estudo foi administrado 200 mg de sugamadex por via intravenosa para reversão do bloqueio neuromuscular na fase de recuperação, induzido pelo rocurónio. Os cuidados de enfermagem perioperatória centram-se na avaliação da resposta motora aos estímulos provocados pelo TOF.

Analgésicos

Fentanil

O fentanil é um analgésico opiáceo sintético potente, utilizado para controlo da dor. Na sua ação liga-se aos recetores opiáceos no sistema nervoso central, alterando a resposta e perceção da dor. É administrado como suplemento da anestesia geral ou loco-regional para diminuição da dor. As contra-indicações sugeridas são a hipersensibilidade ao fármaco e reação cruzada com outros fármacos depressores do sistema nervoso central. A reação adversa mais frequente é a depressão respiratória, apneia e confusão (Deglin & Vallerand, 2010).

A intervenção do enfermeiro perioperatório deve incidir na vigilância de reações adversas, a monitorização da frequência respiratória e pressão arterial, de forma a detetar alterações hemodinâmicas e antecipar cuidados para maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória. No presente estudo de caso o fentanil foi administrado na dose de 0,15 mg por

via intravenosa na fase da indução anestésica.

Paracetamol

O paracetamol é um analgésico não opióide e antipirético utilizado para o alívio da dor leve a moderada e febre. Atua pela inibição da síntese de prostaglandinas que servem como mediadores da dor e febre no sistema nervoso central, sendo que não apresenta sintomas gastrointestinais significativos por não apresentar um efeito anti-inflamatório significativo. Tem um início de ação de 30 a 60 minutos e uma duração de ação de 4 horas. As contraindicações encontradas referem a hipersensibilidade ao fármaco e o consumo crônico de álcool. A administração do paracetamol em sobredosagem causa hepatotoxicidade, levando a insuficiência hepática, nesta situação a acetilcisteína atua como antídoto do paracetamol (Deglin & Vallerand, 2010; Machado, 2018).

No estudo de caso foi administrado 1 g de paracetamol por via intravenosa, como analgésico para controlo da dor provocada pela agressão cirúrgica.

Tramadol

O tramadol é um analgésico opióide sintético de potência moderada, utilizado para o tratamento da dor moderada a intensa. Possui um mecanismo de ação duplo, agindo tanto nos recetores opióides como na modulação da recaptção de serotonina e noradrenalina no sistema nervoso central. Tem um início de ação de 30 a 60 minutos e uma duração da ação de 5 a 9 horas. Como contraindicações encontramos a hipersensibilidade ao fármaco e risco de depressão respiratória grave e pode causar os efeitos secundários de tonturas, sonolência, hipotensão e náuseas e vômitos (Deglin & Vallerand, 2010; Machado, 2018).

No caso em estudo foi administrado 100 mg de tramadol por via intravenosa, como coadjuvante da analgesia.

Cetorolac

O cetorolac é um anti-inflamatório não esteroide (AINE) de potente ação analgésica, indicado principalmente para o tratamento da dor moderada a intensa. Possui baixa ação antipirética e anti-inflamatória, sendo usado predominantemente como analgésico. Atua pela inibição da síntese de prostaglandinas produzindo analgesia periférica. Tem um início de ação de 10 a 30 minutos e uma duração de 5 horas. Não deve ser administrado na presença de hipersensibilidade ao fármaco ou outros AINEs e deve ser administrado com precaução em pessoas que apresentem doença cardiovascular, gastrointestinal ou asma. Os efeitos adversos centram-se no desencadeamento de úlcera gástrica, hemorragia e broncoespasmo (Deglin & Vallerand, 2010; Machado, 2018).

No estudo de caso foi administrado cetorolac 30 mg por via intravenosa para obter um efeito de analgesia pós-operatória.

Ropivacaína

A ropivacaína é um anestésico local do tipo amida, utilizado para controlo da dor aguda e crónica. Atua com o bloqueio dos canais de sódio impedindo a condução dos impulsos nervosos e apresenta um menor risco de toxicidade relativamente a outros anestésicos locais, no entanto pode causar depressão cardiovascular, estando contraindicado na presença de hipersensibilidade ao fármaco. O seu uso por infiltração local das incisões cirúrgicas e instilação peritoneal diminuem a necessidade de opióides. No caso em estudo foi administrado ropivacaína 75 mg por via subcutânea. O uso deste fármaco por esta via deve ser administrado com precaução, de forma a evitar a administração intravascular acidental, causando toxicidade do sistema nervoso central, o que leva a depressão respiratória. Perante esta situação é de elevada importância a monitorização da frequência respiratória, frequência cardíaca e sensibilidade periférica. Contudo a administração de solução lipídica serve como tratamento de primeira eleição em caso de emergência (Deglin & Vallerand, 2010; Machado, 2018).

Antieméticos

Dexametasona

A dexametasona é um corticoesteróide sintético potente, com forte ação anti-inflamatória, imunossupressora e antiemética. Em contexto perioperatório é utilizada no controlo analgésico e na prevenção de náuseas e vômitos. Como efeito analgésico, atua na inibição da produção de prostaglandinas, despoletando uma ação anti-inflamatória. Como efeito antiemético, previne a ocorrência de náuseas e vômitos pós-operatórios atuando como profilaxia. A contraindicação frequente é a hipersensibilidade ao fármaco, não havendo referência de efeitos adversos na sua administração esporádica (Machado, 2018).

A intervenção do enfermeiro perioperatório deve incidir na avaliação dos efeitos desejáveis da dexametasona e promover a sua atuação. No estudo de caso foi administrado 8 mg de dexametasona por via intravenosa na fase de indução anestésica. O seu uso durante a indução anestésica diminui a necessidade de opióides no intra e pós-operatório.

Ondansetron

O ondansetron é um antiemético utilizado na prevenção e tratamento de náuseas e vômitos pós-operatórios induzidos pela anestesia geral e outros estímulos gastrointestinais. Atua como antagonista seletivo dos recetores de serotonina, localizados no trato gastrointestinal e sistema nervoso central. A sua contraindicação refere hipersensibilidade ao fármaco e precaução na administração à pessoa com insuficiência hepática, por ser metabolizado no fígado. Como efeitos adversos está descrito a ocorrência de cefaleias e reações extrapiramidais (Deglin & Vallerand, 2010).

No caso em estudo foi administrado ondansetron 4 mg por via intravenosa como profilaxia de

náuseas e vômitos pós-operatórios. O enfermeiro perioperatório deve estar atento a sinais de efeitos extrapiramidais no pós-operatório, induzidos pelo ondansetron.

Soluções eletrolíticas

As soluções eletrolíticas ajudam na manutenção da homeostasia hídrica e eletrolítica, sendo utilizadas na reposição de líquidos, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e administração de medicamentos intravenosos. Contêm eletrólitos essenciais, como sódio, potássio, cloreto, cálcio e bicarbonato, entre de outras substâncias. Como solução balanceada é formulada para imitar a composição do plasma, evitando acidose metabólica e sobrecarga de sódio (Deglin & Vallerand, 2010).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

24-10-2024 00:45

24-10-2024 00:45 - Procedimento invasivo [RESOLVIDO] 24-10-2024 01:45

24-10-2024 00:45 - Tipo de procedimento invasivo: Apendicectomia laparoscópica.

24-10-2024 00:45 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum.

24-10-2024 00:45 - Tipo de Sedação/Anestesia: Anestesia Geral Intravenosa

24-10-2024 00:45 - Oxigenoterapia

24-10-2024 00:45 - FiO₂: 40 %.

24-10-2024 01:45 - FiO₂: 28 %.

24-10-2024 01:45 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

24-10-2024 00:45 - Assegurar oxigenoterapia

24-10-2024 00:45 - Manter oxigenoterapia

24-10-2024 00:45 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 24-10-2024 01:45

24-10-2024 00:45 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

24-10-2024 00:45 - Ventilação invasiva - FiO₂: 40 %.

24-10-2024 00:45 - Ventilação invasiva - volume corrente: 400 ml.

24-10-2024 00:45 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 12 cr/min.

24-10-2024 00:45 - Ventilação invasiva - PEEP: 4 cm H₂O.

24-10-2024 00:45 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]

24-10-2024 01:45

24-10-2024 00:45 - Posicionar para prevenir a aspiração [FIM] 24-10-2024 01:45

24-10-2024 00:45 - Posicionamento cirúrgico [RESOLVIDO] 24-10-2024 01:45

24-10-2024 00:45 - Decúbito dorsal

24-10-2024 00:45 - Prevenir lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico

[FIM] 24-10-2024 01:45

24-10-2024 00:45 - *Aplicar dispositivos para alívio de pressão [FIM] 24-10-2024 01:45*

24-10-2024 00:45 - *Avaliar evolução da integridade dos tecidos [FIM] 24-10-2024 01:45*

24-10-2024 00:45 - *Assegurar o posicionamento para cirurgia [FIM] 24-10-2024 01:45*

Sondas, Drenos e Cateteres

24-10-2024 00:45

24-10-2024 00:45 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 24-10-2024 01:45

24-10-2024 00:45 - *Nível de inserção do tubo endotraqueal*

24-10-2024 00:45 - *Cavidade oral: 21.00 cm.*

24-10-2024 00:45 - *Presença de cuff*

24-10-2024 00:45 - *Traqueia: Com cuff.*

24-10-2024 00:45 - *Características do dispositivo: Tubo orotraqueal tamanho nº 7.*

24-10-2024 00:45 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

24-10-2024 01:45

24-10-2024 00:45 - *Otimizar tubo endotraqueal [FIM] 24-10-2024 01:45*

24-10-2024 00:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal [FIM] 24-10-2024 01:45

24-10-2024 00:45 - *Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal [FIM] 24-10-2024 01:45*

24-10-2024 00:45 - *Avaliar evolução da pressão do cuff [FIM] 24-10-2024 01:45*

24-10-2024 00:45 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal [FIM] 24-10-2024 01:45

24-10-2024 00:45 - *Manter cuff insuflado [FIM] 24-10-2024 01:45*

24-10-2024 00:45 - *Gerir a pressão do cuff [FIM] 24-10-2024 01:45*

24-10-2024 00:45 - Cateter venoso periférico

24-10-2024 00:45 - *Localização do cateter venoso periférico*

24-10-2024 00:45 - *Braço Esquerda(o)*

24-10-2024 00:45 - *Características do dispositivo: 18 G.*

24-10-2024 00:45 - Determinar evolução da administração pelo cateter

24-10-2024 00:45 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico*

24-10-2024 01:45 - *Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.*

24-10-2024 01:45 - *Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 300 ml.*

24-10-2024 00:45 - Assegurar funcionamento do cateter

24-10-2024 00:45 - *Otimizar cateter venoso periférico*

24-10-2024 00:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

24-10-2024 00:45 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico*

24-10-2024 01:45 - *Localização do cateter venoso periférico*

24-10-2024 01:45 - Braço Esquerda(o)
24-10-2024 01:45 - Ausência de dor.
24-10-2024 01:45 - Ausência de calor.
24-10-2024 01:45 - Ausência de rubor.
24-10-2024 01:45 - Ausência de infiltração.

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

Através do pensamento crítico-reflexivo do enfermeiro perioperatório e da sua tomada de decisão, organizam-se os cuidados segundo as etapas do processo de enfermagem, com base nas necessidades da pessoa em situação perioperatória e na evidência científica, estruturando-se segundo diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem independentes e dependentes, com foco na pessoa e nos resultados esperados (AORN, 2021). A organização dos cuidados de enfermagem permite a elaboração de um plano de cuidados individualizado de forma a dar resposta às necessidades encontradas e promover a segurança e o resultado positivo na pessoa em situação perioperatória (Ribeiro, 2023; Marques, et al., 2024).

O presente estudo de caso foi desenvolvido à luz da ontologia de enfermagem proposta pela OE. A criação de uma ontologia de enfermagem envolve a construção de um modelo formal que descreve conceitos, relações e propriedades dentro do domínio da enfermagem. Essa ontologia deve ser baseada num conjunto de princípios que permite a organização e representação do conhecimento da área, promovendo a interoperabilidade, a sistematização e a partilha de dados e informações no contexto da prática (Bastos, et al., 2022).

Neste capítulo iremos explorar as intervenções de enfermagem em colaboração com outras classes profissionais, as intervenções de enfermagem interdependentes, sendo as atitudes terapêuticas e sondas, drenos e cateteres.

Atitudes terapêuticas

Oxigenoterapia

A oxigenoterapia garante a adequada oxigenação dos tecidos antes, durante e após o procedimento cirúrgico e está relacionado com a prevenção de complicações pulmonares, otimização da troca gasosa e recuperação pós-operatória (Machado, 2018).

A pré-oxigenação da pessoa em situação perioperatória é usada para otimizar a saturação de oxigénio antes da intubação endotraqueal, aumentando o aporte de oxigénio nos tecidos em momento de apneia. Durante a anestesia geral deve-se ter em consideração os valores da fração inspirada de oxigénio (30 a 80%) e o ajuste de PEEP para evitar atelectasia. Estes parâmetros podem ser ajustados com a análise dos dados dos meios complementares de

oximetria de pulso e gasometria arterial. No pós-operatório é essencial a oxigenoterapia de suporte para prevenir a hipóxia (Azam Danish, 2021).

Procedimento Invasivo

O procedimento invasivo envolve o procedimento cirúrgico e anestésico em si e toda a preparação que estes requerem. Para além da verificação dos diferentes dados na admissão da pessoa em situação perioperatória no bloco operatório, é verificada também a existência de todo o material cirúrgico e anestésico necessários a todo o procedimento, bem como o bom funcionamento dos diferentes equipamentos (AESOP, 2012; Duarte & Martins, 2016).

A verificação pré-cirúrgica requer a identificação inequívoca da pessoa, bem como a existência de antecedentes clínicos, alergias, registo de toma de medicação pré-operatória, uso de próteses, permanência em jejum e consentimento informado assinado. Todos os elementos da sala operatória devem ter conhecimento sobre estes dados de forma a melhorar a segurança da pessoa em situação perioperatória.

A identificação inequívoca da pessoa e a existência do consentimento informado assinado fazem parte integrante das normas preconizadas pela DGS e inseridas no PNSD 2021-2026 (DGS, 2011; DGS, 2015; PNSD, 2022).

O jejum pré-operatório deve ser mantido segundo as recomendações estabelecidas, considerando jejum de 6 horas para refeições ligeiras e 2 horas para água e outros líquidos claros sem polpa. Em contexto de cirurgia de urgência todas as pessoas são considerados estômago cheio, requerendo um foco de atenção nas medidas de prevenção da aspiração pulmonar de conteúdo gástrico (Machado, 2018).

Ventilação Invasiva

A ventilação invasiva é um tipo de suporte ventilatório utilizado para manter a troca gasosa adequada, através da oxigenação e eliminação de dióxido de carbono. A anestesia geral induz um estado de inconsciência reversível, gerando a ausência de movimentos, dos quais os movimentos respiratórios, sendo necessário assegurar o suporte ventilatório (Duarte & Martins, 2016; Machado, 2018).

Existem diferentes modos de ventilação mecânica, sendo o modo em estudo a ventilação mecânica controlada por volume. Neste tipo de ventilação é programado o ciclo respiratório no tempo e a variável definida como limite na ventilação mecânica controlada é o fluxo e o volume (Machado, 2018). Assim, o ventilador fornece um volume fixo de ar em cada respiração, independente da resistência das vias aéreas ou da complacência pulmonar (Geiseler & Westhoff, 2021).

Posicionamento Cirúrgico

O posicionamento adequado da pessoa na mesa cirúrgica durante a cirurgia é um fator

fundamental para o sucesso do procedimento e promove a segurança. Garante uma exposição anatômica ideal, permitindo que o cirurgião tenha acesso adequado à área operatória, além de possibilitar o uso eficaz dos equipamentos necessários. Além disso, um posicionamento correto promove o conforto da pessoa e minimiza os riscos de lesões neuromusculares, vasculares e cutâneas associadas ao tempo prolongado na mesma posição, para além de afetar o equilíbrio hemodinâmico e ventilatório (AESOP, 2012; AORN, 2021).

A responsabilidade do posicionamento cirúrgico é partilhada por toda a equipa cirúrgica, o anestesista e o enfermeiro de anestesia monitorizam a estabilidade da pessoa e garantem que a via aérea, a ventilação e a circulação não sejam comprometidas. O enfermeiro circulante e instrumentista auxiliam na estabilização da pessoa e utilizam dispositivos de suporte, como almofadas e dispositivos em gel, para minimizar o risco de lesões (AESOP, 2012; Wevling & Linqvist Leonardsen, 2025).

Para a efetividade do procedimento cirúrgico em estudo, o posicionamento cirúrgico deve ser em decúbito dorsal, com posição de trendelenburg e ligeiramente inclinado para a esquerda, de forma que as ansas intestinais se desloquem, criando abertura de visualização da última ansa do intestino delgado e cego (Townsend, et al., 2022). O braço direito fica aberto para facilitar o acesso pela equipa de anestesia e o braço esquerdo mantém-se junto ao corpo da pessoa, de forma a facilitar o posicionamento da equipa cirúrgica e o manuseamento do equipamento de laparoscopia (Ellison & Zollinger, 2017).

Sondas, Drenos e Cateteres

Tubo endotraqueal

O tubo endotraqueal é um dispositivo usado para garantir a via aérea patente em pessoas que necessitam de ventilação mecânica durante uma anestesia geral. É inserido pela boca e posiciona-se na traqueia.

Para a intubação endotraqueal coloca-se a pessoa em posição de *sniffing*, colocando a cabeça em extensão, o que permite o alinhamento dos eixos oral, faringe e laringe. É utilizado um laringoscópio e após identificação da epiglote e cordas vocais, introduz-se o tubo endotraqueal. Deve ser registada a distância à comissura labial e insufla-se o *cuff* com uma pressão de 20 a 30 cmH₂O (Machado, 2018).

A eficácia da intubação endotraqueal deve ser verificada através da confirmação da passagem do tubo entre as cordas vocais, observação da expansão torácica na ventilação, auscultação do epigastro e pulmonar bilateralmente e análise de dados de capnografia (Machado, 2018).

A precaução e intervenção de enfermagem na intubação endotraqueal definem a qualidade da técnica e previne complicações associadas a esta. As complicações baseiam-se na lesão das vias aéreas, intubação esofágica, broncoaspiração e pneumonia associada à ventilação

mecânica, pelo deficiente controlo de infeção na execução da técnica (Trenado-Alvarez, 2023).

Cateter venoso periférico

O cateter venoso periférico é um dispositivo usado para aceder à circulação venosa. Em contexto perioperatório tem a finalidade de ser a via para administrar medicamentos, fluídos e hemoderivados.

O enfermeiro perioperatório tem a responsabilidade de execução da técnica correta de cateterismo venoso periférico, segundo as boas práticas, assim como considerar as complicações decorrentes como a flebite, a infeção do local de inserção do cateter, o extravasamento e a trombose venosa, avaliando continuamente os seus sinais e sintomas. A administração de soluções e medicamentos em doses e concentrações apropriadas, bem como a correta identificação e manutenção do acesso venoso, são também etapas fundamentais para garantir a segurança da pessoa em situação perioperatória e reduzir a exposição dos profissionais a riscos desnecessários (Costa, et al., 2023).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
24-10-2024 00:45	Consciência	
24-10-2024 00:45	Reflexo corneano	
24-10-2024 00:45	Sistema cardiovascular	
24-10-2024 00:45	Metabolismo	
24-10-2024 00:45	Termorregulação	
24-10-2024 00:45	Atitudes terapêuticas	
24-10-2024 00:45	Sondas, Drenos e Cateteres	
24-10-2024 01:45	Sensações somáticas	
24-10-2024 01:45	Sistema respiratório	
24-10-2024 01:45	Pele e mucosas	

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

O enfermeiro perioperatório desempenha um papel fundamental na assistência à pessoa em situação perioperatória, atuando de forma autónoma nas diferentes fases do perioperatório, agindo na sua intervenção na garantia da segurança, a qualidade dos cuidados e a prevenção de complicações (OE, 2017).

Neste capítulo iremos explorar as intervenções de enfermagem autónomas, na tomada de decisão e organização dos cuidados perioperatórios no âmbito do processo cirúrgico da pessoa

submetida a apendicectomia laparoscópica, sendo os domínios selecionados a consciência, reflexo corneano, sistema respiratório, sistema cardiovascular, pele e mucosas, metabolismo e termorregulação.

Consciência

A consciência é um fenómeno complexo que envolve a perceção, o pensamento e a autoperceção de um indivíduo em relação a si mesmo e ao mundo ao seu redor. A anestesia geral é a técnica utilizada para promover a perda total da consciência e da sensibilidade durante os procedimentos cirúrgicos e age de forma a induzir um estado de anestesia profunda, onde a pessoa em situação perioperatória fica inconsciente, imóvel e sem dor, como vivenciado pela pessoa em situação perioperatória em estudo neste caso. No entanto, a consciência comprometida pela anestesia pode ocorrer em diferentes níveis e envolve tanto os efeitos desejados quanto os possíveis riscos associados à técnica (Duarte & Martins, 2016).

A administração de agentes anestésicos voláteis e intravenosos suprimem a atividade do sistema nervoso central com o deprimimento da atividade cerebral, a inibição das vias sensitivas e a alteração do funcionamento do tálamo e córtex cerebral, alterando a perceção. O retorno da consciência na fase de recuperação anestésica pode provocar na pessoa em situação perioperatória confusão e desorientação, *delirium* pós-operatório, caracterizado pela agitação e dificuldade cognitiva temporária, e amnésia pré e pós-operatória imediata (Luppi, et al., 2021).

Na garantia da segurança da pessoa em situação perioperatória durante a anestesia geral, a intervenção do enfermeiro perioperatório deve incidir na monitorização do nível de consciência e profundidade anestésica durante o procedimento, como a utilização do BIS e a monitorização dos sinais vitais, que dão indício de estabilidade hemodinâmica, permitindo o ajuste necessário aos fármacos anestésicos.

Reflexo Corneano

O reflexo corneano é uma resposta involuntária e protetora do olho, que ocorre quando a córnea é tocada ou estimulada. Esse reflexo é mediado por um arco reflexo que envolve o nervo trigêmeo e é fundamental para a proteção do olho contra danos.

Este reflexo fica suprimido com o aumento da administração de fármacos anestésicos, promovendo o fechamento gradual das pálpebras à medida que a profundidade anestésica vai aumentando (Ferreira, et al., 2020).

O uso de lubrificante ou proteção ocular durante o procedimento cirúrgico com anestesia geral previne a abrasão da córnea. Esta complicação pode levar a abrasão recorrente, inflamação e defeito crónico da córnea, resultado de más práticas na prevenção de lesões em ambiente perioperatório e que afeta a qualidade de vida da pessoa em situação perioperatória (Liyew, et al., 2023).

No caso em estudo a intervenção do enfermeiro perioperatório centrou-se na aplicação de lubrificante oftálmico e proteção com penso ocular, de forma a promover a segurança da pessoa em situação perioperatória e evitar complicações.

Sistema Cardiovascular

A monitorização da pressão arterial e frequência cardíaca durante o procedimento cirúrgico é essencial para garantir a estabilidade hemodinâmica, prevenir complicações e ajustar as intervenções em tempo útil. A anestesia, a manipulação cirúrgica e a resposta fisiológica da pessoa em situação perioperatória podem influenciar diversos parâmetros, exigindo uma monitorização contínua e rigorosa.

A pressão arterial reflete a perfusão dos órgãos e tecidos e as suas alterações significativas podem indicar complicações como hemorragia, choque, resposta à agressão cirúrgica ou efeitos adversos dos fármacos de anestesia. A frequência cardíaca fornece informações sobre a estabilidade cardiovascular e a resposta da pessoa ao procedimento cirúrgico, a sua alteração pode indicar dor, hipovolemia ou arritmias. A resposta à agressão cirúrgica desencadeia o aumento das necessidades metabólicas e consumo de oxigénio pelos tecidos, aumentando o débito cardíaco e a pressão de perfusão tecidular. Por outro lado a resposta aos fármacos anestésicos reflete-se na depressão cardíaca e vasodilatação, mascarando as respostas fisiológicas desencadeadas pela cirurgia (Machado, 2018).

A realização do pneumoperitoneu para a execução da cirurgia laparoscópica em estudo neste caso, realizado através da insuflação de dióxido de carbono, promove a absorção deste gás através do peritoneu para a corrente sanguínea. Com isto, ocorre a redução do débito cardíaco, pela diminuição do retorno venoso e aumento da resistência vascular sistémica, provocando hipotensão (Machado, 2018; Yang, et al., 2022).

O posicionamento cirúrgico também tem influência no sistema cardiovascular. A posição de trendelenburg, utilizada na cirurgia de apendicectomia laparoscópica, aumenta o retorno venoso, a pressão venosa central e o débito cardíaco e provoca a diminuição da resistência vascular sistémica e frequência cardíaca. A perfusão arterial diminuída pela elevação dos membros inferiores e a redução da drenagem venosa provocada pelo pneumoperitoneu, podem levar ao síndrome compartimental dos membros inferiores (Machado, 2018).

A cirurgia de apendicectomia laparoscópica pela sua necessidade de uso de pneumoperitoneu e a posição de trendelenburg aumentam a necessidade de vigilância contínua dos parâmetros hemodinâmicos, esta permite detetar precocemente complicações, ajustar a anestesia e otimizar a estabilidade hemodinâmica, promovendo uma intervenção rápida da equipa multidisciplinar na existência de alterações significativas.

Metabolismo

A monitorização da glicemia no período perioperatório e a sua estabilização reduz complicações como infeção do local cirúrgico, atraso na cicatrização e instabilidade hemodinâmica. O procedimento cirúrgico evidenciado neste estudo, por si só, requer uma vigilância glicémica robusta, na prevenção de complicações associados aos cuidados de saúde, cabendo ao enfermeiro perioperatório a intervenção na monitorização da glicemia capilar.

Durante o processo cirúrgico há libertação de hormonas como o cortisol, catecolaminas, glucagon e hormona do crescimento, que aumentam a glicemia por mecanismos de gliconeogénese e glicogenólise aumentadas, pela produção e libertação de glicose pelo fígado, e aumento da resistência à insulina, dificultando a captação da glicose pelos tecidos periféricos, levando à hiperglicemia. A hiperglicemia no período perioperatório está associada a maior risco de infeção do local cirúrgico pós-operatório, atraso no processo de cicatrização, aumento de complicações cardiovasculares e estado hiperosmolar grave. Por outro lado, a hipoglicemia ocorrer devido ao jejum prolongado (Gillis & Carli, 2015).

A Direção Geral de Saúde recomenda a promoção da homeostasia intraoperatória na garantia da manutenção da normoglicemia com valores inferiores ou igual a 180mg/dl, para a prevenção da infeção do local cirúrgico, indo assim ao encontro do preconizado no pilar 5 – práticas seguras em ambientes seguros, com o objetivo estratégico de reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e as resistências aos antimicrobianos (DGS, 2022; PNSD, 2022).

Termorregulação

A termorregulação define-se quando o corpo mantém a sua temperatura pelo equilíbrio entre a produção e dissipação de calor, no entanto em contexto perioperatório, durante um procedimento cirúrgico, esse mecanismo pode ser alterado pelo efeito da anestesia, ambiente frio da sala cirúrgica e exposição corporal prolongada. A hipotermia perioperatória é a alteração mais comum e pode levar a complicações graves, como coagulopatia, infeção do local cirúrgico, maior tempo de recuperação e risco cardiovascular aumentado (Rauch, et al., 2021).

A resposta fisiológica à redução da temperatura resulta na vasoconstrição das extremidades, redução do fluxo sanguíneo na pele e origina tremores. No período intraoperatório a temperatura abaixo dos 36°C é designado por hipotermia. A temperatura corporal reduzida (menos 2°C da temperatura basal) lentifica a metabolização dos fármacos e provoca alteração na função das plaquetas, comprometendo a hemostase (Machado, 2018; Rauch, et al., 2021).

O uso complementar de meios de aquecimento ativo, como os dispositivos de ar forçado e aquecedores de fluídos, e passivo, com o uso de lençóis quentes, resultam na prevenção da hipotermia perioperatória e complicações associadas à diminuição da temperatura (Ji, et al., 2024).

No caso em estudo foi aplicada manta de aquecimento, de forma a evitar a perda de calor durante o procedimento cirúrgico, mantendo a temperatura corporal basal.

A Direção Geral de Saúde recomenda a promoção da homeostasia intraoperatória na garantia da manutenção da normotermia com valores superiores ou igual a 36°C, para a prevenção da infeção do local cirúrgico, como preconizado no pilar 5 - práticas seguras em ambientes seguros, com o objetivo estratégico de reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e as resistências aos antimicrobianos (DGS, 2022; PNSD, 2022).

Sensações Somáticas

A dor ocorre pela agressão cirúrgica dos tecidos. É uma experiência multidimensional, mas de etiologia multifatorial, personalizada a cada pessoa e é influenciada pela resposta biológica, estado e características psicológicas pessoais (Small & Laycock, 2020).

A dor nocicetiva resulta na ativação de nociceptores em resposta à agressão cirúrgica dos tecidos, através dos mecanismos de transdução, transmissão, modulação e perceção, sendo esta dor a característica resultante dos procedimentos cirúrgicos. O seu tratamento incide numa abordagem multimodal, com a administração de fármacos analgésicos concomitantes, de diferentes classes, com vista a melhorar a analgesia e reduzir os efeitos secundários (Machado, 2018; O'Gara, et al., 2021).

Na cirurgia laparoscópica a verbalização de dor é comum e requer a necessidade de analgesia pós-operatória. A dor no ombro resulta da insuflação do peritoneu com dióxido de carbono, a qual pode ser reduzida com a evacuação eficaz deste gás no final da cirurgia. A irrigação de anestésico local na cavidade intraperitoneal também é um método eficaz na redução da dor associada a este tipo de intervenção cirúrgica (Li, et al., 2021).

A pessoa em situação perioperatória do caso em estudo referiu dor ligeira, demonstrando desconforto pela expressão facial, no acordar na fase de recuperação da anestesia geral, assim, cabe ao enfermeiro perioperatório intervir de forma a diminuir o referido desconforto, criando estratégias para diminuir a dor, como a otimização do posicionamento ou a gestão da analgesia.

Sistema Respiratório

A monitorização dos parâmetros respiratórios no período perioperatório é essencial para garantir a oxigenação adequada, evitar complicações pulmonares e ajustar as estratégias ventilatórias.

A absorção de dióxido de carbono para a corrente sanguínea, pela sua insuflação na cavidade abdominal, pode resultar em hipercápnia, sendo originada pelo posicionamento cirúrgico e dificuldade na ventilação. Um dos fatores de risco do pneumoperitoneu é a insuflação extraperitoneal ou a passagem pelo hiato diafragmático, causando enfisema subcutâneo, juntando-se a outras complicações como, pneumotórax, pneumomediastino ou embolia gasosa, causada pela insuflação inadvertida de dióxido de carbono intravisceral ou intravascular (Machado, 2018).

A ventilação deve ser adaptada para valores de CO₂et (dióxido de carbono *end tidal*) de 35 a 40mmHg. O posicionamento de trendelenburg também pode causar o colapso alveolar, avaliando a resposta hemodinâmica e a saturação periférica de oxigénio (Machado, 2018).

No contexto de cirurgia de apendicectomia laparoscópica estes parâmetros devem ter especial atenção por parte do enfermeiro perioperatório, pois o uso de pneumoperitoneu associado ao posicionamento refletem-se no comprometimento da oxigenação dos tecidos.

Pele e Mucosas

O domínio de pele e mucosas incide sobre a ferida cirúrgica, esta é o resultado de uma incisão feita intencionalmente durante um procedimento cirúrgico. Apesar de ser controlada e planeada, representa um risco de complicações, especialmente a infeção do local cirúrgico.

A promoção da prevenção da infeção do local cirúrgico envolve diversas ações, nas diferentes fases do período perioperatório. O conjunto de intervenções como o banho pré-operatório com clorhexidina a 2%; a tricotomia quando necessária e realizada imediatamente antes da intervenção cirúrgica; a realização de profilaxia antibiótica nos 60 minutos prévios à intervenção; a antissépsia da pele com solução de clorhexidina a 2% com álcool a 70%; a garantia da homeostasia através da normotermia, normoglicemia e manutenção da saturação periférica de oxigénio; e execução correta com técnica assética na realização do penso pós-operatório, fazem parte do feixe de intervenções para a prevenção do local cirúrgico, garantindo a segurança da pessoa em situação perioperatória (DGS, 2022).

Por outro lado, o conhecimento do material disponível para o encerramento da ferida cirúrgica, sendo as características físicas (força tênsil, memória e plasticidade), características de manuseio (flexibilidade, tração tecidual e maleabilidade) e as características de reação tecidual (reação inflamatória provocada nos tecidos, absorção e potencial de infeção), aumenta a adequação deste ao tipo de tecido, melhorando e favorecendo a cicatrização (Duarte & Martins, 2016).

A intervenção do enfermeiro perioperatório no caso em estudo deve incidir sobre o conhecimento dos feixes de intervenção para a prevenção do infeção do local cirúrgico, mobilizando ações que promovam a segurança da pessoa em situação perioperatória.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

24-10-2024 00:45

24-10-2024 00:45 - Com indícios de compromisso da consciência.

24-10-2024 00:45 - Consciência comprometida

24-10-2024 00:45 - Abertura dos olhos: nenhuma.

24-10-2024 00:45 - Resposta verbal: nenhuma.

24-10-2024 00:45 - Resposta motora: nenhuma.

24-10-2024 00:45 - Determinar evolução da consciência

24-10-2024 00:45 - Avaliar evolução da consciência

24-10-2024 01:45 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal [MELHOROU].

24-10-2024 01:45 - Resposta verbal: confusa [MELHOROU].

24-10-2024 01:45 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MELHOROU].

Sensações somáticas

24-10-2024 01:45

24-10-2024 01:45 - Manifesta dor.

24-10-2024 01:45 - Dor

24-10-2024 01:45 - Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobranceiras franzidas.

24-10-2024 01:45 - Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores.

24-10-2024 01:45 - Choro/vocalização: Sem vocalização da dor.

24-10-2024 01:45 - Determinar evolução da dor

24-10-2024 01:45 - Avaliar evolução da dor

Reflexo corneano

24-10-2024 00:45

24-10-2024 00:45 - Reflexo corneano comprometido [RESOLVIDO] 24-10-2024 01:45

24-10-2024 00:45 - Prevenir úlcera da córnea [FIM] 24-10-2024 01:45

24-10-2024 00:45 - Aplicar lubrificante ocular [FIM] 24-10-2024 01:45

24-10-2024 00:45 - Manter penso ocular [FIM] 24-10-2024 01:45

24-10-2024 01:45

24-10-2024 01:45 - Integridade do reflexo corneano

24-10-2024 01:45 - Bilateral: sem compromisso.

Sistema respiratório

24-10-2024 01:45

24-10-2024 01:45 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

24-10-2024 01:45 - Ritmo respiratório regular.

24-10-2024 01:45 - Movimento respiratório simétrico.

24-10-2024 01:45 - Sem adejo nasal.

24-10-2024 01:45 - Saturação do oxigênio no sangue

24-10-2024 01:45 - Periférico(a): 98 %.

24-10-2024 01:45 - Coloração da mucosa: rosada.

Sistema cardiovascular

24-10-2024 00:45

24-10-2024 00:45 - Localização do Pulso

24-10-2024 00:45 - Tórax

24-10-2024 00:45 - Frequência do pulso: 79 pulsações por minuto.

24-10-2024 00:45 - Pulso de amplitude mediana e regular.

24-10-2024 00:45 - Pulso rítmico.

24-10-2024 00:45 - Pulso simétrico.

24-10-2024 00:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

24-10-2024 00:45 - Membro superior Direita(o)

24-10-2024 00:45 - Pressão sanguínea sistólica: 129 mmHg.

24-10-2024 00:45 - Pressão sanguínea diastólica: 71 mmHg.

24-10-2024 00:45 - Determinar evolução da pressão sanguínea

24-10-2024 00:45 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

24-10-2024 01:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

24-10-2024 01:45 - Membro superior Direita(o)

24-10-2024 01:45 - Pressão sanguínea sistólica: 126 mmHg.

24-10-2024 01:45 - Pressão sanguínea diastólica: 70 mmHg.

24-10-2024 01:45

24-10-2024 01:45 - Perda sanguínea

24-10-2024 01:45 - Cavidade abdominal: Sem perda sanguínea aparente.

24-10-2024 01:45 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

24-10-2024 01:45 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

Pele e mucosas

24-10-2024 01:45

24-10-2024 01:45 - Ferida cirúrgica

24-10-2024 01:45 - Localização da ferida cirúrgica

24-10-2024 01:45 - Abdómen Mediana

24-10-2024 01:45 - Comprimento da lesão tegumentar: 2.00 cm.

24-10-2024 01:45 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

24-10-2024 01:45 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

24-10-2024 01:45 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

24-10-2024 01:45 - Abdómen Inferior

24-10-2024 01:45 - Comprimento da lesão tegumentar: 2.00 cm.

24-10-2024 01:45 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

24-10-2024 01:45 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

24-10-2024 01:45 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

24-10-2024 01:45 - Abdómen Esquerda(o)

24-10-2024 01:45 - Comprimento da lesão tegumentar: 2.00 cm.

24-10-2024 01:45 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

24-10-2024 01:45 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

24-10-2024 01:45 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

24-10-2024 01:45 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

24-10-2024 01:45 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica (Abdómen Mediana, Abdómen Inferior, Abdómen Esquerda(o))

Metabolismo

24-10-2024 00:45

24-10-2024 00:45 - Glicemia capilar: 124 mg/dl.

24-10-2024 00:45 - Determinar evolução da glicemia

24-10-2024 00:45 - Avaliar evolução da glicemia

24-10-2024 01:45 - Glicemia capilar: 128 mg/dl.

Termorregulação

24-10-2024 00:45

24-10-2024 00:45 - Temperatura corporal periférica

24-10-2024 00:45 - Ouvido: 36.80 °C.

24-10-2024 00:45 - Determinar evolução da temperatura corporal

24-10-2024 00:45 - Avaliar evolução da temperatura corporal

24-10-2024 01:45 - Temperatura corporal periférica

24-10-2024 01:45 - Ouvido: 36.60 °C.

24-10-2024 00:45 - Hipotermia

24-10-2024 00:45 - Promover termorregulação

24-10-2024 00:45 - Aplicar manta de aquecimento

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da consciência

- Monitorizar o nível de profundidade anestésica utilizando BIS

Gerir a pressão do cuff

- Medir a pressão do cuff com cuffómetro

Assegurar o posicionamento para cirurgia

- Manter o posicionamento de trendelenburg
- Manter o posicionamento de rotação da marquesa para a esquerda
- Manter o braço esquerdo da pessoa junto ao corpo

Aplicar dispositivos para alívio de pressão

- Colocar colchão de gel
- Colocar protetor de gel de cabeça
- Colocar protetores de gel de calcâneos
- Colocar rolo de gel por baixo dos joelhos
- Colocar protetores de gel nos braços

3.8. Síntese relativa ao caso

A Enfermagem tem por base o conceito de Saúde, na sua condição individual da pessoa; a Pessoa, como o alvo dos cuidados de enfermagem; o Ambiente, com os recursos humanos e materiais para o desenvolvimento do processo e os Cuidados de Enfermagem, com a relação interpessoal dos intervenientes e parceria de cuidados (REPE, 1998; Marques, et al., 2024).

A conceção de cuidados segue estes conceitos, na estruturação do pensamento na prática de

enfermagem baseada nas necessidades das pessoas, para uma enfermagem avançada, levando à tomada de decisão e o planeamento de cuidados individualizado e personalizado.

A enfermagem avançada baseia-se, primeiramente, no desenvolvimento do conhecimento da enfermagem pelos enfermeiros, procurando mais conhecimento para implementar melhores práticas, procura na evidência científica, mas também baseadas nos referenciais teóricos que definem a enfermagem como disciplina. Noutra perspetiva, a enfermagem avançada tem o foco nos cuidados autónomos pelo enfermeiro. Nesta análise, a perceção das necessidades das pessoas e dos cuidados eleva o valor dos cuidados de enfermagem (Marques et al., 2024).

A enfermagem perioperatória desenvolve a sua atividade para além da sala de cirurgia e em todo o ciclo vital da pessoa. O enfermeiro perioperatório possui um conjunto de habilidades técnicas e não técnicas para o desempenho da sua atividade, aliado a um conhecimento especializado de anatomia e fisiologia humana, técnica cirúrgica, técnica anestésica, fatores de risco do procedimento cirúrgico e prevenção de lesões perioperatórias, assim como, implementam intervenções de enfermagem derivadas do pensamento crítico e tomada de decisão, baseadas nas necessidade identificadas para a antecipação dos cuidados à pessoa em situação perioperatória (AORN, 2021).

O enfermeiro perioperatório desenvolve a sua atividade nas fases de pré, intra e pós-operatório e no âmbito das áreas de anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos e consulta perioperatória (OE, 2017).

A fase pré-operatória começa na decisão pela intervenção cirúrgica por parte da pessoa e do médico assistente e termina com a transferência para a mesa operatória. Neste período a intervenção de enfermagem deve incidir sobre a preparação e educação da pessoa para ser submetida à intervenção cirúrgica (AESOP, 2012; Duarte & Martins, 2016; OE, 2017).

A fase intraoperatória inicia com a transferência da pessoa para a mesa operatória e termina com a transferência para o recobro ou Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). A intervenção do enfermeiro perioperatório, nesta fase, incidem sobre a segurança da pessoa, satisfação das necessidade fisiológicas da pessoa perante o processo anestésico e cirúrgico, assistência no procedimento anestésico e cirúrgico e prevenção de infeção (AESOP, 2012; Duarte & Martins, 2016; OE, 2017).

Na fase pós-operatória, que tem início com a transferência da pessoa para o recobro ou UCPA e termina com a recuperação do processo anestésico e cirúrgico, a intervenção do enfermeiro centra-se na manutenção dos sistemas fisiológicos, no período de pós-operatório imediato e, mais tarde, a educação e preparação para a alta da pessoa e família/pessoa significativa (AESOP, 2012; Duarte & Martins, 2016; OE, 2017).

Como enfermeiro de anestesia, o enfermeiro perioperatório deve assegurar os cuidados á pessoa durante a indução, manutenção e reversão anestésica, com a responsabilidade de

preparar toda a medicação necessária e monitorizar os valores hemodinâmicos (AESOP, 2012; EORNA, 2019).

O enfermeiro circulante tem como responsabilidade coordenar as atividades dentro da sala de cirurgia, auxiliando o enfermeiro instrumentista e o enfermeiro de anestesia. Este faz a transição do campo não estéril para o campo estéril da sala cirúrgica, garantindo a segurança da pessoa em situação perioperatória, a segurança do ambiente, a gestão do risco na sala e o controlo de infeção (AESOP, 2012; EORNA, 2019).

O enfermeiro instrumentista prepara todo o material necessário para o procedimento cirúrgico, com um nível de conhecimento teórico e técnico indispensável para o sucesso cirúrgico, de forma a antecipar os cuidados, vigiar e manter a técnica asséptica cirúrgica e, para além de outras atividades dependentes da restante equipa, garantir a gestão do risco cirúrgico e a segurança da pessoa em situação perioperatória (AESOP, 2012; EORNA, 2019; AORN, 2021).

Na UCPA ou recobro, o enfermeiro perioperatório é responsável pela monitorização e vigilância da pessoa após a cirurgia, de forma a prevenir e antecipar possíveis complicações pós-anestésicas ou cirúrgicas, através de uma atuação imediata em situação de emergência, assim como o controlo da dor no pós-operatório (AESOP, 2012; EORNA, 2019). Na consulta de enfermagem pré-operatória, deve ser realizada uma colheita de dados da pessoa em situação perioperatória, informar sobre os cuidados pré e pós-operatórios, já na consulta de seguimento pós-operatório a intervenção de enfermagem deve ser dirigida no sentido da recuperação física da pessoa e no seu bem-estar psicoemocional (AESOP, 2012; Duarte & Martins, 2016).

No desenvolvimento da sua atividade com intervenções de enfermagem especializada, o enfermeiro perioperatório cuida da pessoa em situação perioperatória na garantia da segurança congruente com a consciência cirúrgica (OE, 2017). A garantia da segurança da pessoa em situação perioperatória vai ao encontro do proposto no PNSD 2021-2026 onde é defendido que a segurança deve ser um valor essencial, integrado em todas as práticas e processos institucionais, garantindo a prestação de cuidados de qualidade e a minimização do risco para a pessoa e profissionais, nesse sentido é imprescindível que a comunicação seja clara, objetiva e transparente, permitindo que todos os envolvidos compreendam os protocolos de segurança e participem ativamente na sua implementação e aprimoramento (PNSD, 2022).

Neste estudo de caso explanamos a abordagem do enfermeiro perioperatório nas suas áreas de atuação como enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista, numa abordagem profissional, no desenvolvimento das suas competências e tomada de decisão com intervenções autónomas e interdependentes para o processo de enfermagem.

O modelo conceptual *Perioperative Patient Focused Model* orientou a tomada de decisão neste estudo de caso, no sentido em que a conceção de cuidados teve como foco a pessoa em situação perioperatória, numa abordagem holística, com intervenções de enfermagem

centradas na pessoa em todo o processo cirúrgico.

A conceção de cuidados na sua organização e tomada de decisão foi realizada em dois momentos distintos. A primeira sessão envolve a intervenção do enfermeiro perioperatório desde a entrada da pessoa na sala até ao início da cirurgia. A segunda sessão demonstra a intervenção do enfermeiro perioperatório desde o encerramento cirúrgico até à saída da sala.

A tomada de decisão teve origem na ontologia de enfermagem onde o enfermeiro perioperatório é desafiado a expressar e estruturar o conhecimento específico da enfermagem, garantindo que reflita a complexidade da prática profissional, aprofundando esse saber e criando intervenções que impulsionem a profissão, fortalecendo tanto a prática assistencial quanto o avanço do conhecimento na área (Bastos, et al., 2022).

4. CASO 2 - TROMBOEMBOLECTOMIA COM ENXERTO DE INTERPOSIÇÃO AXILO-BRAQUIAL NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Pessoa do género feminino, 71 anos, apresenta antecedentes pessoais de dislipidemia e gastrite crónica. Recorreu ao serviço de urgência por dor no membro superior direito. Observou-se cianose da mão direita com défice sensitivo e motor. Na ecografia identificou-se um aneurisma braquial trombosado, com pulso axilar alto e ausência de pulso braquial e radial. A tomografia computadorizada revelou isquemia aguda trombótica do membro superior direito. Eletrocardiograma normal. Apirética. Foi proposta para cirurgia de tromboembolectomia com enxerto de interposição axilo-braquial no membro superior direito.

4.1. Enquadramento teórico

Para apoiar a organização do pensamento e a tomada de decisão do enfermeiro perioperatório, apresentamos este estudo de caso sobre uma intervenção cirúrgica de urgência para tromboembolectomia com enxerto de interposição axilo-braquial no membro superior direito.

A conceção de cuidados divide-se em duas sessões que descrevem a intervenção do enfermeiro perioperatório em dois momentos distintos. A primeira sessão envolve a intervenção do enfermeiro perioperatório desde a entrada da pessoa na sala até ao início da cirurgia. A segunda sessão demonstra a intervenção do enfermeiro perioperatório desde o encerramento cirúrgico até à saída da sala.

Etiologia e epidemiologia

A oclusão arterial aguda pode resultar de embolia, um trombo arterial ou traumatismo e ocorre de forma súbita. A formação de um êmbolo pelo coração ou o aneurisma aterosclerótico são as etiologias mais comuns. As pessoas submetidas a cirurgia vascular ou coronária prévia, têm maior probabilidade de sofrer oclusão arterial aguda, no entanto, o envelhecimento, a diabetes, hipertensão, dislipidemia e tabagismo são fatores que afetam diretamente o desenvolvimento desta patologia (Phipps, et al., 2009; Ellison & Zollinger, 2017; Townsend, et al., 2022).

Anatomia

As artérias são os vasos que transportam o sangue, enriquecido com oxigénio, desde o coração até aos tecidos, neste último pelo seu calibre diminuído os vasos tornam-se mais pequenos,

formando as arteríolas (Phipps, et al., 2009).

As artérias são compostas por três camadas: a íntima, é a camada interna do endotélio; a média, é a camada média de tecido conjuntivo, músculo liso ou fibras elásticas, dependendo da sua localização anatômica; e a adventícia, é a camada externa de tecido conjuntivo. As artérias de maior calibre, sobretudo as mais próximas ao coração, são compostas por tecido elástico, pela sua resposta às alterações de volémia. As artérias mais finas e arteríolas são compostas de músculo liso (Phipps, et al., 2009; Townsend, et al., 2022).

Fisiopatologia

A oclusão arterial aguda causa interrupção do fornecimento de sangue nos tecidos periféricos e dependendo da localização do trombo, a extensão dos danos pode ser abrangente (Phipps, et al., 2009).

A dor intensa é um sintoma comum, mesmo em repouso. A parésia do membro é um sintoma tardio e pode sugerir isquemia das células nervosas, causando necrose e gangrena, o que pode levar a amputação do membro. Por este motivo se considera a oclusão arterial aguda uma emergência médica (Phipps, et al., 2009; Townsend, et al., 2022).

Manifestações clínicas

A oclusão arterial aguda manifesta-se sobretudo pela dor intensa no membro, que não alivia com o repouso. A ausência de pulso na extremidade, a palidez da pele e a parésia do membro também são indícios de oclusão arterial periférica (Phipps, et al., 2009).

Diagnóstico

O diagnóstico de oclusão arterial aguda surge da avaliação do risco cardiovascular, como a diabetes, hipertensão, dislipidemia e tabagismo, assim como a palpação dos pulsos periféricos. A inspeção das extremidades deve ser realizada para observação da coloração da pele e mudança de temperatura, tal como avaliação de sinais de atrofia muscular e presença de úlceras (Phipps, et al., 2009; Townsend, et al., 2022).

O recurso a ultrassonografia com Doppler e angiografia por tomografia computadorizada auxiliam o diagnóstico de oclusão arterial aguda periférica.

Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico para a oclusão arterial aguda consiste na remoção do trombo por tromboembolectomia, que resulta na incisão da artéria e introdução de um *Fogarty* no seu interior para remoção do trombo, proximal e distalmente (Rothrock, 2008).

Outra opção cirúrgica é a realização de bypass arterial, este pode ser autólogo, utilizando uma veia da própria pessoa, ou com prótese sintética. A prótese de politetrafluoroetileno expandido (ePTFE) é uma alternativa viável pela sua semelhança às artérias do ser humano, no entanto

são menos elásticas e podem obstruir a passagem do sangue quando aplicado pressão sobre esta e são propícias a formar trombos, reoclúndo (Ellison & Zollinger, 2017; Zhang, et al., 2021; Townsend, et al., 2022).

Procedimento anestésico

Na cirurgia de tromboembolectomia com enxerto de interposição axilo-braquial no membro superior direito o procedimento anestésico utilizado foi a anestesia geral.

A anestesia geral é um método fundamental para a realização de cirurgias e procedimentos invasivos sem dor ou desconforto. Consiste na administração de fármacos que induzem um estado controlado e reversível de inconsciência, garantindo a insensibilidade à dor e a imobilidade da pessoa em situação perioperatória durante o procedimento. Pode ser classificada em quatro tipos: intravenosa, inalatória, balanceada e dissociativa. Além disso, divide-se em três fases distintas: indução, manutenção e recuperação (Duarte & Martins, 2016; Machado, 2018).

Na fase de indução, os anestésicos são administrados por via intravenosa ou inalatória, enquanto a resposta da pessoa é monitorizada. Neste momento, pode ser realizada a intubação endotraqueal para assegurar a respiração por ventilação mecânica. A fase de manutenção envolve a contínua administração de anestésicos para garantir que a pessoa permaneça inconsciente e estável, sendo monitorizados os parâmetros vitais como a frequência cardíaca, a pressão arterial e a oxigenação do sangue, a fim de prevenir complicações. Por fim, na fase de recuperação, o bloqueio neuromuscular é revertido e a pessoa recupera gradualmente a consciência, concluindo assim o processo anestésico (Duarte & Martins, 2016; Machado, 2018).

No estudo de caso apresentado, foi utilizado o método de anestesia geral balanceada. Este tipo de anestesia caracteriza-se pela administração conjunta de anestésicos por via intravenosa e inalatória, tanto na fase de indução como na fase de manutenção.

A anestesia geral balanceada é uma técnica anestésica que combina diferentes fármacos para induzir e manter a anestesia de maneira segura e eficaz, com o objetivo de utilizar doses menores de cada fármaco para reduzir os efeitos adversos e proporcionar um melhor controle sobre o estado anestésico da pessoa em situação perioperatória. São usados fármacos com efeitos hipnóticos, analgésicos, bloqueadores neuromusculares, agentes inalatórios e fármacos adjuvantes, como antieméticos. As vantagens deste tipo de anestesia baseiam-se na redução dos efeitos adversos a um dos fármacos, melhor estabilidade hemodinâmica, recuperação mais rápida após a cirurgia e menor risco de depressão respiratória e cardiovascular (Brown, et al., 2018; Sakan, et al., 2023).

Em contexto de cirurgia de urgência, como no caso em estudo, por diversos fatores, como a diminuição do tempo de jejum, pode ser indicado a realização da intubação endotraqueal pela técnica de intubação sequencial rápida. Esta técnica consiste em realizar uma pré-oxigenação

durante 3 minutos com uma taxa de oxigénio a 100%. De seguida, colocar a pessoa em posição de *sniffing* e administrar o indutor do sono seguido do relaxante neuromuscular. É realizada a intubação com o tubo endotraqueal com mandril e confirmar o sucesso da intubação através da capnografia e auscultação pulmonar, só após esta intervenção se deve iniciar a ventilação mecânica. Neste processo pode ser necessário executar a manobra de *Sellik*, que consiste em exercer pressão na cricoide (Machado, 2018).

Em complemento ao bloqueio neuromuscular, a utilização da monitorização pelo TOF permite analisar a resposta muscular a estímulos elétricos. Quando um bloqueador neuromuscular não despolarizante é administrado, a resposta muscular aos estímulos vai diminuindo progressivamente, indicando um relaxamento eficaz (Machado, 2018).

A monitorização da profundidade anestésica é realizada através do BIS, que regista a atividade elétrica do cérebro. Para uma anestesia adequada, os valores devem ficar entre 40 e 60, permitindo ajustes rápidos conforme necessário, garantindo precisão na monitorização e maior conforto para a pessoa no período perioperatório (Singla, et al., 2024).

A avaliação do risco anestésico é essencial para identificar fatores que possam aumentar complicações e garantir maior segurança. A classificação da ASA é utilizada para estratificar o risco com base na condição de saúde da pessoa, auxiliando na escolha da melhor abordagem anestésica. A avaliação pré-operatória é fundamental para detetar patologias associadas, considerando a história clínica, os antecedentes, os hábitos pessoais e a medicação (Duarte & Martins, 2016).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 71 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-01-05 21:15:00	Fentanil 0,10mg EV	
2025-01-05 21:15:00	Propofol 1% 80mg EV	
2025-01-05 21:15:00	Cetamina 10mg EV	

Início	Medicação	Fim
2025-01-05 21:15:00	Rocurónio 60mg EV	
2025-01-05 21:15:00	Sevoflurano (Inalatório)	
2025-01-05 21:15:00	Cefazolina 2000mg EV	
2025-01-05 21:15:00	Lidocaína 2% 60mg SC	
2025-01-05 21:15:00	Polieletrólítico 1000ml EV	
2025-01-05 23:30:00	Heparina 5000U.I. EV	
2025-01-05 23:30:00	Paracetamol 1g EV	
2025-01-05 23:30:00	Cetorolac 30mg EV	
2025-01-05 23:30:00	Ondansetron 4mg EV	
2025-01-05 23:30:00	Sugamadex 200mg EV	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A administração de medicamentos é uma tarefa fundamental da equipa de enfermagem, exigindo expertise, atenção e adesão rigorosa aos protocolos para assegurar a segurança da pessoa no período perioperatório e a eficácia do tratamento. Nesse contexto, é essencial seguir os princípios da administração segura de medicamentos, conhecidos como os “5 certos”: garantir que o medicamento seja administrado à pessoa correta, na dose correta, com o medicamento adequado, pela via apropriada e no horário indicado (PNSD, 2022).

No desenvolvimento do presente estudo de caso, foram analisados de forma detalhada os diferentes fármacos administrados à pessoa em situação perioperatória, considerando as suas indicações, mecanismos de ação, vias de administração e possíveis efeitos adversos.

Anestésicos

Propofol

O propofol é um anestésico hipnótico intravenoso, indutor do sono de rápida indução, curta duração de ação e recuperação suave. É utilizado para indução e manutenção da anestesia geral, bem como para sedação durante procedimentos cirúrgicos. Está disponível em concentrações de 10 mg/ml (1%) ou 20 mg/ml (2%), o seu efeito inicia em aproximadamente 40 segundos e a sua metabolização ocorre até 5 minutos. O uso do fármaco é contraindicado em casos de hipersensibilidade ao propofol ou a componentes como derivados de ovo, glicerol e óleo de soja (Deglin & Vallerand, 2010; Machado, 2018).

No presente estudo de caso foi administrado propofol a 1% como bólus de indução de 80 mg por via endovenosa. A intervenção do enfermeiro perioperatório deve incidir na monitorização do estado respiratório; frequência cardíaca e pressão arterial, por causar efeitos de depressão respiratória, aumento da frequência cardíaca e vasodilatação; assim como a monitorização do nível de consciência, maximizando a segurança da pessoa em situação perioperatória.

Cetamina

A cetamina é um anestésico dissociativo que atua no bloqueio dos recetores no sistema nervoso central, promovendo o efeito de psicodisléptico, amnésia e analgesia. Mantém a preservação dos reflexos das vias aéreas e a estabilidade cardiovascular. Tem um início de ação de 60 segundos e uma duração de ação até 15 minutos. Apresenta como contraindicações as alterações neurológicas, hipertensão arterial e eclâmpsia, tendo como efeitos secundários o aumento da pressão intracraniana e débito sanguíneo cerebral, alucinações e agitação ao despertar (Machado, 2018).

No caso em estudo foi administrado 10 mg de cetamina por via intravenosa como coadjuvante da anestesia. A intervenção do enfermeiro perioperatório deve ser centrada na monitorização da pressão arterial e frequência cardíaca, assim como a promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória no que toca ao risco de queda, pela sua agitação ao acordar como efeito secundário deste fármaco.

Sevoflurano

O sevoflurano é um agente anestésico inalatório utilizado para a indução e manutenção da anestesia geral. Pertence à classe dos éteres halogenados e é valorizado pela sua rápida indução e recuperação, pelo seu coeficiente de solubilidade diminuído.

O dado da concentração alveolar mínima (MAC) informa a quantidade necessária de agente inalatório para levar à anestesia da pessoa. Ou seja, a teoria revela que é a quantidade necessária para que 50% das pessoas não apresentem resposta motora, sob este tipo de anestesia. Por outro lado, a utilização do sevoflurano pode induzir depressão respiratória, broncodilatação e arritmia. Assim, a intervenção do enfermeiro perioperatório deve incidir na vigilância e monitorização dos sinais vitais para uma resposta atempada a reações adversas (Machado, 2018).

Lidocaína

A lidocaína é um anestésico local do tipo amida e é utilizado para o bloqueio da dor. Atua inibindo os canais de sódio nos neurónios, impedindo a propagação do impulso nervoso e promovendo anestesia local. Tem um tempo de duração intermédio, com o bloqueio sensitivo e posteriormente o bloqueio motor, que administrado em conjunto com um vasoconstritor prolonga a sua duração de ação. A sua contraindicação é a hipersensibilidade ao fármaco, para além de poder causar lesão tecidual. A administração intravascular de lidocaína pode provocar alterações cardíacas, como bradicardia acentuada e assistolia, que poderão ser revertidos com solução lipídica (Machado, 2018).

A intervenção do enfermeiro perioperatório na sua área de atuação deve centrar-se na monitorização da pressão arterial, frequência cardíaca e ventilação. No estudo de caso corrente

foi administrado lidocaína 60mg por via subcutânea na área envolvente da ferida cirúrgica.

Relaxantes musculares

Rocurónio

O rocurónio é um bloqueador neuromuscular não despolarizante que impede a contração muscular ao antagonizar os recetores de acetilcolina na placa motora. Com duração de cerca de 30 minutos, é usado na anestesia geral para facilitar a intubação endotraqueal e manter o bloqueio neuromuscular. As suas contra-indicações incluem hipersensibilidade ao fármaco e insuficiência hepática grave, devido à sua metabolização no fígado (Machado, 2018).

Os cuidados de enfermagem perioperatórios incidem sobre a avaliação de reações adversas ao fármaco e monitorização do bloqueio neuromuscular. No caso em estudo foi administrado 60 mg de rocurónio por via intravenosa na fase de indução anestésica.

Antagonista do rocurónio: Sugamadex

O sugamadex é uma ciclodextrina utilizada como agente de reversão do bloqueio neuromuscular, sendo especialmente eficaz na neutralização de bloqueadores neuromusculares não despolarizantes da classe dos esteroides, como o rocurónio. A sua ação ocorre por meio do encapsulamento e inativação dessas substâncias. A administração do sugamadex é indicada quando há uma ou duas respostas no TOF. Embora não haja reações adversas significativas registadas, o seu uso não é recomendado para pessoas com insuficiência renal ou hepática grave (Machado, 2018).

No caso em estudo foi administrado 200 mg de sugamadex por via intravenosa para reversão do bloqueio neuromuscular na fase de recuperação, induzido pelo rocurónio. Os cuidados de enfermagem perioperatória centram-se na avaliação da resposta motora aos estímulos provocados pelo TOF.

Analgésicos

Fentanil

O fentanil é um analgésico opiáceo sintético usado para o controlo da dor. Atua ligando-se aos recetores opióides no sistema nervoso central, modificando a perceção e a resposta à dor. As suas contra-indicações incluem hipersensibilidade ao fármaco e possível reação cruzada com outros depressores do sistema nervoso central. Os efeitos adversos mais comuns são depressão respiratória, apneia e confusão mental (Deglin & Vallerand, 2010).

A intervenção do enfermeiro perioperatório deve ser no âmbito da monitorização da frequência respiratória e pressão arterial, na promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória. No presente estudo de caso o fentanil foi administrado na dose de 0,10 mg por via intravenosa na fase da indução anestésica.

Paracetamol

O paracetamol é um analgésico não opióide e antipirético usado para dor leve a moderada e febre e atua pela inibição da síntese de prostaglandinas no sistema nervoso central. Possui início de ação em 30 a 60 minutos e dura cerca de 4 horas. As suas contraindicações incluem hipersensibilidade ao fármaco e consumo crônico de álcool. Em caso de sobredosagem, pode causar hepatotoxicidade e insuficiência hepática, sendo a acetilcisteína o antídoto indicado (Deglin & Vallerand, 2010; Machado, 2018).

No estudo de caso foi administrado 1 g de paracetamol por via intravenosa, como analgésico para controlo da dor provocada pela agressão cirúrgica.

Cetorolac

O cetorolac é um anti-inflamatório não esteroide com ação analgésica, estando indicado para o alívio da dor moderada a intensa. O seu efeito antipirético e anti-inflamatório é reduzido, tornando-o mais utilizado como analgésico. Atua inibindo a síntese de prostaglandinas, proporcionando analgesia periférica. O seu início de ação ocorre entre 10 e 30 minutos, com duração de aproximadamente 5 horas. O deste fármaco é contraindicado em casos de hipersensibilidade ao fármaco ou a outros AINEs, devendo ser administrado com precaução na presença de doenças cardiovasculares, gastrointestinais ou asma. Os principais efeitos adversos incluem risco de úlcera gástrica, hemorragia e broncoespasmo (Deglin & Vallerand, 2010; Machado, 2018).

No estudo de caso foi administrado cetorolac 30 mg por via intravenosa para obter um efeito de analgesia pós-operatória. O enfermeiro perioperatório deve avaliar os sinais de efeitos adversos.

Antibióticos

Cefazolina

A cefazolina é um antibiótico da classe das cefalosporinas de primeira geração e atua inibindo a síntese da parede celular bacteriana, causando a morte celular, numa ação abrangente de amplo espectro eficaz contra bactérias gram-positivas e algumas gram-negativas. No contexto perioperatório é administrada como anti-infeccioso profilático. As suas contraindicações são a hipersensibilidade às cefalosporinas e hipersensibilidade grave à penicilina, podendo causar como reação adversa a anafilaxia e convulsões.

No caso em estudo foi administrado 2000mg de cefazolina por via intravenosa. A intervenção do enfermeiro perioperatório deve incidir na vigilância de sinais e sintomas de hipersensibilidade.

Antieméticos

Ondansetron

O ondansetron é um antiemético usado para prevenir e tratar náuseas e vômitos pós-

operatórios, atuando como antagonista seletivo dos recetores de serotonina no trato gastrointestinal e no sistema nervoso central. As suas contraindicações incluem hipersensibilidade ao fármaco e precaução em pessoas com insuficiência hepática, devido ao metabolismo hepático. Os principais efeitos adversos são cefaleia e reações extrapiramidais (Deglin & Vallerand, 2010).

No caso em estudo foi administrado ondansetron 4 mg por via intravenosa como profilaxia de náuseas e vômitos pós-operatórios. O enfermeiro perioperatório deve estar atento a sinais de efeitos extrapiramidais no pós-operatório.

Anticoagulantes

Heparina

A heparina é um anticoagulante que atua na prevenção da formação de coágulos sanguíneos. Inibe a trombina e outros fatores da coagulação, dificultando a formação de coágulos nas veias e artérias, estando assim indicada para cirurgia vascular. A heparina não fracionada é uma mistura de moléculas compostas por polissacáridos de elevado peso molecular. As principais reações adversas são a trombocitopenia, hemorragia, alterações cardiovasculares e hipersensibilidade. A sua ação pode ser revertida pela administração de sulfato de protamina, na equivalência de 1mg para 100 unidades de heparina (Machado, 2018).

No caso em estudo foi administrado 5000 unidades de heparina por via intravenosa. A intervenção do enfermeiro deve incidir sobre a monitorização da pressão arterial e frequência cardíaca, assim como vigiar sinais de hemorragia.

Soluções eletrolíticas

As soluções eletrolíticas desempenham um papel crucial na manutenção do equilíbrio hídrico e eletrolítico, sendo administradas na reposição de líquidos, correção de desequilíbrios hidroeletrólíticos e administração intravenosa de medicamentos. Elas contêm eletrólitos fundamentais, como sódio, potássio, cloreto, cálcio e bicarbonato, entre outros. Formuladas como soluções balanceadas, a sua composição é projetada para simular a do plasma, prevenindo a acidose metabólica e a sobrecarga de sódio (Deglin & Vallerand, 2010).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

05-01-2025 21:15

05-01-2025 21:15 - Procedimento invasivo [RESOLVIDO] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Tipo de procedimento invasivo: Tromboemblectomia com enxerto de interposição axilo-braquial no membro superior direito.

05-01-2025 21:15 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum.

05-01-2025 21:15 - Tipo de Sedação/Anestesia: Anestesia Geral Balaceada

05-01-2025 21:15 - Oxigenoterapia

05-01-2025 21:15 - FiO2: 40 %.

05-01-2025 23:30 - FiO2: 21 %.

05-01-2025 21:15 - Assegurar oxigenoterapia [FIM] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Manter oxigenoterapia [FIM] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

05-01-2025 21:15 - Ventilação invasiva - FiO2: 40 %.

05-01-2025 21:15 - Ventilação invasiva - volume corrente: 300 ml.

05-01-2025 21:15 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 12 cr/min.

05-01-2025 21:15 - Ventilação invasiva - PEEP: 3 cm H2O.

05-01-2025 21:15 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]

05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Posicionar para prevenir a aspiração [FIM] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Posicionamento Cirúrgico [RESOLVIDO] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Decúbito dorsal

05-01-2025 21:15 - Prevenir lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico

[FIM] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Aplicar dispositivos para alívio de pressão [FIM] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [FIM] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Assegurar o posicionamento para cirurgia [FIM] 05-01-2025 23:30

Sondas, Drenos e Cateteres

05-01-2025 21:15

05-01-2025 21:15 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

05-01-2025 21:15 - Cavidade oral: 22.00 cm.

05-01-2025 21:15 - Presença de cuff

05-01-2025 21:15 - Traqueia: Com cuff.

05-01-2025 21:15 - Características do dispositivo: Tubo orotraqueal tamanho nº 6,5.

05-01-2025 21:15 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Otimizar tubo endotraqueal [FIM] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal [FIM] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal [FIM] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Avaliar evolução da pressão do cuff [FIM] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal [FIM] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Manter cuff insuflado [FIM] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Gerir a pressão do cuff [FIM] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Cateter venoso periférico

05-01-2025 23:30 - Características do dispositivo: 20 G.

05-01-2025 21:15 - Localização do cateter venoso periférico

05-01-2025 21:15 - Antebraço Esquerda(o)

05-01-2025 21:15 - Características do dispositivo: 20 G.

05-01-2025 23:30 - Localização do cateter venoso periférico

05-01-2025 23:30 - Braço Esquerda(o)

05-01-2025 23:30 - Características do dispositivo: 20 G.

05-01-2025 21:15 - Determinar evolução da administração pelo cateter

05-01-2025 21:15 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

05-01-2025 23:30 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.

05-01-2025 23:30 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 400 ml.

05-01-2025 21:15 - Assegurar funcionamento do cateter

05-01-2025 21:15 - Otimizar cateter venoso periférico (Braço Esquerda(o))

05-01-2025 21:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

05-01-2025 21:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico (Braço Esquerda(o), Antebraço Esquerda(o))

05-01-2025 23:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

05-01-2025 23:30 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico (Braço Esquerda(o), Antebraço Esquerda(o))

05-01-2025 23:30 - Trocar cateter venoso periférico (Antebraço Esquerda(o)) [FIM]

05-01-2025 23:30

05-01-2025 23:30

05-01-2025 23:30 - Dreno

05-01-2025 23:30 - Localização do dreno

05-01-2025 23:30 - Braço Direita(o)

05-01-2025 23:30 - Tipo de dreno: fechado de sucção.

05-01-2025 23:30 - Substância drenada: hemática.

05-01-2025 23:30 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 10 ml.

05-01-2025 23:30 - Características do dispositivo: Redivac nº 14.

05-01-2025 23:30 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno

05-01-2025 23:30 - Avaliar evolução da drenagem

05-01-2025 23:30 - Assegurar funcionamento do dreno

05-01-2025 23:30 - Otimizar dreno (Braço Direita(o))

05-01-2025 23:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o

dreno

05-01-2025 23:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do dreno (Braço Direita(o))

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

O processo de enfermagem é planeado com base na evidência científica e as necessidades da pessoa em situação perioperatória. A organização dos cuidados através do pensamento crítico e a tomada de decisão favorece o planeamento de diagnósticos e intervenções autónomas e interdependentes, com o foco na pessoa e nos resultados, como fundamentado pelo modelo concetual da enfermagem perioperatória (AORN, 2021; Ribeiro, 2023; Marques, et al., 2024).

Este estudo de caso foi elaborado com base na ontologia de enfermagem e consiste na criação de um modelo formal que define conceitos, as suas inter-relações e características dentro desse campo. Para isso, é fundamental seguir princípios que possibilitem a organização e a representação estruturada do conhecimento, favorecendo a interoperabilidade, a sistematização e a partilha de dados e informações na prática profissional (Bastos, et al., 2022).

Neste capítulo iremos explorar as intervenções de enfermagem em colaboração com outras classes profissionais, as intervenções de enfermagem interdependentes, sendo as atitudes terapêuticas e sondas, drenos e cateteres.

Atitudes terapêuticas

Oxigenoterapia

A oxigenoterapia assegura uma oxigenação eficiente dos tecidos ao longo de todas as fases do procedimento cirúrgico, contribuindo para a prevenção de complicações pulmonares, a melhoria da troca gasosa e a recuperação no pós-operatório (Machado, 2018).

A pré-oxigenação da pessoa no período perioperatório é utilizada para maximizar a saturação de oxigénio antes da intubação endotraqueal, garantindo um maior suprimento de oxigénio aos tecidos durante a apneia. Durante a anestesia geral, é fundamental monitorizar a fração inspirada de oxigénio (entre 30% e 80%) e ajustar a PEEP para prevenir atelectasias. Esses parâmetros devem ser regulados com base na análise de dados obtidos por oximetria de pulso e gasometria arterial. No pós-operatório, a oxigenoterapia de suporte é essencial para evitar a hipóxia (Azam Danish, 2021).

Procedimento Invasivo

O procedimento invasivo engloba todo o procedimento cirúrgico e anestésico, assim como a preparação necessária para sua realização. Além da verificação dos dados do pessoa no

momento da admissão no bloco operatório, também é verificada a disponibilidade de todo o material cirúrgico e anestésico essencial, assim como o correto funcionamento dos equipamentos utilizados durante o procedimento (AESOP, 2012; Duarte & Martins, 2016).

A verificação pré-cirúrgica envolve a identificação inequívoca da pessoa, além da verificação de antecedentes clínicos, alergias, medicação pré-operatória, uso de próteses, cumprimento do jejum e a confirmação do consentimento informado assinado. É essencial que todos os membros da equipa na sala operatória estejam cientes dessas informações para garantir a segurança da pessoa durante o período perioperatório. A identificação inequívoca da pessoa e a existência do consentimento informado assinado fazem parte integrante das normas preconizadas pela DGS e inseridas no PNSD 2021-2026 (DGS, 2011; DGS, 2015; PNSD, 2022).

O jejum pré-operatório deve seguir as recomendações vigentes, estipulando um período de 6 horas para refeições leves e 2 horas para a ingestão de água e outros líquidos claros sem polpa. Em casos de cirurgia de urgência, todas as pessoas são consideradas como tendo o estômago cheio, promovendo uma atenção especial às medidas de prevenção da aspiração pulmonar de conteúdo gástrico (Machado, 2018).

Ventilação Invasiva

A ventilação invasiva é um suporte ventilatório utilizado para garantir a troca gasosa pulmonar eficaz, promovendo a oxigenação e a eliminação do dióxido de carbono. Durante a anestesia geral, ocorre um estado de inconsciência reversível que leva à ausência de movimentos, incluindo os respiratórios, tornando essencial a utilização de suporte ventilatório para manter a função respiratória adequada (Duarte & Martins, 2016; Machado, 2018).

O tipo de ventilação mecânica em estudo é a ventilação mecânica controlada por volume. Nesse tipo de ventilação, o ciclo respiratório é programado em função do tempo, e as variáveis estabelecidas como limites são o fluxo e o volume. O ventilador fornece um volume fixo de ar em cada respiração, independente da resistência das vias aéreas ou da complacência pulmonar (Machado, 2018; Geiseler & Westhoff, 2021).

Posicionamento Cirúrgico

O posicionamento adequado da pessoa na mesa cirúrgica é um aspeto essencial para o sucesso do procedimento e a garantia da sua segurança durante a intervenção. Um posicionamento correto proporciona uma exposição anatómica ideal, permitindo que o cirurgião tenha acesso preciso à área operatória. Além disso, o correto posicionamento da pessoa em situação perioperatória contribui para o seu conforto e desempenha um papel crucial na prevenção de complicações associadas ao tempo prolongado na mesma posição. Entre essas complicações, destacam-se as lesões neuromusculares, vasculares e cutâneas, como neuropatias compressivas, isquemia tecidual e úlceras de pressão (AESOP, 2012).

Outro fator relevante, é o impacto do posicionamento no equilíbrio hemodinâmico e na função respiratória. Dependendo da posição adotada, podem ocorrer variações na pressão arterial, comprometimento do retorno venoso e dificuldades na ventilação pulmonar, exigindo ajustes específicos na monitorização e na assistência anestésica para evitar complicações intraoperatórias. Assim, a escolha e manutenção do posicionamento cirúrgico adequado devem ser feitas de forma criteriosa, considerando as características individuais da pessoa, o tipo de cirurgia a ser realizada e as melhores práticas baseadas em evidências científicas, garantindo não apenas a eficácia do procedimento, mas também a segurança e o bem-estar da pessoa aos nossos cuidados (AORN, 2021).

A responsabilidade do posicionamento cirúrgico é compartilhada por toda a equipa cirúrgica, o anestesista e o enfermeiro de anestesia monitorizam a estabilidade da pessoa e garantem que a via aérea, a ventilação e a circulação não sejam comprometidas. O enfermeiro circulante e instrumentista auxiliam na estabilização da pessoa e utilizam dispositivos de suporte, como almofadas e dispositivos em gel, para minimizar o risco de lesões (AESOP, 2012; Wevling & Linqvist Leonardsen, 2025).

O posicionamento neste estudo de caso requer que a pessoa fique em decúbito dorsal, com o braço direito aberto num ângulo de 90° sobre a mesa de apoio de mão, de forma a facilitar o acesso e posicionamento da equipa cirúrgica. Já o braço esquerdo fica aberto para facilitar o acesso pela equipa de anestesia (Ellison & Zollinger, 2017).

Sondas, Drenos e Cateteres

Tubo endotraqueal

O tubo endotraqueal é um dispositivo usado para garantir a via aérea patente em pessoas que necessitam de ventilação mecânica durante uma anestesia geral. É inserido pela boca e posiciona-se na traqueia.

A pessoa em situação perioperatória é colocada em posição de *sniffing*, colocando a cabeça em extensão, o tubo endotraqueal é introduzido até à traqueia após identificação da epiglote e as cordas vocais. Deve ser registada a distância à comissura labial e insufla-se o *cuff* com uma pressão de 20 a 30 cmH₂O. A eficácia da intubação endotraqueal deve ser verificada através da confirmação da passagem do tubo entre as cordas vocais, observação da expansão torácica na ventilação, auscultação do epigastro e pulmonar bilateralmente e análise de dados de capnografia (Machado, 2018).

A precaução e intervenção de enfermagem durante a intubação endotraqueal são fundamentais para garantir a qualidade da técnica e prevenir as complicações associadas a esse procedimento. A atuação da equipa de enfermagem, em conjunto com o anestesista, é crucial para monitorizar e otimizar o processo, promovendo a segurança do paciente.

As complicações relacionadas à intubação endotraqueal incluem as lesões das vias aéreas, que podem ocorrer durante a inserção do tubo, causando danos à traqueia ou à laringe. A intubação esofágica representa outro risco significativo, podendo levar à ventilação inadequada e ao risco de aspiração. Outras complicações incluem a broncoaspiração e a pneumonia associada à ventilação mecânica (Trenado-Alvarez, 2023).

A prevenção dessas complicações envolve uma série de medidas do enfermeiro, como a preparação adequada da pessoa, a verificação do equipamento antes da intubação, a utilização de técnica asséptica durante o procedimento, e a monitorização constante após a intubação. Além disso, é importante garantir que o tubo endotraqueal esteja corretamente posicionado e que o controle da ventilação mecânica seja feito de forma eficiente, para reduzir o risco de aspiração e infecções pulmonares.

Cateter venoso periférico

O cateter venoso periférico é um dispositivo usado para aceder à circulação venosa. Em contexto perioperatório tem a finalidade de ser a via para administrar medicamentos, líquidos e hemoderivados.

O enfermeiro perioperatório desempenha um papel fundamental na execução da técnica correta de cateterismo venoso periférico, sendo responsável por garantir que o procedimento seja realizado conforme as boas práticas estabelecidas. Isso envolve não apenas a colocação adequada do cateter, mas também a vigilância constante para identificar e prevenir complicações potenciais que possam surgir durante o processo. Entre as complicações mais comuns estão a flebite, a infecção no local de inserção do cateter, o extravasamento e a trombose venosa. Para minimizar esses riscos, o enfermeiro perioperatório deve realizar uma avaliação contínua dos sinais e sintomas relacionados a essas complicações, o que inclui vigiar o local de inserção do cateter, observar o fluxo de perfusão e obstrução da via (Costa, et al., 2023).

Dreno

O dreno é um dispositivo inserido no tecido subcutâneo para drenar líquidos acumulados, como o sangue, na área onde a cirurgia foi realizada. A sua função principal é evitar a formação de hematomas, seromas, abscessos ou outras complicações relacionadas à acumulação de líquidos, que podem interferir na cicatrização e aumentar o risco de infecção do local cirúrgico (Harish, et al., 2021).

Existem diferentes tipos de drenos, como os passivos, que permitem a drenagem dos líquidos por gravidade, e os ativos, que utilizam um sistema de sucção para promover a remoção de fluidos. A sua escolha depende da natureza da cirurgia, da área afetada e do tipo de líquido que precisa de ser drenado (Harish, et al., 2021).

A intervenção do enfermeiro perioperatório desenvolve-se na monitorização do líquido drenado e a vigilância do local de inserção do dreno, de forma a identificar complicações e agir na promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
05-01-2025 21:15	Consciência	
05-01-2025 21:15	Reflexo corneano	
05-01-2025 21:15	Sistema cardiovascular	
05-01-2025 21:15	Metabolismo	
05-01-2025 21:15	Termorregulação	
05-01-2025 21:15	Atitudes terapêuticas	
05-01-2025 21:15	Sondas, Drenos e Cateteres	
05-01-2025 21:15	Sistema respiratório	
05-01-2025 21:15	Sensações somáticas	
05-01-2025 23:30	Pele e mucosas	

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

O enfermeiro perioperatório desempenha um papel fundamental na assistência ao à pessoa em situação perioperatória, atuando de forma autónoma nas diferentes fases do perioperatório, agindo na sua intervenção na garantia da segurança, a qualidade dos cuidados e a prevenção de complicações (OE, 2017).

Neste capítulo iremos explorar as intervenções de enfermagem autónomas, na tomada de decisão e organização dos cuidados perioperatórios no âmbito do processo cirúrgico da pessoa submetida a tromboembolectomia com enxerto de interposição axilo-braquial no membro superior direito, sendo os domínios selecionados a consciência, reflexo corneano, sistema respiratório, sistema cardiovascular, sensações somáticas, pele e mucosas, metabolismo e termorregulação.

Consciência

A consciência é um fenómeno complexo que envolve a perceção, o pensamento e a autoperceção de um indivíduo em relação a si mesmo e ao mundo ao seu redor.

A administração de agentes anestésicos voláteis e intravenosos tem como principal efeito a supressão da atividade do sistema nervoso central, resultando na diminuição da atividade cerebral. Esses fármacos atuam especificamente no tálamo e no córtex cerebral, estruturas

essenciais na percepção sensorial e na regulação da consciência. A inibição dessas áreas, associada à alteração das vias sensitivas, provoca uma modificação significativa na percepção da pessoa, levando à perda temporária da consciência e da sensação, características essenciais da anestesia geral (Luppi, et al., 2021).

Durante a indução anestésica, a pessoa em situação perioperatória entra num estado controlado de inconsciência, permitindo que o procedimento cirúrgico sejam realizados sem dor ou desconforto. No entanto, o retorno da consciência após a administração dos agentes anestésicos, que ocorre na fase de recuperação anestésica, pode desencadear uma série de reações psicológicas e cognitivas que impactam a pessoa em situação perioperatória. A transição do estado de inconsciência para a vigília pode ser acompanhada de confusão, desorientação e uma sensação de não reconhecimento do ambiente imediato (Luppi, et al., 2021).

Na garantia da segurança da pessoa em situação perioperatória durante a anestesia geral, a intervenção do enfermeiro perioperatório deve incidir na monitorização do nível de consciência e profundidade anestésica durante o procedimento, como a utilização do BIS e a monitorização dos sinais vitais, que dão indício de estabilidade hemodinâmica, permitindo o ajuste necessário aos fármacos anestésicos.

Reflexo Corneano

O reflexo corneano é uma resposta involuntária e protetora do olho, que ocorre quando a córnea é tocada ou estimulada. Esse reflexo é mediado por um arco reflexo que envolve o nervo trigêmeo e é fundamental para a proteção do olho contra danos. Este reflexo fica suprimido com o aumento da administração de fármacos anestésicos, promovendo o fechamento gradual das pálpebras à medida que a profundidade anestésica vai aumentando (Ferreira, et al., 2020).

A proteção ocular é uma medida essencial para garantir a integridade das córneas e prevenir complicações relacionadas ao procedimento. A anestesia geral, ao induzir um estado de inconsciência profunda e paralisia muscular, implica a perda do reflexo da pálpebra e a ausência de movimento ocular voluntário, o que deixa os olhos expostos e vulneráveis a lesões. Sem a lubrificação adequada ou uma proteção ocular apropriada, a córnea pode sofrer abrasões, o que pode resultar em danos significativos e duradouros à estrutura ocular (Liyew, et al., 2023).

O uso de lubrificantes oculares, como lágrimas artificiais ou pomadas lubrificantes, ajuda a manter a superfície ocular hidratada, prevenindo o ressecamento da córnea, que é uma das principais causas de abrasão ocular durante a cirurgia. A aplicação de lubrificante forma uma película protetora sobre a superfície ocular, evitando o atrito excessivo entre a pálpebra e a córnea, especialmente quando a pessoa está numa posição estática e imóvel por períodos prolongados durante o procedimento. Além disso, o uso de proteção ocular, como penso ou compressas, pode ajudar a proteger os olhos contra o contato direto com instrumentos

cirúrgicos, o ambiente e ou a exposição direta à luz intensa (Liyew, et al., 2023).

No caso em estudo a intervenção do enfermeiro perioperatório centrou-se na aplicação de lubrificante oftálmico e proteção com penso ocular, de forma a promover a segurança da pessoa em situação perioperatória e evitar complicações.

Sistema Cardiovascular

A monitorização da pressão arterial e frequência cardíaca durante o procedimento cirúrgico é essencial para garantir a estabilidade hemodinâmica, prevenir complicações e ajustar as intervenções em tempo útil. A anestesia, a manipulação cirúrgica e a resposta fisiológica da pessoa em situação perioperatória podem influenciar diversos parâmetros, exigindo uma monitorização contínua e rigorosa.

A pressão arterial reflete a perfusão dos órgãos e tecidos e as suas alterações significativas podem indicar complicações como hemorragia, choque, resposta à agressão cirúrgica ou efeitos adversos dos fármacos de anestesia. A frequência cardíaca fornece informações sobre a estabilidade cardiovascular e a resposta da pessoa ao procedimento cirúrgico, a sua alteração pode indicar dor, hipovolémia ou arritmias. A resposta à agressão cirúrgica desencadeia o aumento das necessidades metabólicas e consumo de oxigénio pelos tecidos, aumentando o débito cardíaco e a pressão de perfusão tecidular. Por outro lado a resposta aos fármacos anestésicas reflete-se na depressão cardíaca e vasodilatação, mascarando as respostas fisiológicas desencadeadas pela cirurgia (Machado, 2018).

Em cirurgia vascular, como no caso em estudo, o risco de episódios de taquicardia, hipotensão e hipertensão são recorrentes, nesse sentido é fundamental a necessidade de vigilância contínua dos parâmetros hemodinâmicos, a qual permite detetar precocemente complicações, ajustar a anestesia e otimizar a estabilidade hemodinâmica, promovendo uma intervenção rápida da equipa multidisciplinar na existência de alterações significativas.

Metabolismo

A monitorização da glicemia no período perioperatório e a sua estabilização reduz complicações como infeção do local cirúrgico, atraso na cicatrização e instabilidade hemodinâmica. O procedimento cirúrgico evidenciado neste estudo, por si só, requer uma vigilância glicémica robusta, na prevenção de complicações associados aos cuidados de saúde, cabendo ao enfermeiro perioperatório a intervenção na monitorização da glicemia capilar.

A relação entre os níveis elevados de glicose e o aumento do risco de infeção é conhecida. Os níveis elevados de glicemia podem afetar a função do sistema imunológico, reduzindo a capacidade do corpo de combater infeções. No contexto cirúrgico, onde o risco de infeção é inerente devido à invasão do tecido, o controlo rigoroso da glicemia pode diminuir a probabilidade de infeção no local cirúrgico e nas áreas adjacentes. Além disso, a hiperglicemia

pode prejudicar a resposta inflamatória normal do organismo, criando um ambiente propício para o crescimento bacteriano e dificultando a ação dos antibióticos (Gillis & Carli, 2015).

A cicatrização das feridas também é diretamente influenciada pelos níveis de glicose no sangue. A hiperglicemia pode atrasar o processo de cicatrização, uma vez que a glicose elevada interfere na função dos fibroblastos, células responsáveis pela formação de colagénio e pela reparação dos tecidos danificados. Além disso, a hiperglicemia reduz a capacidade do sangue de transportar oxigênio de forma eficaz para os tecidos lesionados, o que compromete o processo de cicatrização e pode resultar em complicações como a deiscência da ferida cirúrgica (Gillis & Carli, 2015).

A Direção Geral de Saúde recomenda a promoção da homeostasia intraoperatória na garantia da manutenção da normoglicemia com valores inferiores ou igual a 180mg/dl, para a prevenção da infeção do local cirúrgico, indo assim ao encontro do preconizado no pilar 5 - práticas seguras em ambientes seguros, com o objetivo estratégico de reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e as resistências aos antimicrobianos (DGS, 2022; PNSD, 2022).

Termorregulação

A termorregulação define-se quando o corpo mantém a sua temperatura pelo equilíbrio entre a produção e dissipação de calor. No contexto perioperatório esse mecanismo pode ser alterado pelo efeito da anestesia, ambiente frio da sala cirúrgica e exposição corporal prolongada. A hipotermia perioperatória pode levar a complicações graves, como coagulopatia, infeção do local cirúrgico, maior tempo de recuperação e risco cardiovascular aumentado. A resposta fisiológica à redução da temperatura resulta na vasoconstrição das extremidades, redução do fluxo sanguíneo na pele e origina tremores e pode lentificar a metabolização dos fármacos e provocar alteração na função das plaquetas, comprometendo a hemostase (Machado, 2018; Rauch, et al., 2021).

No caso em estudo foi aplicada manta de aquecimento, de forma a evitar a perda de calor durante o procedimento cirúrgico, mantendo a temperatura corporal basal. O uso complementar de meios de aquecimento ativo e passivo resultam na prevenção da hipotermia perioperatória e complicações associadas à diminuição da temperatura (Ji, et al., 2024).

A Direção Geral de Saúde recomenda a promoção da homeostasia intraoperatória na garantia da manutenção da normotermia com valores superiores ou igual a 36°C, para a prevenção da infeção do local cirúrgico, como preconizado no pilar 5 - práticas seguras em ambientes seguros, com o objetivo estratégico de reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e as resistências aos antimicrobianos (DGS, 2022; PNSD, 2022).

Sensações Somáticas

A dor ocorre pela agressão cirúrgica dos tecidos. É uma experiência multidimensional, mas de

etiologia multifatorial, personalizada a cada pessoa e é influenciada pela resposta biológica, estado e características psicológicas pessoais (Small & Laycock, 2020).

A dor nociceptiva resulta na ativação de nociceptores em resposta à agressão cirúrgica dos tecidos, através dos mecanismos de transdução, transmissão, modulação e percepção, sendo esta dor a característica resultante dos procedimentos cirúrgicos. O seu tratamento incide numa abordagem multimodal, com a administração de fármacos analgésicos concomitantes, de diferentes classes, com vista a melhorar a analgesia e reduzir os efeitos secundários (Machado, 2018; O'Gara, et al., 2021).

A dor na pessoa em situação perioperatória submetida a cirurgia vascular por isquemia do membro, como em estudo neste caso, apresenta diminuição da sensação de dor no pré-operatório, no entanto à medida que os pequenos vasos vão reperfundindo essa sensação retorna ao normal, podendo levar a um estado de dor aguda. O enfermeiro perioperatório deve intervir no sentido de diminuir o desconforto provocado pela agressão cirúrgica (Machado, 2018).

Sistema Respiratório

A monitorização dos parâmetros respiratórios no período perioperatório é essencial para garantir a oxigenação adequada, evitar complicações pulmonares e ajustar as estratégias ventilatórias.

O risco de hemorragia em cirurgia vascular é evidente, levando à ocorrência de anemia significativa, assim é necessário otimizar a capacidade de transporte de oxigénio para as células, aumentando o aporte de oxigénio fornecido (Machado, 2018).

A monitorização da saturação de oxigénio periférica e a pressão arterial são parâmetros que devem ter a atenção por parte do enfermeiro perioperatório, pelo risco de hemorragia e comprometimento da oxigenação dos tecidos.

Pele e Mucosas

O domínio de pele e mucosas incide sobre a ferida cirúrgica, esta é o resultado de uma incisão feita intencionalmente durante um procedimento cirúrgico. Apesar de ser controlada e planeada, representa um risco de complicações, especialmente a infeção do local cirúrgico.

A promoção da prevenção da infeção do local cirúrgico envolve diversas ações, nas diferentes fases do período perioperatório e a intervenção do enfermeiro perioperatório deve incidir no cumprimento do feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico, na garantia da segurança da pessoa em situação perioperatória (DGS, 2022).

4.6. Concessão de Cuidados

Consciência

05-01-2025 21:15

05-01-2025 21:15 - Com indícios de compromisso da consciência.

05-01-2025 21:15 - Consciência comprometida

05-01-2025 21:15 - Abertura dos olhos: nenhuma.

05-01-2025 21:15 - Resposta verbal: nenhuma.

05-01-2025 21:15 - Resposta motora: nenhuma.

05-01-2025 21:15 - Determinar evolução da consciência

05-01-2025 21:15 - Avaliar evolução da consciência

05-01-2025 23:30 - Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

05-01-2025 23:30 - Resposta verbal: confusa [MELHOROU].

05-01-2025 23:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MELHOROU].

05-01-2025 23:30 - Prevenir queda

05-01-2025 23:30 - Elevar grades da cama

Sensações somáticas

05-01-2025 21:15

05-01-2025 21:15 - Manifesta dor.

05-01-2025 21:15 - Dor

05-01-2025 21:15 - Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobrancelhas franzidas.

05-01-2025 21:15 - Movimento dos membros: Membros superiores parcialmente fletidos.

05-01-2025 21:15 - Choro/vocalização: Gemidos não frequentes nem prolongados.

05-01-2025 21:15 - Determinar evolução da dor

05-01-2025 21:15 - Avaliar evolução da dor

05-01-2025 23:30 - Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobrancelhas franzidas [MANTEVE].

05-01-2025 23:30 - Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores [MELHOROU].

05-01-2025 23:30 - Choro/vocalização: Gemidos não frequentes nem prolongados [MANTEVE].

05-01-2025 23:30 - Localização da dor

05-01-2025 23:30 - Braço Direita(o)

05-01-2025 21:15 - Diminuir dor

05-01-2025 21:15 - Gerir analgesia

05-01-2025 23:30

05-01-2025 23:30 - Manifesta dor [MANTEVE].

Reflexo corneano

05-01-2025 21:15

05-01-2025 21:15 - Reflexo corneano comprometido [RESOLVIDO] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Prevenir úlcera da córnea [FIM] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Aplicar lubrificante ocular [FIM] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 21:15 - Manter penso ocular [FIM] 05-01-2025 23:30

05-01-2025 23:30

05-01-2025 23:30 - Integridade do reflexo corneano

05-01-2025 23:30 - Bilateral: sem compromisso.

Sistema respiratório

05-01-2025 21:15

05-01-2025 21:15 - Saturação do oxigénio no sangue

05-01-2025 21:15 - Periférico(a): 99 %.

05-01-2025 21:15 - Coloração da mucosa: rosada.

05-01-2025 23:30

05-01-2025 23:30 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

05-01-2025 23:30 - Ritmo respiratório regular.

05-01-2025 23:30 - Movimento respiratório simétrico.

05-01-2025 23:30 - Sem adejo nasal.

05-01-2025 23:30 - Saturação do oxigénio no sangue

05-01-2025 23:30 - Periférico(a): 98 %.

05-01-2025 23:30 - Coloração da mucosa: rosada.

Sistema cardiovascular

05-01-2025 21:15

05-01-2025 21:15 - Localização do Pulso

05-01-2025 21:15 - Tórax

05-01-2025 21:15 - Frequência do pulso: 73 pulsações por minuto.

05-01-2025 21:15 - Pulso de amplitude mediana e regular.

05-01-2025 21:15 - Pulso rítmico.

05-01-2025 21:15 - Pulso simétrico.

05-01-2025 21:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

05-01-2025 21:15 - Membro superior Esquerda(o)

05-01-2025 21:15 - Pressão sanguínea sistólica: 154 mmHg.

05-01-2025 21:15 - Pressão sanguínea diastólica: 76 mmHg.

05-01-2025 21:15 - Temperatura das extremidades

05-01-2025 21:15 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades diminuída.

05-01-2025 21:15 - Coloração das extremidades

05-01-2025 21:15 - Membro superior Direita(o): Coloração marmórea das extremidades.

05-01-2025 21:15 - Tempo de preenchimento capilar: 5 segundos.

05-01-2025 21:15 - Determinar evolução da pressão sanguínea

05-01-2025 21:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

05-01-2025 21:15 - Perfusão dos tecidos periféricos comprometida

05-01-2025 21:15 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

05-01-2025 21:15 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos (Membro superior Direita(o))

05-01-2025 23:30

05-01-2025 23:30 - Localização do Pulso

05-01-2025 23:30 - Tórax

05-01-2025 23:30 - Frequência do pulso: 67 pulsações por minuto.

05-01-2025 23:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

05-01-2025 23:30 - Pulso rítmico.

05-01-2025 23:30 - Pulso simétrico.

05-01-2025 23:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

05-01-2025 23:30 - Membro superior Esquerda(o)

05-01-2025 23:30 - Pressão sanguínea sistólica: 128 mmHg.

05-01-2025 23:30 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.

05-01-2025 23:30 - Temperatura das extremidades

05-01-2025 23:30 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades diminuída [MANTEVE].

05-01-2025 23:30 - Coloração das extremidades

05-01-2025 23:30 - Membro superior Direita(o): Coloração marmórea das extremidades [MANTEVE].

05-01-2025 23:30 - Tempo de preenchimento capilar: 3 segundos.

05-01-2025 23:30 - Perda sanguínea

05-01-2025 23:30 - Braço Direita(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade.

05-01-2025 23:30 - Hemorragia

05-01-2025 23:30 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

05-01-2025 23:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia (Braço Direita(o))

Pele e mucosas

05-01-2025 23:30

05-01-2025 23:30 - Ferida cirúrgica

05-01-2025 23:30 - Localização da ferida cirúrgica

05-01-2025 23:30 - Braço Direita(o)

05-01-2025 23:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 20.00 cm.

05-01-2025 23:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

05-01-2025 23:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

05-01-2025 23:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

05-01-2025 23:30 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

05-01-2025 23:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica (Braço Direita(o))

Metabolismo

05-01-2025 21:15

05-01-2025 21:15 - Glicemia capilar: 184 mg/dl.

05-01-2025 21:15 - Glicemia

05-01-2025 21:15 - Determinar evolução da glicemia

05-01-2025 21:15 - Avaliar evolução da glicemia

05-01-2025 23:30 - Glicemia capilar: 180 mg/dl.

Termorregulação

05-01-2025 21:15

05-01-2025 21:15 - Temperatura corporal periférica

05-01-2025 21:15 - Ouvido: 37.20 °C.

05-01-2025 21:15 - Determinar evolução da temperatura corporal

05-01-2025 21:15 - Avaliar evolução da temperatura corporal

05-01-2025 23:30 - Temperatura corporal periférica

05-01-2025 23:30 - Ouvido: 36.80 °C.

4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da consciência

- Monitorizar o nível de profundidade anestésica utilizando BIS

Gerir a pressão do cuff

- Medir a pressão do cuff com cuffómetro

Assegurar o posicionamento para cirurgia

- Manter o posicionamento em decúbito dorsal
- Manter o braço direito a 90º sobre a mesa de apoio de braço

Aplicar dispositivos para alívio de pressão

- Colocar colchão de gel
- Colocar protetor de gel de cabeça
- Colocar protetores de gel de calcâneos
- Colocar rolo de gel por baixo dos joelhos
- Colocar protetor de gel no braço esquerdo

4.8. Síntese relativa ao caso

A prática da enfermagem permite uma abordagem avançada que favorece a tomada de decisão e o planeamento de cuidados individualizados. Esta destaca-se pelo desenvolvimento contínuo do conhecimento, sustentado por evidência científica e referenciais teóricos, com foco na autonomia do enfermeiro e na valorização dos cuidados prestados, segundo as necessidades percebidas das pessoas (REPE, 1998; Marques et al., 2024).

O enfermeiro perioperatório atua em diversas áreas, como anestesia, instrumentação, circulação, cuidados pós-anestésicos e consulta perioperatória, aplicando competências técnicas e não técnicas sustentadas por conhecimento especializado e pensamento crítico. Cada função específica, como enfermeiro de anestesia, circulante ou instrumentista, implica responsabilidades próprias na segurança, gestão do risco e eficácia do processo cirúrgico, culminando num acompanhamento contínuo e personalizado que visa a qualidade e segurança dos cuidados (AESOP, 2012; OE, 2017; EORNA, 2019; AORN, 2021).

Neste estudo de caso abordamos a intervenção do enfermeiro perioperatório nas suas áreas de atuação como enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista, no desenvolvimento das suas competências e tomada de decisão com intervenções autónomas e interdependentes para o processo de enfermagem.

No estudo de caso, a tomada de decisão foi guiada pelo modelo conceptual *Perioperative Patient Focused Model*, que promoveu uma planificação dos cuidados centrada na pessoa em situação perioperatória, adotando uma perspetiva holística e assegurando intervenções de enfermagem focadas na individualidade da pessoa ao longo de todo o percurso cirúrgico.

A conceção de cuidados na sua organização e tomada de decisão foi realizada em dois momentos distintos. A primeira sessão envolve a intervenção do enfermeiro perioperatório desde a entrada da pessoa na sala até ao início da cirurgia. A segunda sessão demonstra a intervenção do enfermeiro perioperatório desde o encerramento cirúrgico até à saída da sala.

A tomada de decisão em enfermagem perioperatória baseia-se no conhecimento específico da profissão, permitindo ao enfermeiro refletir sobre a complexidade da sua prática, aprofundar saberes e criar intervenções que valorizem os cuidados prestados e contribuam para o desenvolvimento da enfermagem (Bastos et al., 2022).

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Competências comuns do enfermeiro especialista

Na procura de conhecimento e desenvolvimento de competências em enfermagem pela sua exigência técnica e científica de atualização contínua, torna-se fundamental a especialização dos cuidados de enfermagem.

A área de enfermagem exige uma evolução contínua, na procura pelo desenvolvimento profissional para uma prática mais qualificada. A mudança contínua dos sistemas de saúde e estruturas organizacionais, com a evolução demográfica e necessidade das populações, juntamente com os progressos científicos e tecnológicos requerem uma maior tendência para a especialização dos cuidados de enfermagem com repercussões positivas para as pessoas, as instituições e para a sua carreira profissional (Ribeiro, 2023).

O enfermeiro especialista no conjunto do conhecimento, capacidades e habilidades que possui, cumpre o pressuposto no Regulamento nº 140/2019, da Ordem dos Enfermeiros onde refere como competências comuns do enfermeiro especialista:

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

O enfermeiro especialista deve reger a sua praxis clínica segundo os domínios de competência comuns do enfermeiro especialista definidos, sendo a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). Estes domínios levam o enfermeiro especialista a colaborar no aprimoramento da profissão, desenvolvendo os processos de aprendizagem e melhoria da qualidade da prestação de cuidados, indo ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados (PQCEE) (OE, 2017; Ribeiro, 2023).

Responsabilidade profissional, ética e legal

Entendendo a saúde como um processo contínuo e dinâmico, temos a pessoa no centro do processo. O enfermeiro especialista na sua abordagem holística identifica necessidades e implementa intervenções baseadas numa tomada de decisão ética e legal de minimização do risco e humanização dos cuidados (OE, 2012).

Como responsabilidade profissional, o enfermeiro especialista, com uma abordagem de oferta

de cuidados especializados, tem o dever de se manter atualizado, participando na educação continuada e treino de habilidades e conhecimentos especializados, realizar uma prática clínica baseada na melhor evidência como garantia da segurança e eficácia dos cuidados e contribuir para o desenvolvimento profissional da equipa através da supervisão e liderança como consagrado no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1998).

No âmbito da responsabilidade ética, a prática de enfermagem centra-se nos princípios éticos da promoção da autonomia da pessoa, pelo direito à informação sobre os seus próprios cuidados; a beneficência, promovendo o bem-estar da pessoa; a não maleficência, na prevenção de danos na pessoa e a justiça, no acesso justo e equitativo aos cuidados de saúde (OE, 2015; Marques, et al., 2024). Inserido no Código Deontológico que rege a profissão de enfermagem, o enfermeiro deve conhecer e fazer cumprir as leis e regulamentos da profissão garantindo a continuidade dos cuidados, através de registos precisos, na proteção dos direitos legais da pessoa e do profissional; manter o direito à informação, com o consentimento da intervenção de procedimentos, através do consentimento informado livre e esclarecido e o direito à privacidade e confidencialidade, na proteção das informações pessoais da pessoa (OE, 2015).

A transmissão de informação à pessoa através do consentimento informado, livre e esclarecido, mostrou-se uma prática comum no serviço em todos os procedimentos cirúrgicos. Em todos os processos clínicos encontrava-se o consentimento informado assinado pelo cirurgião que realiza a proposta cirúrgica e pela pessoa submetida ao ato cirúrgico, assim como o registo do procedimento cirúrgico a realizar, o diagnóstico e a situação clínica, identificar os riscos e os benefícios da intervenção cirúrgica, existência de alternativas possíveis à realização do ato e o risco para a pessoa se não realizar a intervenção no tempo proposto. Este documento cumpre o pressuposto na Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) sobre o Consentimento informado, esclarecido e livre e faz-se acompanhar no processo da pessoa em situação perioperatória até à sala de cirurgia (DGS, 2015).

Existe uma crescente preocupação em garantir o respeito pela autonomia da pessoa, reconhecendo a importância fundamental de salvaguardar o seu direito à informação de forma clara e consentida. Esse processo visa não apenas proporcionar uma compreensão plena das opções disponíveis, mas também favorecer o seu processo de tomada de decisão, permitindo-lhe escolher de maneira informada e consciente, para além de fortalecer o empoderamento da pessoa em situação perioperatória e da sua família.

Deparamo-nos com diferentes situações onde foi solicitado pela pessoa em situação perioperatória um novo esclarecimento acerca do ato cirúrgico ou anestésico. O contexto de cirurgia de urgência reduz o tempo de reflexão da pessoa pela brevidade de resolver o problema, assim nestes casos foram movidos meios para o direito à sua autonomia e tomada de decisão, envolvendo profissionais competentes. No caso de pessoas impossibilitadas de exercer o seu poder de decisão, como nos casos emergentes, foi considerado o consentimento

presumido e devidamente documentado no seu processo clínico, agindo à salvaguarda do princípio da beneficência (DGS, 2015).

No princípio da proteção da privacidade e confidencialidade da pessoa, procurou-se em todos os momentos protegê-la e criar estratégias para a sua promoção. Na admissão ao bloco operatório, como problema estrutural, a zona de transferência é numa área de passagem comum, o que pode levar ao comprometimento da sua privacidade.

A zona de transferência própria para admissão de utentes é um dos requisitos estruturais necessários (AESOP, 2012). No entanto o serviço em questão não dispõe estruturalmente deste *transfer* o que leva o enfermeiro a minimizar este impacto e criar estratégias de melhoria como a passagem individual de cada pessoa de e para o bloco operatório e a interrupção de passagem comum aquando da sua transferência para o bloco operatório ou internamento, garantindo o seu conforto. Este conjunto de ações vai ao encontro da competência de garantia de prática de cuidados pelo respeito dos direitos humanos e a responsabilidade profissional como prática especializada em enfermagem (OE, 2017; OE, 2019).

No que concerne à segurança da pessoa em situação perioperatória e o seu direito legal de autonomia encontramos implementado no serviço de contexto de prática clínica o cumprimento da orientação de identificação inequívoca. Como delineado na Orientação 018/2011 de 2 de maio, pela Direção Geral da Saúde, a identificação de todas as pessoas submetidas a procedimento cirúrgico, confirmando pelo menos dois identificadores, sejam a conjugação de dois nomes, data de nascimento e número do processo clínico. Este procedimento vai ao encontro do pressuposto no Pilar 5 - Práticas seguras em ambientes seguros presente no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, o qual propõe normas e objetivos a alcançar para a promoção da segurança da pessoa e melhoria da qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2011; PNSD, 2022).

Melhoria contínua da qualidade

A melhoria contínua da qualidade em enfermagem especializada é um processo sistemático e contínuo para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde e envolve a implementação de estratégias, ferramentas e métodos que garantem a prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa.

O domínio da melhoria contínua da qualidade pressupõe que o enfermeiro especialista desenvolva competências para uma prática avançada e detenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas na área da governação clínica, promova práticas de qualidade na colaboração e gestão de programas de melhoria contínua e garanta um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

A promoção de uma cultura organizacional que valorize e incentive a melhoria contínua com a implementação e desenvolvimento de planos de ação baseados nas necessidades efetivas do

serviço e suportados pelas melhores evidências disponíveis, são ações que o enfermeiro especialista deve adotar no desenvolvimento das suas competências avançadas. Descrito nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, o enfermeiro contribui para a organização dos cuidados de enfermagem através da elaboração e atualização de procedimentos baseados em evidência científica e na utilização de ferramentas que promovam a segurança dos cuidados perioperatórios (OE, 2017).

No desenvolvimento de competências especializadas em estágio e estabelecido como objetivo deste, elaboramos dois projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados perioperatórios. Após análise das necessidades do serviço e no âmbito do desenvolvimento de competências na área de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória no contexto de bloco de urgência, também estabelecido como objetivo deste estágio, desenvolvemos dois projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados com a elaboração de uma instrução de trabalho de verificação da marcação do local cirúrgico e elaboração de uma instrução de trabalho para a admissão do doente no bloco de urgência.

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) implementada na instituição integra a verificação e registo da marcação do local cirúrgico pré-operatório, com o intuito de promover a diminuição de erro e melhorar a segurança da pessoa submetida aos cuidados perioperatórios (OMS, 2009). Durante o estágio verificámos que era frequente a ausência da marcação do local cirúrgico pré-operatório e a existência de inconformidade no registo e validação do item de verificação da marcação do local cirúrgico na LVSC. Neste sentido, tornou-se emergente a elaboração de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados (PMCQCEE) de forma a uniformizar o procedimento de verificação da marcação do local cirúrgico pré-operatório, fornecendo aos profissionais normas e procedimentos que promovam a diminuição do risco de erro e melhorem a segurança da pessoa em situação perioperatória, assim como proceder em conformidade na documentação na *checklist* de cirurgia segura no processo clínico.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a realização da LVSC em três momentos distintos, sendo: antes da indução anestésica (*sign in*), antes da incisão na pele (*time out*) e antes da saída da sala cirúrgica (*sign out*), promovendo a adoção de boas práticas em todas as etapas para a segurança cirúrgica. A marcação do local cirúrgico deve ser realizada antes da indução anestésica (OMS, 2009).

É evidente a existência de barreiras à realização de todas as etapas da LVSC, tais como a resistência das equipas, limitação de tempo e formação reduzida, sendo necessário criar estratégias de adaptação aos contextos e formação da equipa multidisciplinar (Galeano Castañeda, et al., 2022; Facey, et al., 2024; Paterson, et al., 2024). Dentro destas estratégias a *European Operating Room Nurses Association* (EORNA) propõe a realização de um *briefing* pré-cirúrgico e *debriefing* após a cirurgia para reflexão de cada item da LVSC. Nessa perspetiva a

DGS implementou o projeto “Cirurgia segura, Salva vidas” com o intuito de melhorar a comunicação e o trabalho em equipa interprofissional (DGS, 2013; EORNA, 2023).

Está também implícito no pilar 5 – Práticas seguras em ambientes seguros, no objetivo estratégico de implementação e consolidação de práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde do PNSD 2021-2026, a avaliação em indicadores da taxa de conformidade de todos os itens da LVSC por instituição e a taxa de complicações de eventos adversos, como o local cirúrgico errado (PNSD, 2022).

Recentemente a *The Joint Commission* (TJC) elaborou o Protocolo Universal para a prevenção do local errado, procedimento errado e pessoa errada, de forma a padronizar os cuidados no processo cirúrgico, melhorar a comunicação e envolver a pessoa em situação perioperatória e a sua família (TJC, 2024).

Neste contexto, desenvolvemos uma instrução de trabalho de verificação da marcação do local cirúrgico, por meio da elaboração de um PMCQCEE (Anexo I), seguindo a estrutura preconizada pela OE. A elaboração do projeto envolveu a gestão de enfermagem do serviço, a direção do bloco operatório e a administração da instituição, resultando na execução da instrução de trabalho, que após terminada a fase de planeamento seguiu para o gabinete da qualidade da instituição.

Durante o desenvolvimento do estágio em contexto de bloco de urgência, constatamos a inexistência de comunicação prévia com a equipa de enfermagem a informar a chegada da pessoa para ser submetida a cirurgia. Neste sentido, declaramos emergente a realização de uma instrução de trabalho que uniformiza-se o procedimento de admissão do doente no bloco de urgência, favorecendo uma adequada preparação pré-cirúrgica do procedimento, antecipando cuidados, fornecer aos profissionais normas e procedimentos e promover a segurança da pessoa em situação perioperatória.

Uma comunicação eficaz é crucial para a priorização das ações e para garantir a segurança durante todo o procedimento cirúrgico. O conhecimento do estado clínico da pessoa e a colaboração entre a equipa multidisciplinar são elementos-chave na antecipação dos cuidados no intraoperatório. Isso permite otimizar os recursos disponíveis, como a organização do material necessário e o funcionamento adequado dos equipamentos, contribuindo significativamente para a redução de complicações ou intercorrências no intraoperatório. Assim, a padronização dos procedimentos na transmissão da pessoa para o bloco operatório de urgência é essencial para reduzir a omissão de informações importantes para a realização de todo o processo cirúrgico eficazmente (Lane-Fall et al., 2020; Zaki et al., 2024).

No PNSD 2021-2026 está implícito no pilar 3 – Comunicação, o objetivo estratégico de melhorar a comunicação e segurança na transição de cuidados, com o desenvolvimento de estratégias que promovam boas práticas (PNSD, 2022). Deste modo, criamos uma instrução de trabalho de

admissão do doente no bloco de urgência, recorrendo à realização de um PMCQCEE (Anexo II), o qual terminou a sua fase de planeamento.

Os PMCQCEE desenvolvidos em contexto de estágio vão ao encontro dos PQCEE propostos pela Ordem dos Enfermeiros, presentes nos enunciados descritivos da promoção da saúde, satisfação do cliente, prevenção de complicações, organização dos cuidados de enfermagem e segurança da pessoa (OE, 2017).

Com este desenvolvimento e implementação de estratégias para mitigar os riscos identificados, aliado aos sistemas de informação com a documentação das intervenções de enfermagem, conseguimos monitorizar as mudanças implementadas e ajustar e melhorar continuamente o processo, traduzindo em indicadores de qualidade para avaliação do desempenho dos cuidados de enfermagem (Ribeiro, 2023).

A melhoria da qualidade traduzida em indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de saúde, neste contexto no bloco operatório, é analisada segundo o modelo de estrutura - processo - resultado desenvolvida por Donabedian, que integra a análise do contexto em que ocorre os cuidados (estrutura), a atividade dos profissionais de saúde (processo) e o efeito do cuidado na pessoa e família (resultado) (Castro, 2018).

Neste sentido, o desenvolvimento dos projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com a elaboração de uma instrução de trabalho para verificação da marcação do local cirúrgico e uma instrução de trabalho de admissão do doente no bloco operatório, contribui para o progresso de indicadores de processo, com a estruturação de todas as ações e intervenções que toda a equipa de saúde deve adotar e indicadores de resultado, com a melhoria dos *outcomes* para a pessoa submetida aos cuidados perioperatórios e para os profissionais de saúde.

Gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados em enfermagem especializada é um aspeto crucial para garantir a qualidade do atendimento e a eficiência dos serviços de saúde. No domínio da gestão dos cuidados é um compromisso do enfermeiro especialista otimizar as respostas de enfermagem e da equipa, na garantia da segurança e qualidade das tarefas delegadas, assim como, adaptar a liderança e a gestão de recursos às necessidades de cuidados (OE, 2019). Ao enfermeiro especialista, com base nas suas conceções de cuidados, compete atuar como agente de mudança, organizando a prestação de cuidados e incentivar o trabalho em equipa, de forma a alcançar um nível de qualidade adequado e ir ao encontro das necessidades das pessoas (Soares, 2017).

O desenvolvimento de competências em contexto de estágio no bloco operatório, permitiu compreender a abrangência e importância da função do enfermeiro coordenador em cada turno do serviço. O enfermeiro coordenador como profissional mais preparado e com competências de gestão, tem a responsabilidade de liderança da equipa, demonstrando capacidades e

habilidades na profissão de enfermagem, conhecimento da cultura organizacional da instituição e promove a antecipação dos cuidados à pessoa e a prevenção de complicações, incentivando à segurança e qualidade dos cuidados (OE, 2017).

Este enfermeiro coordenador tem como função no serviço, gerir a equipa de enfermagem durante o turno, no sentido de garantir que todos os elementos estão a auferir de um posto de trabalho adequado às suas habilidades e conhecimento, assim como adaptado ao fluxo de trabalho. Muitas vezes é necessário redistribuir os elementos de enfermagem nas diferentes funções, de forma a colmatar as necessidades por situações imprevistas, nomeadamente na gestão de abertura de mais uma sala de urgência, ocupando uma das salas de cirurgia programada, o que desperta a capacidade de tomada de decisão no ajuste do planeamento.

A resolução de problemas ocasionais, como avarias e faltas, pedindo cooperação ao serviço de instalação e equipamentos através de ordens de serviço de reparação, também é função do enfermeiro coordenador, no sentido de garantir o bom funcionamento dos equipamentos a utilizar nos procedimentos cirúrgicos.

Na avaliação das necessidades de recursos materiais, o coordenador faz a ponte entre o bloco operatório e o armazém e farmácia para pedido de reposição de material clínico e medicamentos, respetivamente. Uma inadequada gestão de recursos pode condicionar a qualidade da assistência à pessoa alvo dos nossos cuidados por adiamento ou cancelamento dos atos cirúrgicos. O serviço dispõe de um sistema de armazém avançado com reposição automática, pelo armazém e farmácia, de recursos em stock. Existe também um sistema para pedido de material específico para cirurgia, realizado pelo cirurgião responsável e tendo que ser aprovado pelos responsáveis superiores da instituição, aqui o enfermeiro coordenador gere a chegada do material externo ao serviço, de acordo com os pedidos de material, responsabilizando-o pela sua integridade.

Entre outras funções, o enfermeiro coordenador, faz o pedido do instrumental cirúrgico, antecipando as necessidades do dia seguinte, fazendo a ponte entre o serviço e a unidade de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo de forma a garantir os recursos materiais necessários às cirurgias a realizar. Através de uma aplicação informática com uma base de dados de todo o instrumental existente no serviço e distribuído pelas diferentes especialidades cirúrgicas, o enfermeiro coordenador seleciona o material que pretende pedir e a própria aplicação envia um e-mail com o pedido, garantindo assim a existência e gestão de todo o material necessário ao bom funcionamento do plano cirúrgico.

O desenvolvimento efetivo da competência do coordenador de turno no serviço demonstra a capacidade de tomada de decisão e organização, elevando a qualidade dos cuidados de enfermagem. Associado à capacidade de liderança, o enfermeiro coordenador deve ser capaz de demonstrar competências de gestão, capacidade de comunicação, organização e trabalho em equipa, preocupação pela qualidade e revelar competências interpessoais e técnicas de

enfermagem (Augusto, 2013; Marques, et al., 2024).

Ao enfermeiro especialista é exigido características de liderança capazes de identificar problemas, pensar criticamente e facultar soluções, assumindo um papel proativo na área da gestão e desenvolvimento de boas práticas e melhoria da qualidade, a par da promoção do desenvolvimento dos pares (Ribeiro, 2023). O desenvolvimento desta competência do enfermeiro coordenador foi estabelecida como objetivo deste estágio.

Em todos os turnos existe um enfermeiro responsável para apoio na unidade de reprocessamento. Este enfermeiro faz a ponte entre o bloco operatório e a unidade de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo, coordenando-se com o enfermeiro responsável da mesma unidade, faz o reconhecimento de todo o material pertencente ao serviço e controla o material externo destinado a cirurgias específicas. Tem também funções de supervisão e formação aos elementos da unidade de reprocessamento, assim como solucionar problemas relacionados com o mau funcionamento dos materiais cirúrgicos e pedir a sua reparação (Farias, 2023).

A gestão competente dos cuidados requer do enfermeiro o conhecimento da sua área de especialidade e do contexto onde exerce funções, de modo a assegurar uma administração eficaz dos recursos e dos cuidados, bem como a boa coordenação da equipa que representa e dos serviços envolvidos, visando a qualidade dos cuidados. O posto de trabalho de enfermeiro coordenador deve ser assegurado pelo enfermeiro especialista, enquanto profissional mais habilitado e com competência na área de gestão, salvaguardando a procura pela eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, defendida nos padrões de qualidade dos cuidados especializados (OE, 2017). No entanto, no serviço onde decorreu o estágio constatou-se a existência de enfermeiros não especialistas em função de coordenador de turno, o que demonstra a necessidade de mudança de paradigma por parte da chefia na organização dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais em enfermagem especializada é um processo contínuo e multifacetado que visa preparar os enfermeiros para lidar com a exigência complexa da prática clínica avançada. Este desenvolvimento envolve vários componentes inter-relacionados, tais como a educação formal, a prática supervisionada, a aprendizagem ao longo da vida e a integração de novos conhecimentos na prática clínica baseados na melhor evidência científica disponível. Este domínio tem como pressuposto no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, importante no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais e o desenvolvimento de uma praxis clínica especializada baseada em evidência científica com repercussão na sua tomada de decisão (OE, 2019).

A prestação de cuidados de saúde baseados em evidências é fundamental na atualidade, inserindo-se num contexto de desafios clínicos cada vez mais complexos. Este cenário exige respostas de alta qualidade e segurança, mesmo diante de significativas restrições de recursos, exigindo maior eficácia, eficiência e efetividade nas intervenções de enfermagem, sendo fundamental avaliar as atitudes, competências e práticas dos enfermeiros em relação à prática baseada em evidência, estando alicerçada o desenvolvimento profissional ao desenvolvimento pessoal (Pereira, 2021; Marques, et al., 2024).

No desenvolvimento de competências em estágio e derivado de diversas reflexões sobre a prática de cuidados corrente, que resultaram em várias pesquisas de evidência científica nas diferentes áreas, participamos em congressos e eventos científicos de forma a apresentarmos a nossa intervenção como enfermeiros especialistas na abordagem à pessoa em situação perioperatória e promoção da segurança e qualidade dos cuidados.

No Encontro de Benchmarking da MCEEMC 2024: Enfermagem Médico-Cirúrgica: “Equidade e Poder Económico dos Cuidados de Enfermagem Especializados” promovido pela Ordem dos Enfermeiros participamos com uma comunicação oral intitulada “Projeto de melhoria contínua: procedimento de manipulação de citostáticos - mitomicina-C em contexto perioperatório” (Anexo III), tendo sido atribuído a classificação de primeiro prémio de melhor comunicação oral, e a comunicação oral “Projeto de melhoria contínua na supervisão clínica de estudantes de enfermagem em bloco operatório: implementação de boas práticas” (Anexo IV).

No 6º Congresso Internacional IACS 2024: “Desafios e Inovação em Controlo de Infeção” participamos com duas comunicações orais no âmbito do controlo de infeção e intervenção do enfermeiro na promoção da segurança, com os trabalhos “Diretrizes e práticas dos enfermeiros no control de infeção em contexto perioperatório” (Anexo V) e “A importância da normotermia na prevenção da infeção do local cirúrgico: uma revisão integrativa” (Anexo VI).

A III Convenção Internacional dos Enfermeiros “Tempo de respostas” pela sua abrangência no âmbito da prática em enfermagem, participamos com duas apresentações orais, “Ganhos em saúde associados a enfermeiros especialistas perioperatórios: uma revisão integrativa” (Anexo VII) e “Preparação, formação e gestão dos enfermeiros em situação de catástrofe no bloco operatório” (Anexo VIII).

Diferentes temáticas foram abordadas no I Congresso de Enfermagem Perioperatória ULS EDV, tais como os riscos no bloco operatório, desafios e estratégias de segurança na transição de cuidados, gestão e controlo de infeção e a importância de uma liderança eficaz. Assim, apresentamos como é-posteres os trabalhos “Impacto da transição de cuidados na admissão da pessoa no bloco operatório de urgência: Desafios e estratégias de otimização” (Anexo IX) e “Formação e simulação na prevenção contra incêndios em ambiente perioperatório” (Anexo X) e como comunicação oral, o trabalho “Toucas cirúrgicas de tecido versus descartáveis em contexto perioperatório: Uma revisão integrativa” (Anexo XI) e “Liderança positiva e felicidade

no trabalho: uma relação de sucesso no bloco operatório” (Anexo XII).

Nas II Jornadas Internacionais da APAPenf+ - “Da Teoria de Iniciado a Perito à Criação de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos”, pela sua relevância no desenvolvimento da enfermagem e desenvolvimento pessoal e profissional como enfermeiro, apresentamos a comunicação oral “Implementação de um Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório” (Anexo XIII), que recebeu a menção de melhor relato de boas práticas e o é-poster “Enfermagem Perioperatória - Promoção de Ambientes de Aprendizagem em Emergências Intraoperatórias” (Anexo XIV).

A compreensão e abordagem à pessoa em situação perioperatória requer do enfermeiro especialista competências que promovam a eficiência dos cuidados, nesse sentido apresentamos no I Congresso Internacional do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Médico Cirúrgica da ULSBM 2025 dois é-posteres intitulados “Alteração da perceção da imagem na pessoa submetida a cirurgia de urgência” (Anexo XV) e “Competências Não Técnicas dos Enfermeiros Perioperatórios: Relevância para a Segurança e Eficiência cirúrgica” (Anexo XVI), que demonstram a abordagem holística do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

No 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico apresentamos o é-poster intitulado “Abordagem ao doente emergente no perioperatório” (Anexo XVII), que demonstra a importância da tomada de decisão e gestão de prioridades em contexto de bloco de urgência.

Apresentamos também dois é-posteres no I Congresso de Enfermagem Perioperatória de Braga com os títulos “Desafios da supervisão clínica em enfermagem no contexto de bloco operatório de urgência” e “Práticas baseadas em evidências para a gestão do doente crítico em contexto perioperatório”, que ainda aguardamos a emissão dos respetivos certificados, onde fizemos uma abordagem baseada em evidência no âmbito da gestão dos cuidados à pessoa em situação perioperatória em situação de urgência e os desafios da supervisão clínica neste contexto.

No bloco operatório onde foi realizado o estágio participamos numa formação em serviço sobre “Prevenção contra incêndios em ambiente perioperatório” (Anexo XVIII). Neste sentido, foram identificados todos os pontos passíveis de risco de incêndio no bloco operatório e localizados os meios disponíveis a utilizar em caso de incêndio, com a finalidade de formar a equipa sobre os procedimentos a realizar. No bloco operatório existem os três componentes principais para o culminar de um incêndio, dos quais o combustível, o comburente e o calor, sendo fundamental todos os elementos da equipa conhecerem os circuitos e os procedimentos definidos institucionalmente. A par disto, a formação e treino da equipa mostra-se crucial para a consciencialização dos riscos e criação de estratégias promotoras da segurança no bloco operatório (Kroning, et al., 2019; Mai et al., 2020).

No desenvolvimento do PMCQCEE de verificação da marcação do local cirúrgico realizamos uma

formação em serviço (Anexo XIX) para dotar a equipa de conhecimentos a cerca desta temática e envolvê-la no projeto pela sua importância na promoção da segurança e qualidade dos cuidados. A participação ativa de todos os profissionais envolvidos é fundamental, sendo necessário investir em estratégias de sensibilização, capacitação e supervisão contínua, promovendo uma cultura de segurança no ambiente cirúrgico (Facey, et al., 2024; Paterson, et al., 2024). A equipa de enfermagem manifestou uma apreciação verbal positiva, como resultado na aquisição de novos conhecimentos em áreas distintas mas com grande impacto na atividade assistencial diária dos enfermeiros.

Existe ainda uma política comum onde predomina a partilha de informação entre os enfermeiros do serviço, em oposição à procura de informação e reflexão crítica da literatura, o que evidencia a necessidade de ações concretas que possam reduzir esta lacuna e garantir que os benefícios da prática baseada na evidência sejam efetivamente incorporados no quotidiano dos profissionais de saúde. Para isso, é fundamental que as organizações de saúde incentivem a adoção desta prática como parte integrante da cultura institucional, com a criação de políticas e estruturas que promovam e recompensem a prática baseada em evidência, assim como o desenvolvimento de um ambiente de trabalho que valorize a investigação e a inovação, dando assim ênfase à gestão da formação em serviço e a sua importância no desenvolvimento dos profissionais (Pereira, 2021). O serviço onde foi realizado o estágio de prática clínica dispõe de um plano de formação anual, no qual é envolvida toda a equipa de enfermagem na partilha de conhecimentos e evidência científica, criando oportunidades e disponibilizando o tempo necessário para que os estudantes de enfermagem especializada possam expor os seus conhecimentos adquiridos e investigação nas áreas específicas.

Com esta partilha de conhecimentos e trabalhos científicos aliado às atividades de investigação, formação e ensino desenvolvidas no contexto da prática, é fundamental que futuramente haja oportunidade e interesse numa candidatura ao processo de Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica. Isto advém da orientação do processo formativo e valorização da profissão no incremento de um ambiente de prática clínica e ensino, promotores do desenvolvimento da formação e investigação e potenciadores da qualidade e segurança dos cuidados perioperatórios (Ribeiro, 2023). A criação de um ambiente de trabalho que valorize a investigação, o apoio contínuo aos profissionais e a promoção de uma cultura de questionamento e melhoria contínua são essenciais para garantir que a prática baseada em evidência se torne uma realidade palpável e beneficie efetivamente as pessoas submetidas aos cuidados perioperatórios (Pereira, 2021).

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória

O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória possui um

conjunto de competências específicas que são essenciais para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados durante as diferentes áreas do perioperatório, abrangendo os conhecimentos, habilidades e atitudes que permitem ao enfermeiro atuar de forma eficiente e eficaz, proporcionando um cuidado centrado na pessoa submetida aos seus cuidados. Estas competências estão explícitas no Regulamento nº 429/2018, da Ordem dos Enfermeiros, onde refere que:

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

Os cuidados de enfermagem na área do perioperatório complementam-se entre si e resultam na identificação das necessidades, planeamento, execução e avaliação dos resultados obtidos nas diferentes áreas de atuação como a consulta pré-operatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos (OE, 2017; OE, 2018).

Na abordagem à pessoa a vivenciar um processo cirúrgico e anestésico, a enfermagem especializada em perioperatório concentra-se no cuidado à pessoa e família, garantindo a segurança e o bem-estar desta em todas as fases de intervenção perioperatória.

Na fase pré-operatória, desde a decisão cirúrgica até ao momento da passagem para a mesa operatória, desenvolvem-se intervenções no sentido de preparação da pessoa para o ato cirúrgico. Isto envolve o reconhecimento de toda a sua história clínica, planeamento do procedimento a realizar e garantia de existência de todo o material necessário e o seu bom funcionamento.

A fase intraoperatória caracteriza-se pela passagem da pessoa para a mesa operatória e termina com a transferência desta para a Unidade de Cuidados Pós-anestésicos. Aqui o enfermeiro especialista tem um papel preponderante na defesa da pessoa alvo dos seus cuidados, pela vulnerabilidade desta na situação que experimenta, pela desproteção e a sua incapacidade de defesa (OE, 2018). Nesta fase o enfermeiro demonstra conhecimento num conjunto de intervenções que executa, como a garantia do conforto e segurança no posicionamento cirúrgico, monitorização contínua do estado hemodinâmico da pessoa e atua rapidamente numa situação de alteração clínica, fornece suporte à equipa cirúrgica no controlo de equipamentos e materiais necessários ao ato cirúrgico, contornando imprevisibilidades e garantindo a sua rastreabilidade e documenta todo o processo cirúrgico, como a medicação administrada e intervenções realizadas para dar continuidade aos cuidados por outro profissional de saúde e registo dos diferentes tempos cirúrgicos, para permitir a descrição de indicadores para uma gestão avançada pela instituição de saúde (AESOP, 2012).

Na fase pós-operatória, a intervenção do enfermeiro passa pela monitorização da pessoa

submetida ao ato cirúrgico e a gestão e controlo da dor, implementa medidas para a prevenção de complicações pós-operatórias futuras e documenta e garante a continuidade dos cuidados para os serviços de internamento e preparação para a alta (AESOP, 2012).

A gestão da pessoa em situação perioperatória em todas as fases do processo cirúrgico, leva-nos a uma avaliação individualizada com a formulação de diagnósticos de enfermagem e seleção de intervenções com foco nos resultados para a pessoa, como mencionado através do *Perioperative Patient Focused Model* (AORN, 2021).

O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória tem como alvo dos seus cuidados a pessoa a vivenciar experiência cirúrgica e anestésica, promovendo o seu empoderamento, a prevenção de eventos adversos, o tratamento da doença e a promoção da saúde (OE, 2017). Assim, deve exercer a sua praxis clínica assente nos diferentes domínios de competência específica do enfermeiro em enfermagem médico-cirúrgica, na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, definindo-se o cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica (OE, 2018).

Os enfermeiros perioperatórios são incentivados a procurar a certificação de competências como uma forma de validar e demonstrar o domínio das competências essenciais exigidas na prática perioperatória. A certificação não só reflete o compromisso desses profissionais com a excelência, mas também garante que eles possuam conhecimento atualizado sobre os padrões de enfermagem reconhecidos nacionalmente. Além disso, essa qualificação reforça o comprometimento com práticas baseadas em evidências, assegurando que a assistência prestada seja de alta qualidade e segura para a pessoa, ao mesmo tempo que contribui para o aprimoramento contínuo da profissão (AORN, 2021).

Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

O reconhecimento do outro e a capacitação como base do processo e intervenção de enfermagem é um dos pilares dos cuidados de enfermagem perioperatórios definidos nos padrões de qualidade dos cuidados especializados. Defende a importância da relação interpessoal como um benefício para o desenvolvimento do conhecimento e da sua autoconsciência, com a capacidade de promover a autonomia e liberdade da pessoa em situação perioperatória, por parte do enfermeiro que lhe presta cuidados (OE, 2017).

No desenvolvimento de competências em estágio foi possível compreender o circuito da pessoa a vivenciar o processo cirúrgico em contexto de bloco de urgência. A abordagem segundo um processo de intervenção individualizado permite uma avaliação individualizada do caso clínico e planeamento detalhado com intervenções específicas e adequadas à situação de saúde/doença da pessoa aos nossos cuidados, trazendo o benefício da redução dos riscos e melhoria da

eficiência e qualidade dos cuidados.

A personalização dos cuidados passa também, como assistido no desenvolvimento do estágio clínico, pela realização do briefing pré-cirúrgico, onde há o envolvimento de toda a equipa que assiste a pessoa em situação perioperatória. Este procedimento demonstra ser altamente benéfico, acelerando os procedimentos, aprimorando a comunicação entre os profissionais e, conseqüentemente, elevando a qualidade dos cuidados prestados, não apenas otimiza os processos internos, como também contribui para melhores *outcomes* clínicos e maior satisfação da pessoa em situação perioperatória (Santos & Martinho, 2023).

A uniformidade nos cuidados, a interação multiprofissional, a garantia da continuidade dos cuidados e a qualidade no serviço prestado são elementos essenciais para o exercício da profissão de enfermagem (REPE, 1998). A comunicação eficiente é uma parte integrante da complexidade de cuidar a pessoa. Uma comunicação eficaz resulta de um cuidado humanizado e profissional, contribuindo significativamente para a efetividade e qualidade do atendimento, o que implica que o enfermeiro deve ser capaz de ouvir ativamente, compreender e responder de forma adequada às preocupações e necessidades da pessoa, garantindo que se sinta valorizada e bem cuidada (Oliveira, et al., 2020).

A comunicação clara e empática facilita a construção de uma relação de confiança entre a pessoa e a equipa, o que pode melhorar a adesão ao tratamento e promover melhores resultados clínicos. Ela abrange não apenas a troca de informações, mas também a capacidade de criar um ambiente de cuidado onde a pessoa se sente compreendida, segura e respeitada. Assim como, uma comunicação eficaz entre os membros da equipa multiprofissional é crucial para a coordenação e continuidade dos cuidados, assegurando que todas as intervenções sejam realizadas de maneira coesa e integrada (Oliveira, et al., 2020).

Durante o estágio em contexto de bloco de urgência verificamos a inexistência de um contato telefónico, entre equipas de enfermagem, com o objetivo de informar a equipa do bloco operatório da transmissão da pessoa para este serviço. Esta conclusão levou-nos a realizar o PMCQCEE de admissão do doente no bloco de urgência, com a elaboração de uma instrução de trabalho que oriente as equipas de enfermagem e melhore a comunicação. Este trabalho demonstrou que a comunicação prévia entre equipas permite otimizar os recursos disponíveis, reduz o risco de complicações e intercorrências no intraoperatório e promove a antecipação de cuidados, reduzindo também o tempo de abordagem à pessoa, que neste contexto de urgência é essencial para melhores desfechos cirúrgicos (Lane-Fall et al., 2020; Zaki et al., 2024).

No âmbito de todas as intervenções do processo de admissão da pessoa em situação perioperatória no bloco de urgência, foi possível observar uma dinâmica de serviço adequada na abordagem e admissão da pessoa que iria ser submetida a um ato cirúrgico, pela sua identificação inequívoca com a pulseira de identificação, como estabelecido no objetivo estratégico nº5 do PNSD 2021-2026, verificando pelo menos dois identificadores, garantimos a

existência de uma correspondência correta na continuidade da prestação de cuidados ao longo de todo o processo cirúrgico (DGS, 2011; Constâncio, 2022; PNSD, 2022).

Ainda no âmbito da comunicação em bloco operatório, está em curso no serviço o planeamento de um PMCQCEE sobre a comunicação utilizando uma ferramenta de mnemónica ISBAR - *Identify* (Identificação) - *Situation* (Situação atual) - *Background* (Antecedentes) - *Assessment* (Avaliação) - *Recommendation* (Recomendações) integrado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. A utilização desta ferramenta mostra-se fundamental na continuidade dos cuidados prestados à pessoa, promovendo a segurança e a sua qualidade, no entanto deverá existir um maior comprometimento no seu conhecimento e aplicabilidade nos contextos de prática clínica (PNSD, 2022; Guerra, et al., 2023).

Na análise da realização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, preconizada pela Organização Mundial de Saúde, por parte dos elementos da equipa cirúrgica, verifica-se que existe uma não conformidade no seu preenchimento e coordenação. Durante o estágio clínico verificamos que existem elementos de algumas equipas que demonstram um esforço em concretizar a LVSC no tempo e forma correta. No entanto, o que mais se assiste é a não realização correta da LVSC em uma ou mais fases desta.

A Organização Mundial de Saúde recomenda a realização da LVSC em três fases distintas i) antes da indução anestésica, ii) antes da incisão na pele e iii) antes de sair da sala cirúrgica. Todas estas fases compõem intervenções específicas a realizar em conjunto com a equipa, ficando um elemento responsável pela sua documentação, aconselhavelmente o enfermeiro circulante (OMS, 2009).

A realização da LVSC deve ser vista como um meio de melhoria da comunicação entre a equipa, diminuindo os riscos potenciais, fortalecendo os cuidados à pessoa no seu momento de vulnerabilidade. Por outro lado, é destacado a dificuldade em executar todas as etapas da LVSC nos tempos preconizados, muito por falta de adesão da equipa ao seu preenchimento correto (Rabêlo, et al., 2022).

Durante a identificação de necessidades do serviço verificámos a não conformidade do item da verificação da marcação do local cirúrgico. Frequentemente a marcação do local cirúrgico não é realizada corretamente, assim como o registo na LVSC, indicando uma não conformidade. Por esta questão, avançamos para a realização de um PMCQCEE de verificação da marcação do local cirúrgico.

A evidência científica mostra-nos a importância da gestão do risco no perioperatório e no âmbito da admissão do doente no bloco de urgência, estabelecido como temática principal para este período académico, encontramos vários momentos onde as intervenções de enfermagem são cruciais para reduzir ou mitigar esse risco. A intencionalidade do PMCQCEE de verificação da marcação do local cirúrgico é o compromisso pela procura de estratégias que melhorem a

segurança da pessoa em situação perioperatória numa abordagem interprofissional (TJC, 2024).

No âmbito da promoção de cuidados à pessoa em situação perioperatória encontramos o posicionamento cirúrgico como foco dos nossos cuidados. O posicionamento cirúrgico é um procedimento que envolve toda a equipa pluridisciplinar e contém riscos para a pessoa, com consequências do foro ventilatório ou equilíbrio hemodinâmico, levando também a lesões cutâneas, nervosas ou vasculares (AESOP, 2012; Duarte & Martins, 2016). Nesse sentido o enfermeiro é responsável por assegurar a proteção da pessoa, sendo um dos procedimentos mais importantes para a segurança da pessoa em situação perioperatória e a eficiência cirúrgica. Na prática de desenvolvimento de competências a compreensão da importância desta intervenção de enfermagem foi fundamental para assegurar a segurança da pessoa alvo dos nossos cuidados nos mais variados procedimentos cirúrgicos de diferentes especialidades, movendo recursos e meios necessários para executar o posicionamento cirúrgico eficazmente.

A prática de cuidados em enfermagem em bloco de urgência é complexa e imprevisível. A abordagem à pessoa em situação perioperatória no âmbito de urgência ou emergência, requer do enfermeiro uma resposta rápida, eficiente e segura. A experiência clínica, o pensamento crítico e o uso de protocolos são fatores que influenciam a resposta na abordagem à pessoa em situação de emergência no bloco operatório (Croke, 2019; Spruce, 2019).

Num contexto de catástrofe no bloco operatório, a preparação, formação e gestão dos enfermeiros perioperatórios é crucial para que a equipa trabalhe de forma unida, gerindo os recursos de maneira eficiente. Nesse sentido, a coordenação interdisciplinar, o uso de protocolos estruturados e o treino contínuo da equipa com simulações realistas é fundamental, não só para melhorar a segurança da pessoa, mas também reduzir o stresse dos profissionais, melhorando a execução das ações em situação de emergência (Acar et al., 2019). Estas conclusões resultaram da reflexão de diferentes situações de abordagem à pessoa com politrauma em contexto de prática clínica no bloco operatório de urgência. Com recurso à evidência científica percebemos o impacto da formação contínua dos profissionais na sua resposta em emergência, levando-nos a perceber também o impacto e a resposta a uma situação de catástrofe no próprio bloco operatório, como o caso de situação de incêndio, que culminou na formação da equipa de enfermagem sobre esta temática.

O bloco operatório de urgência, podemos assumir que é um ambiente onde ocorrem os acontecimentos de forma inesperada e imprevisível. Nesta linha de pensamento, podemos referir que também para a pessoa em situação perioperatória isso acontece de forma inesperada.

Na área da capacitação da pessoa para a gestão da experiência cirúrgica encontramos a alteração da autoimagem derivado do processo cirúrgico. No decorrer do estágio experienciamos um momento em que a pessoa em situação perioperatória, após ter consciência da mudança física e imagem corporal que iria decorrer da cirurgia, referiu dúvida em relação ao

procedimento, pelo que foram realizadas intervenções de suporte e apoio à pessoa, em conjunto com a equipa multidisciplinar.

A alteração da imagem corporal representa um desafio significativo para muitas pessoas, especialmente no contexto perioperatório em urgência, onde as mudanças físicas podem impactar a autoestima, a identidade e o bem-estar emocional, sendo de elevada importância o papel do apoio psicológico e da enfermagem empática no processo de adaptação à nova imagem. As intervenções, como suporte emocional e educação sobre cuidados pós-cirúrgicos, são fundamentais para facilitar a aceitação e promover uma recuperação mais completa da pessoa em situação perioperatória (Lacerda, et al., 2018; Black & Notter, 2021).

O desenvolvimento de competências não técnicas dos enfermeiros perioperatórios são determinantes para a prevenção de erros e redução do risco cirúrgico. Exemplo destas competências são a comunicação eficaz, a capacidade de trabalhar em equipa, a liderança e a gestão do stress. O investimento institucional de desenvolvimento destas competências entre os profissionais é fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados à pessoa em situação perioperatória (Redaelli, 2018; Silva et al., 2021). Esta temática do desenvolvimento de competências de relacionamento interprofissional adveio de uma reflexão de alguns elementos da equipa, individualmente, saberem identificar a sua capacidade de resposta a situações de alta pressão, característico do ambiente perioperatório, especificamente o ambiente de urgência.

No que diz respeito ao ponto de vista do cuidado à família da pessoa em situação perioperatória existe como limitação estrutural e organizacional da instituição, pouco contato presencial com esta, no entanto está colocada em prática o envio de uma mensagem automática de informação para o familiar de referência, a partir de um dos programas dos sistemas de informação utilizados, aquando da saída da sala, da pessoa submetida ao processo cirúrgico.

No desenvolvimento da intervenção numa perspetiva interprofissional o enfermeiro especialista deve fortalecer a sua capacidade de liderança. Na enfermagem perioperatória, a liderança é crucial para coordenar e colaborar, garantindo a segurança da pessoa, assim como incentivar os profissionais a aprimorar competências e melhorar os cuidados e o bem-estar da pessoa em situação perioperatória.

O reconhecimento da importância da liderança na enfermagem perioperatória motiva os profissionais a investirem na sua formação, aperfeiçoando as suas habilidades como a tomada de decisão, a gestão de conflitos e a resolução de problemas. Dessa forma, fortalece-se a humanização dos cuidados e a segurança da pessoa em todas as etapas do processo cirúrgico. A liderança positiva é essencial para promover a felicidade no ambiente de trabalho, gerando benefícios tanto para os profissionais como para as instituições, contribuindo para um clima organizacional mais harmonioso e gratificante (Jump & Coogle, 2022; Ribeiro, 2023).

O investimento na formação de estudantes e enfermeiros no bloco operatório é fundamental para o desenvolvimento da enfermagem como profissão. No bloco operatório, a existência de um manual de supervisão clínica em enfermagem tanto para estudantes como para pares, revela-se um instrumento necessário para a promoção de uma integração estruturada, redução do risco de erro e fortalecimento da comunicação e aprendizagem.

No contexto de aprendizagem e integração no bloco de urgência, o desafio torna-se ainda maior pela sua complexidade e escassez de tempo para feedback e reflexão das ações executadas, no entanto proporciona importantes oportunidades de crescimento profissional para estudantes e enfermeiros supervisores. A implementação de estratégias eficazes, como o aprimoramento de competências não técnicas, o uso de ferramentas estruturadas para avaliação e prática, além do estímulo à reflexão crítica, pode favorecer tanto a assimilação de conhecimento quanto a melhoria da prática profissional (Lin et al., 2021; Ahlquist, 2024).

Os cuidados de enfermagem perioperatórios especializados dão resposta às necessidades dos cuidados de saúde, sublinhando a importância de intervenções adaptadas e focadas na pessoa. Estas intervenções de enfermagem especializada melhoram a eficiência dos cuidados e a colaboração das equipas, assim como aumentam a satisfação da pessoa em situação perioperatória, traduzindo-se assim em ganhos em saúde no ambiente perioperatório (Nijkamp & Foran, 2021).

O conjunto de todas as ações definidas promove o desempenho do enfermeiro especialista no sucesso do processo cirúrgico, garantindo uma abordagem holística que considera, tantos os aspetos físicos, quanto emocionais do cuidado à pessoa em situação perioperatória e a sua família. Dando ênfase às competências da enfermagem especializada na capacitação para a experiência cirúrgica, na promoção dos cuidados e no desenvolvimento da sua intervenção numa perspetiva interprofissional (OE, 2018).

O enfermeiro perioperatório numa perspetiva abrangente da sua intervenção, demonstra habilidade técnica na execução das suas atividades, assim como o desenvolvimento de competências não técnicas, como a capacidade de liderança, inteligência emocional, comunicação e trabalho em equipa. Este conjunto de competências permite ao enfermeiro perioperatório intervir de forma eficaz, reconhecendo as necessidades da pessoa ao seu cuidado e capacitando-a na gestão da experiência cirúrgica e recuperação da sua saúde, numa forma de cuidado holístico da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa.

Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

A maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória requer uma abordagem abrangente e engloba todas as fases do processo cirúrgico. O bloco operatório representa um ambiente de alta complexidade e potencial risco, tanto para a pessoa em situação

perioperatória, como para os profissionais de saúde. A compreensão desses riscos e a implementação de medidas adequadas para mitigá-los são essenciais para garantir a segurança e a eficácia dos procedimentos cirúrgicos, bem como a saúde e o bem-estar dos profissionais envolvidos (AESOP, 2012).

No âmbito da gestão do risco para a pessoa em situação perioperatória podemos aferir a necessidade de existência de protocolos de atuação para eventuais eventos adversos agudos e emergentes, de forma a evitar complicações.

Para os profissionais de saúde, os riscos podem ser de natureza biológica, química, ambiental, física ou psicossocial. Estas condições podem afetar a concentração e a capacidade de realizar tarefas com precisão, aumentando o risco de erros. O desenvolvimento de soft skills como competências não técnicas dos enfermeiros revelam-se protetores de situações de stresse e burnout, maximizando a segurança. A capacidade de adaptação e flexibilidade aliado a uma comunicação eficaz, capacidade de reflexão crítica, gestão de stresse e realização de um trabalho em equipa eficiente, contribui para um ambiente de trabalho seguro, onde os profissionais podem desempenhar as suas funções com confiança e precisão, resultando em melhores resultados e maior satisfação, tanto para a equipa, quanto para aqueles que dependem dos seus serviços (Teixeira, 2024).

No âmbito do processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios, o enfermeiro especialista deve ter um especial enfoque na prevenção de infeção do local cirúrgico, implementando um conjunto de intervenções preventivas realizadas de forma sistemática e individualizada à pessoa alvo dos seus cuidados (DGS, 2022).

Assim, foi criado o Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico de forma a garantir que todas as pessoas em situação perioperatória recebem cuidados consistentes e baseados em evidência científica. Esta norma integra um conjunto de intervenções integradas nas diferentes fases do perioperatório, como i) realizar banho com cloro-hexidina a 2%, ii) administrar antibiótico para profilaxia cirúrgica nos 60 minutos prévios à incisão cirúrgica, iii) evitar tricotomia e quando necessário realizar imediatamente antes do ato cirúrgico, iv) manter normotermia peri-operatória e v) manter normoglicemia (valores inferiores a 180mgdl) durante a cirurgia e nas seguintes 24 horas. O conjunto de intervenções demonstram-se cientificamente mais eficazes do que quando aplicadas individualmente (DGS, 2022).

Uma das intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico é a manutenção da normotermia peri-operatória, neste sentido desenvolvemos também um trabalho recorrendo a evidência científica que demonstra que manter a normotermia no perioperatório é um desafio que demanda aprimoramento das práticas para otimizar os resultados cirúrgicos, além de garantir a segurança e a satisfação da pessoa em situação perioperatória. Implementar intervenções que minimizem a ocorrência de hipotermia, como a utilização de meios de aquecimento ativo e passivo, são ações essenciais da enfermagem especializada para a gestão

e maximização da segurança da pessoa (Poveda et al., 2020; Woretaw et al., 2023). Durante o estágio de prática clínica procuramos sempre ir ao encontro desta necessidade, no sentido que em todos os procedimentos cirúrgicos foram aplicados meios de aquecimento ativo, como a manta de aquecimento, e passivo, como os lençóis quentes, de forma a manter a normotermia e promover o conforto da pessoa em situação perioperatória.

Está a decorrer no bloco operatório onde decorreu o estágio a implementação de um protocolo de cumprimento do feixe de intervenções de prevenção da infeção do local cirúrgico, na especialidade de cirurgia geral, em cirurgia colorretal e na especialidade de ortopedia, em cirurgia de artroplastia total do joelho e artroplastia total da anca, com o objetivo de auditar o cumprimento de todo o processo do feixe de intervenções e avaliar a sua aplicabilidade nas diversas especialidades cirúrgicas. Este processo decorre no âmbito do projeto STOP Infeção do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA). Apesar dos procedimentos cirúrgicos de urgência não estarem integrados neste projeto, houve oportunidade de conhecer o seu desenvolvimento na prática clínica. A aplicação das recomendações de prevenção da infeção do local cirúrgico recomendadas pela PPCIRA foi sempre realizada no contexto de cirurgia de urgência, no sentido da promoção do controlo de infeção e segurança da pessoa em situação perioperatória, como recomendado pelas boas práticas.

Outra área estudada com recurso à evidência científica foi a paramentação cirúrgica, ou seja o uso de toucas de tecido ou descartáveis. Este tema surgiu após uma reflexão acerca do tipo de touca que cada profissional usava e qual o mais adequado no bloco operatório.

Nesse sentido, encontramos que as toucas reutilizáveis, quando lavadas adequadamente e fabricadas conforme as normas de segurança, oferecem uma alternativa ecológica e eficaz no controlo de infeção, em comparação com as toucas descartáveis. Acrescentando que é fundamental manter práticas de higiene rigorosas e conformidade com as normas estabelecidas para garantir a segurança no ambiente perioperatório (McKenna, 2019; Gumerá et al., 2024). No serviço onde decorreu o estágio estão disponíveis os dois tipos de touca cirúrgica, no entanto existe uma inquietação por parte dos profissionais em saber qual a mais indicada, pelo que foi realizada uma revisão integrativa da literatura, que deu resposta à necessidade de conhecimento nesta área, a qual foi partilhada como comunicação livre num evento científico (I Congresso de Enfermagem Perioperatória ULS EDV).

Como profissionais de enfermagem perioperatória, desempenhamos um papel fundamental na equipa cirúrgica ao adotar estratégias cuidadosamente planeadas para adaptar o procedimento cirúrgico às necessidades individuais de cada pessoa submetida aos nossos cuidados. Esta abordagem envolve não apenas a execução técnica precisa, mas também uma compreensão profunda das especificidades do caso e das melhores práticas clínicas a implementar (Oliveira, 2023).

Durante o estágio abordamos em sala operatória diferentes casos com necessidades diferentes e uma abordagem especializada e individualizada. A assistência em procedimentos cirúrgicos complexos como a laparotomia exploradora, cirurgia de aneurisma da aorta abdominal ou craneotomia descompressiva, são procedimentos cirúrgicos de elevada complexidade técnica e de tempo demorado. Com isto, é importante realizar um planeamento complexo e detalhado de forma a oferecer os melhores cuidados e de qualidade, como o conhecimento do material necessário à sua realização e mais adequado ao procedimento, realizar a adequada colocação da placa neutra de eletrocirurgia, a avaliação para colocação de perneiras de pressão alternada nos contextos de necessidade da pessoa ou reconhecer a importância do aquecimento da pessoa de forma adequada, são intervenções realizadas pelo enfermeiro, mas quando realizados com conhecimento de causa baseada em evidência e com uma visão holística tendo em mente a consciência cirúrgica, estamos perante cuidados especializados (AESOP, 2013; OE, 2017).

A consciência cirúrgica pode ser definida como um compromisso inabalável com a proteção da pessoa através da adesão às melhores práticas de segurança e ética, independentemente das inconveniências que isso possa causar à equipa cirúrgica. De acordo com o Regulamento nº 429/2018, da Ordem dos Enfermeiros:

“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” (p. 19366).

Este conceito exige dos profissionais de saúde uma postura de vigilância constante e a autoridade para enfrentar situações delicadas. Essa postura é fundamental para a criação de um ambiente cirúrgico seguro, onde o bem-estar da pessoa é sempre a prioridade máxima. A implementação de uma cultura de consciência cirúrgica requer a compreensão de que qualquer falha, por menor que seja, pode ter consequências graves para a pessoa. Assim, a transparência e a responsabilidade são essenciais para a melhoria contínua dos cuidados de saúde (OE, 2018).

Seguir as melhores práticas estabelecidas, como as normas de esterilização, controlo de infeção e técnicas cirúrgicas comprovadamente eficazes, é uma obrigação ética de todos os membros da equipa cirúrgica. Quando um profissional observa uma transgressão a essas práticas, a sua responsabilidade é agir prontamente para a corrigir. O conhecimento teórico sobre consciência cirúrgica e o seu desenvolvimento na prática, recorrendo à prática baseada na evidência, mostram-se como competências especializadas do enfermeiro na área de intervenção em perioperatório.

Uma intervenção como enfermeiros perioperatórios com a adequação dos procedimentos cirúrgicos, ajustando as técnicas e instrumentos utilizados para garantir a máxima segurança e eficácia durante o procedimento; seguir protocolos de assépsia, essencial para prevenir infeções e garantir a integridade dos tecidos expostos durante a cirurgia; seleção dos dispositivos e

instrumentos adequados, com conhecimento técnico permite sugerir ferramentas específicas que facilitam a execução do procedimento, aumentando a eficiência e reduzindo o tempo e otimizar o processo cirúrgico; contagem e documentação dos itens quantificáveis, previne a retenção acidental de itens cirúrgicos e o encaminhamento seguro dos instrumentos e peças anatómicas, com o uso de contentores específicos e coordenação eficaz com a equipa de enfermagem para assegurar o transporte adequado e a documentação correta (Oliveira, 2023).

A intervenção do enfermeiro perioperatório na maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória leva-nos a refletir sobre a ação do enfermeiro na prática clínica. Com isto, consideramos a padronização dos cuidados e a implementação de protocolos, aliados a uma liderança eficaz, como o meio para a promoção da segurança da pessoa recetora dos cuidados, o bem-estar dos profissionais e a sustentabilidade do sistema de saúde (Martí-Ejarque et al., 2021; Zhong et al., 2022).

Este conjunto de intervenções permite ao enfermeiro realizar uma prática especializada, não limitado às questões técnicas, mas abrangente ao compromisso com a segurança, a eficiência e o cuidado personalizado à pessoa alvo dos seus cuidados, garantindo que cada procedimento é realizado com excelência e foco no bem-estar, na promoção da saúde e satisfação da pessoa em situação perioperatória como defendido nos padrões de qualidade dos cuidados especializados (OE, 2017).

Face ao exposto, podemos referir que o enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória, fundamentado na consciência cirúrgica, maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar através da implementação de práticas baseadas em evidência, no cumprimento rigoroso dos protocolos de segurança, na gestão dos recursos e gestão proativa do risco perioperatório, garantindo um ambiente cirúrgico seguro e eficiente para todos os intervenientes no processo cirúrgico, com o foco na pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A formação especializada em enfermagem perioperatória deve seguir os diferentes domínios de competências comuns e especializadas definidos pela entidade que regula a prática de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros.

Para proporcionar um ambiente terapêutico e seguro à pessoa em situação perioperatória e à equipa multidisciplinar, é crucial refletir não apenas sobre as competências adquiridas, mas também sobre como essas competências podem ser usadas para as influenciar. Manter-se atualizado, incentivar a formação contínua, promover uma comunicação eficaz e a colaboração interprofissional são práticas indispensáveis. Ao adotar a prática baseada na evidência, asseguramos que as decisões são tomadas com base nas melhores informações disponíveis, elevando a qualidade do cuidado e garantindo a segurança e o bem-estar de todos os envolvidos.

O estágio foi uma fase essencial para o desenvolvimento profissional, proporcionando novas aprendizagens, não só ampliou os horizontes profissionais, como também despertou novos interesses, incentivando a procura contínua por conhecimento, com base em evidência científica, e destacando a importância da diferenciação para alcançar a excelência no vasto e complexo contexto da enfermagem perioperatória. A diversidade de experiências, no contato com casos clínicos e a interação com profissionais experientes, é crucial para a formação de um profissional de saúde completo e especializado, pois oferece uma perspetiva única e contribui de forma significativa para o conjunto de habilidades e conhecimentos necessários no ambiente perioperatório. A procura constante por conhecimento não só melhora as habilidades individuais, como também contribui para a inovação e o progresso na prática cirúrgica.

As experiências vivenciadas com a aquisição de competências na área da gestão dos cuidados ou na sua melhoria contínua foram profícuos para a compreensão da sua amplitude. Permitiram desenvolver competências de liderança e tomada de decisão consciente, com o foco na pessoa, na promoção do seu bem-estar, bem como da restante equipa multidisciplinar.

A temática deste desenvolvimento de competências incidiu sobre a segurança da pessoa na admissão no bloco de urgência, o que permitiu a análise das necessidades do contexto da prática clínica neste âmbito, propondo melhorias da qualidade dos cuidados, de forma a promover o cuidado à pessoa e maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória.

O desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e tomada de decisão pela organização dos cuidados em dois estudos de caso, permitiu perceber a abrangência dos cuidados de enfermagem, no que toca à avaliação, decisão clínica e intervenção na prática de cuidados do

enfermeiro perioperatório, promovendo a partilha de conhecimento e realizando uma prática baseada em evidência científica.

Como dificuldade encontrada podemos referir a elevada carga horária de tempo de contato para o desenvolvimento de competências e a sua conciliação com a vida profissional e pessoal. O desenvolvimento do processo de tomada de decisão através da plataforma E4nursing também se mostrou um desafio. A limitação do tempo e a falta de oportunidade de treino prévio resultaram em dificuldade para explorar a funcionalidade plena deste sistema de informação.

O contexto do estágio mostrou ser um ambiente promissor e propício para o desenvolvimento de competências especializadas pela sua diferenciação e complexidade de cuidados, contribuindo para o alcance dos objetivos gerais da unidade curricular, assim como os objetivos específicos traçados para esta fase do percurso académico que consideramos terem sido atingidos com sucesso.

As habilidades técnicas aprimoradas aliadas à consolidação dos conhecimentos teóricos, as competências em comunicação e o trabalho em equipa, o desenvolvimento emocional e interpessoal e a motivação para a aprendizagem contínua foram pilares essenciais que fortalecem a intervenção como enfermeiros, garantindo um cuidado de excelência e especializado à pessoa em situação perioperatória.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acar, Y. A., Mehta, N., Rich, M. A., Yilmaz, B. K., Careskey, M., Generoso, J., Fidler, R., & Hirsch, J. (2019). Using Standardized Checklists Increase the Completion Rate of Critical Actions in an Evacuation from the Operating Room: A Randomized Controlled Simulation Study. *Prehospital and disaster medicine*, 34(4), 393–400. <https://doi.org/10.1017/S1049023X19004576>.

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2011). RT nº 05/2011 de 07/2011 - Recomendações Técnicas para Bloco Operatório. RT nº 05/2011 de 07/2011.

Ahlquist, E. (2024). Canadian perioperative nurses' engagement and perceptions of continuing professional development. *Operating Room Nurses Association of Canada Journal*, 40(4), 15–26. Retrieved from <https://ornajournal.ca/index.php/ornac/article/view/10731>.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2012). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Lusodidacta. ISBN: 9789728930165.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2013). *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório*. 3ª Edição. AESOP. ISBN: 978-989-20-3725-7.

Association of Operating Room Nurses. (2021). *Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice*. AORN.

Augusto, M. C. B. (2013). *Modelo de Competências dos enfermeiros com funções de gestão em Portugal: estudo exploratório* (Master's thesis, Instituto Politecnico do Porto (Portugal)).

Azam Danish M. (2021). Preoxygenation and Anesthesia: A Detailed Review. *Cureus*, 13(2), e13240. <https://doi.org/10.7759/cureus.13240>.

Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A. Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem a família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 81-95. doi: 10.37914/riis.v5i1.213.

Bidkar, P. U., Dey, A., Chatterjee, P., Ramadurai, R., & Joy, J. J. (2024). Target-controlled infusion - Past, present, and future. *Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology*, 40(3), 371–380. https://doi.org/10.4103/joacp.joacp_64_23.

Black, P., & Notter, J. (2021). Psychological issues affecting patients living with a stoma. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing), 30(6), S20–S32. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.6.S20>.

Brown, E. N., Pavone, K. J., & Naranjo, M. (2018). *Multimodal General Anesthesia: Theory and*

Practice. Anesthesia and analgesia, 127(5), 1246-1258.
<https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003668>.

Castro, A. C. C. (2018). Indicadores de qualidade no bloco operatório. (Doctoral Dissertation. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).

Catal, O., Ozer, B., Sit, M., & Erkol, H. (2021). Is appendectomy a simple surgical procedure?. ¿Es la apendectomía un procedimiento quirúrgico simple?. Cirugia y cirujanos, 89(3), 303-308.
<https://doi.org/10.24875/CIRU.20001277>.

Constâncio, J. L. (2022). Identificação inequívoca do doente (Doctoral dissertation). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/45599>.

Costa, S. P. D., Silveira, R. E. D., Monteiro, D. A. T., Contim, D., & Toffano, S. E. M. (2023). Quality of care in peripheral venous catheterization: A scoping review. Revista brasileira de enfermagem, 76(6), e20220578. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0578>.

Croke L. (2019). Disaster preparedness exercises improve personnel competence and confidence. AORN journal, 110(3), P5. <https://doi.org/10.1002/aorn.12811>.

Deglin, J., & Vallerand, A. (2010). Guia Farmacológico para Enfermeiros. 10ª Edição. Lusociência. ISBN: 978-972-8930-44-8.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2011). Orientação de 018/2011 de 23/05/2011 - Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Orientação de 018/2011 de 23/05/2011.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2013). Norma nº02/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013 - Cirurgia Segura, Salva Vidas. Norma nº02/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2015). Norma nº015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015 - Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma nº015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2022). Norma nº 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Norma nº 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 15/12/2022.

Duarte, A. & Martins, O. (2016). Enfermagem em Bloco Operatório. Lidel. ISBN: 978-972-757-959-4.

Ellison, E., & Zollinger, R. (2017). Zollinger's atlas of surgical operations. (10ª Edição). McGraw Hill Education. ISBN: 978-0-07-179755-9.

European Operating Room Nursing Association. (2019). EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing. EORNA Educational Committee.

European Operating Room Nursing Association. (2023). EORNA Best Practice for perioperative care. (3ª Edição). EORNA. ISBN: 9789082370904.

Facey, M., Baxter, N., Hammond Mobilio, M., Moulton, C. A., & Paradis, E. (2024). The ritualisation of the surgical safety checklist and its decoupling from patient safety goals. *Sociology of health & illness*, 46(6), 1100–1118. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13746>.

Farias, E. D. R. (2023). A importância do enfermeiro na central de materiais e esterilização: Garantindo a segurança e qualidade dos processos. *Research, Society and Development*, 12(13), e125121344311-e125121344311.

Ferreira, A. L., Nunes, C. S., Vide, S., Felgueiras, J., Cardoso, M., Amorim, P., & Mendes, J. (2020). Performance of blink reflex in patients during anesthesia induction with propofol and remifentanyl: prediction probabilities and multinomial logistic analysis. *Biomedical engineering online*, 19(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s12938-020-00828-6>.

Galeano Castañeda, C. A., Hoyos Redondo, J. V., & Gómez Salgado, J. C. (2022). The Surgical Safety Checklist from the resident's perspective. Observational study. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 50(4).

Geiseler, J., & Westhoff, M. (2021). Weaning von invasiver Beatmung [Weaning from invasive mechanical ventilation]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 116(8), 715–726. <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00858-5>.

Gillis, C., & Carli, F. (2015). Promoting Perioperative Metabolic and Nutritional Care. *Anesthesiology*, 123(6), 1455–1472. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000795>.

Golvani, J., Roos, L., & Henricson, M. (2021). Operating room nurses' experiences of limited access to daylight in the workplace - a qualitative interview study. *BMC nursing*, 20(1), 227. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00751-8>.

Guerra, A., Bras, F., Siquenique, J., Anacleto, J., Ruivo, M., & Marques, M. (2023). Comunicação ISBAR na qualidade dos cuidados de saúde. *Revista Ibero-Americana De Saúde E Envelhecimento*, 9(2), 30-46. doi:[http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(2\).597.30-46](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(2).597.30-46).

Gumera, A., Mil, M., Hains, L., Fanshaw, S. R., & Dunne, B. (2024). Reusable surgical headwear has a reduced carbon footprint and matches disposables regarding surgical site infection: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of hospital infection*, 152, 164–172. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2024.07.017>.

Harish, R., Kazi, F. N., & Sharma, J. V. P. (2021). Efficacy of Subcutaneous Closed Suction Drain in Reduction of Postoperative Surgical Site Infection. *Surgery journal (New York, N.Y.)*, 7(4), e275–e280. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735900>.

Ji, N., Wang, J., Li, X., & Shang, Y. (2024). Strategies for perioperative hypothermia management:

advances in warming techniques and clinical implications: a narrative review. *BMC surgery*, 24(1), 425. <https://doi.org/10.1186/s12893-024-02729-0>.

Jump, J., & Coogle, C. J. (2022). Redesigning the Perioperative Huddle to Improve Culture. *AORN Journal*, 115(4), 337-340. <https://doi.org/10.1002/aorn.13641>.

Kroning, M., Yezzo, P., & Leahy, M. (2019). Using an egg timer to reduce fire risks in the OR. *Nursing*, 49(9), 56-57. <https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000577736.65008.39>.

Lacerda, R. M. R., Castanha, C. R., Castanha, A. R., Campos, J. M., Ferraz, Á. A. B., & Vilar, L. (2018). Perception of body image by patients undergoing bariatric surgery. *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, 45(2), e1793. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181793>.

Lane-Fall, M. B., Pascual, J. L., Peifer, H. G., Di Taranti, L. J., Collard, M. L., Jablonski, J., Gutsche, J. T., Halpern, S. D., Barg, F. K., Fleisher, L. A., & HATRICC study team (Kimberly Allen, BSN, RN; Mark Barry, MD; Sruthi Buddai, BA; Tyler Chavez, BA; Mahrukh Choudhary, BA; Della George; Megan Linehan, DO; Enrique Torres Hernandez; Jerome Watts, BA (2020). A Partially Structured Postoperative Handoff Protocol Improves Communication in 2 Mixed Surgical Intensive Care Units: Findings From the Handoffs and Transitions in Critical Care (HATRICC) Prospective Cohort Study. *Annals of surgery*, 271(3), 484-493. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003137>.

Li, Y. T., Chen, Y. J., & Wang, P. H. (2021). Shoulder pain after laparoscopy: A common but often neglected clinical situation. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, 60(6), 975-976. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2021.09.003>.

Lin, C. C., Han, C. Y., Wu, M. W., Hsiao, P. R., Wang, L. H., & Chen, L. C. (2021). Enhancing reflection on medical and surgical nursing among nursing students: A participatory action research study. *Nurse education today*, 102, 104935. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104935>.

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>.

Luppi, A. I., Golkowski, D., Ranft, A., Ilg, R., Jordan, D., Menon, D. K., & Stamatakis, E. A. (2021). Brain network integration dynamics are associated with loss and recovery of consciousness induced by sevoflurane. *Human brain mapping*, 42(9), 2802-2822. <https://doi.org/10.1002/hbm.25405>.

Machado, H. (2018). *Manual de Anestesiologia*. Lidel. ISBN: 978-972-757-870-2.

Mai, C. L., Wongsirimeteekul, P., Petrusa, E., Minehart, R., Hemingway, M., Pian-Smith, M., Eromo, E., & Phitayakorn, R. (2020). Prevention and Management of operating room fire: An interprofessional Operating room Team simulation case. *MedEdPORTAL*.

https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10871.

Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem Avançada*. Lidel. ISBN: 978-989-752-924-5.

Martí-Ejarque, M. D. M., Guiu Lázaro, G., Juncal, R. C., Pérez Paredes, S., & Díez-García, C. (2021). Occupational Diseases and Perceived Health in Operating Room Nurses: A Multicenter Cross-Sectional Observational Study. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 58, 469580211060774. <https://doi.org/10.1177/00469580211060774>.

Martín-Del Olmo, J. C., Concejo-Cutoli, P., Vaquero-Puerta, C., López-Mestanza, C., & Gómez-López, J. R. (2022). Clinical prediction rules in acute appendicitis: which combination of variables is more effective at predicting?. *Escalas de predicción diagnóstica en la apendicitis aguda: que combinación de variables es más eficiente?. Cirugia y cirujanos*, 90(S2), 42-49. <https://doi.org/10.24875/CIRU.21000652>.

McKenna, E. (2019). Cloth hats:(W) hat's the issue. *Journal of Perioperative Nursing*, 32(5), 21-25. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1069>.

Nikolovski, A., & Ulusoy, C. (2022). Intra and Postoperative Advantages of Laparoscopy in the Treatment of Complicated Appendicitis. *Prilozi (Makedonska akademija na naukite i umetnostite. Oddelenie za medicinski nauki)*, 43(2), 59-65. <https://doi.org/10.2478/prilozi-2022-0019>.

Nijkamp, N., & Foran, P. (2021) The effects of staffing practices on safety and quality of perioperative nursing care - an integrative review. *Journal of Perioperative Nursing: Vol. 34 : Iss. 1* , Article 5. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1117>.

O'Gara, B. P., Gao, L., Marcantonio, E. R., & Subramaniam, B. (2021). Sleep, Pain, and Cognition: Modifiable Targets for Optimal Perioperative Brain Health. *Anesthesiology*, 135(6), 1132-1152. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004046>.

Oliveira, G. P., Durães, B. A., Fernandes, P. K. L., Soares, C. M., Pereira, D. de F., Almeida, M. A. de ., & Maia, L. F. dos S. (2020). Humanização da assistência de enfermagem no perioperatório e o avanço tecnológico. *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 10(31), <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.31.165-173>.

Oliveira, R. I. A. G. D. S. M. (2023). *Um caminho especializado de enfermagem perioperatória (Doctoral dissertation)*. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.26/45357>.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar padroesde-qualidade-dos-cuidados.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar%20padroesde%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf).

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

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes_qualidadeemc_rev.pdf.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009). Orientações da OMS para Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas, Versão Portuguesa. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8.

Paterson, C., Mckie, A., Turner, M., & Kaak, V. (2024). Barriers and facilitators associated with the implementation of surgical safety checklists: A qualitative systematic review. *Journal of advanced nursing*, 80(2), 465–483. <https://doi.org/10.1111/jan.15841>.

Pereira, R. P. G. (2021). Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas. *BUM - CIÊNCIAVITAE*. <https://doi.org/10.37885/210303903>.

Phipps, W., Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2009). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença*. (8ª Edição). Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-22-2.

Plano Nacional para a Segurança do Doente (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Direção Geral de Saúde, Lisboa.

Poveda, V. B., Oliveira, R. A., & Galvão, C. M. (2020). Perioperative body temperature maintenance and occurrence of surgical site infection: A systematic review with meta-analysis. *American journal of infection control*, 48(10), 1248–1254. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.01.002>.

Rabêlo, P. P. C., Prazeres, P. N., Bezerra, T. C., de Moura, N. A. V., & Júnior, A. D. E. (2022). Enfermagem e a aplicação da lista de cirurgia segura: uma revisão integrativa. *SOBECC*, 27. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202227856>.

Rauch, S., Miller, C., Bräuer, A., Wallner, B., Bock, M., & Paal, P. (2021). Perioperative Hypothermia-A Narrative Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8749. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168749>.

Redaelli I. (2018). Nontechnical skills of the operating theatre circulating nurse: An ethnographic study. *Journal of advanced nursing*, 74(12), 2851–2859. <https://doi.org/10.1111/jan.13800>.

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. REPE., Capítulo II, art. 4o (1998). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. REPE., Capítulo II, art. 4o (2018). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.

Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República nº 135/2018 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.

Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro. Diário da República nº 026/2019 - Série. Ordem dos Enfermeiros. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019119236195>.

Regulamento nº 743/2019 de 25 de Setembro. Diário da República nº 184/2019 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>.

Ribeiro, O. (2023). *Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos: Um Roteiro Para a Qualidade e Segurança*. Lidel. ISBN: 978-989-752-879-8.

Rothrock, J. (2008). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª Edição). Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-07-9.

Sakan, S., Turudić, Ž., Peremin, S., Šribar, A., Sojčić, N., Čučković, M., Vergles, D., & Peršec, J. (2023). Opioid free general anesthesia in clinical practice - a review article. *Acta clinica Croatica*, 62(2), 362-367. <https://doi.org/10.20471/acc.2023.62.02.15>.

Santos, C. S. R., & Martinho, M. A. V. (2023). Análise sobre a aplicabilidade da ferramenta briefing and debriefing para a melhoria da comunicação e segurança do paciente cirúrgico. *Repositório Institucional do UNILUS*, 2(1).

Silva, B. R. da, Leal, L. A., Soares, M. I., Resck, Z. M. R., Silva, A. T., & Henriques, S. H. (2021). Matriz de competências coletivas do enfermeiro na assistência perioperatória [Matrix of collective competences of nurses in perioperative care] [Matriz de competencias colectivas de enfermeros en cuidados perioperatorios]. *Revista Enfermagem UERJ*, 29(1), e61461. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.61461>.

Singla, D., Agrawal, S., T K, P., Adhikary, A. B., & Mangla, M. (2024). Comparative Efficacy of Intraoperative Patient State Index vs. Bi-Spectral Index in Patients Undergoing Elective Spine Surgery with Neuromonitoring Under General Anaesthesia: A Randomized Controlled Trial. *Turkish journal of anaesthesiology and reanimation*, 52(4), 154-160. <https://doi.org/10.4274/TJAR.2024.241663>.

Small, C., & Laycock, H. (2020). Acute postoperative pain management. *The British journal of surgery*, 107(2), e70-e80. <https://doi.org/10.1002/bjs.11477>.

Spruce L. (2019). Back to Basics: Mass Casualty Incidents. *AORN journal*, 109(1), 95-103. <https://doi.org/10.1002/aorn.12443>.

Soares, A. I. (2017). *Conceções dos Enfermeiros Especialistas-Contributos para a qualidade* (Doctoral dissertation). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/18940>.

Teixeira, A. D. F. R. (2024). *A importância das soft skills no desempenho profissional do enfermeiro perioperatório* (Doctoral dissertation). Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

<http://hdl.handle.net/10400.26/50085>.

Téoule, P., Laffolie, J., Rolle, U., & Reissfelder, C. (2020). Acute Appendicitis in Childhood and Adulthood. *Deutsches Arzteblatt international*, 117(45), 764–774. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0764>.

The Joint Commission (2024). National Patient Safety Goals. Effective January 2025 for the Office-Based Surgery Program. The Joint Commission.

Townsend, C., Beauchamp, R., Evers, B., & Mattox, K. (2022). *SABISTON: Textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice*. (21ª Edição). Elsevier. ISBN: 978-0-323-64063-3.

Trenado-Alvarez J. (2023). Intubación orotraqueal en el paciente con COVID-19: una práctica no exenta de riesgos [Orotracheal intubation in the COVID patient; a practice not exempt from risk]. *Medicina intensiva*, 47(3), 129–130. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2022.11.001>.

Van Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>.

Vaos, G., & Zavras, N. (2024). Update on the Diagnosis and Treatment of Acute Appendicitis. *Journal of clinical medicine*, 13(23), 7343. <https://doi.org/10.3390/jcm13237343>.

Wevling, A., & Linqvist Leonardsen, A. C. (2025). Positioning the surgical patient - roles, responsibilities and challenges. A qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 81(2), 968–977. <https://doi.org/10.1111/jan.16278>.

Woretaw, A. W., Yimer Mekonnen, B., Tsegaye, N., & Dellie, E. (2023). Knowledge and practice of nurses with respect to perioperative hypothermia prevention in the Northwest Amhara Regional State Referral Hospitals, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ open*, 13(12), e068131. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068131>.

Yale, S. H., Tekiner, H., & Yale, E. S. (2022). Signs and syndromes in acute appendicitis: A pathophysiologic approach. *World journal of gastrointestinal surgery*, 14(7), 727–730. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v14.i7.727>.

Yang, X., Cheng, Y., Cheng, N., Gong, J., Bai, L., Zhao, L., & Deng, Y. (2022). Gases for establishing pneumoperitoneum during laparoscopic abdominal surgery. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD009569. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009569.pub4>.

Zaki, H., E. Shaban, E., Shaban, A., Hamdi Alkahlout, B., A. Shallik, N., & Mohammad Azad, A. (2024). Perioperative Preparation of Emergency Patients from Emergency Department to Operating Room. *IntechOpen*. doi:10.5772/intechopen.1004407.

Zhang, B., Xu, Y., Ma, S., Wang, L., Liu, C., Xu, W., Shi, J., Qiao, W., & Yang, H. (2021). Small-diameter polyurethane vascular graft with high strength and excellent compliance. *Journal of the*

mechanical behavior of biomedical materials, 121, 104614.
<https://doi.org/10.1016/j.jmbbm.2021.104614>.

Zhong, H., Zhou, L., Liao, S., Tang, J., Yue, L., Mo, M., & Zhong, Y. (2022). Effects of a fixed nurse team in the orthopaedic surgery operating room on work efficiency and patient outcomes: a propensity score-matched historically controlled study. *BMC nursing*, 21(1), 248.
<https://doi.org/10.1186/s12912-022-01027-5>.

8. ANEXOS

Anexo I



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: Área
de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação
Perioperatória

**VERIFICAÇÃO DA MARCAÇÃO DO LOCAL
CIRÚRGICO**

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
Especializados

Sara Daniela Oliveira Vieira Meleiro



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: Área
de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação
Perioperatória**

**VERIFICAÇÃO DA MARCAÇÃO DO LOCAL
CIRÚRGICO**

**Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
Especializados**

Sara Daniela Oliveira Vieira Meleiro

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, sob tutoria da Enfermeira Especialista Eduarda France e orientação da Professora Isabel Miranda.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas

DGS – Direção Geral de Saúde

EORNA – European Operating Room Nurses Association

LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

PQCEE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados

TJC – The Joint Commission

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	7
1. Planejamento do Projeto.....	8
1.1. Identificação e caracterização do problema	8
1.2. Objetivos	8
1.3. Recursos	9
1.4. Enquadramento teórico	9
1.5. Enunciados descritivos inerentes ao PMCQCEE.....	10
1.6. Avaliação da Qualidade (Lista de verificação de Heather Palmer)	12
1.6.1. Dimensão estudada.....	12
1.6.2. Unidade de estudo	12
1.6.3. Tipo de dados	12
1.6.4. Fonte de dados.....	12
1.6.5. Tipo de avaliação	12
1.6.6. Critérios de avaliação	12
1.6.7. Colheita de dados.....	12
1.6.8. Relação temporal	12
1.6.9. Seleção da amostra.....	13
1.6.10. Intervenção prevista	13
1.7. Plano de atividades.....	13
1.8. Avaliação / Indicadores	13
1.9. Divulgação do PMCQCEE	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
ANEXOS.....	17
ANEXO I: INSTRUÇÃO DE TRABALHO: VERIFICAÇÃO DA MARCAÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO	19

ANEXO II: FORMAÇÃO EM SERVIÇO : PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - VERIFICAÇÃO DA MARCAÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO22

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, 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, foi proposto a realização um projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem especializados para elaboração de uma Instrução de Trabalho com a temática: Verificação da marcação do local cirúrgico.

Na sua prática, os Enfermeiros em contexto de bloco operatório, nomeadamente os enfermeiros especialistas em enfermagem à pessoa em situação perioperatória devem cuidar da pessoa em situação perioperatória e maximizar a segurança, na garantia de prestar cuidados de qualidade e na promoção da segurança cirúrgica (OE, 2017).

Instituições internacionais, tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) ou a The Joint Commission (TJC) desenvolveram diretrizes claras para padronizar práticas de segurança cirúrgica, assegurando que todos os profissionais sigam procedimentos uniformes, elevando os padrões de segurança e qualidade cirúrgica. Essa abordagem integrada visa minimizar os riscos e aumentar a confiança e a segurança da pessoa em situação perioperatória (OMS, 2009; TJC, 2024). Um dos protocolos padrão é a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) desenvolvida pela OMS e com o objetivo de ser integrada nos blocos operatórios a nível mundial, diminuindo o risco de erros evitáveis, no qual se integra a marcação do local cirúrgico errado (OMS, 2009).

Com este trabalho proponho a elaboração de um projeto de melhoria dos cuidados de enfermagem especializados com a construção de uma instrução de trabalho de verificação da marcação do local cirúrgico, identificando as necessidades do serviço e propondo mudanças para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O presente projeto de melhoria segue a estrutura dos projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), contemplando o planeamento do projeto; as considerações finais e a bibliografia, a instrução de trabalho de verificação da marcação do local cirúrgico encontra-se em anexo.

1. Planeamento do Projeto

O projeto de melhoria contínua pretende a elaboração de uma instrução de trabalho no âmbito da segurança do doente em contexto da enfermagem perioperatória, nomeadamente a verificação da marcação do local cirúrgico pré-operatório, como norma de conformidade na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

1.1. *Identificação e caracterização do problema*

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) implementada institucionalmente contempla a verificação e registo da marcação do local cirúrgico pré-operatório como meio de promoção da segurança da pessoa submetida aos cuidados perioperatórios.

No entanto, verifica-se a frequente ausência de marcação do local cirúrgico nos procedimentos operatórios, assim como, o registo informático positivo do item “o local cirúrgico está marcado?” da LVSC, gerando uma inconformidade de registo e efetividade da intervenção realizada. Esta inconformidade aumenta potencialmente o risco de realizar o procedimento no local errado.

Após avaliação no serviço, verificou-se que era inexistente uma instrução de trabalho que normalize o procedimento de marcação do local cirúrgico e a sua verificação, tornando a elaboração de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados no âmbito da verificação da marcação do local cirúrgico e a elaboração de uma instrução de trabalho institucional neste contexto, pertinente de forma a promover a segurança da pessoa em situação perioperatória.

1.2. *Objetivos*

- **Objetivo geral:**

Uniformizar o procedimento de verificação de marcação do local cirúrgico pré-operatório.

- **Objetivos específicos:**

Promover a segurança da pessoa submetida a processo cirúrgico no bloco operatório;

Promover a diminuição do risco de erro cirúrgico nos casos em que existe lateralidade na intervenção cirúrgica;

Fornecer aos profissionais de saúde normas e procedimentos de segurança na verificação da marcação do local cirúrgico pré-operatório;

Estabelecer o processo de conformidade no item da marcação do local cirúrgico na checklist de cirurgia segura.

1.3. Recursos

Os recursos necessários à execução da instrução de trabalho sobre a verificação da marcação do local cirúrgico englobam o material informático necessário na sua elaboração, material de impressão do folhetos informativos para divulgação e formação em serviço.

1.4. Enquadramento teórico

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, sendo uma ferramenta essencial para reduzir erros e melhorar a segurança da pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos. Esta lista de verificação padroniza práticas em três momentos críticos da cirurgia: antes da indução anestésica (sign in), antes da incisão na pele (time out) e antes da saída da sala cirúrgica (sign out) e pretende reduzir consideravelmente erros evitáveis, melhorar a comunicação entre a equipa cirúrgica e garantir a segurança da pessoa em todas as etapas do procedimento, adotando boas práticas (OMS, 2009). No entanto, apesar dos seus benefícios amplamente documentados, a implementação dessa lista enfrenta diversas barreiras, como resistência das equipas à mudança, falta de formação adequada e restrição de tempo. Esses desafios evidenciam a necessidade de estratégias específicas para adaptar a LVSC às diferentes realidades e contextos, bem como de iniciativas para empoderar os profissionais de saúde e reforçar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico (Galeano Castañeda, *et al.*, 2022; Facey, *et al.*, 2024; Paterson, *et al.*, 2024). A European Operating Room Nurses Association (EORNA) vai mais além, e propõe a realização de um *briefing* pré-operatório e um *debriefing* após a cirurgia para discussão dos pontos chave no processo de segurança cirúrgica e reflexão de cada item da LVSC (EORNA, 2023). Em Portugal, a Direção Geral da Saúde (DGS) implementou o projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas” com o desenvolvimento de estratégias para a melhoria do trabalho da equipa multidisciplinar, sobretudo a comunicação, e reduzindo o risco de erro evitável em todos os blocos operatórios e melhorando a qualidade dos cuidados cirúrgicos (DGS, 2013).

No Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026, está implícito no pilar 5 – Práticas seguras em ambientes seguros, o objetivo estratégico de implementação e consolidação de práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde, com avaliação dos indicadores de segurança cirúrgica através da taxa de não conformidade da utilização da LVSC em cada instituição nacional e a taxa de complicações cirúrgicas de “eventos nunca”, nomeadamente em relação ao local cirúrgico errado (PNSD, 2022).

Recentemente, a TJC propôs o Protocolo Universal para a prevenção do local errado, procedimento errado e pessoa errada, com os objetivos de envolver ativamente as equipas cirúrgicas, melhorando a comunicação entre os diferentes membros; envolver a pessoa em situação perioperatória e família no processo e padronizar os cuidados de segurança em ambiente cirúrgico (TJC, 2024).

O item de verificação da marcação do local cirúrgico deve ser realizado antes da indução anestésica, de forma a que a pessoa submetida ao procedimento cirúrgico possa confirmar a sua marcação correta. O local cirúrgico deve ser marcado pelo cirurgião responsável pelo procedimento cirúrgico, com um marcador de tinta permanente, para que se mantenha visível mesmo após a desinfeção da pele (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), 2013; c). A TJC para além de normalizar o procedimento da marcação do local cirúrgico, salvaguarda algumas exceções à marcação, tais como as mucosas e períneo, procedimentos em órgãos internos por via percutânea ou orifício natural, dentes e bebés prematuros (TJC, 2024).

1.5. *Enunciados descritivos inerentes ao PMCQCEE*

O projeto de melhoria contínua de verificação da marcação do local cirúrgico vai ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados (PQCEE) da Ordem dos Enfermeiros, respondendo aos seguintes enunciados descritivos:

- Satisfação do cliente:

A gestão da comunicação interpessoal e da informação com a pessoa, criando um clima de confiança e facilitador da relação terapêutica;

A capacitação para a autodeterminação e a autogestão da situação de acordo com o projeto de saúde, garantindo o respeito pela singularidade, vontade e autonomia individual;

O empoderamento da pessoa para a tomada de decisão no que concerne ao consentimento informado para os atos perioperatórios (ato cirúrgico e anestésico).

- Prevenção de complicações

A avaliação do risco inerente à situação clínica e procedimentos perioperatórios;
Prescrição de intervenções de enfermagem especializadas no sentido de minimizar o risco avaliado;

A utilização de estratégias de comunicação que assegurem a informação e documentação precisa e oportuna na equipa interdisciplinar e na continuidade de cuidados perioperatórios à pessoa.

- Organização dos cuidados de enfermagem

A elaboração e atualização de procedimentos e recomendações baseadas na evidência científica e na evolução tecnológica;

A garantia de registos padronizados que evidenciem os ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem perioperatória e que permitam a monitorização da capacidade cirúrgica, do volume e dos resultados;

A garantia de um procedimento de acolhimento no bloco operatório, de acordo com os padrões de segurança;

A formação e treino promotores do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção da equipa interdisciplinar;

A utilização de ferramentas que promovam a segurança dos cuidados de enfermagem perioperatórios;

O contributo para a organização e agilização do circuito da pessoa potenciando a acessibilidade aos cuidados cirúrgicos e ambiente favorável à experiência cirúrgica;

A garantia da informação necessária para a continuidade dos cuidados.

- Segurança da pessoa

A conceção de um Plano de Segurança com base na evidência científica e na análise dos relatos de incidentes, que permita a minimização do risco;

O cumprimento de práticas e normativos de verificação conducente à “Cirurgia Segura”;

A promoção de uma cultura de segurança e de consciência cirúrgica coletiva;

O envolvimento da pessoa, enquanto parceira, dos cuidados de saúde, na verificação da segurança.

1.6. Avaliação da Qualidade (Lista de verificação de Heather Palmer)

1.6.1. Dimensão estudada

Efetividade: O enfermeiro assume um papel promotor da segurança da pessoa submetida ao processo cirúrgico, bem como na prevenção do risco associado ao erro do local cirúrgico errado, promovendo a efetividade e qualidade dos cuidados de enfermagem.

1.6.2. Unidade de estudo

Clientes: Todas as pessoas submetidas a processo cirúrgico no bloco operatório.

1.6.3. Tipo de dados

Estrutura: Disponibilização de uma instrução de trabalho normativa da verificação do local cirúrgico pré-operatório.

1.6.4. Fonte de dados

Lista de verificação de cirurgia segura e conformidade com a marcação do local cirúrgico.

1.6.5. Tipo de avaliação

Auditoria interna: Executada por colaboradores da instituição.

1.6.6. Critérios de avaliação

Critérios	Exceções	Esclarecimentos
O enfermeiro deve: - Verificar se o local cirúrgico está marcado.	Pessoas submetidas a cirurgias de: - mucosa ou períneo; - dentes; - Bebés prematuros.	Utilização da instrução de trabalho da verificação da marcação do local cirúrgico.

1.6.7. Colheita de dados

Equipa do projeto.

1.6.8. Relação temporal

Prospetiva.

1.6.9. Seleção da amostra

Institucional e aleatória: Todos as pessoas submetidas a processo cirúrgico no bloco operatório.

1.6.10. Intervenção prevista

Medidas educacionais: Formação a toda a equipa de enfermagem do bloco operatório e admissão cirúrgica centralizada.

Medidas estruturais: Publicação de uma instrução de trabalho para o bloco operatório.

1.7. Plano de atividades

Atividades a desenvolver	Tempo	Quem realiza
Realizar a instrução de trabalho de verificação da marcação do local cirúrgico	Duas semanas	Autores do projeto
Informar o responsável de gestão sobre a implementação da instrução de trabalho de verificação da marcação do local cirúrgico	Um dia	Autores do projeto
Formar a equipa sobre boas práticas na verificação da marcação do local cirúrgico	Dois dias	Autores do projeto
Acompanhar a equipa na realização da verificação da marcação do local cirúrgico	Quatro semanas	Autores do projeto
Monitorizar a execução da verificação da marcação do local cirúrgico	Três meses	Equipa de auditoria
Propor mudanças de melhoria contínua na execução da atividade	Seis meses	Autores do projeto

1.8. Avaliação / Indicadores

O presente projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem especializados pretende a promoção da segurança da pessoa em contexto de bloco operatório. Com isto, pretende-se avaliar a taxa de execução correta da verificação da marcação do local cirúrgico, de forma a traduzir os resultados em indicadores de processo, de acordo com a seguinte fórmula:

Denominação	<i>Taxa de execução correta da verificação da marcação do local cirúrgico</i>
Fórmula	Taxa $= \frac{\text{Total de execução correta da marcação do local cirúrgico}}{\text{Total de cirurgias realizadas no bloco operatório}}$
Fundamentação	<i>Garantir a execução correta da verificação da marcação do local cirúrgico.</i>
Amostra	<i>Todas as pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos no bloco operatório.</i>
Periodicidade	<i>Trimestral</i>
Padrão	<i>100% de execução correta da verificação da marcação do local cirúrgico.</i>

1.9. Divulgação do PMCQCEE

Intra-institucional: Realização de formações em serviço e divulgação dos resultados de auditoria realizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é uma ferramenta essencial para promover a segurança da pessoa em situação perioperatória. A sua aplicação contribui significativamente para a redução da morbidade e da mortalidade perioperatórias, melhorando a comunicação entre a equipa multidisciplinar, prevenindo erros evitáveis e reforçando práticas seguras em cada etapa do processo cirúrgico (AESOP, 2013; EORNA, 2023; OMS, 2009). Apesar desses benefícios, a literatura destaca diversas barreiras e limitações que comprometem a sua implementação eficaz. Entre os principais desafios estão a resistência cultural das equipas, a falta de formação adequada e a comunicação ineficaz entre a equipa multidisciplinar (Galeano Castañeda, *et al.*, 2022).

Assim, para que a LVSC alcance todo o seu potencial, é fundamental investir em estratégias de sensibilização, capacitação e supervisão contínua, além de promover uma cultura de segurança no ambiente cirúrgico que valorize a participação ativa e comprometida de todos os envolvidos (Facey, *et al.*, 2024; Paterson, *et al.*, 2024).

O presente projeto de melhoria contínua surge como resposta à identificação de uma necessidade do serviço, constituindo um contributo relevante no contexto de estágio para a qualificação dos cuidados de enfermagem especializados em bloco operatório. Este projeto visa estabelecer uma conexão sólida entre a evidência científica e a sua aplicação prática. Além disso, a implementação de instruções de trabalho no serviço tem como objetivo não apenas aprimorar a qualidade dos cuidados, mas também atuar como um instrumento de certificação do contexto da prática, contribuindo para a acreditação do serviço pela idoneidade formativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2013). Práticas Recomendadas para Bloco Operatório. 3ª Edição. AESOP.

Galeano Castañeda, C. A., Hoyos Redondo, J. V., & Gómez Salgado, J. C. (2022). The Surgical Safety Checklist from the resident's perspective. Observational study. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 50(4).

Direção Geral de Saúde (DGS) (2013). *Norma nº02/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013 – Cirurgia Segura, Salva Vidas*. Norma nº02/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013.

European Operating Room Nursing Association. (2023). EORNA Best Practice for perioperative care. EORNA.

Facey, M., Baxter, N., Hammond Mobilio, M., Moulton, C. A., & Paradis, E. (2024). The ritualisation of the surgical safety checklist and its decoupling from patient safety goals. *Sociology of health & illness*, 46(6), 1100–1118. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13746>.

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

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009). Orientações da OMS para Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas, Versão Portuguesa. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8.

Paterson, C., Mckie, A., Turner, M., & Kaak, V. (2024). Barriers and facilitators associated with the implementation of surgical safety checklists: A qualitative systematic review. *Journal of advanced nursing*, 80(2), 465–483. <https://doi.org/10.1111/jan.15841>.

Plano Nacional para a Segurança do Doente (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Direção Geral de Saúde, Lisboa.

The Joint Commission (2024). National Patient Safety Goals. Effective January 2025 for the Office-Based Surgery Program. The Joint Commission.

ANEXOS

**ANEXO I: INSTRUÇÃO DE TRABALHO: VERIFICAÇÃO DA
MARCAÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO**

	Instrução de Trabalho Verificação da Marcação do Local Cirúrgico	CÓDIGO IT
--	---	-----------

1. Objetivos

- 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 nos casos em que existe lateralidade na intervenção cirúrgica;
- Fornecer aos profissionais de saúde normas e procedimentos de segurança na verificação da marcação do local cirúrgico pré-operatório;
- Estabelecer o processo de conformidade no item da marcação do local cirúrgico na checklist de cirurgia segura.

2. Âmbito

Transversal Hospitalar Cuidados de Saúde Primários

- Todos os médicos e enfermeiros que exercem funções no bloco operatório polivalente, admissão cirúrgica centralizada, serviço de internamento e serviço de urgência.

3. Descrição

- A marcação do local cirúrgico deve ser realizada a todas as pessoas propostas para intervenção cirúrgica.
- A marcação do local cirúrgico é, exclusivamente, da responsabilidade do cirurgião.

3.1. Proveniência da admissão cirúrgica centralizada/Serviço de internamento/Serviço de urgência:

- O médico responsável deve dirigir-se ao serviço de proveniência para realizar a marcação do local cirúrgico.
- Deve ser assegurada a privacidade da pessoa.
- Deve ser utilizado um marcador de tinta permanente.
- A marcação do local cirúrgico deve ser realizada através de uma seta próxima ao local da incisão cirúrgica.
- Estão excluídas de marcação todas as pessoas propostas para cirurgias urológicas e ginecológicas minimamente invasivas onde o acesso cirúrgico seja um orifício natural, cirurgias a mucosas ou perineo, dentes e bebés prematuros.
- A todas as pessoas, na transferência para o bloco operatório, deve ser verificado a existência da marcação do local cirúrgico, pelo enfermeiro.
- A pessoa não deve ser transferida para o bloco operatório sem a marcação do local cirúrgico.
- Na admissão no bloco operatório deve ser verificada a existência da marcação do local cirúrgico.
- No bloco operatório, deve ser validada na lista de verificação cirúrgica a conformidade da marcação do local cirúrgico.

Publicação	Revisão	Classificação	Página
			1 de 2

	Instrução de Trabalho Verificação da Marcação do Local Cirúrgico	CÓDIGO IT
--	---	------------------

4. Responsabilidades

Versão	Data	Alterações
Elaboração		
Validação		Atualização de acordo com o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro.
Aprovação		

Publicação	Revisão	Classificação	Página
			2 de 2

**ANEXO II: FORMAÇÃO EM SERVIÇO : PROJETO DE MELHORIA
CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
- VERIFICAÇÃO DA MARCAÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO**



Verificação da Marcação do Local Cirúrgico

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Autores:
Sara Meleiro (Estudante)
José Silva (Estudante)
Eduarda France (Tutora/Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica)
Isabel Miranda (Orientadora/Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica)

Identificação e Caracterização do Problema



Padronização dos cuidados na verificação da marcação do local cirúrgico

Ausência de instrução de trabalho no serviço para uniformizar o procedimento de marcação do local cirúrgico

Frequente ausência de marcação do local cirúrgico nos procedimentos operatórios, assim como, o **registo informático positivo do item "o local cirúrgico está marcado?"** da LVSC, gerando uma inconformidade de registo e efetividade da intervenção realizada

Necessidade de desenvolver a instrução de trabalho para a marcação do local cirúrgico

Objetivos

Geral

- Uniformizar o procedimento de verificação de marcação do local cirúrgico pré-operatório.

Específicos

- Promover a segurança da pessoa submetida a processo cirúrgico no bloco operatório;
- Promover a diminuição do risco de erro cirúrgico nos casos em que existe lateralidade na intervenção cirúrgica;
- Fornecer aos profissionais de saúde normas e procedimentos de segurança na verificação da marcação do local cirúrgico pré-operatório;
- Estabelecer o processo de conformidade no item da marcação do local cirúrgico na checklist de cirurgia segura.

Questão de predição



Será que a criação de uma instrução de trabalho permite padronizar o procedimento de verificação da marcação do local cirúrgico pré-operatório?

Será que a padronização do procedimento de verificação da marcação do local cirúrgico pré-operatório melhora o conhecimento na prestação de cuidados pelo enfermeiro e melhora a segurança da pessoa em situação perioperatória?

Enquadramento Teórico

Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu a **Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica**, sendo uma ferramenta essencial para **reduzir erros e melhorar a segurança da pessoa**

Pretende reduzir consideravelmente **erros evitáveis, melhorar a comunicação entre a equipa cirúrgica e garantir a segurança da pessoa** em todas as etapas do procedimento, **adotando boas práticas**

Apesar dos seus benefícios amplamente documentados, a implementação dessa lista enfrenta diversas barreiras, como **resistência das equipas à mudança, falta de formação adequada e restrição de tempo**

Projeto "Cirurgia Segura, Salva Vidas" com o **desenvolvimento de estratégias para a melhoria do trabalho da equipa multidisciplinar**, sobretudo a **comunicação**, melhorando a qualidade dos cuidados cirúrgicos

(OMS, 2009; DGS, 2013; Galeano Castañeda, et al., 2022; EORNA, 2023; Facey, et al., 2024; Paterson, et al., 2024)

Enquadramento Teórico

Pilar 5 – Práticas seguras em ambientes seguros – Plano Nacional de Segurança do Doente 20212026

Protocolo Universal para a prevenção do local errado, procedimento errado e pessoa errada, com os objetivos de envolver ativamente as equipas cirúrgicas, melhorando a comunicação entre os diferentes membros; envolver a pessoa em situação perioperatória e família no processo e padronizar os cuidados de segurança em ambiente cirúrgico

O item de verificação da marcação do local cirúrgico deve ser realizado **antes da indução anestésica**, de forma a que a pessoa submetida ao procedimento cirúrgico possa confirmar a sua marcação correta

O local cirúrgico deve ser marcado pelo cirurgião responsável pelo procedimento cirúrgico, com um marcador de tinta permanente, para que se mantenha visível mesmo após a desinfeção da pele

(OMS, 2009; AESOP, 2013; PNSD, 2022; TJC, 2024)

Avaliação da Qualidade

Dimensão Estudada	Efetividade (O enfermeiro assume um papel promotor da segurança da pessoa submetida ao processo cirúrgico, bem como na prevenção do risco associado ao erro do local cirúrgico errado, promovendo a efetividade e qualidade dos cuidados de enfermagem)
Unidade de Estudo	Clientes (Todas as pessoas submetidas a processo cirúrgico no bloco operatório)
Tipos de Dados	Estrutura (Disponibilização de uma instrução de trabalho normativa da verificação do local cirúrgico pré-operatório)
Fonte de Dados	Lista de verificação de cirurgia segura e conformidade com a marcação do local cirúrgico.

[Lista de Heather Palmer]



Avaliação da Qualidade

Tipo de Avaliação	Auditoria interna (Executada por colaboradores da instituição)
Critérios de Avaliação	Critérios de Inclusão: Todos os clientes submetidos a cirurgia. Exceções: Pessoas submetidas a cirurgias de: mucosa ou períneo; cirurgia a órgãos internos sem lateralidade; dentes; Bebês prematuros.
Colheita de Dados	Equipa do projeto
Relação Temporal	Prospetiva
Seleção da Amostra	Institucional e aleatória (Todas as pessoas submetidas a processo cirúrgico no bloco operatório)

[Lista de Heather Palmer]



Enunciados descritivos interesses ao PMCQCEE

Satisfação do Cliente

Prevenção de Complicações

Organização dos Cuidados de enfermagem

Segurança da Pessoa

(Ordem dos Enfermeiros, 2017)

Plano de Atividades

Atividades a desenvolver	Tempo	Quem realiza
Realizar a instrução de trabalho de verificação da marcação do local cirúrgico	Duas semanas	Autores do projeto
Informar o responsável de gestão sobre a implementação da instrução de trabalho de verificação da marcação do local cirúrgico	Um dia	Autores do projeto
Formar a equipa sobre boas práticas na verificação da marcação do local cirúrgico	Dois dias	Autores do projeto
Acompanhar a equipa na realização da verificação da marcação do local cirúrgico	Quatro semanas	Autores do projeto
Monitorizar a execução da verificação da marcação do local cirúrgico	Três meses	Equipa de auditoria
Propor mudanças de melhoria contínua na execução da atividade	Seis meses	Autores do projeto



Intervenção Prevista

- **Medidas educacionais:** Formação a toda a equipa de enfermagem do bloco operatório e admissão cirúrgica centralizada.
- **Medidas estruturais:** Publicação de uma instrução de trabalho para o bloco operatório.

Divulgação

- **Intrainstitucional:** Realização de formações em serviço e divulgação dos resultados de auditoria realizadas.

Instrução de Trabalho: Verificação da Marcação do Local Cirúrgico

Instrução de Trabalho		Revisão
Verificação da Marcação do Local Cirúrgico		
<p>1. Objetivos</p> <p>a) Utilizar e promover a verificação de marcação de local cirúrgico pré-operatório.</p> <p>b) Promover a segurança da pessoa submetida a intervenções cirúrgicas no bloco operatório.</p> <p>c) Promover a otimização do local de intervenção cirúrgica nos casos em que existe debilidade na intervenção cirúrgica.</p> <p>d) Promover aos profissionais de saúde normas e procedimentos de segurança na verificação de marcação do local cirúrgico pré-operatório.</p> <p>e) Estabelecer o processo de controlo no âmbito da marcação do local cirúrgico na ótica da cirurgia segura.</p>		
<p>2. Âmbito</p> <p>Ternandem <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Colégio de Saúde Pinheiro <input type="checkbox"/></p> <p>a) Todos os indivíduos e enfermagem que exercem funções no bloco operatório pré-operatório, admissão cirúrgica centralizada, serviço de internamento e serviço de urgência.</p>		
<p>3. Descrição</p> <p>a) A marcação do local cirúrgico deve ser realizada a todas as pessoas propostas para intervenção cirúrgica.</p> <p>b) A marcação do local cirúrgico é, essencialmente, da responsabilidade do cirurgião.</p>		
<p>3.1. Preveniência da admissão cirúrgica centralizada/Serviço de internamento/Serviço de urgência:</p> <p>a) O médico responsável deve dirigir-se ao serviço de preveniência para realizar a marcação do local cirúrgico.</p> <p>b) Deve ser assegurada a privacidade do doente.</p> <p>c) Deve ser utilizado um marcador de tinta permanente.</p> <p>d) A marcação do local cirúrgico deve ser realizada através de uma sala próxima ao local de incidência cirúrgica.</p> <p>e) Emble excluir de marcação todos os doentes propostos para cirurgias ortopédicas e ginecológicas (monumentamento) (exceto próteses e acesso cirúrgico seja um orifício natural, cirurgias a massagem ao pé/abdome, dentes e beldade premaxilar).</p> <p>f) A todos os doentes, na transferência para o bloco operatório, deve ser verificado a existência de marcação do local cirúrgico, pelo enfermeiro.</p> <p>g) A pessoa não deve ser transferida para o bloco operatório sem a marcação do local cirúrgico.</p> <p>h) Na admissão no bloco operatório deve ser verificada a existência de marcação do local cirúrgico.</p> <p>i) No bloco operatório, deve ser validada na lista de verificação cirúrgica a conformidade da marcação do local cirúrgico.</p>		
Revisão	Revisão	Revisão
		1 de 2

Instrução de Trabalho: Verificação da Marcação do Local Cirúrgico

Proveniência da admissão cirúrgica centralizada/Serviço de internamento/Serviço de urgência:

- a) O médico responsável deve dirigir-se ao serviço de proveniência para realizar a marcação do local cirúrgico.
- b) Deve ser assegurada a privacidade da pessoa.
- c) Deve ser utilizado um marcador de tinta permanente.
- d) A marcação do local cirúrgico deve ser realizada através de uma seta próxima ao local da incisão cirúrgica.
- e) Estão excluídas de marcação todas as pessoas propostas para cirurgias urológicas e ginecológicas minimamente invasivas onde o acesso cirúrgico seja um orifício natural, cirurgias a órgãos internos sem lateralidade, cirurgias a mucosas ou períneo, dentes e bebês prematuros.

Instrução de Trabalho: Verificação da Marcação do Local Cirúrgico

Proveniência da admissão cirúrgica centralizada/Serviço de internamento/Serviço de urgência:

- f) A todas as pessoas, na transferência para o bloco operatório, deve ser verificado a existência da marcação do local cirúrgico, pelo enfermeiro.
- g) A pessoa não deve ser transferida para o bloco operatório sem a marcação do local cirúrgico.
- h) Na admissão no bloco operatório deve ser verificada a existência da marcação do local cirúrgico.
- i) No bloco operatório, deve ser validada na lista de verificação cirúrgica a conformidade da marcação do local cirúrgico.

Avaliação / Indicadores

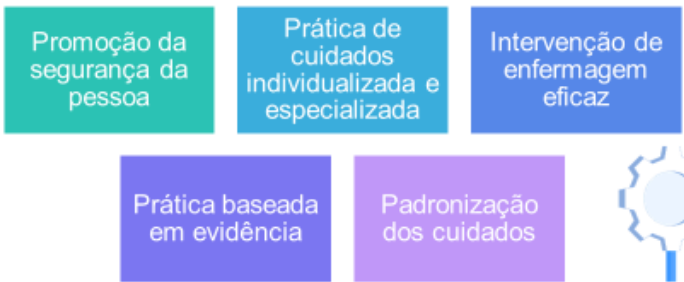
Meta:
Taxa de execução correta da verificação da marcação do local cirúrgico.

- ✓ equipa capacitada,
- ✓ instrução de trabalho implementada de forma eficaz,
- ✓ minimizar riscos e promover a segurança.



Denominação	Taxa de execução correta da verificação da marcação do local cirúrgico
Fórmula	$\text{Taxa} = \frac{\text{Total de execução correta da marcação do local cirúrgico}}{\text{Total de cirurgias realizadas no bloco operatório}}$
Fundamentação	Garantir a execução correta da verificação da marcação do local cirúrgico.
Amostra	Todas as pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos no bloco operatório.
Periodicidade	Trimestral
Padrão	100% de execução correta da verificação da marcação do local cirúrgico.

Vantagens do Projeto de melhoria contínua: Verificação da Marcação do Local Cirúrgico



Referências Bibliográficas

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2013). Práticas Recomendadas para Bloco Operatório. 3ª Edição. AESOP.
- Galeano Castañeda, C. A., Hoyos Redondo, J. V., & Gómez Salgado, J. C. (2022). The Surgical Safety Checklist from the resident's perspective. Observational study. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 50(4).
- Direção Geral de Saúde (DGS) (2013). *Norma nº02/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013 – Cirurgia Segura, Salva Vidas*: Norma nº02/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013.
- European Operating Room Nursing Association. (2023). EORNA Best Practice for perioperative care. EORNA.
- Facey, M., Baxter, N., Hammond Mobilo, M., Moulton, C. A., & Paradis, E. (2024). The ritualisation of the surgical safety checklist and its decoupling from patient safety goals. *Sociology of health & illness*, 46(6), 1100–1118. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13746>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009). Orientações da OMS para Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas, Versão Portuguesa. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8.
- Paterson, C., Mckie, A., Turner, M., & Kaak, V. (2024). Barriers and facilitators associated with the implementation of surgical safety checklists: A qualitative systematic review. *Journal of advanced nursing*, 80(2), 465–483. <https://doi.org/10.1111/jan.15841>.
- Plano Nacional para a Segurança do Doente (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Direção Geral de Saúde, Lisboa.
- The Joint Commission (2024). National Patient Safety Goals. Effective January 2025 for the Office-Based Surgery Program. The Joint Commission.

Obrigado
pela
atenção!



Anexo II



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: Área
de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação
Perioperatória**

ADMISSÃO DO DOENTE NO BLOCO DE URGÊNCIA

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
Especializados

Sara Daniela Oliveira Vieira Meleiro

Oliveira de Azeméis | 2025



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: Área
de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação
Perioperatória**

ADMISSÃO DO DOENTE NO BLOCO DE URGÊNCIA

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
Especializados

Sara Daniela Oliveira Vieira Meleiro

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, sob tutoria da Enfermeira Especialista Eduarda France e orientação da Professora Isabel Miranda.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

OE – Ordem dos Enfermeiros

PMCQCEE – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
Especializados

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

PQCEE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	7
1. Planeamento do Projeto.....	8
1.1. Identificação e caracterização do problema	8
1.2. Objetivos	8
1.3. Recursos	8
1.4. Enquadramento teórico	9
1.5. Enunciados descritivos inerentes ao PMCQCEE.....	10
1.6. Avaliação da Qualidade (Lista de verificação de Heather Palmer)	11
1.6.1. Dimensão estudada.....	11
1.6.2. Unidade de estudo	11
1.6.3. Tipo de dados	11
1.6.4. Fonte de dados.....	11
1.6.5. Tipo de avaliação	11
1.6.6. Critérios de avaliação	12
1.6.7. Colheita de dados.....	12
1.6.8. Relação temporal	12
1.6.9. Seleção da amostra.....	12
1.6.10. Intervenção prevista	12
1.7. Plano de atividades.....	12
1.8. Avaliação / Indicadores	13
1.9. Divulgação do PMCQCEE	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
ANEXOS.....	17
ANEXO I: INSTRUÇÃO DE TRABALHO: ADMISSÃO DO DOENTE NO BLOCO DE URGÊNCIA.....	19

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, 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, foi sugerido a realização do projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem especializados com a elaboração de uma Instrução de Trabalho com a temática: Admissão do doente no bloco de urgência.

Os Enfermeiros perioperatórios devem zelar pelo bem-estar da pessoa em situação perioperatória, oferecendo cuidados de qualidade e promovendo a segurança durante todo o processo cirúrgico (OE, 2017).

A transição de cuidados na admissão no bloco operatório de urgência é uma etapa crítica e determinante para a segurança da pessoa e o sucesso do procedimento cirúrgico. A eficácia na comunicação não só ajuda a prevenir erros, mas também contribui para a melhoria dos desfechos cirúrgicos, melhorando a resposta, tornando-a mais rápida e eficiente, o que diminui o risco de complicações. Além disso, um processo de transição bem-sucedido pode gerar maior confiança na equipa, tanto por parte dos profissionais de saúde como da pessoa em situação perioperatória, e melhorar a experiência geral do cuidado perioperatório (Lane-Fall et al., 2020; Zaki et al., 2024).

Com o presente trabalho apresento a elaboração de um projeto de melhoria dos cuidados de enfermagem especializados com a construção de uma instrução de trabalho para a admissão do doente no bloco de urgência, identificando as necessidades do serviço e sugerindo mudanças para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Este projeto de melhoria segue a estrutura dos projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), estando estruturado com o planeamento do projeto; as considerações finais, a bibliografia e em anexo encontra-se a instrução de trabalho da admissão do doente no bloco de urgência.

1. Planeamento do Projeto

O projeto de melhoria contínua pretende a elaboração de uma instrução de trabalho no âmbito da segurança do doente em contexto da enfermagem perioperatória, nomeadamente a admissão do doente no bloco de urgência.

1.1. Identificação e caracterização do problema

A comunicação na transferência do doente para o bloco operatório de urgência é crucial para a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Na avaliação de necessidades do serviço, verificou-se a ausência de comunicação entre equipas de enfermagem na admissão da pessoa para o bloco operatório, constatando-se a ausência de uma chamada telefónica a informar da chegada da pessoa para ser submetida a intervenção cirúrgica no bloco operatório de urgência. Esta necessidade é referida pela equipa de enfermagem do bloco operatório como fundamental para a antecipação de cuidados e preparação de todo o processo cirúrgico.

1.2. Objetivos

- **Objetivo geral:**

Uniformizar o procedimento de admissão do doente no bloco de urgência.

- **Objetivos específicos:**

Promover a segurança da pessoa submetida a processo cirúrgico no bloco operatório de urgência;

Promover a preparação pré-cirúrgica do procedimento em contexto de bloco de urgência;

Fornecer aos profissionais de saúde normas e procedimentos de segurança na preparação da cirurgia de urgência.

1.3. Recursos

Os recursos necessários à execução da instrução de trabalho sobre a admissão do doente cirúrgico no bloco de urgência englobam o material informático necessário na

sua elaboração, material de impressão de folhetos informativos para divulgação e formação em serviço.

1.4. *Enquadramento teórico*

A transição de cuidados na admissão no bloco operatório de urgência é um processo fundamental para garantir a segurança de pessoa em situação perioperatória e a eficiência dos cuidados. Esta comunicação envolve a transição de informação entre diferentes equipas profissionais, num contexto de alta pressão e necessidade de decisões rápidas, característico do ambiente do bloco operatório de urgência. A eficácia na comunicação pode prevenir erros graves e melhorar significativamente os desfechos cirúrgicos (Lane-Fall et al., 2020).

Uma comunicação eficaz ajuda a priorizar as ações promovendo a segurança durante o procedimento cirúrgico. O conhecimento do estado clínico da pessoa e o trabalho em equipa multidisciplinar são fundamentais para a antecipação dos cuidados no intraoperatório, permite otimizar os recursos disponíveis, tais como a organização do material necessário ao procedimento e funcionamento de equipamentos, reduzindo o risco de complicações ou intercorrências. A existência de equipas experientes e despertas às necessidades da pessoa em situação perioperatória, tem potencial para melhorar a qualidade e segurança em todo o processo cirúrgico (Lane-Fall et al., 2020; Zaki et al., 2024).

Por outro lado, o conflito de tempo e a realização de tarefas em simultâneo são apontados como dificultadores na transição de cuidados para o bloco operatório, comprometendo a comunicação eficaz (Reine et al., 2019).

A padronização da transferência de cuidados na admissão no bloco operatório de urgência, é fundamental para garantir que informações essenciais não sejam omitidas durante o processo de transferência do doente (Lane-Fall et al., 2020; Zaki et al., 2024).

No Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026, está implícito no pilar 3 – Comunicação, o objetivo estratégico de melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados, através do desenvolvimento de estratégias e ferramentas para a promoção de boas práticas na transição de cuidados (PNSD, 2022).

1.5. *Enunciados descritivos inerentes ao PMCQCEE*

O projeto de melhoria contínua de admissão do doente no bloco de urgência vai ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados (PQCEE) da Ordem dos Enfermeiros, respondendo aos seguintes enunciados descritivos:

- **Promoção da saúde:**

A otimização dos recursos, estruturas e processos para alcançar ganhos em saúde.

- **Prevenção de complicações**

A avaliação do risco inerente à situação clínica e procedimentos perioperatórios;
Prescrição de intervenções de enfermagem especializadas no sentido de minimizar o risco avaliado;

A implementação de respostas em situações de imprevisibilidade, vulnerabilidade e complexidade;

A implementação de procedimentos para a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados perioperatórios;

A utilização de estratégias de comunicação que assegurem a informação e documentação precisa e oportuna na equipa interdisciplinar e na continuidade de cuidados perioperatórios à pessoa;

A gestão de medidas de contenção, prevenção da transmissão e descontaminação, perante a pessoa com infeção documentada.

- **Organização dos cuidados de enfermagem**

A elaboração e atualização de procedimentos e recomendações baseadas na evidência científica e na evolução tecnológica;

A garantia de registos padronizados que evidenciem os ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem perioperatória e que permitam a monitorização da capacidade cirúrgica, do volume e dos resultados;

A garantia de um procedimento de acolhimento no bloco operatório, de acordo com os padrões de segurança;

A formação e treino promotores do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção da equipa interdisciplinar;

A utilização de ferramentas que promovam a segurança dos cuidados de enfermagem perioperatórios;

O contributo para a organização e agilização do circuito da pessoa potenciando a acessibilidade aos cuidados cirúrgicos e ambiente favorável à experiência cirúrgica;
A garantia da informação necessária para a continuidade dos cuidados.

- Segurança da pessoa

A conceção de um Plano de Segurança com base na evidência científica e na análise dos relatos de incidentes, que permita a minimização do risco;

A organização e verificação da disponibilidade, integridade, funcionalidade e finalidade dos dispositivos médicos e garanti da rastreabilidade;

A promoção de uma cultura de segurança e de consciência cirúrgica coletiva;

O envolvimento da pessoa, enquanto parceira, dos cuidados de saúde, na verificação da segurança.

1.6. Avaliação da Qualidade (*Lista de verificação de Heather Palmer*)

1.6.1. Dimensão estudada

Eficiência: O enfermeiro assume um papel promotor da organização dos cuidados, através da gestão de tempo eficaz e melhoria da qualidade no atendimento e prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória.

1.6.2. Unidade de estudo

Enfermeiros: Profissionais de enfermagem responsáveis pela transição de cuidados do doente para o bloco operatório.

1.6.3. Tipo de dados

Estrutura: Disponibilização de uma instrução de trabalho normativa da admissão do doente no bloco de urgência.

Processo: Implementação da norma de comunicação da transferência de cuidados na admissão ao bloco de urgência.

1.6.4. Fonte de dados

Registo institucional de chamadas recebidas no bloco de urgência, com origem no serviço proveniente do doente.

1.6.5. Tipo de avaliação

Auditoria interna: Executada por colaboradores da instituição.

1.6.6. *Critérios de avaliação*

Critérios	Exceções	Esclarecimentos
O enfermeiro deve: - Realizar uma chamada telefónica para a extensão do enfermeiro do bloco de urgência, antes do doente sair do serviço.	Sem exceções.	Utilização da instrução de trabalho da admissão do doente no bloco de urgência.

1.6.7. *Colheita de dados*

Equipa do projeto.

1.6.8. *Relação temporal*

Prospetiva.

1.6.9. *Seleção da amostra*

Institucional e aleatória: Todos as pessoas submetidas a processo cirúrgico no bloco operatório de urgência.

1.6.10. *Intervenção prevista*

Medidas educacionais: Formação a toda a equipa de enfermagem do bloco operatório de urgência.

Medidas estruturais: Aquisição de uma instrução de trabalho para o bloco operatório.

1.7. *Plano de atividades*

Atividades a desenvolver	Tempo	Quem realiza
Realizar a instrução de trabalho de admissão do doente no bloco de urgência.	Duas semanas	Autores do projeto
Informar o responsável de gestão sobre a implementação da instrução de trabalho de admissão do doente no bloco de urgência.	Um dia	Autores do projeto

Formar a equipa sobre boas práticas na admissão do doente no bloco de urgência.	Dois dias	Autores do projeto
Acompanhar a equipa na realização da admissão do doente no bloco de urgência.	Quatro semanas	Autores do projeto
Monitorizar a execução da admissão do doente no bloco de urgência.	Três meses	Equipa de auditoria
Propor mudanças de melhoria contínua na execução da atividade	Seis meses	Autores do projeto

1.8. Avaliação / Indicadores

O presente projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem especializados pretende a promoção da segurança da pessoa e a organização dos cuidados em contexto de bloco operatório de urgência. Assim, pretende-se avaliar a taxa de execução correta da admissão do doente no bloco de urgência., de forma a traduzir os resultados em indicadores de processo, de acordo com a seguinte fórmula:

Denominação	<i>Taxa de execução correta da admissão do doente no bloco de urgência</i>
Fórmula	$\text{Taxa} = \frac{\text{Total de execução correta da admissão do doente no bloco de urgência}}{\text{Total de cirurgias realizadas no bloco de urgência}}$
Fundamentação	<i>Garantir a execução correta da admissão do doente no bloco de urgência</i>
Amostra	<i>Todas as pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos no bloco de urgência</i>
Periodicidade	<i>Trimestral</i>

Padrão

100% de execução correta da verificação da admissão do doente no bloco de urgência

1.9. Divulgação do PMCQCEE

Intra-institucional: Realização de formações em serviço e divulgação dos resultados de auditoria realizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição de cuidados durante a admissão no bloco operatório de urgência é um momento crítico no ciclo de cuidados da pessoa em situação perioperatória, a qual exige uma coordenação cuidadosa e eficiente entre todos os profissionais de saúde envolvidos. O ambiente de urgência, pelas suas características, requer um processo de comunicação bem estruturado, no qual todos os membros da equipa têm clareza sobre o estado clínico da pessoa, os riscos envolvidos e as necessidades específicas para a realização do procedimento cirúrgico (Lane-Fall et al., 2020; Zaki et al., 2024). Uma comunicação clara e objetiva é a base para garantir que todas as informações clínicas sejam transmitidas de forma precisa e sem falhas. O foco na segurança da pessoa deve ser uma prioridade. A elaboração de uma instrução de trabalho normativa para a realização da comunicação à equipa de enfermagem de urgência da transferência da pessoa para o bloco operatório, revela-se uma oportunidade para a construção de uma cultura de segurança em contexto perioperatório (Reine et al., 2019).

O projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados emerge da identificação de uma necessidade do serviço, contribuindo para a qualificação dos cuidados de enfermagem especializados em bloco operatório, com origem em um objetivo de estágio proposto.

O presente projeto de melhoria vai ao encontro do objetivo de criar uma ligação robusta entre a pesquisa científica e a sua aplicação prática. Além de que, a introdução de instruções de trabalho no serviço procura, não só melhorar a qualidade dos cuidados prestados, mas também servir como ferramenta para a acreditação do serviço pela idoneidade formativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lane-Fall, M. B., Pascual, J. L., Peifer, H. G., Di Taranti, L. J., Collard, M. L., Jablonski, J., Gutsche, J. T., Halpern, S. D., Barg, F. K., Fleisher, L. A., & HATRICC study team (Kimberly Allen, BSN, RN; Mark Barry, MD; Sruthi Buddai, BA; Tyler Chavez, BA; Mahrukh Choudhary, BA; Della George; Megan Linehan, DO; Enrique Torres Hernandez; Jerome Watts, BA (2020). A Partially Structured Postoperative Handoff Protocol Improves Communication in 2 Mixed Surgical Intensive Care Units: Findings From the Handoffs and Transitions in Critical Care (HATRICC) Prospective Cohort Study. *Annals of surgery*, 271(3), 484–493. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003137>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf.
- Plano Nacional para a Segurança do Doente (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Direção Geral de Saúde, Lisboa.
- Reine, E., Rustøen, T., Raeder, J., & Aase, K. (2019). Postoperative patient handovers-Variability in perceptions of quality: A qualitative focus group study. *Journal of clinical nursing*, 28(3-4), 663–676. <https://doi.org/10.1111/jocn.14662>.
- Zaki, H., E. Shaban, E., Shaban, A., Hamdi Alkahlout, B., A. Shallik, N., & Mohammad Azad, A. (2024). Perioperative Preparation of Emergency Patients from Emergency Department to Operating Room. IntechOpen. doi: 10.5772/intechopen.1004407.

ANEXOS

ANEXO I: INSTRUÇÃO DE TRABALHO: ADMISSÃO DO DOENTE NO BLOCO DE URGÊNCIA

	Instrução de Trabalho Admissão do Doente no Bloco de Urgência	CÓDIGO IT
--	--	-----------

1. Objetivos

- a) Uniformizar o procedimento de admissão do doente no bloco de urgência;
- b) Promover a segurança da pessoa submetida a processo cirúrgico no bloco operatório de urgência;
- c) Promover a preparação pré-cirúrgica do procedimento em contexto de bloco de urgência;
- d) Fornecer aos profissionais de saúde normas e procedimentos de segurança na preparação da cirurgia de urgência.

2. Âmbito

Transversal Hospitalar Cuidados de Saúde Primários

- a) Todos os enfermeiros que exercem funções no bloco operatório de urgência, serviço de urgência, serviço de internamento e unidades de cuidados.

3. Descrição

- a) A comunicação da transferência do doente para o bloco de urgência deve ser realizada a todas as pessoas propostas para intervenção cirúrgica urgente.
- b) A comunicação da transferência do doente é da responsabilidade do enfermeiro do serviço de proveniência.

3.1. Proveniência do Serviço de urgência/Serviço de internamento/Unidades de Cuidados:

- a) O enfermeiro responsável pelo doente deve realizar uma chamada telefónica para a extensão do enfermeiro do bloco de urgência, antes do doente sair do serviço, para informar a sua transferência.

4. Responsabilidades

Versão	Data	Alterações
Elaboração		
Validação		Atualização decorrente do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro.
Aprovação		

Publicação	Revisão	Classificação	Página
			1 de 1

Anexo III



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

SARA DANIELA OLIVEIRA VIEIRA MELEIRO

membro n.º **87693** desta Ordem, participou no **Encontro de Benchmarking da MCEEMC 2024: Enfermagem Médico-Cirúrgica: “Equidade e Poder Económico dos Cuidados de Enfermagem Especializados”**, realizado no Centro de Congressos do Laboratório Nacional de Engenharia Civil - (LNEC), em Lisboa, nos dias **21 e 22 de Outubro de 2024**, enquanto **Autora e Apresentadora da Comunicação Livre**:

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA: PROCEDIMENTO DE MANIPULAÇÃO DE CITOSTÁTICOS – MITOMICINA-C EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

Coautores(as):

ISABEL MARIA SOUSA MIRANDA | 22469

SANDRA DANIELA CARDANTE | 36512

Lisboa, 22 de Outubro de 2024.

Pl' O Bastonário

Ana Fonseca
Vice-Presidente do Conselho Directivo¹

¹ Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

ENCONTRO DE BENCHMARKING DA MCEEMC 2024

Enfermagem Médico-Cirúrgica: Equidade e Poder
Económico dos Cuidados de Enfermagem
Especializados

ENCONTRO DE BENCHMARKING DA MCEEMC 2024

Enfermagem Médico-Cirúrgica: Equidade e Poder
Económico dos Cuidados de Enfermagem
Especializados

LNEC
LISBOA

21 E 22
DE OUTUBRO



PROGRAMA | 21 DE OUTUBRO

08h30

ABERTURA DO SECRETARIADO

09h00 - 12h00

- **Workshop Ventilação Mecânica Não Invasiva - Sala 2**
Dinamizador: Paulo Oliveira
- **Workshop Instrumentação em Damage Control Surgery - Sala 3**
Dinamizador: Liliana Lourenço
- **Workshop Pé Diabético - Sala 4**
Dinamizador: Manuel Cardoso
- **Workshop Feridas Complexas - Sala 5**
Dinamizador: Paulo Alves
- **Workshop Supervisão Clínica - Sala 6**
Dinamizador: Isabel Rabiais

12h00 - 14h00

ALMOÇO LIVRE

14h00 - 14h30

SESSÃO DE ABERTURA

14h30 - 15h00

CONFERÊNCIA INAUGURAL

Moderação: Helena José

- **Hospitalização Domiciliária ou Domiciliação de Cuidados: O Sentido das Palavras |**
Abel Paiva

15h00 - 16h15

MESA REDONDA: DESAFIOS E VALOR DO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

Moderação: Nuno Ferreira

- **Pessoa em Situação Crónica: Valor e Poder do Cuidado Especializado |** Paulo Parente
- **Suporte Legal às Pessoas em Situação Crónica |** Rita Fonseca, Jurista da OE
- **Desafios para a Enfermagem Médico-Cirúrgica numa Sociedade Envelhecida |**
João Tavares

16h15 - 16h45

PAUSA PARA CAFÉ

16h45 - 18h00

MESA REDONDA: PODER DO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Moderação: Cláudia Oliveira

- **Referenciação Precoce da Pessoa para Cuidados Paliativos – Onde Estamos e para Onde Queremos Ir? |** Fernanda Vital
- **Competência Emocional e Cuidados Compassivos |** Maria João Santos
- **Cuidados Paliativos: O Sentido e o Sentir na Voz do Cuidador |** Joana Carvalho

PROGRAMA | 22 DE OUTUBRO

08h30

ABERTURA DO SECRETARIADO

09h00 - 10h15

MESA REDONDA: CUIDADOS SECURIZANTES À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderação: Sónia Afonso

- **Centrar os Cuidados na Pessoa em Situação Crítica: O Ambiente, as Pessoas e a Família |** Sónia Sousa
- **Segurança do Doente em Cuidados Intensivos: O Que Sabemos? |** Susana Ramos
- **A Inteligência Artificial ao Serviço dos Cuidados Intensivos Seguros |** Liliana Mota

10h15 - 10h45

PAUSA PARA CAFÉ

10h45 - 12h00

MESA REDONDA: SEGURANÇA E SUSTENTABILIDADE NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Moderação: Mário de Jesus

- **Reprocessamento e Sustentabilidade em Ambiente Perioperatório |** Emílio Leal
- **Eventos Adversos no Período Intraoperatório |** Tânia Soares
- **Sustentabilidade e Liderança, Papel do Enfermeiro Gestor – Muito Mais do que Reciclar |** Ângela Valença

12h00 - 14h00

ALMOÇO LIVRE

14h00 - 16h00

APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES - Sala 5

APRESENTAÇÃO DE PÓSTERES - Sala 6

ENCONTRO ENTRE OS NÚCLEOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA E A MCEEMC - Auditório

16h30 - 16h30

CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO

Moderação: Paulo Matos

- **Comunicação para Além dos Sons |** Verónica Freire

16h30 - 17h30

ENTREGA DE PRÉMIOS

(1.º, 2.º, 3.º das Comunicações Orais; 1.º, 2.º e 3.º dos Pósters)

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

Anexo IV



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

SARA DANIELA OLIVEIRA VIEIRA MELEIRO

membro n.º **87693** desta Ordem, participou no **Encontro de Benchmarking da MCEEMC 2024: Enfermagem Médico-Cirúrgica: “Equidade e Poder Económico dos Cuidados de Enfermagem Especializados”**, realizado no Centro de Congressos do Laboratório Nacional de Engenharia Civil - (LNEC), em Lisboa, nos dias **21 e 22 de Outubro de 2024**, enquanto **Co-Autora da Comunicação Livre:**

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA NA SUPERVISÃO CLÍNICA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM BLOCO OPERATÓRIO: IMPLEMENTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS

Coautores(as):

SANDRA DANIELA DE FIGUEIREDO CARDANTE | 36512 (Apresentadora)

ISABEL MARIA SOUSA MIRANDA | 22469

Lisboa, 22 de Outubro de 2024.

P^r O Bastonário

Ana Fonseca
Vice-Presidente do Conselho Directivo¹

¹ Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

ENCONTRO DE BENCHMARKING DA MCEEMC 2024

Enfermagem Médico-Cirúrgica: Equidade e Poder
Económico dos Cuidados de Enfermagem
Especializados

ENCONTRO DE BENCHMARKING DA MCEEMC 2024

Enfermagem Médico-Cirúrgica: Equidade e Poder
Económico dos Cuidados de Enfermagem
Especializados

LNEC
LISBOA

21 E 22
DE OUTUBRO



PROGRAMA | 21 DE OUTUBRO

08h30

ABERTURA DO SECRETARIADO

09h00 - 12h00

- **Workshop Ventilação Mecânica Não Invasiva - Sala 2**
Dinamizador: Paulo Oliveira
- **Workshop Instrumentação em Damage Control Surgery - Sala 3**
Dinamizador: Liliana Lourenço
- **Workshop Pé Diabético - Sala 4**
Dinamizador: Manuel Cardoso
- **Workshop Feridas Complexas - Sala 5**
Dinamizador: Paulo Alves
- **Workshop Supervisão Clínica - Sala 6**
Dinamizador: Isabel Rabiais

12h00 - 14h00

ALMOÇO LIVRE

14h00 - 14h30

SESSÃO DE ABERTURA

14h30 - 15h00

CONFERÊNCIA INAUGURAL

Moderação: Helena José

- **Hospitalização Domiciliária ou Domiciliação de Cuidados: O Sentido das Palavras |**
Abel Paiva

15h00 - 16h15

MESA REDONDA: DESAFIOS E VALOR DO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

Moderação: Nuno Ferreira

- **Pessoa em Situação Crónica: Valor e Poder do Cuidado Especializado |** Paulo Parente
- **Suporte Legal às Pessoas em Situação Crónica |** Rita Fonseca, Jurista da OE
- **Desafios para a Enfermagem Médico-Cirúrgica numa Sociedade Envelhecida |**
João Tavares

16h15 - 16h45

PAUSA PARA CAFÉ

16h45 - 18h00

MESA REDONDA: PODER DO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Moderação: Cláudia Oliveira

- **Referenciação Precoce da Pessoa para Cuidados Paliativos – Onde Estamos e para Onde Queremos Ir? |** Fernanda Vital
- **Competência Emocional e Cuidados Compassivos |** Maria João Santos
- **Cuidados Paliativos: O Sentido e o Sentir na Voz do Cuidador |** Joana Carvalho

PROGRAMA | 22 DE OUTUBRO

08h30

ABERTURA DO SECRETARIADO

09h00 - 10h15

MESA REDONDA: CUIDADOS SECURIZANTES À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderação: Sónia Afonso

- **Centrar os Cuidados na Pessoa em Situação Crítica: O Ambiente, as Pessoas e a Família |** Sónia Sousa
- **Segurança do Doente em Cuidados Intensivos: O Que Sabemos? |** Susana Ramos
- **A Inteligência Artificial ao Serviço dos Cuidados Intensivos Seguros |** Liliana Mota

10h15 - 10h45

PAUSA PARA CAFÉ

10h45 - 12h00

MESA REDONDA: SEGURANÇA E SUSTENTABILIDADE NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Moderação: Mário de Jesus

- **Reprocessamento e Sustentabilidade em Ambiente Perioperatório |** Emílio Leal
- **Eventos Adversos no Período Intraoperatório |** Tânia Soares
- **Sustentabilidade e Liderança, Papel do Enfermeiro Gestor – Muito Mais do que Reciclar |** Ângela Valença

12h00 - 14h00

ALMOÇO LIVRE

14h00 - 16h00

APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES - Sala 5

APRESENTAÇÃO DE PÓSTERES - Sala 6

ENCONTRO ENTRE OS NÚCLEOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA E A MCEEMC - Auditório

16h30 - 16h30

CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO

Moderação: Paulo Matos

- **Comunicação para Além dos Sons |** Verónica Freire

16h30 - 17h30

ENTREGA DE PRÉMIOS

(1.º, 2.º, 3.º das Comunicações Orais; 1.º, 2.º e 3.º dos Pósters)

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

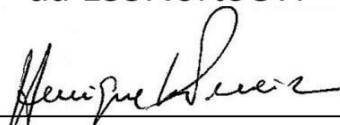
Anexo V

CERTIFICADO

Certifica-se que a Comunicação Oral **“Diretrizes e práticas dos enfermeiros no control de infeção em contexto perioperatório”**, da autoria **Sara Meleiro, Ana Neves, Daniela Cardante, Isabel Miranda** foi apresentada por **Sara Meleiro** no **6º Congresso Internacional IACS 2024: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção**, realizado nos dias 24 e 25 de outubro de 2024, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

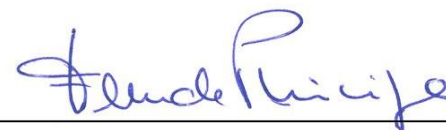
Santa Maria da Feira, 25 de outubro de 2024

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP



Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica



Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

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** (ULSEDEV, Portugal)
- 10h00 **SA: Sessão de abertura**
Vitor Marques (Vereador do Município de Santa Maria da Feira)
Sara Pereira (ULSEDEV)
Henrique Pereira (Presidente do Conselho de Direção da ESSNorteCVP)
- 11h00 **Coffee Break**
- 11h30 **SA: Paineis: 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: Paineis: 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** (ULSEDEV, Portugal)
 "Protocolo de cuidados à boca" **Maria João Batista** (ULSLO, Portugal)
 Moderador: **Clara Carvalho** (ULSLO, Portugal)
- S7: Paineis: Estudo da urina: navegar pelos desafios e explorar novas estratégias**
 "Análise de Urina e Urocultura: Fundamentos e Avanços no Diagnóstico Clínico" **Ana Raquel** (ULSEDEV, 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** (ULSEDEV, Portugal)
- S8: Paineis: Preparar o futuro das EPC (Enterobacteriales 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 Veloso** (ULS Braga, Portugal)
- S9: Paineis: 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: Paineis: 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 Infeções: 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** (ULSEDEV, 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 " Siver 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: Paineis: Contributos para "Uma Só Saúde (One Health)"**
"Saúde Humana" Carlos Palos (Portugal)
 "Disseminação de Klebsiella pneumoniae multirresistente 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** (ULSEDEV, Portugal)
- 11h45 **SA: Paineis: O papel da academia na prevenção da infeção**
 "HAnnoPrev: 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: Paineis: 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: Paineis: IACS em Unidade de Hospitalização Domiciliária (HD)**
 "HD do Hospital de Santarém" **Yahia Abuowda** (ULSL, Portugal)
 "Tratamento de Infeções Bacterianas por agentes multirresistentes em HD" **Ana Mafalda Bastos** (ULSEDEV, Portugal)
 "Precauções básicas de controlo de infeção - especificidade da HD" **Sónia Malaca** (ULSL, Portugal)
 Moderador: **João Duarte** (ULSEDEV, Portugal)
- S8: Paineis: Boas Práticas de Prevenção e Controlo de Infeção 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: Paineis: 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: Paineis: Boas Práticas na Investigação Clínica em Controlo de Infeção**
 "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 compliance and HCWs' preferences" **Heck Róbert Roland** (TritonLife Private Hospitals - Huírgia)
 Moderador: **Liliana Mota** (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)
- S6: Paineis: "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 operativo"**
- S8: Paineis: Importância da Saúde Ocupacional na transmissão das infeções nosocomiais respiratórias**
 "Utilização de máscara nos profissionais de saúde - qual o impacto no doente?" **Inês Ribeiro** (ULSEDEV, Portugal)
 "Vacinação dos Profissionais de Saúde (Gripe/ Covid/ Antipneumocócicas) - Qual a importância?" **Catarina Oliveira** (ULSEDEV, Portugal)
 "Plano de Vacinação dos Profissionais de Saúde da ULS EDV - A nossa experiência" **Jacinta Carvalhas** (ULSEDEV, Portugal)
 Moderador: **Andréa Rodrigues** (ULSEDEV, Portugal)
- S9: Paineis: 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 Veloso** (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** (ULSEDEV, Portugal)
- 16h15 **SA: Entrega de Prémios: Investigação, melhor comunicação oral, melhor e-poster e THINKLab; Encerramento do congresso**

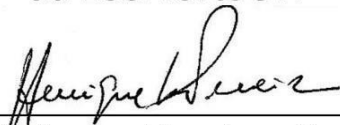
Anexo VI

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.

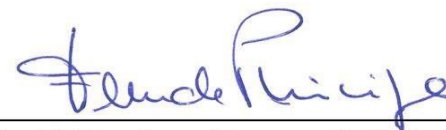
Santa Maria da Feira, 25 de outubro de 2024

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** (ULSEDEV, Portugal)
- 10h00 **SA: Sessão de abertura**
Vitor Marques (Vereador do Município de Santa Maria da Feira)
Sara Pereira (ULSEDEV)
Henrique Pereira (Presidente do Conselho de Direção da ESSNorteCVP)
- 11h00 **Coffee Break**
- 11h30 **SA: Painel: 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: Painel: 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** (ULSEDEV, Portugal)
 "Protocolo de cuidados à boca" **Maria João Batista** (ULSLO, Portugal)
 Moderador: **Clara Carvalho** (ULSLO, Portugal)
- S7: Painel: Estudo da urina: navegar pelos desafios e explorar novas estratégias**
 "Análise de Urina e Urocultura: Fundamentos e Avanços no Diagnóstico Clínico" **Ana Raquel** (ULSEDEV, 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** (ULSEDEV, Portugal)
- S8: Painel: 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 Veloso** (ULS Braga, Portugal)
- S9: Painel: 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: Painel: 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 Infeções: 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 correta 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** (ULSEDEV, 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: Painel: Contributos para "Uma Só Saúde (One Health)"**
"Saúde Humana" Carlos Palos (Portugal)
"Disseminação de Klebsiella pneumoniae multirresistente 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** (ULSEDEV, Portugal)
- 11h45 **SA: Painel: O papel da academia na prevenção da infeção**
HAnnoPrev: 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: Painel: 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: Painel: IACS em Unidade de Hospitalização Domiciliária (HD)**
"HD do Hospital de Santarém" Yahia Abuowda (ULSL, Portugal)
"Tratamento de Infeções Bacterianas por agentes multirresistentes em HD" Ana Mafalda Bastos (ULSEDEV, Portugal)
"Precauções básicas de controlo de infeção - especificidade da HD" Sónia Malca (ULSL, Portugal)
 Moderador: **João Duarte** (ULSEDEV, Portugal)
- S8: Painel: Boas Práticas de Prevenção e Controlo de Infeção 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: Painel: 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: Painel: Boas Práticas na Investigação Clínica em Controlo de Infeção**
"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 compliance and HCWs' preferences" Heck Róbert Roland (TritonLife Private Hospitals - Hungria)
 Moderador: **Liliana Mota** (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)
- S6: Painel: "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 operativo"**
- S8: Painel: Importância da Saúde Ocupacional na transmissão das infeções nosocomiais respiratórias**
"Utilização de máscara nos profissionais de saúde - qual o impacto no doente?" Inês Ribeiro (ULSEDEV, Portugal)
"Vacinação dos Profissionais de Saúde (Gripe/ Covid/ Antipneumocócicas) - Qual a importância?" Catarina Oliveira (ULSEDEV, Portugal)
"Plano de Vacinação dos Profissionais de Saúde da ULS EDV - A nossa experiência" Jacinta Carvalhas (ULSEDEV, Portugal)
 Moderador: **Andréa Rodrigues** (ULSEDEV, Portugal)
- S9: Painel: 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 Veloso (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** (ULSEDEV, Portugal)
- 16h15 **SA: Entrega de Prémios: Investigação, melhor comunicação oral, melhor e-poster e THINKLab; Encerramento do congresso**

Anexo VII



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

ISABEL MARIA DE SOUSA MIRANDA

membro n.º **22469** 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**:

**GANHOS EM SAÚDE ASSOCIADOS A ENFERMEIROS ESPECIALISTAS
PERIOPERATÓRIOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Coautores/as:

SANDRA DANIELA DE FIGUEIREDO CARDANTE | 36512

SARA DANIELA OLIVEIRA VIEIRA MELEIRO | 87693

Fátima, 22 de novembro de 2024.

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

O Presidente da Comissão Científica

Sérgio Branco



Anexo VIII



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

ISABEL MARIA DE SOUSA MIRANDA

membro n.º **22469** 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**:

PREPARAÇÃO, FORMAÇÃO E GESTÃO DOS ENFERMEIROS EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE NO BLOCO OPERATÓRIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Coautores/as:

SANDRA DANIELA DE FIGUEIREDO CARDANTE | 36512

SARA DANIELA OLIVEIRA VIEIRA MELEIRO | 87693

JOSÉ MIGUEL AFONSO MATOS DA SILVA | 94903

ANA CRISTINA ROSAS DA SILVA NEVES | 93191

Fátima, 22 de novembro de 2024.

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

O Presidente da Comissão Científica

Sérgio Branco



Anexo IX

I CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA ULS EDV

Certificado de Apresentação

Certifica-se que o trabalho científico intitulado:

Impacto da transição de cuidados na admissão da pessoa no bloco operatório de urgência: Desafios e estratégias de otimização

Foi apresentado em formato de: **É-POSTER** no I Congresso de Enfermagem Perioperatória ULS EDV, que decorreu nos dias 29 e 30 de novembro de 2024, no Auditório do Europarque.

1º Autor: **Sara Meleiro**

Coautores: Daniela Cardante; Eduarda France; Isabel Miranda; José Miguel Silva

Santa Maria da Feira, 30 de novembro de 2024

Presidentes da Comissão Organizadora



Isabel Melo



André Marques



Presidentes da Comissão Científica



Carla Reis



Cármen Soares

Anexo X

I CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA ULS EDV

Certificado de Apresentação

Certifica-se que o trabalho científico intitulado:

FORMAÇÃO E SIMULAÇÃO NA PREVENÇÃO CONTRA INCÊNDIOS EM AMBIENTE PERIOPERATÓRIO

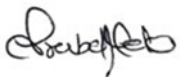
Foi apresentado em formato de: **É-Poster** no I Congresso de Enfermagem Perioperatória ULS EDV, que decorreu nos dias 29 e 30 de novembro de 2024, no Auditório do Europarque.

1º Autor: **José Miguel Silva**

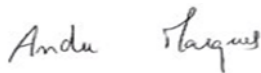
Coautores: Isabel Miranda; Sara Meleiro

Santa Maria da Feira, 30 de novembro de 2024

Presidentes da Comissão Organizadora



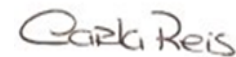
Isabel Melo



André Marques



Presidentes da Comissão Científica



Carla Reis



Cármén Soares

Anexo XI

I CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA ULS EDV

Certificado de Apresentação

Certifica-se que o trabalho científico intitulado:

Toucas cirúrgicas de tecido versus descartáveis em contexto perioperatório: Uma revisão integrativa

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: **Sara Meleiro**

Coautores: Ana Neves; Daniela Cardante; Isabel Miranda; José Miguel Silva

Santa Maria da Feira, 30 de novembro de 2024

Presidentes da Comissão Organizadora



Isabel Melo



André Marques



Presidentes da Comissão Científica



Carla Reis



Cármen Soares

Anexo XII

I CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA ULS EDV

Certificado de Apresentação

Certifica-se que o trabalho científico intitulado:

Liderança positiva e felicidade no trabalho: uma relação de sucesso no bloco operatório

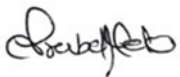
Foi apresentado em formato de: **COMUNICAÇÃO ORAL** no I Congresso de Enfermagem Perioperatória ULS EDV, que decorreu nos dias 29 e 30 de novembro de 2024, no Auditório do Europarque.

1º Autor: **Daniela Cardante**

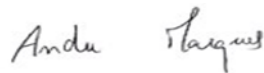
Coautores: Isabel Miranda; Marlene Piçarra; Sara Meleiro

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 XIII


CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que o trabalho em formato de **Relato de Boas Práticas: “Implementação de um Manual de Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório”**, da autoria de Daniela Cardante, Isabel Miranda, Sara Meleiro foi apresentado por **Daniela Cardante** nas *II Jornadas Internacionais da APAPEnf+ - Da Teoria de Iniciado a Perito à Criação de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos*, que se realizaram no Auditório Carlos Borrego, do Departamento de Ambiente e Ordenamento, da Universidade de Aveiro, no dia 12 de dezembro de 2024, com a duração de 9 horas.

Este trabalho obteve a menção de **Melhor Relato de Boas Práticas**.

Senhora da Hora, 27 de dezembro de 2024

*O Presidente da Comissão Organizadora das
II Jornadas Internacionais da APAPEnf+*



(João Ventura)



Anexo XIV

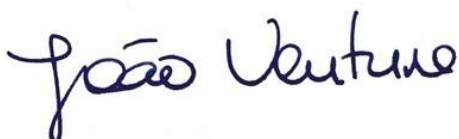
CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que o trabalho em formato de **Póster:**
**“Enfermagem Perioperatória - Promoção de Ambientes de Aprendizagem em
Emergências Intraoperatórias”**, da autoria de José Silva, Sara Meleiro, Isabel
Miranda foi apresentado por **José Silva** nas *II Jornadas Internacionais da APAPEnf+*
*- Da Teoria de Iniciado a Perito à Criação de Ambientes de Prática de Enfermagem
Positivos*, que se realizaram no Auditório Carlos Borrego, do Departamento de
Ambiente e Ordenamento, da Universidade de Aveiro, no dia 12 de dezembro de
2024, com a duração de 9 horas.

Senhora da Hora, 27 de dezembro de 2024

O Presidente da Comissão Organizadora das

II Jornadas Internacionais da APAPEnf+



(João Ventura)



Anexo XV

CONGRESSO INTERNACIONAL NEEMC

DO NÚCLEO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS
EM MÉDICO-CIRÚRGICA
DA ULSBM

INTERVIR E VALORIZAR

21 • 22
JANEIRO
2025

CENTRO DE ARTES E
ESPETÁCULOS
DA FIGUEIRA DA FOZ

CERTIFICADO

CERTIFICADO N.º 514 NEEMC/EP2025

Certifica-se que Sara Daniela Oliveira Vieira Meleiro, apresentou o E-Poster intitulado “Alteração da percepção da imagem na pessoa submetida a cirurgia de urgência”, no I Congresso Internacional do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da ULSBM 2025, realizado na Figueira da Foz nos dias 21 e 22 de janeiro de 2025.

Outros Autores: Daniela Cardante; Isabel Miranda; José Miguel Silva

Figueira da Foz, 22 de janeiro de 2025

DR^a ANA RAQUEL SANTOS
Presidente Conselho de
Administração - Unidade Local de
Saúde do Baixo Mondego, E. P. E.

HÉLÈNE MALTA
Presidente da comissão
científica



Núcleo dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da
Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego (ULSBM)
Gala - S. Pedro 3094-001 Figueira da Foz | Portugal
neemc.2025@ulsbm.min-saude.pt | +351 233 40 20 00



SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ULS
BAIXO
MONDEGO

Anexo XVI

CONGRESSO INTERNACIONAL NEEMC

DO NÚCLEO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS
EM MÉDICO-CIRÚRGICA
DA ULSBM

INTERVIR E VALORIZAR

21 • 22
JANEIRO
2025

CENTRO DE ARTES E
ESPETÁCULOS
DA FIGUEIRA DA FOZ

CERTIFICADO

CERTIFICADO N.º 530 NEEMC/EP2025

Certifica-se que Sandra Daniela de Figueiredo Cardante, apresentou o E-Poster intitulado “Competências Não Técnicas dos Enfermeiros Perioperatórios: Relevância para a Segurança e Eficiência cirúrgica”, no I Congresso Internacional do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da ULSBM 2025, realizado na Figueira da Foz nos dias 21 e 22 de janeiro de 2025.

Outros Autores: Sara Meleiro; Isabel Miranda; José Miguel Silva

Figueira da Foz, 22 de janeiro de 2025

DR^a ANA RAQUEL SANTOS
Presidente Conselho de
Administração - Unidade Local de
Saúde do Baixo Mondego, E. P. E.

HÉLÈNE MALTA
Presidente da comissão
científica



Núcleo dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da
Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego (ULSBM)
Gala - S. Pedro 3094-001 Figueira da Foz | Portugal
neemc.2025@ulsbm.min-saude.pt | +351 233 40 20 00



SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ULS
BAIXO
MONDEGO

Anexo XVII

CERTIFICADO

Certifica-se que

a **Comunicação Livre em formato de e-Poster**, intitulada “ABORDAGEM AO DOENTE EMERGENTE NO PERIOPERATÓRIO”, cujos autores são **José Miguel Silva, Sara Meleiro e Isabel Miranda**, integrou o **Programa de Comunicações Livres**, no 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico, que se realizou no Centro de Congressos do Aveiro, nos dias 8 e 9 novembro 2024, com a duração de 16 horas.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de 0,60 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Aveiro, 12 novembro 2024

Presidente da Comissão Científica



Ricardo Conceição

Presidente da SPEDC



Márcio Carvalho

Presidente da Comissão Organizadora



Eládio Cardoso

Anexo XVIII



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
GAIA E ESPINHO
FORMAÇÃO

Certifica-se que **Sara Daniela Oliveira Vieira Meleiro**, foi Formador(a) do Curso “**Prevenção contra incendios em ambiente perioperatório**”, que decorreu no(s) dia(s) “**21 de Fevereiro de 2025**”, com a duração de 01:00 horas.

Vila Nova de Gaia, 21 fevereiro de 2025

Responsável do Serviço de Formação

((Tiago André Gomes de Oliveira, ,
Diretor do Serviço de Formação))

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Prevenção contra incêndios em ambiente perioperatório

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:

Medidas ativas e passivas contra incêndio no bloco operatório

Atuação da equipa em situação de incêndio

Informação sobre situações de risco de incêndio no bloco operatório

Anexo XIX

Certifica-se que **Sara Daniela Oliveira Vieira Meleiro**, foi Formador(a) do Curso **“Projeto Melhoria Contínua Qualidade Cuidados de Enfermagem: verificação da marcação local cirúrgico”**, que decorreu no(s) dia(s) **“14 de Fevereiro de 2025”**, com a duração de 01:00 horas.

Vila Nova de Gaia, 14 fevereiro de 2025

Responsável do Serviço de Formação



((Tiago André Gomes de Oliveira, ,
Diretor do Serviço de Formação))

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Projeto Melhoria Contínua Qualidade Cuidados de Enfermagem: verificação da marcação local cirúrgico

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:

- 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 chucklist de cirurgia segura.