

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Informação na transição de cuidados perioperatórios na cirurgia de Bypass Gástrico por laparoscopia

Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Information on the transition of perioperative care in laparoscopic gastric bypass surgery

Project to Development of clinical skills in Medical-Surgical Nursing for the Person in Perioperative Situation

Autor

Andreia Cristina Oliveira Santos Ferreira

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Perioperatória**

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Cristina Maria Correia Barroso Pinto
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Maria de Fátima Segadães Moreira
Professor Adjunto, Mestre

Autor

Andreia Cristina Oliveira Santos Ferreira

Porto, 2024

RESUMO

A segurança do doente é um dos principais focos de preocupação a nível mundial e nacional na área da saúde, pois implica qualidade dos cuidados prestados e prevenção de danos evitáveis. Um dos fatores que comprometem a segurança do cliente é a falha na comunicação entre os profissionais de saúde durante os momentos de transição de cuidados, ou seja, quando o cliente é transferido entre diferentes níveis ou unidades de cuidados. A literatura demonstra que uma das principais fontes de eventos sentinela é a comunicação ineficaz entre os profissionais de saúde, especialmente nas transições de cuidados do cliente. Dados da Direção Geral da Saúde apontam que as falhas de comunicação possam afetar 70% dos clientes cirúrgicos.

Com o crescimento anual dos procedimentos cirúrgicos em todo o mundo, a complexidade do contexto perioperatório tem aumentado. O enfermeiro de perioperatório desempenha um papel crucial em todas as etapas do processo cirúrgico. Este relatório de estágio reflete uma jornada de aprendizagem clínica, realizada com o objetivo de obtenção do título de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com ênfase na área da Enfermagem Perioperatória, consolidando o conhecimento adquirido nas unidades curriculares do curso e as competências desenvolvidas durante os estágios clínicos e a pesquisa de investigação desenvolvida.

O estágio de natureza profissional foi desenvolvido nos contextos de bloco operatório central e bloco operatório de especialidades de cirurgia geral. Os estágios proporcionaram uma oportunidade única para adquirir conhecimentos específicos, habilidades técnicas e atitudes em contexto perioperatório. Este relatório tem como objetivo demonstrar e descrever as aprendizagens e habilidades desenvolvidas na prática clínica, com o intuito de dominar as competências gerais e específicas da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação perioperatória. Como parte deste processo de aquisição de competências, pretende-se desenvolver e implementar um projeto de estágio focado na informação da transição dos cuidados perioperatórios na cirurgia de bypass gástrico por laparoscopia. Este projeto insere-se no âmbito do desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, da melhoria da satisfação dos clientes e visa contribuir para a missão das instituições de saúde.

Adicionalmente foi realizada uma *scoping review*, segundo os princípios preconizados pelo *Joanna Briggs Institute*. Esta revisão demonstra que o papel desempenhado pelo enfermeiro especialista em perioperatório deve atuar de forma preventiva, minimizando os riscos decorrentes de uma comunicação ineficaz nas transições de cuidados perioperatórios, de forma a contribuir para o aumento da segurança perioperatória do cliente e da equipa pluridisciplinar, congruente com a ética profissional.

Palavras-chave: Enfermagem perioperatória; Segurança do Doente; Transição dos Cuidados Perioperatórios; Cirurgia de Bypass Gástrico; Competências de Enfermagem.

ABSTRACT

Patient safety is one of the main areas of concern at global and national level in the health sector, as it involves the quality of care provided and the prevention of avoidable harm. One of the factors that jeopardises client safety is a failure in communication between healthcare professionals during moments of transition of care, i.e. when the client is transferred between different levels or units of care. The literature shows that one of the main sources of sentinel events is ineffective communication between healthcare professionals, especially in client care transitions. Data from the Directorate-General for Health indicate that communication failures can affect 70 per cent of surgical clients.

With the annual growth in surgical procedures around the world, the complexity of the perioperative context has increased. The perioperative nurse plays a crucial role in all stages of the surgical process. This internship report reflects a journey of clinical learning, carried out with the aim of obtaining the title of Master in Medical-Surgical Nursing, with an emphasis on the area of Perioperative Nursing, consolidating the knowledge acquired in the course's curricular units and the skills developed during the clinical internships and the research carried out.

The professional internship was carried out in the contexts of the central operating theatre and the operating theatre of general surgery specialties. The internships provided a unique opportunity to acquire specific knowledge, technical skills and attitudes in a perioperative context. This report aims to demonstrate and describe the learning and skills developed in clinical practice, with the aim of mastering the general and specific competences of Medical-Surgical Nursing, in the area of the person in a perioperative situation. As part of this process of acquiring competences, the aim is to develop and implement an internship project focused on informing the transition of perioperative care in laparoscopic gastric bypass surgery. This project is part of the continuous professional development of nurses, the improvement of customer satisfaction and aims to contribute to the mission of health institutions.

In addition, a scoping review was carried out according to the principles recommended by the Joanna Briggs Institute. This review demonstrates that the role of the perioperative nurse should be preventive, minimising the risks arising from ineffective communication in perioperative care transitions, in order to contribute to increased perioperative safety for the client and the multidisciplinary team, in line with professional ethics.

Keywords: Perioperative Nursing; Patient Safety; Perioperative Care Transition; Gastric Bypass Surgery; Nursing Competences.

ABREVIATURAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros das Salas Operatórias

ABESO - Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

AINE - Anti-Inflamatório não Esteroide

ACSA - Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia

ASA - American Association of Anesthesiology

ASMBS - Sociedade Americana de Cirurgia Metabólica e Bariátrica

AORN - Association of Perioperative Registered Nurses

ASMBS - Sociedade Americana de Cirurgia Metabólica e Bariátrica

BIS - Índice Biespectral

BG - Bypass Gástrico

BGL - Bypass Gástrico Laparoscópico

BO - Bloco Operatório

BOC - Bloco Operatório Central

BOE - Bloco Operatório de Especialidades

BOECG - Bloco Operatório de Especialidades de Cirurgia Geral

CA - Colecistite Aguda

CAM - Concentração Alveolar Mínima

CB - Cirurgia Bariátrica

CIDESI - Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CL - Colecistectomia Laparoscópica

CVP - Cateter Venoso Periférico

CRI - Centro de Responsabilidade Integrada

CTCO – Centros de Tratamento Cirúrgico de Obesidade

CPAAP – Continuous Positive Airway Pressure

CQS - Comissão da Qualidade e Segurança

DGS – Direção Geral da Saúde

DLS - Doenças Lisossomais de Sobrecarga

DM – Diabetes Mellitus

EE – Enfermeiro Especialista

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

GMC – Grupo Multidisciplinar de Consensos

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IFSO – Surgery of Obesity and Metabolic Disorders

IMC – Índice de Massa Corporal

ISBAR - Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações

ICN - International Council of Nurses

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

INE – Instituto Nacional de Estatística

JB - Joanna Briggs Institute

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

MEMCPSPE - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

NVPO – Náuseas e Vômitos Pós-operatórios

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva

PC – Posicionamento Cirúrgico

PCR – Proteína C- Reativa

PMA - Procriação Medicamente Assistida

PNSD – Plano Nacional de Segurança dos Doentes

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

PTCO - Programa de Tratamento Cirúrgico de Obesidade

PSPO - Pessoa em Situação Perioperatória

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIIQ - Retenção Inadvertida de Itens Quantificáveis

SE - Serviço de Esterilização

SU -Serviço de Urgência

SO - Sala de Operações

SNC - Sistema Nervoso Central

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TAS - Técnicas Auxiliares de Saúde

TET - Tubo Endotraqueal

TOF - Train of Four

TNM - Transmissão Neuromuscular

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UDA - Unidade de Dor Aguda

UC - Unidade Curricular

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

VI - Ventilação Invasiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CASO 1 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA	23
3.1. Enquadramento teórico	23
3.2. Clientes	27
3.3. Medicação	28
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	28
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	34
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	37
3.5. Domínios	42
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	43
3.6. Conceção de Cuidados	48
3.7. Especificação das intervenções	53
3.8. Síntese relativa ao caso	54
4. CASO 2 - BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO	57
4.1. Enquadramento teórico	57
4.2. Clientes	61
4.3. Medicação	62
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	62
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	68
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	72
4.5. Domínios	76
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	77
4.6. Conceção de Cuidados	81
4.7. Especificação das intervenções	87
4.8. Síntese relativa ao caso	88
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	91
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	117
7. BIBLIOGRAFIA	119
ANEXOS	137

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A especialização em Enfermagem para a pessoa em situação perioperatória (PSPO) foca na pessoa e na família/pessoa significativa o que é vivenciando através de uma experiência cirúrgica/anestésica. Os cuidados de enfermagem nesta especialidade direcionam-se para os planos de saúde da pessoa e da família ou pessoa significativa que enfrenta um processo de saúde/doença o qual requer um procedimento cirúrgico e anestésico num ambiente perioperatório. Esses cuidados visam promover a saúde, prevenir eventos adversos e tratar o processo de doença (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018).

No primeiro semestre do ano letivo 2023-2024, do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCPSPE), surge a avaliação da Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II. Essa proposta consistiu na elaboração de um relatório de estágio focado no desenvolvimento de competências avançadas que cumprissem os objetivos de avaliação, de forma a tornar evidente o contributo dos cuidados de enfermagem perioperatórios para os ganhos em saúde dos clientes, famílias e instituição de saúde. O estágio de natureza profissional decorreu nos contextos de Bloco Operatório Central (BOC) e Bloco Operatório de Especialidade de Cirurgia Geral (BOECG). Este relatório tem como objetivo demonstrar e descrever as aprendizagens e habilidades desenvolvidas na prática clínica, com o propósito de dominar as competências gerais e específicas da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação perioperatória. Como parte deste processo de aquisição de competências, pretendeu-se desenvolver e implementar um projeto focado na informação na transição dos cuidados perioperatórios na cirurgia de bypass gástrico por laparoscopia.

A segurança do doente é um direito fundamental e uma dimensão essencial da qualidade dos cuidados de saúde. Nos últimos anos, tem-se assistido a um crescente reconhecimento da importância de prevenir e reduzir os incidentes de segurança que podem causar danos evitáveis aos doentes e aos profissionais de saúde. Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu um Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030, com sete objetivos estratégicos para eliminar os riscos nos cuidados de saúde. Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026) visa alinhar as políticas e as práticas nacionais com as orientações internacionais, promovendo uma cultura de segurança, uma liderança e governança eficazes, uma comunicação transparente e eficiente, uma prevenção e gestão adequadas dos incidentes de segurança e a implementação de práticas seguras em ambientes seguros. O Enfermeiro Especialista (EE) tem um papel fundamental na promoção da segurança do doente, através da gestão do risco e do ambiente, da implementação da prática

baseada em evidência, da incorporação da investigação na prática de cuidados, da formação contínua e da melhoria das competências técnicas e relacionais, visando a excelência dos cuidados prestados.

O aumento da prevalência da obesidade e os avanços na técnica cirúrgica, fez com que nos últimos anos, em todo o mundo, a cirurgia bariátrica tenha surgido como uma solução para o referido problema, levando ao seu aumento (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022). De acordo com a Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade e Doenças Metabólicas (IFSO), estimou-se que em 2019 mais de 833.000 foram realizadas (International Federation for the Surgery of Obesity [IFSO], 2019). Nos Estados Unidos, a cirurgia bariátrica também tem aumentado. Segundo a Sociedade Americana de Cirurgia Metabólica e Bariátrica (ASMBS), em 2018 foram realizadas aproximadamente 252.000 cirurgias bariátricas, tendo-se verificado um aumento em relação aos anos anteriores (American Society for Metabolic and Bariatric Surgery [ASMBS], 2022). Na Europa, o panorama é semelhante. Um estudo publicado no periódico *Obesity Surgery* refere que em 2019, na europa verificou-se um aumento constante na realização de cirurgias bariátricas ao longo de um período de 20 anos (O'Brien et al., 2019).

Deste modo, surgiu a necessidade de elaborar um projeto de desenvolvimento profissional no âmbito da qualidade, especificamente na segurança da informação na transição de cuidados perioperatórios nos clientes submetidos a cirurgia de bypass gástrico por laparoscopia. Esta necessidade surgiu de uma motivação pessoal pela cirurgia bariátrica associada à preocupação com a promoção de uma cultura de segurança associada à melhoria da qualidade de cuidados no pós-operatório, culminando na importância da comunicação na transição de cuidados. Este projeto está alinhado com os objetivos estratégicos do PNSD 2021-2026, do plano mundial OMS 2021-2030 e com o Regulamento nº 429/208 da Ordem dos Enfermeiros, que enfatiza a importância da comunicação interprofissional na transição dos cuidados para aumentar a segurança do cliente nos procedimentos cirúrgicos. Na componente de investigação, foi realizada uma revisão da literatura, nomeadamente, uma *Scoping Review*, segundo a metodologia *Joanna Briggs Institute* (JBI), na qual foram incluídos todos os tipos de estudos relacionados com a informação na transição dos cuidados perioperatórios na cirurgia de bypass gástrico por laparoscopia, sendo esta apresentada em formato de artigo (Anexo I). Nesse contexto, este projeto foi direcionado para essa temática, atendendo a uma das competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Perioperatória.

Durante o estágio clínico, a conceção de cuidados para casos clínicos envolve tomada de decisão clínica de enfermagem autónoma e reflexiva, baseada na melhor evidência disponível no contexto de cuidados perioperatórios. Os casos clínicos de Colecistectomia Laparoscópica e Bypass Gástrico Laparoscópico representam o processo de conceção de cuidados de enfermagem, construídos com base nas etapas primordiais do processo de tomada de decisão

clínica e estruturados conforme os princípios da Ontologia de Enfermagem, reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros, documentados na Plataforma e4nursing. Essa abordagem permite a individualização dos cuidados, desde a seleção de dados relevantes, determinação de objetivos, levantamento de diagnóstico e planeamento de intervenções direcionadas à pessoa, garantindo cuidados fundamentados e de qualidade (Giordani, et al., 2015; Mendes, Ferrito & Gonçalves, 2020; França et al., 2022). Esta plataforma mostrou ser um recurso valioso na formação enquanto enfermeira pelo seu contributo a nível do acréscimo nos conhecimentos e na capacidade de decisão a nível das competências clínicas especializadas, elevando o nível de cuidados prestados ao cliente cirúrgico.

Este relatório está organizado em seis capítulos. No primeiro capítulo, apresenta-se a introdução do relatório de estágio. No segundo capítulo, é realizada a caracterização dos contextos clínicos. No terceiro e quarto capítulos são expostos os dois casos clínicos desenvolvidos no estágio clínico. O quinto capítulo apresenta as atividades desenvolvidas e os respetivos contributos que tiveram para o desenvolvimento do desempenho de competências comuns e específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica à PSPO. Realçando os pontos mais relevantes do projeto de estágio “Informação na transição de cuidados perioperatórios na cirurgia de bypass gástrico por laparoscopia”. No sexto capítulo, é realizada uma síntese final, cuja reflexão incide sobre os objetivos iniciais, os resultados alcançados, as limitações e as perspetivas para futuros projetos. Por último, a bibliografia e os anexos deste relatório são apresentados.

Este relatório foi elaborado utilizando uma metodologia descritiva e iminentemente crítico-reflexiva, baseada nas mais recentes evidências científicas. As atividades e intervenções realizadas durante o estágio são descritas de forma crítica e reflexiva, estabelecendo uma relação entre os conhecimentos teóricos e a prática clínica. É também importante fazer uma análise do impacto dessas experiências, tendo em conta as competências requeridas para um futuro EE em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação perioperatória. O documento foi elaborado seguindo as recomendações plasmadas no Guia Orientador de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

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

O presente estágio de natureza profissional decorreu num BOC em dois módulos e dois momentos. O primeiro momento decorreu em contexto de prática clínica de um BOC convencional de uma Unidade Hospitalar do Norte do País, no período de 11 de abril a 20 de maio de 2023, perfazendo um total de 110 horas (de prática clínica). O segundo momento decorreu em contexto de prática clínica no Bloco Operatório de Especialidades, especificamente no BOECG integrado no BOC da mesma Unidade Hospitalar, no período de 22 de maio a 24 de junho de 2023, compreendendo 70 horas (de prática clínica). Os mesmos locais de estágio foram repetidos no Módulo II, o primeiro momento compreendido no período de 18 de setembro a 19 de dezembro de 2023 e o segundo momento de 3 de janeiro a 26 de janeiro de 2024, compreendendo 340 horas (de prática clínica).

A Unidade Hospitalar da Região Norte onde decorreu o estágio contempla no regulamento interno a prestação de cuidados assistenciais de excelência junto da população da sua área de residência, com capacidade de resposta em toda a linha de cuidados de saúde incluindo cuidados agudos ao cliente na área: de médico-cirúrgica; de meios complementares de diagnóstico e terapêutica; do ambulatório; da mulher e da criança; da saúde mental; de urgência, emergência e cuidados intensivos e na linha de cuidados de saúde da continuidade de cuidados. Atua ainda, como referência em áreas específicas como a Procriação Medicamente Assistida (PMA), o tratamento das Doenças Lisossomais de Sobrecarga (DLS) e o Programa de Tratamento Cirúrgico de Obesidade (PTCO), sendo reconhecido como referência de excelência para o norte do país.

A missão institucional desta Unidade Hospitalar consiste em providenciar o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos clientes, proporcionando os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentido de pertença de todos os seus colaboradores. A sua visão assenta em ser um exemplo na prestação de cuidados de saúde a nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, de comprometimento, do sentido da mudança e da diferenciação no setor da saúde.

Especificamente, BOC é uma unidade cirúrgica, fechada e isolada do exterior, cuja conceção deverá depender da população a que se destina, às especialidades cirúrgicas e tipos de cirurgia a que se deverá dar resposta, da tecnologia de apoio bem como dos recursos humanos disponíveis e necessários para dar uma resposta positiva (Ferreira, 2010). O BOC é uma unidade que tem um impacto significativo no funcionamento de um hospital, tanto em termos de receita

quanto de custos. De acordo com Fernandes (2019), o BOC representa o maior custo do centro hospitalar, estimado em mais de 40% das despesas totais. O BOC é composto por uma equipa multidisciplinar e envolve vários departamentos hospitalares. O trabalho realizado no BOC inclui cirurgias programadas, não programadas e urgentes, com ou sem internamento (Fernandes, 2019). Ao BOC desta instituição compete responder às solicitações dos serviços de carácter cirúrgico, coordenado os tempos operativos específicos de cada especialidade, sob a responsabilidade de um profissional médico designado pelo Conselho de Administração.

O Bloco Operatório de Especialidades (BOE), integrado ao BOC, engloba uma variedade de especialidades, tais como cirurgia bariátrica, cirurgia geral, ortopedia, cirurgia vascular, urologia, otorrinolaringologia, ginecologia e cirurgia plástica. Estas especialidades têm dias específicos da semana para operações. A diferença entre o BOC e o BOE reside na tipologia (Major/Minor) e no volume de cirurgias realizadas. No BOC, há um foco intensificado na formação em áreas específicas de intervenção, como a cirurgia geral e a ortopedia.

Neste BOC são efetuados procedimentos cirúrgicos e anestésicos em várias especialidades, incluindo cirurgia geral, ginecologia, urologia, ortopedia, otorrinolaringologia, cirurgia plástica e cirurgia vascular, como referido anteriormente. Além disso, o BOC também apoia a Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular nas cirurgias de colocação de implantes através de cirurgia torácica. As técnicas cirúrgicas utilizadas incluem cirurgia convencional e a cirurgia laparoscópica.

O BOC encontra a sua atividade dividida em dois pisos, do edifício principal da instituição. O acesso faz-se por ascensores ou por escadas interiores. No piso 5, funciona o bloco de obstetrícia, apresentando duas salas de operações (SO), para procedimentos do foro obstétrico e da medicina de reprodução. Contíguo a cada SO encontra-se uma sala de reanimação do recém-nascido, constituída por boxes de aquecimento e material de reanimação. Tem, ainda, uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) com 3 boxes individuais, uma zona de sujos, uma zona de desinfeção cirúrgica comum às duas SO, uma casa de banho e um armazém comum para o serviço de anestesiologia e BO. O seu funcionamento é de 24 horas, durante os 7 dias na semana, encontrando-se em permanência uma equipa de enfermagem e de anestesistas.

No piso 2, encontra-se o BOC, funcionando 24 horas por dia, durante os sete dias da semana. Dispõe de sete SO todas devidamente equipadas. Uma destas salas encontra-se destinada para cirurgia de urgência e outra para traumatologia diferida. Todas as salas possuem uniformização de carros de anestesia e de material de circulação. Contígua a cada SO encontra-se uma zona de desinfeção cirúrgica, uma sala de apoio com stock de material e instrumental cirúrgico alusivo a cada especialidade e uma sala de indução anestésica.

O BOC tem um corredor único para circuito relativo à zona restrita, que dá acesso a todas as SO, à UCPA, à unidade cuidados intensivos e à zona de transferência do cliente cirúrgico. A UCPA é

constituída por oito boxes individuais, um armazém de consumíveis para o serviço de anestesiologia, uma zona destinada à transferência do cliente cirúrgico e uma zona de macas.

Existe uma área reservada para acondicionar material de apoio das mesas operatórias, frigorífico, autoclave, soros e um armazém com dispositivos médicos e consumíveis clínicos que comunica com o exterior. O circuito dos sujos faz-se pelo corredor, com acesso à zona de sujos, por meio de carros fechados, que depois são encaminhados para o serviço central de esterilização.

A entrada no BOC é exclusiva para pessoal autorizado e é feita pelos vestiários feminino e masculino, localizados entre o secretariado e a porta de acesso dos clientes. Os clientes podem entrar pelo internamento, sendo transferidos da cama para a maca do BOC na zona de transferência, ou pelo serviço de urgência (SU), sendo transferidos da maca da urgência para a maca do BOC na zona de transferência.

Neste serviço, a funcionalidade da sala de urgência é garantida 24 horas por dia, sete dias por semana por uma equipa de enfermagem composta por três elementos: anestesia, circulante e instrumentista.

O BOC é composto por uma equipa multidisciplinar constituída por: um diretor de anestesia, um diretor de BO, médicos, médicos internos de formação específica, enfermeiros, dois enfermeiros gestores, técnicos de radiologia, assistentes técnicos, dois maqueiros e técnicas auxiliares de saúde (TAS).

Especificamente, a equipa de enfermagem é constituída por 89 elementos, incluindo dois enfermeiros gestores, 21 enfermeiros especialistas em enfermagem (13 em Médico-Cirúrgica, um em Saúde-Comunitária, um em Pediatria, seis em Reabilitação e um em Saúde Materno e Obstetrícia) e 68 enfermeiros. Os enfermeiros encontram-se divididos em dois grupos: os da área anestésica com 44 profissionais e os da área cirúrgica com 45 profissionais que exercem funções como enfermeiro circulante, enfermeiro de anestesia, enfermeiro instrumentista. Esta divisão de tarefas é considerada benéfica na equipa, pois permite a especialização dos enfermeiros e, consequentemente, a prestação de cuidados de enfermagem de maior qualidade. A equipa trabalha em turnos rotativos que asseguram os turnos das manhãs: (8.00h-14.30h), tardes (14.00h-20.00h ou 14.00h-22.00h) e noites (22.00h-8.00h).

Um plano de trabalho semanal é realizado para distribuir os enfermeiros por local de trabalho. A cada enfermeiro é atribuída uma função durante o turno, o método de trabalho é funcional/por tarefa. A distribuição dos enfermeiros e suas dotações no bloco de obstetrícia são: três enfermeiros por SO e um enfermeiro para o recobro no bloco de obstetrícia (nos turnos da manhã, tarde e noite). No BOC, nos turnos da manhã e tarde são três enfermeiros por SO, três enfermeiros no recobro e um enfermeiro responsável no posto de gestão integrada de cuidados perioperatórios (também designado por posto avançado de enfermagem); no turno da noite são

três enfermeiros por SO e um enfermeiro no recobro.

A Unidade Hospitalar aderiu ao processo de certificação para obter acreditação pela Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA) em fevereiro de 2019. Este é o modelo oficial da Direção Geral da Saúde para certificação de hospitais e verifica se os cuidados de saúde prestados estão em conformidade com os padrões de qualidade nacionais e internacionais. As características deste modelo assentam na aplicação das referências nacionais, assim como as normas de orientação clínica ou os regimes jurídicos de qualidade e segurança (Barroso et al., 2021). Atualmente, o hospital tem dois serviços certificados pelo ACSA: o serviço de esterilização e o centro de referência de DLS.

Desde setembro de 2021, o BOC tem um projeto de melhoria contínua com o *Kaizen Institute* para motivar colaboradores, melhorar a qualidade dos produtos e serviços e orientar líderes na implementação de processos sustentáveis e melhorados. Essas estratégias são implementadas de maneira permanente e constante para permitir uma melhoria contínua. No serviço de BO, dois registos são realizados diariamente, um no turno da manhã e outro no turno da tarde, pelo enfermeiro circulante, na presença do anestesista, do cirurgião principal, do enfermeiro de anestesia e do enfermeiro instrumentista, em cada SO para confirmar o plano cirúrgico programado diariamente.

O BOC utiliza o Sclínico, um sistema de informação e documentação de enfermagem que permite o acompanhamento do cliente durante todas as fases do perioperatório (pré, intra e pós-operatório). Isso possibilita o registo em tempo real de todas as intervenções de enfermagem e garante a continuidade dos registos quando o cliente é transferido para os serviços de internamento.

Análise dos casos clínicos na plataforma e4nursing

A e4Nursing é uma plataforma digital, disponível em português e inglês, orientada para o processo de conceção de cuidados de enfermagem, com uma arquitetura assente nas principais etapas chave do processo de tomada de decisão clínica e com uma estrutura de conteúdos alinhada com a Ontologia de Enfermagem, aprovada pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Esta inovadora solução tecnológica, desenvolvida através da parceria entre a ESEP e a VirtualCare, baseia-se nos princípios da aprendizagem orientada para a resolução de problemas. Ela promove a interação ativa entre professores e alunos, focando o ensino no planeamento dos cuidados de enfermagem. Isso inclui o aprimoramento das habilidades de decisão clínica e a habilidade de articular e organizar sistematicamente os cuidados de enfermagem. Esta plataforma surgiu da investigação produzida no âmbito do CIDESI – Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem – da ESEP, e por ser um dos 14 centros mundiais acreditados pelo ICN (International Council of Nurses) (ESEP, 2023 dezembro 10).

Durante o estágio clínico, uma etapa crucial é a conceção de cuidados para casos clínicos em contexto perioperatório, visando o desenvolvimento de competências na produção e aplicação de conhecimento científico avançado. A tomada de decisão é autónoma e reflexiva, baseando-se na melhor evidência disponível. Todas as etapas de cada caso clínico ficam documentadas na Plataforma e4nursing. Os casos clínicos foram sobre Colecistectomia Laparoscópica e Bypass Gástrico Laparoscópico.

3. CASO 1 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Cliente de sexo masculino, de 85 anos está programado para uma Colecistectomia Laparoscópica, procurou o serviço de urgência (SU) há três dias devido a uma dor abdominal no lado direito, que foi aliviada com medicação. No entanto, ele retornou ao SU na madrugada de hoje com sintomas de febre (temperatura de 38,5º), leucocitose e dor intensa no quadrante superior direito do abdômen. Apresenta como antecedentes patológicos de diabetes mellitus (DM) tipo 2, doença renal crônica, hipertensão arterial controlada, obesidade, neuropatia diabética e insuficiência cardíaca.

3.1. Enquadramento teórico

COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Este estudo de caso tem como objetivo elaborar os cuidados de enfermagem perioperatórios, fundamentados em evidências, para o cliente submetido à colecistectomia laparoscópica. Inicialmente, apresenta-se uma visão geral da fisiopatologia, epidemiologia, etiologia e sintomas clínicos da colecistite aguda. Posteriormente, discute-se as indicações e contraindicações para a intervenção cirúrgica no tratamento da colecistite aguda, a técnica cirúrgica utilizada, bem como as possíveis complicações pós-operatórias.

FISIOPATOLOGIA

A colecistectomia é o procedimento de eleição para tratar a colecistite aguda (CA), uma condição que está associada à presença de cálculos biliares em mais de 90% dos casos (Maya et al., 2009). Esta condição surge quando um cálculo obstrói o ducto cístico. No entanto, em cerca de 5% dos casos, a CA pode ocorrer mesmo na ausência de cálculos. Nestas situações, a condição tende a progredir mais rapidamente e, muitas vezes, resulta em gangrena ou perfuração (Maya et al., 2009). A colecistite consiste numa inflamação da vesícula biliar e pode ser aguda ou crônica. A maioria dos casos, cerca de 80%, são causados pela presença de cálculos formados por colesterol ou bilirrubina, que bloqueiam os canais biliares e desencadeiam os sintomas (Rothrock, 2007; Santos et al., 2016; Bonadiman et al., 2019).

EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA

A colelitíase, também conhecida como litíase vesicular, é uma condição médica que envolve a formação de cálculos na vesícula biliar e nas vias biliares. Esta é a patologia cirúrgica mais frequente encontrada em clientes idosos e é a doença mais prevalente das vias biliares. Atinge aproximadamente 10-15% da população ao longo da vida, sendo mais comum em mulheres jovens, que não têm outras doenças associadas (Rêgo et al., 2003; Santos et al. 2008; Bonadiman et al., 2019; Almeida et al., 2021; Lopes et al., 2021).

A prevalência da doença varia de 11 a 36% na população e aumenta com a idade. A doença resulta da dificuldade em manter certos componentes da bile dissolvidos, principalmente colesterol e sais de cálcio, associada a situações de estagnação da bile na vesícula biliar. Esta doença é considerada de origem multifatorial, e as suas causas podem ser uma combinação de fatores ambientais e genéticos (Rêgo et al., 2003; Rothrock, 2007; Pisano et al., 2017; Yokoe et al., 2018; Bonadiman et al., 2019; Frazão et al., 2023).

Existem vários fatores que podem contribuir para a formação de cálculos, incluindo obesidade, DM, uso de estrogénio, gravidez, doença hemolítica e cirrose. É interessante notar que as mulheres são quatro vezes mais propensas a desenvolver cálculos do que os homens, durante a idade reprodutiva. No entanto, essa disparidade tende a diminuir à medida que as pessoas envelhecem (Rothrock, 2007; Maya et al., 2009; Bonadiman et al., 2019; Lopes et al., 2021).

QUADRO CLÍNICO

A CA não possui um teste laboratorial específico para o seu diagnóstico. No entanto, é comum observar um aumento moderado dos leucócitos e da Proteína C-Reativa (PCR). O diagnóstico é geralmente baseado em sinais locais de inflamação, como a dor ou sensibilidade no quadrante superior direito do abdómen (sinal de Murphy), sinais sistêmicos de inflamação, como febre e aumento da PCR ou leucocitose, e achados imagiológicos. Os achados imagiológicos característicos da CA incluem uma vesícula biliar distendida, parede espessada, presença de cálculos, líquido ao redor da vesícula biliar e o sinal de Murphy ecográfico. A ecografia é uma ferramenta eficaz para o diagnóstico de CA, com uma sensibilidade de 81% e especificidade de 83%, sendo ainda mais eficaz para o diagnóstico de colelitíase (Yokoe et al., 2018; Bonadiman et al., 2019; Troncoso & Nunes, 2019; Lopes et al., 2021).

As Diretrizes de Tóquio, criadas em 2007, servem como um roteiro para o tratamento desta condição médica. Essas diretrizes passaram por duas revisões, uma em 2013 e a mais recente em 2018. Elas fornecem um conjunto de critérios para o diagnóstico da doença, avaliam a severidade da condição e sugerem abordagens terapêuticas baseadas na gravidade do quadro clínico do cliente (Kimura et al, 2007; Miura et al., 2013; Yokoe et al., 2018). A CA pode ser

classificada em graus. O grau I corresponde a uma inflamação leve, o grau II a inflamação moderada e o grau III a inflamação grave. Esta classificação é crucial para a decisão terapêutica e é baseada na presença ou ausência de diversos parâmetros, como: taxa de mortalidade e morbidade, tempo de internamento, condição do cliente, diagnóstico e gravidade da CA, classificação da ASA (American Association of Anesthesiology), entre outros fatores (Soyer et al, 1998; Kiewiet et al., 2012; Miura et al., 2013; Hwang et al., 2014; Yokoe et al., 2018; Bonadiman et al., 2019; Troncoso & Nunes, 2019; Lopes et al., 2021).

A CA pode variar de condições autolimitadas a episódios dolorosos ou cólicas contínuas, de intensidade variável. Os sintomas incluem náuseas, vômitos, anorexia, icterícia e dor. No exame físico, pode haver dor à palpação no hipocôndrio direito ou epigástrico, que piora com a inspiração durante a palpação, conhecido como sinal de Murphy, já referido anteriormente. Em casos graves, podem ocorrer sinais de peritonite generalizada e sépsis. O tratamento, geralmente envolve a remoção da vesícula biliar, analgesia e antibioterapia. Na maioria dos casos, a presença de cálculos na vesícula biliar é a primeira manifestação clínica em clientes com CA, acompanhada de dor intensa e cólica (Bonadiman et al., 2019; Lopes et al., 2021; Frazão et al., 2023).

INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES CIRÚRGICAS

A colecistectomia é o tratamento preferido para a CA. Atualmente, é recomendada para o tratamento de colecistite aguda ou crônica, colelitíase sintomática, discinesia biliar, colecistite acalculosa, pancreatite causada por cálculos biliares e massas ou pólipos na vesícula biliar. Existem várias contraindicações para a colecistectomia laparoscópica (CL), incluindo gravidez, cirurgia abdominal prévia, intolerância ao aumento da pressão intra-abdominal, obstrução intestinal, coagulopatia, obesidade, cirrose, intolerância à anestesia geral, coledocolitíase e CA. Além disso, se houver suspeita de cancro na vesícula biliar durante a cirurgia, a ressecção não deve continuar até que uma investigação completa seja concluída (Almeida et al., 2021).

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

A colecistectomia é uma cirurgia comum que tem sido realizada há décadas e, ao longo do tempo, a técnica cirúrgica evoluiu de abordagem clássica para laparoscópica. A CL consiste num procedimento cirúrgico que remove a vesícula biliar através de pequenas incisões no abdômen, que podem ser três ou quatro portas de entrada, revolucionando o tratamento da doença biliar benigna. É o tratamento mais usado para doenças biliares, como cálculos na vesícula, com cerca de 75% das indicações cirúrgicas. É um procedimento realizado em todo o mundo, com bons resultados. Nos Estados Unidos, cerca de 700 mil cirurgias de colecistectomias são feitas

por ano, com uma taxa de mortalidade baixa, entre 1 e 7%. No entanto, podem ocorrer complicações (Araújo, 2016; Troncoso & Nunes, 2019; Frazão et al., 2023).

Atualmente, a CL é considerada o “padrão-ouro” para o tratamento da CA, sendo a primeira opção cirúrgica indicada pela cirurgia geral. Hoje, 92% das colecistectomias são realizadas por laparoscopia. Além disso, a CL é um procedimento básico, onde o cirurgião deve estabelecer uma técnica laparoscópica segura, tanto para si como para o cliente. A CL tem várias vantagens, pois é minimamente invasiva e considerada mais segura e eficaz do que a cirurgia convencional em clientes com CA. Esta técnica tem uma menor taxa de complicações, um tempo de internamento mais curto, menor incidência de hérnias incisionais e aderências, retorno precoce às atividades diárias e à vida normal, além dos benefícios estéticos (com cicatrizes menores) para o cliente. No entanto, existem situações em que a CL pode apresentar riscos e, nesses casos, pode haver uma conversão para o procedimento aberto. A CL está associada a uma maior incidência de lesões dos ductos e artérias (Ueda & Hoshi, 2017; Bonadiman et al., 2019; Almeida et al., 2021; Hurtado & Machado, 2022; Frazão et al., 2023).

Para realizar uma CL segura, é fundamental conhecer a anatomia da parede abdominal e a anatomia hepática. Existem variações anatômicas comuns e distorções anatômicas devido a processos patológicos, que exigem atenção especial do cirurgião. As etapas básicas essenciais da CL incluem a retração da vesícula biliar, a obtenção de uma visão crítica do triângulo hepatocístico antes de iniciar a sua dissecação, a laqueação do ducto cístico e da artéria cística, podendo surgir laqueações de ramos e estruturas durante a dissecação da vesícula biliar. Por fim, para garantir a segurança do procedimento, é importante estabelecer um tempo limite para cada uma das etapas: imediatamente após a entrada no abdômen, antes da dissecação do triângulo hepatocístico, quando confrontado com ambiguidade anatômica, anatomia anômala ou em caso de qualquer dúvida ou dificuldade e assim, antes que o ducto cístico e a artéria sejam cortados e divididos após a obtenção da visão crítica de segurança. O conhecimento deste tempo limite é importante para toda a equipa e não apenas ao cirurgião (Hurtado & Machado, 2022).

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

A CL tem índices associados de complicações, necessidade de re-operações e reinternamentos. A existência de cálculos no ducto biliar principal está ligada a uma incidência significativamente maior e mais grave de complicações pós-operatórias. A maioria dos casos é devido a uma interpretação incorreta da anatomia durante a dissecação do triângulo de Calot, por isso é recomendado reconhecer e parar quando a dissecação não é mais segura e implementar uma estratégia alternativa. As complicações pós-operatórias podem incluir rutura da vesícula biliar com vazamento de bile, hemorragia do leito da vesícula biliar e fibrose densa com dissecação

difícil. Complicações semelhantes podem ocorrer após a cirurgia, como náuseas e vômitos no período pós-operatório (NVPO), bem como a extensão da estadia hospitalar e as taxas de readmissão de clientes após a CL. É comum que os clientes após a CL experimentem NVPO e dor pós-operatória, o que afeta diretamente a duração da estadia hospitalar, a taxa de readmissão e a satisfação pós-operatória (Yado-García et al, 2013; Taki-Eldin & Badawy, 2018; Almeida et al., 2021; Vilefort et al., 2021). Existem vários fatores que parecem contribuir para a ocorrência de complicações na CL. Entre os fatores relacionados estão a idade avançada, comorbidades e complicações perioperatórias, que se mostraram com um risco significativo de mortalidade no pós-operatório. A mortalidade neste tipo de cirurgia é baixa, como já mencionado anteriormente, graças à seleção cuidadosa dos clientes para a realização do procedimento. Isso destaca a necessidade de prestar atenção aos fatores de risco, como ASA, idade avançada e complicações (Troncoso & Nunes, 2019).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 86 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-16 08:15:00	Solução Polieletrólítica Simples 1000 ml EV	
2023-10-16 08:15:00	Midazolam 2mg EV	
2023-10-16 09:00:00	Cefazolina 2g EV	
2023-10-16 09:00:00	Propofol 120mg EV	
2023-10-16 09:00:00	Fentanil 0,25 mg EV	
2023-10-16 09:00:00	Rocurónio 60mg EV	
2023-10-16 09:00:00	Sevoflurano 2% em O2 por via inalatória	
2023-10-16 09:00:00	Ondansetron 4mg EV	
2023-10-16 09:00:00	Droperidol 0,625mg EV	
2023-10-16 09:00:00	Sugamadex 200 mg EV	
2023-10-16 09:00:00	Paracetamol 1gr EV	
2023-10-16 11:00:00	Tramal 100mg EV	
2023-10-16 11:00:00	Cetorolac 30mg Ev	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A administração de medicamentos é uma intervenção interdependente, prescrita pelo anestesista e executada pelo enfermeiro, que faz parte das responsabilidades terapêuticas do mesmo. É essencial que o enfermeiro perioperatório esteja ciente dos efeitos dos medicamentos, para garantir a segurança na administração e prevenir reações adversas.

Neste caso clínico, o cliente veio do SU com um acesso venoso obturado. Na admissão, o enfermeiro de anestesia procede à preparação de soroterapia, uma vez que a permeabilidade venosa é crucial para a anestesia e cirurgia. Isso permite a administração segura de anestésicos e o tratamento eficaz de eventuais complicações.

Em relação aos medicamentos administrados:

Midazolam

- Grupo farmacológico: benzodiazepina de curta duração de ação.
- Indicações: sedativo, ansiolítico, amnésico, hipnótico e anticonvulsivo. A duração é de 20-60 minutos após a administração oral. Se for administrado por via endovenosa, são necessárias doses maiores para ser mais eficaz.
- Contraindicações e precauções: reduzir as doses no idoso.
- Efeitos secundários: hipotensão, depressão respiratória e apneia (Moreira et al. 2020; Infarmed, 2023).

Cefazolina

- Grupo farmacológico: cefalosporina de 1.ª geração.
- Indicações: profilaxia da infecção cirúrgica de primeira linha para cirurgia limpa ou cirurgia limpa-contaminada. A sua administração deve ser efetuada nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, de modo a assegurar níveis tecidulares adequados aquando da incisão cirúrgica, devendo estar completa antes da incisão cirúrgica (DGS, 2013a).
- Contraindicações e precauções: sensibilidade à penicilina, insuficiência renal.
- Efeitos secundários: náuseas, vômitos, exantema, febre, trombocitopenia, neutropenia, leucopenia, eosinofilia, aumento de tempo de protrombina (Moreira et al. 2020; Infarmed, 2023).

Sevoflurano

- Grupo farmacológico: agente anestésico inalatório. Possui um aroma agradável e é uma excelente escolha para a indução inalatória, sem produzir efeitos no sistema simpático.
- Indicações: indução e manutenção da anestesia geral em adultos e crianças. Ação broncodilatadora.
- Contraindicações e precauções: em clientes idosos, a concentração alveolar mínima (CAM) é menor. Isso significa que, para o sevoflurano atingir a CAM, a concentração média necessária será de aproximadamente 50%, em comparação com um cliente de 20 anos. O sevoflurano é contraindicado em clientes com hipersensibilidade conhecida ao sevoflurano ou a outros anestésicos halogenados. Também é contraindicado em clientes com histórico de hepatite,

suspeita de hipertermia maligna e aqueles para os quais a anestesia geral é contraindicada.

- Efeitos secundários: bradicardia, hipotensão, náuseas e vômitos (Duarte & Martins, 2014; Barash et al., 2017; Moreira et al. 2020; Infarmed, 2023).

Fentanil

- Grupo farmacológico: analgésico estupefaciente.
- Indicações: suplemento analgésico para a indução e manutenção da anestesia geral. Funciona como um analgésico opioide e pode ser administrado por via endovenosa ou transdérmica.
- Contraindicações e precauções: reduzir doses nos idosos. Depressão respiratória e prurido tardios, se administrado por via epidural/espinhal.
- Efeitos secundários: podem incluir depressão circulatória e ventilatória. Os efeitos mais frequentes são broncospasmo, náuseas e vômitos, bradicardia, taquicardia, hipotensão, hipertensão, apneia, retenção urinária, alterações do movimento, tonturas, perturbação visual, prurido, estado eufórico e rigidez muscular.
- Metabolização: hepática (Moreira et al. 2020; Infarmed, 2023).

Propofol

- Grupo farmacológico: hipnótico indutor.
- Indicações: indução e manutenção de anestesia geral, sedação para procedimentos de diagnósticos e cirúrgicos e sedação de clientes ventilados com mais de 16 anos, em unidade de cuidados intensivos. Tem um início de ação de 30-50 segundos e uma duração de 5-10 minutos.
- Propriedades: antieméticas, antipruriginoso, anticonvulsivante, e efeito broncodilatador.
- Contraindicações e precauções: reduzir doses nos idosos ou na instabilidade hemodinâmica. Não recomendado para cesariana. Alergia ao ovo ou óleo de soja. Cuidados na epilepsia.
- Efeitos secundários: os mais frequentes são a apneia, hipotensão, dor no local da administração, depressão cardiovascular/respiratória moderada, espasmos mioclônicos, hiperlipidemia, hepatomegalia, acidose metabólica, rabdomiólise, urina “verde”. Raramente provoca convulsões (Moreira et al. 2020; Infarmed, 2023).

A profundidade anestésica deve ser monitorizada através do índice bispectral (BIS). O BIS é uma escala numérica que mede a atividade elétrica cerebral. Esta avaliação deriva do eletroencefalograma, que pretende capturar o efeito sedativo e hipnótico dos agentes

anestésicos administrados ao cliente (Lewis et al., 2019). Esta avaliação é obtida através da superfície do couro cabeludo e região frontal aplicando um eletrodo específico para o efeito. O BIS traduz os dados num valor, que varia no intervalo entre 0 e 100, onde 0 representa 'nenhuma atividade elétrica detetável' e 100 representa o 'estado acordado' (Lewis et al., 2019). A utilização desta monitorização permite reduzir o risco de *awareness* durante a anestesia geral, melhorar tempos de recuperação pós-anestésica e reduzir a incidência de delírio pós-operatório e a disfunção cognitiva pós-operatória (Klein et al., 2021). Assim, este tipo de monitorização possibilita uma ajuda precisa no trabalho de anestesia, visto que é possível um melhor ajuste das doses de medicamentos anestésicos e, ainda, reduzir a incidência de efeitos adversos resultantes de doses inadequadas ou excessivas de anestésicos (Klein et al., 2021).

Rocurónio

- Grupo farmacológico: relaxante muscular não despolarizante do grupo aminoesteróide de rápido início de ação.
- Indicações: indicado para a indução de sequência rápida, sendo uma alternativa à succinilcolina. Ele atua bloqueando os recetores nicotínicos da acetilcolina na junção neuromuscular, o que impede a contração muscular. Com um início de ação rápido (10-40 minutos) e uma duração de ação intermediária, o rocurónio é frequentemente usado em conjunto com outros medicamentos anestésicos durante as cirurgias.
- Contraindicações e precauções: bloqueio neuromuscular potencial por aminoglicosídeos; diuréticos de ansa, magnésio, lítio, hipotermia, hipocaliemia, acidose, uso prévio de succinilcolina, anestésicos voláteis.
- Efeitos secundários: podem incluir uma ligeira taquicardia. Além disso, o seu efeito é aumentado na miastenia gravis. O efeito do medicamento pode ser antagonizado por anticolinesterases, como a neostigmina, ou por um inibidor seletivo, como o sugamadex. É importante a monitorização periférica do relaxamento muscular durante o uso deste medicamento (Moreira et al. 2020; Infarmed, 2023).

A transmissão neuromuscular (TNM) é designada pela passagem de um impulso entre um nervo e um músculo na junção neuromuscular. A TNM é bloqueada por agentes bloqueadores neuromusculares, estes medicamentos permitem a paralisia temporária de todos os movimentos musculares esqueléticos voluntários e reflexos durante a cirurgia, para além de que garantem condições cirúrgicas ideais, facilitam a entubação traqueal enquanto diminuem o potencial de trauma das cordas vocais, e facilitam o controle total da função respiratória do cliente (Raval et al., 2020; The APSF Committee on Technology, 2022). Assim, os relaxantes

musculares são fundamentais, pois evitam a necessidade de recorrer ao aumento da profundidade anestésica. Atualmente, o rocurônio é usualmente o medicamento eleito, pelo seu tempo de início de ação rápido e por estar praticamente desprovido de efeitos secundários (Machado, 2013). No entanto, os agentes bloqueadores neuromusculares têm uma elevada variabilidade farmacocinética e farmacodinâmica (The APSF Committee on Technology, 2022). Desta forma, recomenda-se que sempre que um agente bloqueador neuromuscular for administrado, um monitor de bloqueio neuromuscular deve ser aplicado e usado. Idealmente, a TNM é monitorizada com um neuro estimulador, comumente chamado de Train Of Four (TOF), que é aplicado na região do nervo ulnar (Klein et al., 2021). Assim, são colocados dois elétrodos sobre o nervo ulnar, o primeiro próximo ao punho e o segundo com uma distância entre 3 a 6 cm, e a resposta à estimulação do nervo é medida usando um pequeno transdutor de aceleração piezelétrico colocado no adaptador de mão (Nitahara et al., 2008).

Droperidol

- Grupo farmacológico: antiemético potente e antipsicótico.
- Indicações: usado na anestesia neuroléptica. O droperidol atua bloqueando os recetores de dopamina no cérebro. Sendo administrado por via intravenosa, tem um início de ação rápido. É frequentemente usado em conjunto com outros medicamentos anestésicos durante as cirurgias. Prevenção e tratamento de NVPO.
- Contraindicações e precauções: bloqueador α -adrenérgico, antecedentes ou suspeita de intervalo QT, hipocaliémia ou hipomagnesemia, bradicardia, estados comatosos, doença de Parkinson e depressão grave.
- Efeitos secundários: os mais frequentes são sonolência, sedação, vasodilatação. Os efeitos menos frequentes são hipotensão, arritmias cardíacas, reações distónicas, incidentes de ansiedade ou agitação.
- Metabolização: hepática.
- Eliminação: renal (75%) e fezes (Moreira et al. 2020; Infarmed, 2023).

Ondansetron

- Grupo farmacológico: antiemético e antivertiginoso. A sua ação consiste no bloqueamento dos recetores de serotonina 5-HT₃ no cérebro e no sistema gastrointestinal.
- Indicações: prevenção e tratamento de NVPO. É administrado por via endovenosa e tem um início de ação rápido. É frequentemente usado em conjunto com outros medicamentos

anestésicos durante cirurgias.

- Contraindicações e precauções: uso concomitante com a apomorfina, doentes com síndrome congénito e grávidas.
- Efeitos secundários: muito frequentes cefaleias, sensação de calor ou rubor, obstipação e reação no local de administração endovenosa. Os efeitos menos frequentes convulsões, distúrbios do movimento, arritmias, dor torácica, bradicardia, hipotensão e soluços.
- Metabolização: hepática (95%) e urinária (5%) (Moreira et al. 2020; Infarmed, 2023).

Sugamadex

- Grupo farmacológico: é o primeiro agente de ligação relaxante seletivo.
- Indicações: reversão rápida de qualquer grau de bloqueio neuromuscular induzido pelo rocurónio ou pelo vecurónio, em anestesia geral. Atua formando um complexo estável com agentes bloqueadores neuromusculares esteroidais (como rocurónio e vecurónio), deslocando-os dos recetores da junção neuromuscular e produzindo a cessação da ação do bloqueio neuromuscular. O mecanismo de ação do sugamadex difere daquele de outros agentes de reversão comumente usados, como neostigmina.
- Contraindicações e precauções: medicamento seletivo de ligação aos relaxantes musculares. Eliminação renal, sem efeito no sistema nervoso colinérgico. Não recomendado em clientes com compromisso renal grave, e com hipersensibilidade a sugamadex ou seus excipientes.
- Efeitos secundários: diminuição dos níveis progestagénicos em mulheres a tomar contraceptivos hormonais. Disgeusia (sabor a metal ou amargo) em 10% de doses elevadas e bradicardias (Moreira et al. 2020; Infarmed, 2023).

Paracetamol

- Grupo farmacológico: analgésico não opióide, anti-inflamatório (pouca atividade) e antipirético.
- Indicações: analgesia na dor ligeira a moderada, pirexia. Atua inibindo a síntese de prostaglandinas no sistema nervoso central e periférico, o que ajuda a reduzir a dor e a febre. O paracetamol endovenoso tem um início de ação rápido, e é frequentemente usado em conjunto com outros medicamentos anestésicos durante cirurgias. Também pode ser eficaz na prevenção de *shivering*, após anestesia geral.
- Contraindicações e precauções: na doença hepática ou em clientes com alergia conhecida.

- Efeitos secundários: lesão hepática na sobredosagem.
- Metabolização: hepática.
- Eliminação: renal (Moreira et al. 2020; Infarmed, 2023).

Tramal

- Grupo farmacológico: analgésico opióide fraco, com um duplo mecanismo de ação (inibidor da recaptação da serotonina e noradrenalina).
- Indicações: eficaz na dor moderada a grave, provoca menos depressão respiratória, obstipação, euforia ou dependência.
- Contraindicações e precauções: só 30 % antagonizado pela naloxona. Uso cuidadoso na epilepsia.
- Efeitos secundários: náuseas, vômitos, tonturas, xerostomia. Aumento de efeitos laterais quando associados a outros opióides (Moreira et al. 2020; Infarmed, 2023).

Cetorolac

- Grupo farmacológico: analgésico anti-inflamatório não esteroide (AINE) e antipirético.
- Indicações: analgesia na dor ligeira a intensa. É frequentemente usado em lesões musculoesqueléticas, como entorses, tendinites, fraturas ósseas, dor nas costas, entre outros. Também pode ser usado para dor visceral e cólica renal.
- Contraindicações e precauções: hipersensibilidade à aspirina, asma, compromisso grave da função renal, ulceração péptica.
- Efeitos secundários: hemorragia gastrointestinal, broncospasmo, zumbidos, retenção de líquidos, inibição plaquetária.
- Metabolização: hepática.
- Eliminação: renal (Moreira et al., 2020; Infarmed, 2023).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

16-10-2023 08:15

16-10-2023 08:15 - Procedimento invasivo

16-10-2023 08:15 - Tipo de procedimento invasivo: Colecistectomia laparoscópica - Admissão.

16-10-2023 11:00 - Tipo de procedimento invasivo: Colecistectomia Laparoscópica - Admissão na UCPA.

16-10-2023 10:45 - Tipo de procedimento invasivo: Colecistectomia Laparoscópica.

16-10-2023 09:00 - Tipo de procedimento invasivo: Colecistectomia Laparoscópica.

16-10-2023 08:15 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

16-10-2023 11:00 - Perda sanguínea

16-10-2023 11:00 - Abdómen: Sem perda sanguínea aparente.

16-10-2023 09:00 - Perda sanguínea

16-10-2023 09:00 - Cavidade abdominal: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

16-10-2023 10:45 - Localização do Pulso

16-10-2023 10:45 - Tórax

16-10-2023 10:45 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

16-10-2023 09:00 - Localização do Pulso

16-10-2023 09:00 - Tórax

16-10-2023 09:00 - Frequência do pulso: 85 pulsações por minuto.

16-10-2023 11:00 - Localização do Pulso

16-10-2023 11:00 - Tórax

16-10-2023 11:00 - Frequência do pulso: 77 pulsações por minuto.

16-10-2023 08:15 - Localização do Pulso

16-10-2023 08:15 - Tórax

16-10-2023 08:15 - Frequência do pulso: 90 pulsações por minuto.

16-10-2023 08:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

16-10-2023 08:15 - Membro superior Esquerda(o)

16-10-2023 08:15 - Pressão sanguínea sistólica: 110 mmHg.

16-10-2023 08:15 - Pressão sanguínea diastólica: 70 mmHg.

16-10-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

16-10-2023 09:00 - Membro superior Esquerda(o)

16-10-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 105 mmHg.

16-10-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 65 mmHg.

16-10-2023 11:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

16-10-2023 11:00 - Membro superior Esquerda(o)

16-10-2023 11:00 - Pressão sanguínea sistólica: 125 mmHg.

16-10-2023 11:00 - Pressão sanguínea diastólica: 77 mmHg.

16-10-2023 10:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 16-10-2023 10:45 - Membro superior Esquerda(o)
 16-10-2023 10:45 - Pressão sanguínea sistólica: 120 mmHg.
 16-10-2023 10:45 - Pressão sanguínea diastólica: 70 mmHg.
 16-10-2023 10:45 - Temperatura corporal periférica
 16-10-2023 10:45 - Região temporal: 36.05 °C.
 16-10-2023 09:00 - Temperatura corporal periférica
 16-10-2023 09:00 - Região temporal: 35.90 °C.
 16-10-2023 08:15 - Temperatura corporal periférica
 16-10-2023 08:15 - Região temporal: 35.90 °C.
 16-10-2023 11:00 - Temperatura corporal periférica
 16-10-2023 11:00 - Região temporal: 36.05 °C.
 16-10-2023 08:15 - O cliente não apresenta meias elásticas
 16-10-2023 08:15 - O cliente verbaliza ter cumprido o banho e jejum pré-cirúrgico
 16-10-2023 08:15 - O cliente verbaliza que tem frio
 16-10-2023 08:15 - O cliente removeu próteses e adornos
 16-10-2023 08:15 - O cliente verbaliza que não tem alergias, verbaliza antecedentes clínicos de diabetes mellitus tipo 2, doença renal crônica, hipertensão arterial controlada, obesidade, neuropatia diabética e insuficiência cardíaca
 16-10-2023 08:15 - O cliente confirma o seu nome e data de nascimento
16-10-2023 11:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo
 16-10-2023 11:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia
 16-10-2023 11:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

16-10-2023 09:00

16-10-2023 09:00 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 09:00 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por pressão.
 16-10-2023 09:00 - Ventilação invasiva - FiO2: 40 %.
 16-10-2023 09:00 - Ventilação invasiva - volume corrente: 360 ml.
 16-10-2023 09:00 - Ventilação invasiva - volume/minuto: 4 L/min.
 16-10-2023 09:00 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 12 cr/min.

16-10-2023 09:00 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]

16-10-2023 10:45

16-10-2023 09:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [FIM] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 09:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [FIM] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 09:00 - Anestesia Geral [RESOLVIDO] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 09:00 - Manter proteção ocular [FIM] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 09:00 - Colocar meias elásticas compressivas [FIM] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 09:00 - Posicionar para o procedimento cirúrgico [FIM] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do posicionamento cirúrgico [FIM] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 10:45

16-10-2023 10:45 - Oxigenoterapia

16-10-2023 10:45 - Débito de oxigênio: 3.00 L/min.

16-10-2023 11:00 - Débito de oxigênio: 3.00 L/min.

16-10-2023 10:45 - Assegurar oxigenoterapia

16-10-2023 10:45 - *Manter oxigenoterapia*

16-10-2023 11:00 - *Mantém oxigenoterapia (SOS)*

Sondas, Drenos e Cateteres

16-10-2023 08:15

16-10-2023 08:15 - Cateter venoso periférico

16-10-2023 08:15 - Localização do cateter venoso periférico

16-10-2023 08:15 - Mão Direita(o)

16-10-2023 08:15 - Características do dispositivo: CH18.

16-10-2023 08:15 - Assegurar funcionamento do cateter

16-10-2023 08:15 - *Otimizar cateter venoso periférico*

16-10-2023 08:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

16-10-2023 08:15 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico*

16-10-2023 08:15 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

16-10-2023 08:15 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico*

16-10-2023 09:00

16-10-2023 09:00 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 09:00 - Presença de cuff

16-10-2023 09:00 - Traqueia: Com cuff.

16-10-2023 09:00 - Pressão do cuff: 25 cmH2O.

16-10-2023 09:00 - Características do dispositivo: Tubo 7,5mm.

16-10-2023 09:00 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

16-10-2023 10:45

16-10-2023 09:00 - *Otimizar tubo endotraqueal [FIM] 16-10-2023 10:45*

16-10-2023 09:00 - *Avaliar evolução do nível de inserção [FIM] 16-10-2023 10:45*

16-10-2023 09:00 - Cateter urinário [RESOLVIDO] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 09:00 - Transparência da urina: Límpida.

16-10-2023 09:00 - Características do dispositivo: foley de latex CH16.

16-10-2023 09:00 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário [FIM] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 10:45 - Remover cateter urinário (fim da cirurgia)

16-10-2023 09:00 - *Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário [FIM]*

16-10-2023 10:45

16-10-2023 09:00 - *Otimizar cateter urinário [FIM] 16-10-2023 10:45*

16-10-2023 09:00 - *Monitorizar débito urinário [FIM] 16-10-2023 10:45*

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

Neste caso clínico, foram realizadas quatro sessões: uma na admissão, duas no intraoperatório e outra no pós-operatório. O cliente chegou do SU com um acesso venoso obturado. Na admissão do cliente, o enfermeiro de anestesia prepara a soroterapia, pois a permeabilidade venosa consiste num pré-requisito cirúrgico e anestésico essencial para iniciar administração da medicação anestésica e para lidar com potenciais complicações anestésicas ou cirúrgicas.

Procedimento invasivo

Durante a admissão ao BO (Bloco Operatório) para ser submetido a uma colecistectomia laparoscópica, o enfermeiro deve apresentar-se e realizar verificações pré-operatórias essenciais. Confirmamos os antecedentes clínicos, a identificação do cliente, o jejum (6h para sólidos e 2h de líquidos), a ausência de próteses e adornos, se faz medicação habitual, as alergias conhecidas e a preparação pré-operatória. Esta *checklist* pré-operatória, realizada na admissão, é uma ferramenta valiosa, que nos permite planear os cuidados de forma mais segura. A segurança do nosso cliente e da nossa equipa perioperatória é a nossa prioridade máxima (DGS, 2011; Steelman & Graling, 2013; DGS, 2015; Koch et al., 2018; Brandão et al., 2021; Nunes et al., 2023). Estas verificações promovem a segurança do cliente (Lemos et al., 2017; DGS et al., 2022a). A admissão do cliente é um momento crucial na interação entre o enfermeiro perioperatório e o mesmo. Uma receção calorosa e acolhedora no bloco operatório pode ajudar a aliviar a ansiedade, medos e incertezas. É importante que o enfermeiro explique o percurso e ambiente do bloco operatório, empregando conhecimento especializado, precisão científica e uma linguagem adequada. Dado a sua proximidade com o cliente, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na promoção deste conhecimento (Cabral, 2004; Gonçalves et al., 2017; Maya, 2022).

No caso clínico em questão, todas as verificações pré-operatórias são realizadas no momento da admissão do cliente no BO, vindo diretamente do SU. O cliente confirma verbalmente que cumpriu todas as recomendações pré-operatórias, eliminando a necessidade de intervenções adicionais de enfermagem nesta área.

A literatura descreve um risco cirúrgico maior em clientes idosos submetidos a cirurgia, especialmente aqueles com patologias que podem aumentar o risco de tromboembolismo venoso. Portanto, é necessário tomar medidas que minimizem esses riscos. Isso inclui o uso de meias elásticas de compressão/dispositivos de compressão pneumática intermitente para prevenir trombozes venosas profundas, além de minimizar os riscos e complicações decorrentes

da anestesia e da cirurgia (Vaz & Paulino, 2012; Amaral & Tavares, 2013; Flámia et al., 2021).

A temperatura corporal deve ser controlada desde a admissão do cliente até a sua respectiva alta da UCPA, pois a normotermia perioperatória é recomendada pela OMS (2018) e é uma das intervenções incluídas na norma da DGS (Direção Geral da Saúde) para prevenir infeções no local cirúrgico (DGS, 2022b).

Posicionamento cirúrgico

O posicionamento do cliente durante uma cirurgia é um elemento essencial para garantir a segurança do mesmo durante este procedimento. Este processo tem como objetivo principal proporcionar uma visibilidade e acesso eficazes ao local da cirurgia, mantendo o alinhamento correto do corpo, de modo a evitar danos às estruturas neurovasculares, vasculares e pele. Além disso, procura garantir uma função respiratória, circulatória e hemodinâmica ideais para o cliente, facilitar a administração de fluidos, medicamentos e agentes anestésicos, e proporcionar o máximo de conforto ao mesmo, promovendo assim o seu bem-estar, dignidade, privacidade e segurança, durante a fase intraoperatória. A uniformização de equipamentos e dispositivos médicos, juntamente com a implementação de práticas padronizadas de posicionamento para minimizar o risco de lesões ao cliente, deve ser uma prioridade na prática clínica diária dos enfermeiros perioperatórios. Portanto, é essencial tomar precauções, tais como: proteger as proeminências ósseas, ajustar a altura da mesa operatória, garantir a permeabilidade das vias aéreas, monitorizar os sinais vitais, utilizar um dispositivo de aquecimento e aplicar dispositivos de compressão/meias elásticas compressivas nas pernas, para prevenir trombozes venosas profundas, caso seja indicado (AORN, 2020; Maya, 2022).

O posicionamento cirúrgico adequado, que garante a visibilidade do local da cirurgia e minimiza a tensão em nervos e músculos, é determinado por vários fatores, incluindo o tipo de procedimento, a localização do local operatório, a preferência do cirurgião e a segurança do cliente (Flauzino et al., 2021). Especificamente nesta cirurgia, existem dois tipos de posicionamento: o francês e o americano. No posicionamento francês, o cliente é colocado em posição de Trendelenburg invertida, com uma ligeira rotação para a esquerda, e as pernas e membros superiores em abdução. São utilizadas ligaduras elásticas e um cinto abdominal, juntamente com proteções para as proeminências ósseas. No posicionamento americano, posicionamento utilizado neste caso clínico, o cliente é colocado em decúbito dorsal com os braços ao longo do corpo e as pernas em adução. Utiliza-se um cinto abdominal e apoios de gel para proteger as proeminências ósseas. A equipa cirúrgica fica do lado esquerdo do cliente, enquanto a instrumentista e a respetiva torre de endoscopia ficam do lado direito (Hayden & Cowman, 2011; Bajwa & Kulshrestha, 2016). Portanto, o envolvimento de toda a equipa cirúrgica, particularmente do enfermeiro perioperatório, é essencial no desenvolvimento e

aplicação de estratégias preventivas de lesões causadas pelo posicionamento cirúrgico, garantindo assim a segurança e o conforto do cliente (AORN, 2020; Buso et al., 2021; Maya, 2022).

Anestesia Geral

A anestesia geral provoca a perda reversível da consciência, da sensibilidade, do movimento e dos reflexos involuntários, através da administração de medicamentos específicos. Os elementos da anestesia geral são: sonolência, alívio da dor, relaxamento dos músculos e bloqueio do sistema nervoso autónomo. Neste caso específico, foi utilizada a anestesia geral balanceada, consistindo na combinação de anestésicos venosos e inalatórios (Nunes et al., 2012; Duarte & Martins, 2014; Lemos et al., 2017). Na cirurgia laparoscópica, a anestesia geral é a técnica anestésica de eleição, pois elimina o desconforto causado pelo pneumoperitонеu e pelas mudanças do posicionamento cirúrgico (Oliveira, 2005; Machado, 2013; Lemos et al. 2017).

Antibióticos profiláticos não são rotineiramente utilizados, exceto em clientes com potencial de infeção, como clientes com complicações como CA, sintomas de longa duração ou idade avançada. Para prevenir o risco de tromboembolismo, devem ser utilizadas meias de compressão elásticas, como referido anteriormente (Oliveira, 2005; Borzellino et al., 2008).

O enfermeiro de anestesia deve conhecer a técnica anestésica, os agentes anestésicos e os métodos de monitorização. Durante a cirurgia, o enfermeiro deve observar intensivamente e agir prontamente para detetar, tratar e prevenir complicações, atuando em situações urgentes/emergentes (Bajwa & Kulshrestha, 2016; Silva, 2016; Schumpelick et al., 2019).

Durante a anestesia geral, a monitorização do nível de consciência e do relaxamento muscular do cliente é crucial para prevenir complicações. Como já mencionado, o BIS consiste numa ferramenta eficaz para avaliar a profundidade anestésica, pois mede a atividade elétrica cerebral. O uso do BIS auxilia na administração da dosagem adequada dos anestésicos, minimiza os efeitos adversos e facilita o despertar do cliente.

ATITUDES TERAPÊUTICAS

Neste domínio, o enfermeiro perioperatório desempenha uma intervenção interdependente que é essencial para a correta implementação destes procedimentos.

Ventilação invasiva

O acesso às vias aéreas para a ventilação invasiva (VI) pode ser obtido por entubação

nasotraqueal, intubação orotraqueal, cricotireotomia ou traqueostomia (Cunha, 2013). A VI, que utiliza pressão positiva para fornecer oxigênio através de um tubo endotraqueal, desempenha um papel crucial em procedimentos cirúrgicos que envolvem anestesia geral. Neste caso clínico, o cliente necessitou de VI. Esta técnica anestésica aumenta a oxigenação, melhora a troca de gases e ajuda a prevenir lesões pulmonares (Ueda & Hoshi, 2017). Durante a cirurgia, é essencial como enfermeira monitorizar continuamente o padrão de ventilação e os sinais vitais, para garantir a segurança do cliente (Machado, 2013). Além disso, a otimização da VI durante o procedimento cirúrgico pode contribuir para a redução de complicações pulmonares pós-operatórias, promovendo assim uma recuperação mais eficaz para o cliente (Ball et al., 2015).

Na presença de clientes com VI, como enfermeiros devemos implementar cuidados específicos. Estes incluem a prevenção de infeções, a mitigação do risco de extubação e a prevenção de broncoaspiração. Além disso, é crucial a aspiração de secreções, a fixação e o controle da pressão do balão do tubo oro/endotraqueal. O transporte e a transferência segura do cliente entre a cama e a mesa operatória também são aspetos importantes a considerar (Cordeiro et al., 2017; Jesus et al., 2021). Portanto, é crucial a vigilância constante do cliente durante as fases intra e pós-operatórias, pois permite a deteção precoce de sinais e sintomas, evitando assim complicações futuras.

SONDAS, DRENOS E CATETERES

Cateter venoso periférico

No nosso caso clínico, o cliente já vinha puncionado com um acesso venoso de grande calibre (CH18) do SU, que deve permanecer permeável durante toda a cirurgia. A administração de medicamentos endovenosos é uma necessidade comum em contextos de saúde, e o uso de um cateter venoso periférico (CVP) facilita esse processo, proporcionando uma recuperação mais rápida e confortável para o cliente. Antes de qualquer procedimento cirúrgico, a inserção de um CVP é essencial devido às possíveis implicações fisiológicas e hemodinâmicas que podem ocorrer durante a cirurgia. No entanto, é importante notar que a presença de um CVP pode levar a complicações que podem prolongar a estadia hospitalar do cliente. Portanto, é crucial que os enfermeiros perioperatórios estejam sempre atentos e adotem boas práticas no manuseamento do CVP (Catarino et al., 2022).

Tubo endotraqueal

O cliente submetido a uma anestesia geral necessita de um tubo endotraqueal (TET), de forma a manter a via aérea permeável ao longo de toda a intervenção cirúrgica e possibilite a VI (Hayden & Cowman, 2011; Cordeiro et al., 2017). Na anestesia geral torna-se fundamental

escolher o tamanho adequado do TET e monitorizar a pressão do cuff para evitar lesões, dependendo do procedimento invasivo e respetivo tempo de cirurgia. Evitar múltiplas tentativas de entubação e realizar a aspiração de secreções com cuidado também são intervenções relevantes. Estes cuidados ajudam a prevenir complicações e garantir a segurança do cliente (Cordeiro et al, 2017).

Cateter urinário

A prevenção de infeções urinárias associadas a cateteres vesicais é de extrema importância. O uso de cateteres torna-se necessário em cirurgias de longa duração, em clientes que necessitam de grandes volumes de perfusões e diuréticos, e quando é necessário monitorizar o débito urinário e prevenir lesões da bexiga durante a realização do procedimento cirúrgico. A algaliação é realizada pelo enfermeiro circulante no intraoperatório, antes da desinfeção pré-cirúrgica, seguindo uma técnica asséptica, sendo essencial a higienização do meato urinário e a fixação adequada do cateter para prevenir traumas (DGS, 2022c; Maya, 2022).

Durante a cirurgia, um cateter urinário é colocado para proteger a bexiga, mantendo-a vazia e melhorando a visibilidade do cirurgião. Após o procedimento, o cateter é removido e, na UCPA, é confirmado se o cliente consegue urinar espontaneamente.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
16-10-2023 08:15	Atitudes terapêuticas	
16-10-2023 08:15	Termorregulação	
16-10-2023 08:15	Metabolismo	
16-10-2023 08:15	Sondas, Drenos e Cateteres	
16-10-2023 08:15	Emoção	
16-10-2023 09:00	Sistema cardiovascular	
16-10-2023 09:00	Sistema respiratório	
16-10-2023 09:00	Pele e mucosas	
16-10-2023 09:00	Eliminação urinária	
16-10-2023 11:00	Consciência	
16-10-2023 11:00	Digestão	
16-10-2023 11:00	Sensações somáticas	

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

Em relação aos domínios, o objetivo é fornecer um quadro teórico que justifique a seleção. Esta escolha foi feita com base nas evidências existentes, estabelecendo uma ligação com o procedimento cirúrgico ao qual o cliente foi submetido.

No que concerne ao domínio **Atitudes Terapêuticas**, este integra o procedimento invasivo, ventilação invasiva e a oxigenoterapia. Em relação ao **procedimento invasivo**, o cliente veio diretamente do SU para realizar uma CL, devido ao seu diagnóstico de colecistite aguda. Referindo a **ventilação invasiva**, quase todos os procedimentos cirúrgicos laparoscópicos necessitam de ventilação invasiva. O que requer do enfermeiro perioperatório uma observação clínica contínua de clientes em suporte ventilatório é de primordial importância. Esta vigilância permite uma ação preventiva, minimizando complicações anestésicas e cirúrgicas. Além disso, aumenta as probabilidades de evitar complicações associadas à ventilação invasiva (Machado, 2013; Jesus et al., 2021; Maya, 2022). No pós-operatório, a **oxigenoterapia** pode ser uma intervenção necessária para prevenir a hipoxemia em clientes cirúrgicos. Esta medida deve ser implementada se a avaliação respiratória indicar necessidade. No caso clínico em questão, a intervenção foi necessária para manter a saturação periférica de oxigênio e minimizar as complicações da hipoxemia. (Maciel et al., 2017).

O domínio da **Termorregulação** foi selecionado, pois durante a CL, existem vários fatores podem, inadvertidamente, causar hipotermia. Estes incluem o tipo e duração da anestesia, a temperatura ambiente na sala de operações e características individuais do cliente, como idade, índice de massa corporal e condições patológicas pré-existent (NICE, 2008; AESOP, 2017;

Giuliano & Hendricks, 2017; Gonçalves et al., 2019). No período perioperatório, é crucial monitorizar a temperatura corporal e aquecer o cliente para estabelecer intervenções que previnam a hipotermia, mantenham a normotermia e atenuem complicações graves, como a hemorragia (Gonçalves et al., 2019; Souza et al., 2019; Onay et al., 2021).

Existem vários fatores que contribuem para a hipotermia intraoperatória nos clientes, tais como: o posicionamento cirúrgico, a temperatura da sala de operações, a perfusão de soluções frias em cavidades ou por via endovenosa, a exposição de cavidades, a duração da cirurgia, o tipo de cirurgia e a ventilação com gases não aquecidos (Nascimento et al., 2015; Onay et al., 2021, Souza et al., 2023).

Portanto, é crucial prevenir e tratar a hipotermia para reduzir complicações e melhorar a experiência cirúrgica do cliente (ASPAN, 2010). A necessidade de oxigénio no pós-operatório pode ser aumentada pela existência de hipotermia, levando a um aumento na ventilação e no débito cardíaco. Este cenário pode ter um impacto negativo na cicatrização e na recuperação da anestesia (Onay et al., 2021; Souza et al., 2023). Neste caso específico, realizou-se uma avaliação da temperatura no pré-operatório, uma durante o procedimento invasivo, outra no fim da cirurgia e uma na UCPA (DGS, 2022b).

A escolha do domínio **Metabolismo** é justificada pelo fato de que a manutenção da normoglicemia (≤ 180 mg/dl) é um aspeto essencial no cuidado ao cliente durante a fase perioperatória. Portanto, a monitorização regular no perioperatório é crucial, seguindo os procedimentos do hospital e da DGS, para gerir este domínio. Neste caso específico, realizou-se uma avaliação da glicemia capilar no pré-operatório, uma durante o procedimento invasivo, outra no fim do procedimento invasivo e uma quarta na UCPA (DGS, 2022b).

O domínio de **Sondas, Drenos e Cateteres**, inclui o cateter venoso periférico, o tubo endotraqueal e o cateter urinário. Em contexto hospitalar, a necessidade do **cateter venoso periférico** é fundamental, pois qualquer procedimento anestésico-cirúrgico, pode implicar alterações fisiológicas e hemodinâmicas durante toda a cirurgia, o que requiere que os enfermeiros perioperatório adotem boas práticas no seu manuseamento (Catarino et al., 2022).

Relativamente ao **tubo endotraqueal**, o seu uso relaciona-se com a utilização de VI, proporcionando uma via aérea permeável ao longo de toda a cirurgia ((Hayden & Cowman, 2011; Cordeiro et al., 2017). Em relação ao **cateter urinário**, a sua utilização durante a cirurgia visa monitorizar o débito urinário bem como prevenir lesões vesicais (Maya, 2022).

O domínio **Emoção**, foi selecionado levando em consideração que o cliente se encontrava desde a madrugada no SU, a aguardar pela cirurgia. O cliente estava bastante ansioso e perturbado com a situação. Na fase de admissão/acolhimento, o enfermeiro perioperatório deve estabelecer uma comunicação terapêutica eficaz, transmitindo segurança, empatia, conforto e escuta ativa. Isso é crucial, pois o cliente pode estar a experienciar altos níveis de stress e ansiedade, que

podem ter repercussões negativas. Assim, o enfermeiro minimiza a ansiedade e o medo do cliente, promovendo a humanização dos cuidados e colocando o mesmo no centro da sua prática (Gonçalves et al., 2017; Baleizão, 2018).

Oliveira (2011) e Machado (2016) indicam que a prevalência de ansiedade no pré-operatório varia entre 60-100%. A ansiedade é vista como uma antecipação de uma ameaça futura, um sinal de alerta que sinaliza perigos iminentes e prepara o cliente para enfrentar potenciais ameaças. Dependendo dos níveis de ansiedade presentes, pode desencadear alterações fisiológicas e psicológicas, e contribuir para resultados adversos no perioperatório (Oliveira, 2011; Machado, 2016). Na equipa multidisciplinar, o enfermeiro perioperatório mantém uma relação próxima com o cliente, permitindo responder de forma assertiva às suas necessidades (AESOP, 2012).

Para o domínio do **Sistema Cardiovascular**, a literatura indica que, em clientes idosos submetidos a cirurgias de elevado risco cirúrgico, a prevenção de complicações cardiovasculares, como no caso de hemorragia e de tromboembolismo venoso, é crucial, de forma a minimizar todos os danos fisiológicos e metabólicos que sofrem perante uma cirurgia, dependendo da gravidade e extensão das lesões (Rêgo et al., 2003). Alterações cardiovasculares e fisiológicas decorrentes do pneumoperitонеu são geralmente toleradas em clientes saudáveis, mas podem representar uma ameaça para aqueles com comorbilidades, como é o caso dos idosos. Estes podem apresentar alterações hemodinâmicas, como aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, e alterações na perfusão tecidual (Araujo, 2016). A monitorização e vigilância contínua desses parâmetros vitais são prioridades do enfermeiro perioperatório. Além dessas intervenções, a avaliação das perdas sanguíneas e suas possíveis repercussões negativas para o cliente estão intrinsecamente relacionadas com a prática de enfermagem perioperatória. Essas avaliações devem ser sempre consideradas durante o planeamento dos cuidados ao cliente cirúrgico, como neste caso clínico de CL.

O domínio do **Sistema Respiratório** foi selecionado, pois perante uma anestesia geral, o cliente necessita de ventilação mecânica. Este processo pode ter repercussões negativas significativas no sistema respiratório durante a fase do pneumoperitонеu, especialmente a médio e longo prazo. Portanto, é essencial um cuidado específico centrado nos parâmetros da VI e na monitorização dos sinais vitais. Assim, ao planear os cuidados perioperatórios para o cliente submetido a VI, é crucial considerar esses fatores para prevenir potenciais efeitos adversos. Neste caso clínico, o cliente, ao ser admitido na UCPA, foi identificado o diagnóstico da limpeza da via aérea comprometida, pois apresentava uma ligeira dificuldade respiratória devido às secreções que não conseguia eliminar. No entanto, recuperou-se rapidamente (Ball et al., 2015; Maya, 2022).

O domínio da **Pele e mucosas** foi selecionado devido ao posicionamento específico requerido nesta cirurgia. A utilização de dispositivos de proteção para prevenir lesões de pressão é uma

prática recomendada tanto a nível nacional como internacional, com o objetivo de minimizar os danos à pele que podem ser causados pelos dispositivos de posicionamento (AESOP, 2012; AORN, 2020; Maya, 2022). Ainda durante a fase intraoperatória, os enfermeiros devem tomar medidas para minimizar o risco de lesões associadas à eletrocirurgia, que será uma técnica indispensável durante toda a cirurgia. Entre as medidas preventivas a serem consideradas estão o posicionamento correto do cliente na mesa operatória para evitar queimaduras; a remoção de adornos metálicos; o uso de bisturi monopolar em clientes com próteses; a garantia do funcionamento dos sistemas de alarme; a evitação da colocação do eletrodo dispersivo sobre tatuagens; a colocação correta do eletrodo ativo; evitar o uso de eletrocirurgia na presença de gases anestésicos e agentes inflamáveis; a confirmação da potência da unidade de eletrocirurgia; o posicionamento adequado da placa de eletrocirurgia e a monitorização de clientes com pacemakers (Bisinotto et al., 2016; Costa et al., 2021). Neste mesmo domínio, considera-se também a ferida cirúrgica do cliente, localizada no abdómen. Esta consiste em quatro incisões na pele (ao nível do umbigo, supra-umbilical, flanco direito e flanco esquerdo), envolvendo a pele, o tecido celular subcutâneo e a aponevrose, geralmente fechada com um fio não absorvível. Na UCPA, é crucial vigiar o penso cirúrgico para detetar precocemente sinais de infeção da ferida cirúrgica, que podem levar a complicações pós-operatórias. O enfermeiro tem a responsabilidade de vigiar e identificar rapidamente quaisquer alterações na área cirúrgica, além de fornecer orientações ao cliente sobre como manter a área cirúrgica limpa e protegida (Rothrock, 2007; AESOP, 2012; DGS, 2013a).

O domínio da **Eliminação Urinária** é vital em cirurgias prolongadas, onde a cateterização urinária previne lesões vesicais e a monitorização do débito urinário. Após a remoção do cateter no final da cirurgia, na UCPA, é essencial verificar a capacidade do cliente de urinar espontaneamente para evitar complicações pós-operatórias, como a retenção urinária (Maya, 2022).

A escolha do domínio da **Consciência**, deve-se ao facto que a anestesia geral provoca uma perda reversível da mesma. De acordo com a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2019), a consciência é definida como uma resposta mental que emerge das impressões sensoriais combinadas. Esta resposta mantém a mente num estado de alerta, permitindo uma sensibilidade ao ambiente externo.

Nunes et al. (2012) e Chacon (2022), revelaram nos seus estudos que, durante a anestesia, um cliente pode experimentar diferentes estados de consciência. Isso inclui a memória explícita, onde o cliente recorda eventos, e a memória implícita, onde ocorrem mudanças comportamentais pós-operatórias sem lembranças claras. Além disso, existe o estado de vigília, onde o cliente reage a estímulos sem consciência dessas reações. O sonho é visto como um estado de transição entre a memória explícita e a implícita.

É comum ouvir relatos de clientes expressando o *“medo de não acordar da anestesia”*. O cliente

deste caso mencionou a mesma preocupação, o que nos levou a refletir sobre como o estado de inconsciência pode ser assustador. A incerteza sobre o despertar pode, de fato, levar a pensamentos incomuns. Segundo a literatura (Nunes et al., 2012; Chacon, 2022), a experiência de consciência durante a anestesia é única para cada cliente. Alguns podem experimentar uma variedade de sensações, como percepções auditivas e táteis, sensações de paralisia, dificuldade para se mover e respirar, e sentimentos de desamparo, pânico e ansiedade. Em casos extremos, isso pode resultar em um transtorno de stress pós-traumático, que requer tratamento psiquiátrico (Nunes et al., 2012; Chacon, 2022).

O despertar durante a anestesia é um fenômeno raro e complexo. A dificuldade em colher dados sobre a sua ocorrência torna desafiante a implementação de medidas preventivas eficazes, e a avaliação dos riscos e impactos psicossociais associados (Chacon, 2022). O estudo de Chacon (2022) encontrou evidências que podem minimizar o risco do despertar intraoperatório, através da vigilância e respeito por determinados princípios da prática clínica. A autora refere que o uso de monitores de eletroencefalografia, como o BIS, para medir a atividade cerebral, é uma das práticas mais usadas e recomendadas. Para o enfermeiro perioperatório, este é um dado crucial que deve ser monitorizado e ajustado de acordo com os valores obtidos, de forma a prevenir complicações decorrentes da alteração do nível de consciência (Chacon, 2022).

Ainda no domínio da Consciência, é importante destacar a sua relevância na UCPA. A avaliação da evolução da consciência do cliente após a cirurgia, desde a sua saída da SO até à alta da UCPA, é de extrema importância. Qualquer alteração pode indicar uma depressão no estado de consciência associada à cirurgia ou à anestesia. Portanto, a monitorização constante da consciência do cliente é fundamental para detetar essas complicações (Centro Hospitalar do Baixo Vouga et al., 2016).

No domínio da **Digestão**, as NVPO são complicações frequentes, afetando cerca de 80% dos clientes de alto risco que são submetidos à anestesia geral. Diversos fatores podem potenciar o risco das NVPO, entre eles, a realização de cirurgias como a CL (Gan et al., 2020). Estes sintomas não são apenas desconfortáveis para o cliente, mas também podem levar a complicações mais graves, como hemorragia pós-operatória e agravamento de condições pré-existentes, como hipertensão arterial ou insuficiência renal. Além disso, a presença de NVPO pode resultar em atrasos na alta hospitalar, internamentos imprevistos e readmissões hospitalares, o que pode ter um impacto significativo na eficiência operacional da instituição de saúde (APCA et al., 2012; Benevides et al., 2013). Portanto, é de extrema importância que os enfermeiros perioperatórios, estejam atentos a estes sintomas e implementem medidas preventivas adequadas. A avaliação de risco individualizada para cada cliente e a implementação de estratégias de prevenção e tratamento eficazes para NVPO são fundamentais para garantir a segurança e o bem-estar do cliente e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Hurtado et al., 2021).

No domínio das **Sensações Somáticas** encontra-se o diagnóstico comum que é o da dor pós-operatória, resultante de vários fatores, podendo ser uma experiência desagradável que pode afetar a cicatrização e os sinais vitais. A dor excessiva pode levar a complicações, prolongar a estadia hospitalar e ser uma causa comum de readmissão. Portanto, torna-se crucial desenvolver protocolos para controlar eficazmente a dor aguda pós-operatória, considerando fatores como idade, estado clínico, capacidade cognitiva e tipo de dor. Após a alta, um acompanhamento do cliente é necessário para monitorizar a eficácia do controle da dor (Machado, 2013; Centro Hospitalar do Baixo Vouga et al., 2016; Welte et al., 2016).

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

16-10-2023 11:00

16-10-2023 11:00 - Consciência comprometida

16-10-2023 11:00 - Abertura dos olhos: espontânea.

16-10-2023 11:00 - Resposta verbal: orientada.

16-10-2023 11:00 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

16-10-2023 11:00 - Ausência de vômito em jato.

16-10-2023 11:00 - Determinar evolução da consciência

16-10-2023 11:00 - Avaliar evolução da consciência

16-10-2023 11:00 - Prevenir queda

16-10-2023 11:00 - Elevar grades da cama

Sensações somáticas

16-10-2023 11:00

16-10-2023 11:00 - Manifesta dor.

16-10-2023 11:00 - Dor

16-10-2023 11:00 - Localização da dor

16-10-2023 11:00 - Abdómen

16-10-2023 11:00 - Intensidade da dor - 4.

16-10-2023 11:00 - frequência da dor - contínua.

16-10-2023 11:00 - duração da dor - aguda.

16-10-2023 11:00 - dor de tipo - pontada.

16-10-2023 11:00 - Determinar evolução da dor

16-10-2023 11:00 - Avaliar evolução da dor

16-10-2023 11:00 - Diminuir dor

16-10-2023 11:00 - Gerir analgesia

16-10-2023 11:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

16-10-2023 11:00 - Posicionar para aliviar a dor

Sistema respiratório

16-10-2023 09:00

16-10-2023 09:00 - Ritmo respiratório regular.

16-10-2023 09:00 - Movimento respiratório simétrico.

16-10-2023 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

16-10-2023 09:00 - Periférico(a): 98 %.

16-10-2023 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

16-10-2023 09:00 - Ventilação invasiva

16-10-2023 09:00 - Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 09:00 - Determinar evolução da ventilação

16-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da ventilação

16-10-2023 09:00 - Referenciar ventilação comprometida ao médico

16-10-2023 10:45

16-10-2023 10:45 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.
16-10-2023 10:45 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
16-10-2023 10:45 - Saturação do oxigénio no sangue
16-10-2023 10:45 - Periférico(a): 99 %.
16-10-2023 10:45 - Coloração da mucosa: rosada.
16-10-2023 10:45 - Reflexo da tosse: presente.
16-10-2023 10:45 - Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores.
16-10-2023 10:45 - Sons respiratórios: normais.
16-10-2023 10:45 - Secreções em pequena quantidade.
16-10-2023 10:45 - Secreções fluídas.
16-10-2023 10:45 - Secreções esbranquiçadas.

16-10-2023 11:00

16-10-2023 11:00 - Frequência respiratória: 13 ciclos/min.
16-10-2023 11:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
16-10-2023 11:00 - Saturação do oxigénio no sangue
16-10-2023 11:00 - Periférico(a): 98 %.
16-10-2023 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.
16-10-2023 11:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
16-10-2023 11:00 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico [MELHOROU].
16-10-2023 11:00 - Sons respiratórios: normais.
16-10-2023 11:00 - Secreções em pequena quantidade.
16-10-2023 11:00 - Secreções fluídas [MANTEVE].
16-10-2023 11:00 - Secreções esbranquiçadas.

16-10-2023 11:00 - Limpeza da via aérea comprometida

16-10-2023 11:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

16-10-2023 11:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea

Sistema cardiovascular

16-10-2023 09:00

16-10-2023 09:00 - Hemorragia

16-10-2023 09:00 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

16-10-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

16-10-2023 09:00 - Referenciar hemorragia ao médico

16-10-2023 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

16-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Digestão

16-10-2023 11:00

16-10-2023 11:00 - Sem sensação de enjoo.

16-10-2023 11:00 - Sem vômitos.

Eliminação urinária

16-10-2023 09:00

16-10-2023 09:00 - Quantidade de urina: 150 ml.

16-10-2023 09:00 - Transparência da urina: Límpida.

16-10-2023 10:45

16-10-2023 10:45 - Quantidade de urina: 250 ml.

16-10-2023 10:45 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

16-10-2023 11:00

16-10-2023 11:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

16-10-2023 11:00 - Cliente reconhece vontade de urinar, mas sem sucesso

16-10-2023 11:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária

Pele e mucosas

16-10-2023 09:00

16-10-2023 09:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

16-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

16-10-2023 09:00 - Lesão decorrente da eletrocirurgia [RESOLVIDO] 16-10-2023

10:45

16-10-2023 09:00 - Cliente apresenta pele do músculo anterior da coxa integra

16-10-2023 10:45 - Cliente mantém pele do músculo anterior da coxa integra

16-10-2023 09:00 - Determinar a evolução de lesão decorrente da eletrocirurgia

16-10-2023 09:00 - Verificar ausência de humidade no local de colocação da placa de dispersão [FIM] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 09:00 - Verificar ausência de pelos no local de colocação da placa de dispersão [FIM] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 09:00 - Verificar ausência de objetos metálicos junto ao local de colocação da placa de dispersão [FIM] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 09:00 - Colocar a placa de dispersão o mais próximo possível do local da ferida cirúrgica [FIM] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 11:00

16-10-2023 11:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

16-10-2023 11:00 - Ferida cirúrgica

16-10-2023 11:00 - Localização da ferida cirúrgica

16-10-2023 11:00 - Abdómen Superior

16-10-2023 11:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 2.00 cm.

16-10-2023 11:00 - Largura da lesão tegumentar: 2.00 cm.

16-10-2023 11:00 - Diâmetro da lesão tegumentar: 2.00 cm.

16-10-2023 11:00 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.

16-10-2023 11:00 - Ausência de exsudado.

16-10-2023 11:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

16-10-2023 11:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

16-10-2023 11:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

16-10-2023 11:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

16-10-2023 11:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

16-10-2023 11:00 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 2.

16-10-2023 11:00 - Abdómen Mediana

16-10-2023 11:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 2.00 cm.

16-10-2023 11:00 - Largura da lesão tegumentar: 2.00 cm.

16-10-2023 11:00 - Diâmetro da lesão tegumentar: 2.00 cm.
16-10-2023 11:00 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.
16-10-2023 11:00 - Ausência de exsudado.
16-10-2023 11:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
16-10-2023 11:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
16-10-2023 11:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.
16-10-2023 11:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.
16-10-2023 11:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.
16-10-2023 11:00 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 3.

16-10-2023 11:00 - Abdómen Mediana

16-10-2023 11:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 2.00 cm.
16-10-2023 11:00 - Largura da lesão tegumentar: 2.00 cm.
16-10-2023 11:00 - Diâmetro da lesão tegumentar: 2.00 cm.
16-10-2023 11:00 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.
16-10-2023 11:00 - Ausência de exsudado.
16-10-2023 11:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
16-10-2023 11:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
16-10-2023 11:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.
16-10-2023 11:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.
16-10-2023 11:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.
16-10-2023 11:00 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 3.

16-10-2023 11:00 - Abdómen Mediana

16-10-2023 11:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 2.00 cm.
16-10-2023 11:00 - Largura da lesão tegumentar: 2.00 cm.
16-10-2023 11:00 - Diâmetro da lesão tegumentar: 2.00 cm.
16-10-2023 11:00 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.
16-10-2023 11:00 - Ausência de exsudado.
16-10-2023 11:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
16-10-2023 11:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
16-10-2023 11:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.
16-10-2023 11:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.
16-10-2023 11:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.
16-10-2023 11:00 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 3.

16-10-2023 11:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

16-10-2023 11:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

Metabolismo

16-10-2023 08:15

16-10-2023 08:15 - Glicemia capilar: 180 mg/dl.

16-10-2023 08:15 - Glicemia

16-10-2023 08:15 - Determinar evolução da glicemia

16-10-2023 08:15 - Avaliar evolução da glicemia

16-10-2023 09:00

16-10-2023 09:00 - Glicemia capilar: 154 mg/dl.

16-10-2023 10:45

16-10-2023 10:45 - Glicemia capilar: 170 mg/dl.

16-10-2023 11:00

16-10-2023 11:00 - Glicemia capilar: 176 mg/dl.

Termorregulação

16-10-2023 08:15

16-10-2023 08:15 - Hipotermia [RESOLVIDO] 16-10-2023 10:45

16-10-2023 08:15 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM]

16-10-2023 11:00

16-10-2023 08:15 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 16-10-2023 11:00

16-10-2023 08:15 - Promover termorregulação [FIM] 16-10-2023 11:00

16-10-2023 08:15 - Aplicar manta de aquecimento [FIM] 16-10-2023 11:00

16-10-2023 09:00

16-10-2023 09:00 - Temperatura corporal periférica

16-10-2023 09:00 - Região temporal: 35.90 °C.

16-10-2023 10:45

16-10-2023 10:45 - Determinar evolução da temperatura corporal

16-10-2023 10:45 - Avaliar evolução da temperatura corporal

Emoção

16-10-2023 08:15

16-10-2023 08:15 - Verbaliza ansiedade.

16-10-2023 08:15 - Cliente verbaliza medo de não acordar da anestesia

16-10-2023 08:15 - Ansiedade [RESOLVIDO] 16-10-2023 09:00

16-10-2023 09:00 - Cliente verbaliza menos ansiedade

16-10-2023 08:15 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 16-10-2023 09:00

16-10-2023 08:15 - Avaliar evolução da ansiedade [FIM] 16-10-2023 09:00

16-10-2023 08:15 - Diminuir ansiedade [FIM] 16-10-2023 09:00

16-10-2023 08:15 - Executar técnica de relaxamento [FIM] 16-10-2023 09:00

16-10-2023 08:15 - Executar escuta ativa [FIM] 16-10-2023 09:00

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da glicemia

- Monitorização da glicemia capilar

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Monitorização da temperatura corporal temporal

Executar técnica de relaxamento

- Ensinar técnica de respiração diafragmática

Avaliar evolução da ansiedade

- Promover estratégias facilitadoras da comunicação expressiva de emoções

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

- Verificar permeabilidade do cateter
- Verificar se apresenta dor no local de inserção do cateter
- Verificar existência de sinais inflamatórios

Executar escuta ativa

- Permitir a expressão verbal de sentimentos
- Encorajar a expressão de sentimentos
- Valorizar as emoções
- Manter tom de voz adequado, tendo atenção ao ritmo e volume
- Verificar a compreensão da mensagem
- Identificar os temas predominantes do discurso

Otimizar tubo endotraqueal

- Insuflar cuff
- Manter cuff do tubo endotraqueal insuflado

Posicionar para prevenir úlcera de pressão

- Aplicar dispositivos de proteção para proteger proeminências ósseas

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Observar a integridade cutânea
- Referenciar alteração da integridade cutânea ao médico

Avaliar evolução do nível de inserção

- Vigiar posicionamento do tubo endotraqueal à comissura labial

Colocar meias elásticas compressivas

- Realizar medição de ambos tornozelos
- Escolher um par meias de acordo com a medição
- Aplicar meias elásticas compressivas

Posicionar para o procedimento cirúrgico

- Posição decúbito dorsal com as pernas em adução
- Otimizar o posicionamento cirúrgico
- Aplicar dispositivos de proteção para prevenção de lesões de posicionamento cirúrgico
- Aplicar cinto abdominal

3.8. Síntese relativa ao caso

A CL, apesar de ser um procedimento minimamente invasivo, exige que o enfermeiro

perioperatório elabore um plano de cuidados criterioso, individualizado e holístico para o cliente, desenvolvendo um julgamento clínico especializado. Desde a avaliação inicial (acolhimento) até a fase do pós-operatório, cada etapa do processo de cuidado é de extrema importância. Na avaliação inicial, é importante recolher dados completos sobre a condição atual do cliente, histórico médico, alergias e medicação atual. Essas informações ajudam a identificar potenciais riscos e a planejar cuidados de enfermagem mais adequados e seguros, com base na pesquisa da literatura existente. Após o procedimento invasivo, é importante vigiar no cliente possíveis complicações, como hemorragia, infecção ou efeitos adversos ao procedimento cirúrgico e anestésico. Em cada etapa do processo de cuidado, a tomada de decisão deve ser informada e baseada na evidência científica mais atual, assegurando a continuidade dos cuidados em qualquer fase perioperatória e o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e habilidades práticas para uma conceção de cuidados especializada, de modo a justificar o processo de tomada de decisão.

4. CASO 2 - BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

O cliente, que é obeso mórbido com um índice de massa corporal (IMC) superior a 40 kg/m², está programado para se submeter a uma cirurgia de Bypass Gástrico Laparoscópico (BGL). Tem antecedentes patológicos de obesidade e diabetes mellitus (DM) tipo 2. Na semana anterior à cirurgia, participou de uma consulta pré-operatória onde recebeu todas as orientações necessárias para o procedimento invasivo. Foi-lhe entregue um guia de acolhimento dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) - Obesidade. Durante a consulta, foram explicados os cuidados pré-operatórios necessários e foi programada a profilaxia tromboembólica, com instruções claras sobre como proceder. A cirurgia está agendada para o dia 16/01/2024.

4.1. Enquadramento teórico

BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

Este estudo de caso tem como objetivo elaborar os cuidados de enfermagem perioperatórios, fundamentados em evidências, para o cliente submetido a bypass gástrico laparoscópico. Inicialmente, apresenta-se uma visão geral da fisiopatologia, epidemiologia, e etiologia da obesidade. Posteriormente, discute-se as indicações e contraindicações para a intervenção cirúrgica no tratamento do bypass gástrico, a técnica cirúrgica utilizada, bem como as possíveis complicações pós-operatórias.

FISIOPATOLOGIA

Adolfi e Fisichella (2018) baseados na distribuição de gordura corporal, distinguem dois tipos de obesidade: andróide e gineóide. A obesidade andróide, comum em homens, envolve acúmulo de gordura na parte superior do corpo, principalmente no abdómen. A obesidade gineóide, típica em mulheres, refere-se à gordura concentrada na parte inferior do corpo, como glúteos e coxas. A predisposição genética influencia a acumulação de gordura nessas áreas em resposta à alimentação e sedentarismo (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABSEO], 2016; Grupo Multidisciplinar de Consensos [GMC], 2016; Adolfi e Fisichella, 2018).

A obesidade é causada por um desequilíbrio entre a ingestão e o consumo de calorias, que são

controlados por mecanismos neurais e humorais que afetam o apetite e a saciedade. O tecido adiposo, que armazena energia, também é um órgão endócrino que responde a estímulos hormonais e do sistema nervoso central (SNC) (Pugliese et al., 2022).

EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA

Nos últimos 15 anos, houve um aumento significativo nas intervenções globais de obesidade que quintuplicaram de 140.000 em 2003 para 720.000 em 2018, mas o crescimento desacelerou desde 2011. Entre 2008 e 2018, 6,5 milhões de pessoas foram operadas, com variações entre países (Lazzati, 2023). A obesidade é uma epidemia global complexa e a segunda maior causa de morte evitável, afetando milhões de pessoas e aumentando o risco de doenças crônicas como DM tipo 2, hipertensão, doenças cardiovasculares e certos cânceros. Fatores como sedentarismo, genética, stress e dieta inadequada contribuem para a obesidade, que também pode agravar as complicações da COVID-19. É crucial uma abordagem integrada e multidisciplinar para combater essa epidemia. (ABESO, 2016; GMC, 2016; DGS, 2017; Nunes et al., 2018; Rodrigues et al., 2020; Alves et al., 2022; Eisenberg et al., 2022; OMS, 2022; Santos et al., 2022; Santos et al., 2023). Uma política de gestão eficaz é essencial para lidar com essa evolução, considerando tanto os aspetos epidemiológicos quanto técnicos (Lazzati, 2023). A obesidade é um problema multifatorial, resultante de uma combinação de fatores genéticos, endócrinos, comportamentais, socioeconómicos, psicológicos e ambientais, podendo levar a várias comorbilidades (Baltieri et al., 2015; Pezzin et al., 2020; Rodrigues et al., 2020; Milagres et al., 2023).

INDICAÇÕES CIRÚRGICAS

A obesidade é classificada pela OMS com base no IMC, calculado dividindo o peso (kg) pelo quadrado da altura (em metros). A obesidade grau 3, ou mórbida, é a mais severa. Em Portugal, são elegíveis para cirurgia bariátrica (CB) os indivíduos com obesidade grau 3 ou grau 2 com comorbilidades significativas (ABESO, 2016; GMC, 2016; Nunes et al., 2018). Observa-se uma prevalência elevada de DM tipo 2 em clientes com obesidade, sendo uma comorbilidade comum. Existem estudos que evidenciam uma melhoria significativa no controle da glicose e na redução dos fatores de risco cardiovascular, ambos induzidos pela CB, no tratamento e prevenção da DM tipo 2 (Nunes et al., 2018). Para a CB, são necessários vários exames, incluindo endoscopia digestiva alta, ecografia abdominal, testes de função tireoidiana e suprarrenal, eletrocardiograma, radiografia de tórax, hemograma, bioquímica, estudo da coagulação e exame de urina. Clientes acima de 30 anos ou com histórico de doenças respiratórias ou tabagismo devem fazer testes de função respiratória. Em casos de

superobesidade, o ecocardiograma e a polissonografia são recomendados. O objetivo é avaliar os benefícios e riscos da cirurgia para cada cliente (Ribeiro 2008; Nunes et al., 2018; Fagundes et al., 2022; Milagres et al., 2023; Santos et al., 2023).

O tratamento da obesidade mórbida é complexo e requer uma abordagem pluridisciplinar, envolvendo especialidades como psicologia, nutrição, fisioterapia, pneumologia, cardiologia, endocrinologia, radiologia, gastroenterologia, enfermagem e cirurgia plástica. O foco principal é a reeducação alimentar e comportamental, com a cirurgia servindo para facilitar a obtenção e manutenção dos resultados (Ribeiro, 2008; Morales et al., 2014; DGS, 2015; ABESO, 2016; Nunes et al., 2018; Alves et al., 2022; Eisenberg et al., 2022; Santos et al., 2023).

Em Portugal, a DGS definiu em 2012 os critérios para a CB são elegíveis clientes com obesidade grau III (IMC > 40 kg/m²) ou grau II (IMC entre 35 e 40 kg/m²) com comorbilidades significativas, que não obtiveram sucesso com métodos não cirúrgicos (DGS, 2012; Miklós et al., 2023). Para fazer a cirurgia de bypass gástrico (BG), o cliente deve ter IMC > 40 kg/m² ou IMC 35-40 kg/m² com patologias associadas, não responder a outros tratamentos, conhecer os riscos e benefícios, estar motivado e disposto a seguir as recomendações médicas. Esses critérios garantem que o cliente é adequado para a cirurgia e que a mesma tem maior probabilidade de sucesso cirúrgico (Ribeiro, 2008; Luesma et al., 2022). Não há diretrizes claras sobre qual procedimento bariátrico mais adequado para cada cliente, resultando em variações na utilização desses procedimentos (Howard et al., 2021; Samuels et al., 2022). A CB é permitida para clientes de 16-18 anos com o consentimento do responsável e da equipa, incluindo um pediatra, após a conclusão do crescimento. Para clientes com mais de 65 anos, a equipa deve considerar as comorbilidades, os riscos cirúrgicos, os benefícios do emagrecimento e a expectativa de vida (Ribeiro, 2008; Morales et al., 2014; Rodrigues et al., 2020; Fagundes et al., 2022; Luesma et al., 2022; Milagres et al., 2023; Santos et al., 2023).

CONTRAINDICAÇÕES CIRÚRGICAS

As contraindicações para a CB incluem: pneumopatias graves; gravidez; insuficiência renal; diagnósticos de diabetes tipo 1 (com exceção de obesidade grave); lesão acentuada do miocárdio; cirrose hepática; doenças crónicas não relacionadas à obesidade; síndrome de Prader Wil; abuso frequente de álcool ou estupefacientes; doenças psiquiátricas não controladas; com risco anestésico e cirúrgico elevado, classificado como ASA IV ou que não compreendam os riscos e benefícios da cirurgia; necessidade de mudanças no estilo de vida após a cirurgia e falta de compromisso do cliente nos suplementos nutricionais e respetivo acompanhamento pós-operatório a longo prazo (Morales et al., 2014; Nunes et al., 2018; Rodrigues et al., 2020; Fagundes et al., 2022, as citade in Silvius, 2016; Santos et al., 2023).

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

As cirurgias para tratar a obesidade são classificadas em três grupos: restritivas, que diminuem a capacidade de ingestão de alimentos (ex: banda gástrica, técnica Sleeve); indutoras de má absorção, que alteram a digestão e absorção (ex: Derivação Biliopancreática com Gastrectomia Vertical e Preservação Pilórica ou Duodenal Switch); e mistas, que combinam ambas as abordagens (ex: BGL) (Nunes et al., 2018; Rodrigues et al., 2020; Mahawar et al., 2021; Fagundes et al., 2022; Santos et al., 2023).

A CB é uma opção custo-benefício eficaz para tratar a obesidade grave, resultando em maior perda de peso e remissão de doenças (Fagundes et al., 2022). A avaliação por uma equipa multidisciplinar é crucial para a escolha do procedimento cirúrgico e o acompanhamento pós-operatório. O IMC é o primeiro critério considerado, com clientes com obesidade grau III ou super obesidade (Ribeiro, 2008). Atualmente, existem quatro intervenções cirúrgicas para o tratamento da obesidade em todo o mundo: BGL, sleeve, banda gástrica ajustável e duodenal switch (Carbajo, 2018; Fagundes et al., 2022; Santos et al., 2023).

Segundo a Norma nº 006/2015 DGS, os Centros de Tratamento Cirúrgico de Obesidade (CTCO) em Portugal devem seguir requisitos específicos para garantir a qualidade do atendimento aos clientes com obesidade elegíveis para CB. As técnicas mais comuns são o BGL e o sleeve. O tratamento requer uma equipa pluridisciplinar especializada que acompanha o cliente durante a fase perioperatória (DGS, 2015; Nunes et al., 2018; Eisenberg et al., 2022; Santos et al., 2023).

A técnica laparoscópica, comparada à laparotomia, apresenta menos complicações, dor reduzida, internamentos mais curtos e recuperação mais rápida. A escolha depende das condições do cliente e da experiência do cirurgião.

O BGL consiste em reduzir o estômago e desviar o intestino. O estômago é grampeado e fica fora do trânsito intestinal, sem contato com os alimentos. O novo estômago é ligado a uma parte do intestino (gastrojejunostomia- 1ª anastomose). Os sucos digestivos vêm do estômago excluído, das vias biliares e do pâncreas e misturam-se aos alimentos após a junção das duas partes do intestino (jejunostomia- 2ª anastomose). A absorção dos alimentos começa a partir daí. O espaço de Petersen é fechado com sutura para evitar hérnias internas. O teste com azul de metileno verifica as deiscências nas anastomoses. A mortalidade é de 0,5% (Ribeiro, 2008; Aquafresca et al. 2014; ABESO, 2016; Carbajo, 2018; Fagundes et al., 2022; Santos et al. 2023).

O BGL é uma cirurgia para obesidade que combina dois mecanismos: reduzir o estômago e desviar o intestino. O estômago é dividido em uma bolsa pequena, que limita a ingestão de comida. A bolsa é ligada a uma parte distal do intestino, que evita a passagem dos alimentos pelo duodeno e pelo jejuno, onde se absorve mais nutrientes. O BGL é o procedimento mais realizado e estudado em CB desde 1954, sendo considerado o *gold standard* em CB. Ele promove a perda de peso, baixo índice de mortalidade, alta eficiência relativamente à perda de

peso e melhora as comorbidades, principalmente a DM tipo 2 (Ribeiro, 2008; Morales et al., 2014; Rodrigues et al., 2020; Fagundes, et al. 2022; Santos et al., 2022; Santos et al., 2023).

COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS

De acordo com a Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) e do Grupo Multidisciplinar de Consensos (GMC) (2016), a CB tem um risco elevado de tromboembolismo venoso. Para prevenção, os clientes recebem profilaxia mecânica e farmacológica, que inclui compressão pneumática intermitente/meias compressivas/enfaixamento das pernas durante a cirurgia, mobilização precoce e administração de heparina. A profilaxia é mantida até a alta hospitalar ou por 10-15 dias após a cirurgia, e os clientes são incentivados a se movimentar 4 a 6 horas após a cirurgia (Moreira et al., 2013; ABESO, 2016; GMC, 2016; Munari & Geron, 2019; Flami et al., 2021).

Clientes obesos submetidos a CB enfrentam uma fase perioperatória crítica, marcada com comorbidades frequentes e possíveis complicações agudas pós-operatórias, como pneumonia, atelectasia, hemorragias, hematomas, infecções de feridas cirúrgicas, deiscências de suturas, embolia pulmonar, estenose de anastomose, peritonite, sépsis, obstrução intestinal aguda, náuseas e vômitos. Em relação às complicações tardias, como a estenose da anastomose gastrojejunal, obstrução intestinal por aderências, fistulas, colelitíase, litíase renal, anemia por falta de ferro, deficiência de vitamina B12 ou ácido fólico, deficiência de cálcio e/ou vitamina D com aparecimento de osteoporose, síndrome de Dumping, úlceras da boca anastomótica e hérnias internas. Apesar de parecerem elevadas, as complicações ocorrem em apenas 10 a 20 % dos clientes e são facilmente resolvidas (Rodrigues et al., 2020; Vilefort et al., 2021; Eisenberg et al., 2022; Fagundes et al., 2022; Pugliese et al., 2022, Milagres et al., 2023; Santos et al., 2023).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 39 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-16 14:00:00	Solução Polieletrólítica Simples 1000 ml EV	
2024-01-16 14:45:00	Cefazolina 2g Ev	
2024-01-16 14:45:00	Propofol 200mg Ev	
2024-01-16 14:45:00	Fentanil 0,2 mg Ev	
2024-01-16 14:45:00	Rocurónio 80mg Ev	
2024-01-16 14:45:00	Desflurano com concentração alveolar mínima de 6	
2024-01-16 14:45:00	Ondansetron 4mg Ev	
2024-01-16 14:45:00	Dexametasona 4mg Ev	
2024-01-16 14:45:00	Droperidol 0,625mg Ev	
2024-01-16 14:45:00	Sugamadex 200 mg EV	
2024-01-16 14:45:00	Paracetamol 1gr Ev	
2024-01-16 14:45:00	Cetorolac 30mg Ev	
2024-01-16 14:45:00	Ropivacaina 7,5 mg infiltração da ferida operatória	
2024-01-16 16:30:00	Sulfato de magnésio EV - 2mg EV em 100ml de soro fisiológico	
2024-01-16 16:30:00	Ondansetron 2mg Ev	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Neste cenário clínico, o cliente foi transferido do serviço de internamento com um acesso venoso obturado. Ao ser admitido, o enfermeiro anestesista inicia a preparação da medicação intravenosa, dado que a manutenção de um acesso venoso desobstruído é fundamental para a realização segura da anestesia e do procedimento cirúrgico. Esta preparação assegura a administração eficaz dos anestésicos e permite uma resposta rápida a possíveis complicações.

Em relação aos medicamentos administrados

Cefazolina

- Grupo farmacológico: cefalosporina de 1.ª geração.
- Indicações: profilaxia da infecção cirúrgica de primeira linha para cirurgia limpa ou cirurgia limpa-contaminada. A sua administração deve ser efetuada nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, de modo a assegurar níveis tecidulares adequados aquando da incisão cirúrgica, devendo estar completa antes da incisão cirúrgica (DGS, 2013a).
- Contraindicações e precauções: sensibilidade à penicilina; Insuficiência renal.
- Efeitos secundários: náuseas, vômitos, exantema, febre, trombocitopenia, neutropenia, leucopenia, eosinofilia, aumento de tempo de protrombina (Moreira et al. 2020; Infarmed, 2023).

Propofol

- Grupo farmacológico: hipnótico indutor.
- Indicações: indução e manutenção de anestesia geral; sedação para procedimentos de diagnósticos e cirúrgicos e sedação de doentes ventilados com mais de 16 anos, em unidade de cuidados intensivos. Tem um início de ação de 30-50 segundos e uma duração de 5-10 minutos.
- Propriedades: antieméticas, antipruriginoso, anticonvulsionante, e efeito broncodilatador.
- Contraindicações e precauções: reduzir doses nos idosos ou na instabilidade hemodinâmica. Não recomendado para cesariana. Alergia ao ovo ou óleo de soja. Cuidados na epilepsia.
- Efeitos secundários: os mais frequentes são a apneia, hipotensão, dor no local da administração, depressão cardiovascular/respiratória moderada, espasmos mioclónicos, hiperlipidemia, hepatomegalia, acidose metabólica, rabdomiólise, urina “verde”. Raramente provoca convulsões (Moreira et al. 2020; Infarmed, 2023).

Fentanil

- Grupo farmacológico: analgésico estupefaciente.
- Indicações: suplemento analgésico para a indução e manutenção da anestesia geral. Funciona como um analgésico opioide e pode ser administrado por via endovenosa ou transdérmica.
- Contraindicações e precauções: reduzir doses nos idosos. Depressão respiratória e prurido

tardios, se administrado por via epidural/espinhal.

- Efeitos secundários: podem incluir depressão circulatória e ventilatória. Os efeitos mais frequentes são broncospasmo, náuseas e vômitos, bradicardia, taquicardia, hipotensão, hipertensão, apneia, retenção urinária, alterações do movimento, tonturas, perturbação visual, prurido, estado eufórico e rigidez muscular.
- Metabolização: hepática (Moreira et al. 2020; Infarmed, 2023).

Rocurónio

- Grupo farmacológico: relaxante muscular não despolarizante do grupo aminoesteróide de rápido início de ação.
- Indicações: o rocurónio é indicado para a indução de sequência rápida, sendo uma alternativa à succinilcolina. Ele atua bloqueando os recetores nicotínicos da acetilcolina na junção neuromuscular, o que impede a contração muscular. Comum início de ação rápido (10-40 minutos) e uma duração de ação intermediária, o rocurónio é frequentemente usado em conjunto com outros medicamentos anestésicos durante as cirurgias.
- Contraindicações e precauções: bloqueio neuromuscular potencial por aminoglicosídeos; diuréticos de ansa, magnésio, lítio, hipotermia, hipocaliemia, acidose, uso prévio de succinilcolina, anestésicos voláteis.
- Efeitos secundários: podem incluir uma ligeira taquicardia. Além disso, o seu efeito é aumentado na miastenia gravis. O efeito do medicamento pode ser antagonizado por anticolinesterases, como a neostigmina, ou por um inibidor seletivo, como o sugamadex. É importante a monitorização periférica do relaxamento muscular durante o uso deste medicamento (Moreira et al. 2020; Infarmed, 2023).

Desflurano

O desflurano é um agente inalatório de metil-isopropil-éter halogenado que provoca uma indução anestésica e uma fase de recuperação rápida. A ação principal como agente anestésico é desenvolvida no sistema nervoso central. É considerado um agente completo, com ação imobilizante na medula espinal e ação amnésica e hipnótica cerebral (Saraiva, 2003). O desflurano é um anestésico que oferece estabilidade cardiovascular e não afeta as funções renal e hepática. É eliminado pelos pulmões e apenas 0,02% é metabolizado (Saraiva, 2003). Tem baixa solubilidade, protege contra hipoxia e é economicamente viável em circuito fechado. No entanto, tem odor forte, pode irritar as vias aéreas e causar estimulação cardiovascular transitória (Duarte & Martins, 2014, p.73).

Ondansetron

- Grupo farmacológico: antiemético e antivertiginoso. A sua ação consiste no bloqueamento dos recetores de serotonina 5-HT₃ no cérebro e no sistema gastrointestinal.
- Indicações: prevenção e tratamento de NVPO. É administrado por via endovenosa e tem um início de ação rápido. É frequentemente usado em conjunto com outros medicamentos anestésicos durante cirurgias.
- Contraindicações e precauções: uso concomitante com a apomorfina, doentes com síndrome congénito e grávidas.
- Efeitos secundários: muito frequentes cefaleias, sensação de calor ou rubor, obstipação e Reação no local de administração endovenosa. Os efeitos menos frequentes convulsões, distúrbios do movimento, arritmias, dor torácica, bradicardia, hipotensão e soluços.
- Metabolização: hepática (95%) e urinária (5%) (Moreira et al. 2020; Infarmed, 2023).

Dexametasona

- Grupo farmacológico: antiemético pós-operatório e corticosteroide.
- Indicações: corticoide derivado da prednisolona, menos retenção de sódio que a hidrocortisona, prevenção de edema, diminuir dor pós-operatória e o consumo de opióides. É recomendado que seja administrada antes ou após a indução da anestesia ou logo no início da cirurgia.
- Contraindicações e precauções: interação com as colinesterases aumentando a fraqueza muscular na miasthenia gravis.
- Efeitos secundários: dispepsias e úlceras, osteoporose, miopatia, psicose, atraso na cicatrização, DM (Moreira et al., 2020; Infarmed, 2023).

Droperidol

- Grupo farmacológico: antiemético potente e antipsicótico.
- Indicações: usado na anestesia neuroléptica. O droperidol atua bloqueando os recetores de dopamina no cérebro. Sendo administrado por via intravenosa, tem um início de ação rápido. É frequentemente usado em conjunto com outros medicamentos anestésicos durante as cirurgias. Prevenção e tratamento de NVPO.
- Contraindicações e precauções: bloqueador α - adrenérgico, doença de Parkinson.
- Efeitos secundários: vasodilatador, hipotensor, reações distónicas.

- Metabolização: hepática.
- Eliminação: renal (75%) e fezes (Moreira et al., 2020; Infarmed, 2023).

Sugamadex

- Grupo farmacológico: é o primeiro agente de ligação relaxante seletivo (SRBA).
- Indicações: reversão rápida de qualquer grau de bloqueio neuromuscular induzido pelo rocurónio ou pelo vecurónio, em anestesia geral. Atua formando um complexo estável com agentes bloqueadores neuromusculares esteroidais (como rocurónio e vecurónio), deslocando-os dos recetores da junção neuromuscular e produzindo a cessação da ação do bloqueio neuromuscular. O mecanismo de ação do sugamadex difere daquele de outros agentes de reversão comumente usados, como neostigmina.
- Contraindicações e precauções: medicamento seletivo de ligação aos relaxantes musculares. Eliminação renal, sem efeito no sistema nervoso colinérgico. Não recomendado em clientes com compromisso renal grave, e com hipersensibilidade a sugamadex ou seus excipientes.
- Efeitos secundários: diminuição dos níveis progestagénicos em mulheres a tomar contraceptivos hormonais. Disgeusia (sabor a metal ou amargo) em 10% de doses elevadas e bradicardias (Moreira et al., 2020; Infarmed, 2023).

Paracetamol

- Grupo farmacológico: analgésico não opióide, anti-inflamatório (pouca atividade) e antipirético.
- Indicações: analgesia na dor ligeira a moderada, pirexia. Ele atua inibindo a síntese de prostaglandinas no sistema nervoso central e periférico, o que ajuda a reduzir a dor e a febre. O paracetamol endovenoso tem um início de ação rápido e é frequentemente usado em conjunto com outros medicamentos anestésicos durante cirurgias. Também pode ser eficaz na prevenção de *shivering* após anestesia geral.
- Contraindicações e precauções: na doença hepática ou em doentes com alergia conhecida.
- Efeitos secundários: lesão hepática na sobredosagem.
- Metabolização: hepática.
- Eliminação: renal (Moreira et al., 2020; Infarmed, 2023).

Cetorolac

- Grupo farmacológico: analgésico anti-inflamatório não esteroide (AINE) e antipirético.
- Indicações: analgesia na dor ligeira a intensa. É frequentemente usado em lesões musculoesqueléticas, como entorses, tendinites, fraturas ósseas, dor nas costas, entre outros. Também pode ser usado para dor visceral e cólica renal.
- Contraindicações e precauções: hipersensibilidade à aspirina, asma, compromisso grave da função renal, ulceração péptica.
- Efeitos secundários: hemorragia gastrointestinal, broncospasmo, zumbidos, retenção de líquidos, inibição plaquetária.
- Metabolização: hepática.
- Eliminação: renal (Moreira et al., 2020; Infarmed, 2023).

Ropivacaína

- Grupo farmacológico: anestésico local do tipo amida que exerce efeitos tanto anestésicos como analgésicos.
- Indicações: possivelmente menor bloqueio motor que os outros anestésicos locais. Duração de ação semelhante à da Bupivacaína, mas menor toxicidade. Em altas doses produz anestesia cirúrgica, ao passo que em doses mais baixas produz bloqueio sensorial com bloqueio motor limitado e não progressivo.
- Efeitos secundários: os mais temidos são a agitação, os tremores, as convulsões, o coma e a depressão respiratória. A nível das manifestações cardíacas, podemos referir: diminuição da condução aurículo-ventrícula, bradicardia acentuada e assistolia. Apesar de existir uma maior margem de segurança na utilização da Ropivacaína, não podemos excluir a ocorrência destes efeitos tóxicos (Moreira et al., 2020; Infarmed, 2023).

Sulfato de magnésio

- Grupo farmacológico: anticonvulsivante e repositores de eletrólitos.
- Indicações: hipomagnesemia, arritmias.
- Contraindicações e precauções: potencia os relaxantes musculares. Durante a terapêutica é essencial o doseamento sérico. Bloqueio cardíaco.
- Efeitos secundários: depressão do SNC, hipotensão (Moreira et al., 2020).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

16-01-2024 14:00

16-01-2024 14:00 - Procedimento invasivo

16-01-2024 14:00 - Tipo de procedimento invasivo: Bypass Gástrico Laparoscópico - Admissão.

16-01-2024 16:15 - Tipo de procedimento invasivo: Bypass Gástrico Laparoscópico.

16-01-2024 16:30 - Tipo de procedimento invasivo: Bypass Gástrico Laparoscópico - Admissão na UCPA.

16-01-2024 18:30 - Tipo de procedimento invasivo: Bypass Gástrico Laparoscópico - Alta da UCPA.

16-01-2024 14:45 - Tipo de procedimento invasivo: Bypass Gástrico Laparoscópico.

16-01-2024 14:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum.

16-01-2024 16:30 - Perda sanguínea

16-01-2024 16:30 - Cavidade abdominal: Sem perda sanguínea aparente [MELHOROU].

16-01-2024 18:30 - Perda sanguínea

16-01-2024 18:30 - Cavidade abdominal: Sem perda sanguínea aparente [MELHOROU].

16-01-2024 14:45 - Perda sanguínea

16-01-2024 14:45 - Cavidade abdominal: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

16-01-2024 18:30 - Localização do Pulso

16-01-2024 18:30 - Tórax
16-01-2024 18:30 - Frequência do pulso: 69 pulsações por minuto.
16-01-2024 16:30 - Localização do Pulso
16-01-2024 16:30 - Tórax
16-01-2024 16:30 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.
16-01-2024 14:00 - Localização do Pulso
16-01-2024 14:00 - Tórax
16-01-2024 14:00 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.
16-01-2024 14:45 - Localização do Pulso
16-01-2024 14:45 - Tórax
16-01-2024 14:45 - Frequência do pulso: 65 pulsações por minuto.
16-01-2024 16:15 - Localização do Pulso
16-01-2024 16:15 - Tórax
16-01-2024 16:15 - Frequência do pulso: 67 pulsações por minuto.
16-01-2024 14:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
16-01-2024 14:00 - Membro superior Direita(o)
16-01-2024 14:00 - Pressão sanguínea sistólica: 135 mmHg.
16-01-2024 14:00 - Pressão sanguínea diastólica: 80 mmHg.
16-01-2024 14:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea
16-01-2024 14:45 - Membro superior Direita(o)
16-01-2024 14:45 - Pressão sanguínea sistólica: 125 mmHg.
16-01-2024 14:45 - Pressão sanguínea diastólica: 70 mmHg.
16-01-2024 18:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea
16-01-2024 18:30 - Membro superior Direita(o)
16-01-2024 18:30 - Pressão sanguínea sistólica: 124 mmHg.
16-01-2024 18:30 - Pressão sanguínea diastólica: 65 mmHg.
16-01-2024 16:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea
16-01-2024 16:30 - Membro superior Direita(o)
16-01-2024 16:30 - Pressão sanguínea sistólica: 135 mmHg.
16-01-2024 16:30 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.
16-01-2024 16:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea
16-01-2024 16:15 - Membro superior Direita(o)
16-01-2024 16:15 - Pressão sanguínea sistólica: 127 mmHg.
16-01-2024 16:15 - Pressão sanguínea diastólica: 72 mmHg.
16-01-2024 16:30 - Temperatura corporal periférica
16-01-2024 16:30 - Região temporal: 35.09 °C.
16-01-2024 14:00 - Temperatura corporal periférica
16-01-2024 14:00 - Região temporal: 36.10 °C.
16-01-2024 18:30 - Temperatura corporal periférica
16-01-2024 18:30 - Região temporal: 36.10 °C.
16-01-2024 16:15 - Temperatura corporal periférica
16-01-2024 16:15 - Região temporal: 36.00 °C.
16-01-2024 14:45 - Temperatura corporal periférica
16-01-2024 14:45 - Região temporal: 36.01 °C.

16-01-2024 14:00 - O cliente verbaliza que não tem alergias, verbaliza antecedentes clínicos de diabetes mellitus tipo 2 e obesidade

16-01-2024 14:00 - O cliente não apresenta meias elásticas

16-01-2024 14:00 - O cliente confirma o seu nome e data de nascimento

16-01-2024 14:00 - O cliente verbaliza ter cumprido o banho e jejum pré-cirúrgico

16-01-2024 14:00 - O cliente removeu próteses e adornos

16-01-2024 16:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 14:45

16-01-2024 14:45 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 16-01-2024 16:15

16-01-2024 14:45 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por pressão.

16-01-2024 14:45 - Ventilação invasiva - FiO2: 45 %.

16-01-2024 14:45 - Ventilação invasiva - volume corrente: 500 ml.

16-01-2024 14:45 - Ventilação invasiva - volume/minuto: 5 L/min.

16-01-2024 14:45 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 14 cr/min.

16-01-2024 14:45 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]

16-01-2024 16:15

16-01-2024 14:45 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [FIM] 16-01-2024 16:15

16-01-2024 14:45 - Posicionar para prevenir a aspiração [FIM] 16-01-2024 16:15

16-01-2024 14:45 - Anestesia geral [RESOLVIDO] 16-01-2024 16:15

16-01-2024 14:45 - Manter proteção ocular [FIM] 16-01-2024 16:15

16-01-2024 14:45 - Colocar meias elásticas compressivas [FIM] 16-01-2024 16:15

16-01-2024 14:45 - Posicionar para o procedimento cirúrgico [FIM] 16-01-2024 16:15

16-01-2024 14:45 - Avaliar evolução do posicionamento cirúrgico [FIM] 16-01-2024 16:15

16-01-2024 16:15

16-01-2024 16:15 - Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:15 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

16-01-2024 16:30 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

16-01-2024 16:15 - Assegurar oxigenoterapia [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:15 - Manter oxigenoterapia [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Manter oxigenoterapia (SOS) [FIM] 16-01-2024 18:30

Sondas, Drenos e Cateteres

16-01-2024 14:00

16-01-2024 14:00 - Cateter venoso periférico

16-01-2024 14:00 - Localização do cateter venoso periférico

16-01-2024 14:00 - Mão Esquerda(o)

16-01-2024 14:00 - Características do dispositivo: CH18.

16-01-2024 18:30 - Localização do cateter venoso periférico

16-01-2024 18:30 - Mão Esquerda(o)

16-01-2024 18:30 - Características do dispositivo: CH18.

16-01-2024 14:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 14:00 - *Otimizar cateter venoso periférico* [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 14:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 14:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico* [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 14:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 14:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico* [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 14:45

16-01-2024 14:45 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 16-01-2024 16:15

16-01-2024 14:45 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

16-01-2024 14:45 - Cavidade oral: 20.00 cm.

16-01-2024 14:45 - Presença de cuff

16-01-2024 14:45 - Traqueia: Com cuff.

16-01-2024 14:45 - Pressão do cuff: 29 cmH2O.

16-01-2024 14:45 - Características do dispositivo: Tubo 8,0 mm.

16-01-2024 14:45 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

16-01-2024 16:15

16-01-2024 14:45 - *Otimizar tubo endotraqueal* [FIM] 16-01-2024 16:15

16-01-2024 14:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal [FIM] 16-01-2024 16:15

16-01-2024 14:45 - *Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal* [FIM] 16-01-2024 16:15

16-01-2024 14:45 - *Avaliar evolução da pressão do cuff* [FIM] 16-01-2024 16:15

16-01-2024 16:30

16-01-2024 16:30 - Dreno

16-01-2024 16:30 - Localização do dreno

16-01-2024 16:30 - Abdómen Esquerda(o)

16-01-2024 16:30 - Tipo de dreno: laminar tipo penrose.

16-01-2024 16:30 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

16-01-2024 18:30 - Localização do dreno

16-01-2024 18:30 - Abdómen Esquerda(o)

16-01-2024 18:30 - Tipo de dreno: laminar tipo penrose.

16-01-2024 18:30 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

16-01-2024 16:30 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - *Avaliar evolução da drenagem* [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Assegurar funcionamento do dreno [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - *Otimizar dreno* [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o dreno [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do dreno [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do dreno ao médico [FIM] 16-01-2024 18:30

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

Neste caso clínico, foram conduzidas cinco sessões: uma na admissão, duas no intraoperatório e duas no pós-operatório (UCPA e alta da UCPA). O cliente, proveniente do serviço de internamento, apresentava um acesso venoso obturado. Na admissão, o enfermeiro anestesta prepara a medicação endovenosa, uma vez que a manutenção de um acesso venoso desobstruído é crucial para a administração segura da anestesia e para o tratamento eficaz de eventuais complicações.

Procedimento invasivo

Ao admitir um cliente no BO para um BGL, o enfermeiro deve se apresentar e proceder verificações pré-operatórias fundamentais. Isso inclui a confirmação dos antecedentes clínicos do cliente, sua identificação, o cumprimento do jejum (6h para sólidos e 2h para líquidos), a remoção de próteses e adornos, a verificação de medicação regular, alergias conhecidas e a preparação pré-operatória. A *checklist* pré-operatória, aplicada na admissão, é um recurso essencial que ajuda a planear os cuidados de maneira mais segura. A segurança do nosso cliente e da nossa equipa perioperatória é a nossa maior prioridade (DGS, 2011; DGS, 2013; Steelman & Graling, 2013; Koch et al., 2018; Brandão et al., 2021; Nunes et al., 2023). As verificações mencionadas são cruciais para estabelecer uma cultura de segurança cirúrgica entre os clientes e alcançar um padrão de excelência em saúde ao longo de toda a experiência perioperatória (Lemos et al., 2017; DGS et al., 2022a). Os enfermeiros, sendo os profissionais de saúde mais próximos dos clientes, têm um papel essencial na promoção do conhecimento dos mesmos (Gonçalves et al., 2017).

Nesta fase, é crucial organizar todas as informações colhidas do cliente para garantir a segurança cirúrgica. Para isso, utilizamos a metodologia ISBAR (Identificação, Situação Atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações). Esta é uma ferramenta padronizada que desenvolvemos em contexto clínico, que facilitou a transição de cuidados perioperatórios nesta cirurgia e que foi posteriormente aplicada em outras cirurgias. Esta organização contribui para a qualidade e uniformização dos procedimentos, aumentando assim a segurança dos cuidados

prestados aos nossos clientes cirúrgicos e a satisfação da nossa equipa de enfermagem (Bourdon, 2015; Robins & Dai, 2015; DGS, 2017; Kitney et al., 2018; Leonardsen et al., 2019; Methangkool et al., 2019; Kitney et al., 2020; Wang et al., 2021; Kaltoft et al., 2022).

No caso clínico em análise, todas as verificações pré-operatórias são efetuadas no momento em que o cliente é recebido no BO, proveniente do serviço de internamento. O mesmo assegura verbalmente que seguiu todas as recomendações pré-operatórias, o que torna desnecessárias quaisquer intervenções adicionais de enfermagem neste contexto.

Como referido anteriormente, a evidência comprova que a CB tem um elevado risco de tromboembolismo venoso, pelo que a sua prevenção é recomendável, fazendo com que os clientes façam profilaxia mecânica e farmacológica, de forma a minimizar os danos cardiovasculares (Moreira et al., 2013; ABESO, 2016; GMC, 2016; Munari & Geron, 2019; Flamia et al., 2021).

A monitorização da temperatura corporal, desde a admissão do cliente até a sua alta da UCPA, é fundamental, pois a OMS (2018) recomenda a normotermia perioperatória e a DGS (2022b) incluiu-a como uma das intervenções para prevenir infeções no local cirúrgico. Durante o período perioperatório, é essencial acompanhar a temperatura corporal do cliente e proporcionar aquecimento adequado. Isso permite implementar medidas que evitem a hipotermia, mantenham a normotermia e minimizem complicações graves, como hemorragias, além de melhorar a experiência perioperatória do cliente (ASPAN, 2010; Gonçalves et al., 2019; Souza et al., 2019; Onay et al., 2021).

Posicionamento cirúrgico

O posicionamento adequado do cliente consiste num componente fulcral para o êxito de uma cirurgia de BGL, pois abrange questões de segurança, conforto e exposição correta do campo cirúrgico. O posicionamento deve considerar as características do cliente, o tipo de cirurgia, a técnica utilizada e os equipamentos à disposição. Na cirurgia de BGL, especificamente, o cliente deve se posicionar sozinho na mesa operatória, auxiliando na identificação de pontos de pressão para proteção. Durante a indução anestésica, o cliente deve ser colocado em posição proclive, o que facilita a laringoscopia e melhoria da mecânica pulmonar, maximizando o tempo de segurança de apneia. Uma das alternativas, consiste em elevar a cabeceira a 30 graus (GMC, 2016). Na CB, os clientes são posicionados em anti-Trendelenburg com as pernas em abdução para melhorar a visualização do cirurgião. No entanto, é crucial garantir que o cliente esteja devidamente posicionado e protegido durante todo o procedimento para minimizar os riscos anestésico e cirúrgico (Hayden & Cowman, 2011; Bajwa & Kulshrestha, 2016; Loiola et al., 2018; Flauzino et al., 2021).

A necessidade de um planeamento cuidadoso e uma comunicação eficaz entre a equipa

perioperatória é fundamental para o posicionamento adequado do cliente. Em algumas situações, pode ser necessário fazer um compromisso entre as necessidades de acesso cirúrgico e a minimização de danos ao cliente devido a um posicionamento inadequado. A monitorização constante é vital, não só no início, mas durante toda a cirurgia. Movimentos do cliente, intencionais ou acidentais, podem causar lesões nervosas. Portanto, é essencial implementar estratégias preventivas contra lesões devido ao posicionamento cirúrgico (Hewson & Hardman, 2018; AORN, 2020; Buso et al., 2021; Maya, 2022).

O transporte para a UCPA é feito com a cabeceira da cama elevada, permitindo o decúbito lateral, e sob oxigenoterapia, se necessário. Na UCPA, a cabeceira e os membros inferiores devem permanecer elevados (ABESO, 2016; GMC, 2016).

Anestesia Geral

O BGL é realizado sob anestesia geral com intubação endotraqueal e ventilação controlada, considerada a técnica mais adequada para procedimentos laparoscópicos. Antes da cirurgia, os clientes são avaliados, especialmente aqueles com alto risco de complicações devido ao pneumoperitôneo, uma condição criada artificialmente para expandir a cavidade abdominal. Isso pode causar alterações fisiológicas, incluindo respiratórias, cardiovasculares, gástricas, metabólicas, renais e neurológicas (Campos & Roll, 2003; Hayden & Cowman, 2011; ABESO, 2016; Bajwa & Kulshrestha, 2016; GMC, 2016; Carmona et al., 2017).

Durante a cirurgia, a dosagem da maioria dos medicamentos é baseada na massa magra do corpo, exceto o sugamadex e a perfusão de propofol. O rocurônio é usado para paralisia muscular, revertida pelo sugamadex. A ventilação personalizada é recomendada para prevenir atelectasias e lesões pulmonares, envolvendo volume corrente baixo, normocapnia, PEEP (pressão expiratória final positiva) e manobras de recrutamento. A extubação em clientes obesos deve ser cuidadosa e adiada até que o mesmo esteja acordado. A posição de proclive é preferida e o uso de CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) após a extubação pode melhorar a função pulmonar (ABESO, 2016; GMC, 2016; Carmona et al., 2017; Rodrigues & Palotti, 2022).

A analgesia multimodal e adjuvantes são usados para reduzir o uso de opióides. A infiltração de anestésicos nas incisões e uma abordagem multimodal para prevenir NVPO são recomendadas. A utilização de adjuvantes como $\alpha 2$ -agonistas, lidocaína, cetamina e magnésio podem ser úteis. Na fase pós-operatória, a hidratação e oxigenação adequadas previnem complicações pós-operatórias (ABESO, 2016; GMC, 2016; Carmona et al., 2017; Rodrigues & Palotti, 2022).

O GMC (2016) recomenda a monitorização standard ASA e monitorização adicional quando seja necessário durante a CB, incluindo o uso de um neuroestimulador para monitorizar o bloqueio neuromuscular chamado de TOF e o índice BIS para monitorizar a profundidade anestésica. A

temperatura e a glicemia capilar também devem ser monitorizadas. Para minimizar os danos do pneumoperitôneo, deve-se manter pressões de CO₂ adequadas e evitar um bloqueio neuromuscular profundo durante toda a cirurgia. A pré-oxigenação e a aplicação de CPAP podem ser necessárias na fase de indução anestésica (Lorentz et al., 2007; GMC, 2016; Carmona et al., 2017).

O enfermeiro de anestesia deve dominar a técnica anestésica, os medicamentos usados e os métodos de monitorização. Durante a cirurgia, deve estar atento para identificar e atuar prontamente quaisquer complicações, agindo eficazmente em situações de urgência/emergência (Bajwa & Kulshrestha, 2016; Silva, 2016; Schumpelick et al., 2019).

ATITUDES TERAPÊUTICAS

Ventilação invasiva

A VI, que fornece oxigênio através de um tubo endotraqueal, é essencial em cirurgias com anestesia geral. No caso clínico em questão, o cliente necessitou de VI. Esta técnica permite a melhoria de oxigenação e a troca de gases, prevenindo lesões pulmonares. Durante a cirurgia, o enfermeiro deve monitorizar a ventilação e os sinais vitais do cliente para garantir a sua segurança. A otimização da VI pode reduzir complicações pulmonares pós-operatórias e promover uma recuperação mais eficaz (Cunha, 2013; Machado, 2013; Ball et al., 2015; Ueda & Hoshi, 2017).

Em clientes com VI, o enfermeiro deve implementar cuidados específicos, como prevenir infecções, minimizar o risco de extubação e broncoaspiração, aspirar secreções, fixar e controlar a pressão do balão do tubo oro/endotraqueal. A transferência segura do cliente da SO para a UCPA é vital, assim como a vigilância constante para detetar sinais e sintomas precocemente e evitar potenciais complicações futuras (Mendonça et al., 2014; Cordeiro et al., 2017; Jesus et al., 2021).

SONDAS, DRENOS E CATETERES

Cateter venoso periférico

No caso clínico, o cliente já tinha um acesso venoso de grande calibre (CH18) do serviço de internamento. O uso de um CVP é comum para administrar medicamentos e é essencial antes da cirurgia. No entanto, pode levar a complicações que prolongam a estadia hospitalar.

Portanto, os enfermeiros devem estar atentos e seguir boas práticas no manuseio do CVP (Catarino et al., 2022).

Tubo endotraqueal

Na anestesia geral, o cliente precisa de um TET para manter a via aérea aberta e permitir a ventilação invasiva. É crucial escolher o tamanho correto do TET, monitorizar a pressão do cuff, evitar múltiplas tentativas de intubação e aspirar as secreções com cuidado. Estes cuidados previnem complicações e garantem a segurança do cliente (Hayden & Cowman, 2011; Cordeiro et al., 2017).

Dreno

Um dreno multitubular, colocado no abdómen de um cliente submetido a uma cirurgia de bypass gástrico, serve para eliminar excesso de líquido, ar ou sangue da área cirúrgica, reduzindo o risco de complicações e acelerando a recuperação (Chousleb et al., 2004; Salgado et al., 2010; Doumouras et al., 2017). No pós-operatório, o enfermeiro deve monitorizar/vigiar o dreno, verificando as características da cor e do volume do líquido drenado.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
16-01-2024 14:00	Atitudes terapêuticas	
16-01-2024 14:00	Termorregulação	
16-01-2024 14:00	Metabolismo	
16-01-2024 14:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
16-01-2024 14:45	Sistema respiratório	
16-01-2024 14:45	Sistema cardiovascular	
16-01-2024 14:45	Pele e mucosas	
16-01-2024 16:30	Consciência	
16-01-2024 16:30	Sensações somáticas	
16-01-2024 16:30	Eliminação urinária	
16-01-2024 16:30	Digestão	

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

Em relação aos domínios, o objetivo é fornecer um quadro teórico que justifique a seleção. Esta escolha foi feita com base nas evidências existentes, estabelecendo uma ligação com o procedimento cirúrgico ao qual o cliente foi submetido.

No que concerne ao domínio **Atitudes Terapêuticas**, este integra o procedimento invasivo, ventilação invasiva e a oxigenoterapia. Em relação ao **procedimento invasivo**, o cliente está programado para realizar um BGL, devido ao seu diagnóstico de obesidade. Referindo a **ventilação invasiva**, quase todos os procedimentos laparoscópicos requerem ventilação invasiva, exigindo do enfermeiro perioperatório uma observação contínua dos clientes, para prevenir complicações anestésicas e cirúrgicas (Machado, 2013; Jesus et al., 2021; Maya, 2022). No pós-operatório, a **oxigenoterapia** pode ser necessária para prevenir a hipoxemia, sendo implementada conforme a avaliação respiratória (Maciel et al., 2017).

O domínio da **Termorregulação** foi selecionado, pois durante o BGL, existem vários fatores podem, inadvertidamente, causar hipotermia. Estes incluem o tipo e duração da anestesia, a temperatura ambiente na SO e características individuais do cliente, como idade, IMC e condições patológicas pré-existent (NICE, 2008; AESOP, 2017; Giuliano & Hendricks, 2017; Gonçalves et al., 2019). No período perioperatório, é crucial monitorizar a temperatura corporal e aquecer o cliente para estabelecer intervenções que previnam a hipotermia, mantenham a

normotermia e atenuem complicações graves, como a hemorragia (Gonçalves et al., 2019; Souza et al., 2019; Onay et al., 2021; DGS, 2022b).

Existem vários fatores que contribuem para a hipotermia intraoperatória nos clientes, tais como: o posicionamento cirúrgico, a temperatura da SO, a perfusão de soluções frias em cavidades ou por via endovenosa, a exposição de cavidades, a duração da cirurgia, o tipo de cirurgia e a ventilação com gases não aquecidos (Nascimento et al., 2015; Onay et al., 2021, Souza et al., 2023).

Portanto, é crucial prevenir e tratar a hipotermia para reduzir complicações e melhorar a experiência cirúrgica do cliente (ASPAN, 2010). A necessidade de oxigênio no pós-operatório pode ser aumentada pela existência de hipotermia, levando a um aumento na ventilação e no débito cardíaco. Este cenário pode ter um impacto negativo na cicatrização e na recuperação da anestesia (Onay et al., 2021; Souza et al., 2023). Neste caso específico, foram realizadas avaliações de temperatura em cinco momentos distintos: antes da operação, durante o procedimento invasivo, após a cirurgia e finalmente na admissão e na alta da UCPA (DGS, 2022b).

A escolha do domínio **Metabolismo** é justificada pelo fato de que a manutenção da normoglicemia (≤ 180 mg/dl) é um aspeto essencial no cuidado ao cliente durante a fase perioperatória. Portanto, a monitorização regular no perioperatório é crucial, seguindo os procedimentos do hospital e da DGS, para gerir este domínio. Neste caso específico, realizou-se uma avaliação da glicemia capilar no pré-operatório, outra durante o procedimento invasivo, e no fim do mesmo e mais duas na UCPA (DGS, 2022b). O acompanhamento pós-operatório na técnica cirúrgica de BGL é essencial, especialmente no que diz respeito ao controlo glicémico. Este acompanhamento deve ser realizado por equipas multidisciplinares com experiência no tratamento da DM tipo 2 e em cirurgia gastrointestinal. Como referido anteriormente, torna-se imperativo que estas equipas adiram rigorosamente às diretrizes nacionais e internacionais. Estas diretrizes estão relacionadas ao controlo da glicose e aos fatores de risco cardiovascular, ambos influenciados pela CB, para o tratamento e prevenção da DM tipo 2 (Nunes et al., 2018). Neste caso específico, foram realizadas cinco avaliações da glicemia capilar: uma no pré-operatório, outra durante o procedimento invasivo, uma terceira no fim da cirurgia, uma quarta na admissão da UCPA e a última na alta da UCPA (DGS, 2022b).

No domínio de **Sondas, Drenos e Cateteres**, este inclui o cateter venoso periférico, o tubo endotraqueal e o dreno abdominal. Em contexto hospitalar, a necessidade do CVP é fundamental, pois qualquer procedimento anestésico-cirúrgico, pode implicar alterações fisiológicas e hemodinâmicas durante toda a cirurgia, o que requiere que os enfermeiros

perioperatório adotem boas práticas no seu manuseamento (Catarino et al., 2022). Relativamente ao tubo endotraqueal, o seu uso relaciona-se com a utilização de VI, proporcionando uma via aérea permeável ao longo de toda a cirurgia (Hayden & Cowman, 2011; Cordeiro et al., 2017). Por último, o dreno multitubular torna-se relevante pois previne e reduz complicações pós-operatórias e acelera a recuperação do cliente (Chousleb et al., 2004; Salgado et al., 2010; Acquafresca et al., 2014; Doumouras et al., 2017; Vilefort et al., 2021).

Devido à necessidade de ventilação mecânica em anestesia geral, o domínio do **Sistema Respiratório** foi selecionado. As repercussões negativas no sistema respiratório durante o pneumoperitônio requerem cuidados específicos e monitorização dos sinais vitais. Ao planejar os cuidados perioperatórios para o cliente submetido a VI, é essencial considerar estes fatores para prevenir efeitos adversos (Bola et al., 2018). No caso clínico, o cliente admitido na UCPA apresentava dificuldade respiratória devido às secreções, mas recuperou-se rapidamente (Mendonça et al., 2014; Maya, 2022).

Para o domínio do **Sistema Cardiovascular**, a evidência comprova que cirurgias de alto risco cirúrgico tendem a aumentar a ocorrência de complicações cardiovasculares, como o tromboembolismo venoso e a hemorragia. Como mencionado anteriormente, para minimizar estas complicações, especialmente no caso do tromboembolismo venoso, deve ser implementada a prevenção dos clientes de forma profilática, tanto mecânica quanto farmacológica. Esta abordagem está em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para a cirurgia bariátrica (ABESO, 2016; GMC, 2016; Munari & Geron, 2019; Flámia et al., 2021; Eisenberg et al., 2022). Na cirurgia de BGL, a hemorragia é uma das complicações pós-operatórias mais comuns (Acquafresca et al., 2014; Vilefort et al., 2021). Ela pode surgir devido à alteração do trânsito intestinal causada pela cirurgia e pode exigir reintervenções cirúrgicas, reinternamento e atraso na alta clínica (APCA et al., 2012; Benevides et al., 2013). Portanto, o enfermeiro do perioperatório deve estar atento aos sinais de hemorragia, como queda da pressão arterial e diminuição da perfusão dos tecidos, e deve alertar a equipa cirúrgica imediatamente. Uma das medidas que podem ajudar na prevenção e no controle da hemorragia nesta cirurgia é o uso de drenos cirúrgicos, que permitem a drenagem de fluidos acumulados na área operada e possibilitam a monitorização da quantidade de sangue perdido durante a cirurgia. É crucial avaliar a evolução dos sinais de hemorragia (Machado, 2013; Acquafresca et al., 2014; Vilefort et al., 2021).

O domínio da **Pele e mucosas** foi selecionado devido ao posicionamento na cirurgia. A utilização de dispositivos de proteção para minimizar danos à pele causados pelo

posicionamento é uma prática recomendada a nível nacional e internacional (AESOP, 2012; AORN, 2020; Maya, 2022). Durante a fase intraoperatória, é essencial minimizar o risco de lesões de eletrocirurgia. Isso envolve o posicionamento correto do cliente, a remoção de adornos metálicos, o uso adequado do bisturi e do elétrodo, a garantia do funcionamento dos alarmes, a evitação de gases anestésicos e agentes inflamáveis, e a monitorização de clientes com pacemakers (Bisinotto et al., 2016; Costa et al., 2021).

A ferida cirúrgica do cliente, localizada no abdómen e composta por cinco incisões, é uma consideração importante. Na UCPA, é vital monitorizar o penso para detetar sinais de infeção e prevenir complicações pós-operatórias. O enfermeiro deve identificar rapidamente quaisquer alterações e orientar o cliente sobre a manutenção da área cirúrgica (Rothrock, 2007; AESOP, 2012; Maya, 2022). Neste mesmo domínio, considera-se também a ferida cirúrgica, localizada no abdómen e composta por cinco incisões na pele (ao nível do umbigo, supra-umbilical, flanco direito, e duas no flanco esquerdo), envolvendo a pele, o tecido celular subcutâneo e a aponevrose, geralmente fechada com um fio não absorvível. Na UCPA, é fulcral vigiar o penso cirúrgico para detetar precocemente sinais de infeção e prevenir complicações pós-operatórias. O enfermeiro deve identificar rapidamente quaisquer alterações e orientar o cliente sobre a manutenção da área cirúrgica (Rothrock, 2007; AESOP, 2012; Maya, 2022).

A escolha do domínio da **Consciência**, deve-se ao fato que a anestesia geral provoca uma perda reversível da mesma. De acordo com a CIPE (2019), a consciência é definida como uma resposta mental que emerge das impressões sensoriais combinadas. Esta resposta mantém a mente num estado de alerta, permitindo uma sensibilidade ao ambiente externo.

Ainda no domínio da Consciência, é importante destacar a sua relevância na UCPA. A avaliação da evolução da consciência do cliente após a cirurgia, desde a sua saída da SO até à alta da UCPA, é de extrema importância. Qualquer alteração pode indicar uma depressão no estado de consciência associada à cirurgia ou à anestesia. Portanto, a monitorização constante da consciência do cliente é fundamental para detetar essas complicações (Centro Hospitalar do Baixo Vouga et al., 2016).

No domínio das **Sensações Somáticas**, a dor é um diagnóstico comum no pós-operatório e pode ser resultado da incisão operatória, do próprio trauma relacionado com a cirurgia ou até mesmo da técnica de entubação traqueal. Segundo a International Association for the Study of Pain (Raja et al., 2020), esta pode ser definida como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou semelhante àquela associada a uma lesão tecidual real ou potencial. A dor pode também prejudicar a evolução cicatricial da ferida, como também provocar alterações nos sinais vitais, pelo que a dor resultante do procedimento cirúrgico deve

ser avaliada de moderada a intensa, de forma a facilitar a nossa atuação (Baehring & McCorkle, 2012). A dor excessiva e incontrolada é também uma das principais causas mais comuns de NVPO, o que prolonga a permanência do cliente na UCPA, sendo uma das principais razões de readmissão hospitalar e de aumento de risco de complicações pós-cirúrgicas. Assim, é importante elaborar protocolos que visem um controlo eficaz da dor aguda pós-operatória. A fim de atender às necessidades do cliente, o tratamento da dor pós-operatória deve ser planeado com base em fatores como idade, estado clínico, capacidade cognitiva e tipo de dor. Após a alta clínica hospitalar, deve ainda ser realizado um follow-up do cliente, para que seja monitorizada a eficácia deste controlo (Machado, 2013; Centro Hospitalar do Baixo Vouga et al., 2016; Welte et al., 2016).

O domínio da **Eliminação Urinária** é vital em cirurgias prolongadas, pois as mudanças na função renal podem ser causadas por efeitos de medicamentos anestésicos, desequilíbrio de volume e de trauma direto em cirurgia abdominal. Na UCPA, é essencial verificar a capacidade do cliente de urinar espontaneamente para evitar complicações pós-operatórias, como a retenção urinária (Maya, 2022).

No domínio da **Digestão**, as NVPO são complicações frequentes, afetando cerca de 80% dos clientes de alto risco que são submetidos à anestesia geral. Diversos fatores podem potenciar o risco das NVPO, entre eles, a realização de cirurgias como o BGL (Gan et al., 2020). Estes sintomas não são apenas desconfortáveis para o cliente, mas também podem levar a complicações mais graves, como hemorragia pós-operatória e agravamento de condições pré-existent, como hipertensão arterial. Além disso, a presença de NVPO pode resultar em atrasos na alta hospitalar, internamentos imprevistos e readmissões hospitalares, o que pode ter um impacto significativo na eficiência operacional da instituição de saúde (APCA et al., 2012; Benevides et al., 2013). Portanto, é de extrema importância que os enfermeiros perioperatórios, estejam atentos a estes sintomas e implementem medidas preventivas adequadas. A avaliação de risco individualizada para cada cliente e a implementação de estratégias de prevenção e tratamento eficazes para NVPO são fundamentais para garantir a segurança e o bem-estar do cliente e melhorando a qualidade dos cuidados prestados (Hurtado et al., 2021).

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

16-01-2024 16:30

16-01-2024 16:30 - Consciência comprometida [RESOLVIDO] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

16-01-2024 18:30 - Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

16-01-2024 16:30 - Resposta verbal: orientada.

16-01-2024 18:30 - Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

16-01-2024 16:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

16-01-2024 18:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

16-01-2024 16:30 - Ausência de vômito em jato.

16-01-2024 18:30 - Ausência de vômito em jato [MANTEVE].

16-01-2024 16:30 - Determinar evolução da consciência [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da consciência [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Referenciar compromisso da consciência ao médico [FIM]

16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Prevenir queda [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Elevar grades da cama [FIM] 16-01-2024 18:30

Sensações somáticas

16-01-2024 16:30

16-01-2024 16:30 - Manifesta dor.

16-01-2024 16:30 - Determinar sinais de dor

16-01-2024 16:30 - Avaliar evolução de sinais de dor

16-01-2024 16:30 - Dor

16-01-2024 16:30 - Localização da dor

16-01-2024 16:30 - Abdómen

16-01-2024 16:30 - Intensidade da dor - 3.

16-01-2024 16:30 - frequência da dor - intermitente.

16-01-2024 16:30 - duração da dor - aguda.

16-01-2024 16:30 - dor de tipo - moedeira.

16-01-2024 18:30 - Localização da dor

16-01-2024 18:30 - Abdómen

16-01-2024 18:30 - Intensidade da dor - 1.

16-01-2024 18:30 - frequência da dor - intermitente.

16-01-2024 18:30 - duração da dor - aguda.

16-01-2024 18:30 - dor de tipo - moedeira.

16-01-2024 16:30 - Determinar evolução da dor [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da dor [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Diminuir dor [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Gerir analgesia [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [FIM]

16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - *Posicionar para aliviar a dor [FIM]* 16-01-2024 18:30

16-01-2024 18:30

16-01-2024 18:30 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

Sistema respiratório

16-01-2024 14:45

16-01-2024 14:45 - Ritmo respiratório regular.

16-01-2024 14:45 - Movimento respiratório simétrico.

16-01-2024 14:45 - Saturação do oxigénio no sangue

16-01-2024 14:45 - Periférico(a): 98 %.

16-01-2024 14:45 - Coloração da mucosa: rosada.

16-01-2024 14:45 - Ventilação invasiva

16-01-2024 14:45 - Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 16-01-2024 16:15

16-01-2024 14:45 - Determinar evolução da ventilação

16-01-2024 14:45 - *Avaliar evolução da ventilação*

16-01-2024 14:45 - *Referenciar ventilação comprometida ao médico*

16-01-2024 16:15

16-01-2024 16:15 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

16-01-2024 16:15 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

16-01-2024 16:15 - Saturação do oxigénio no sangue

16-01-2024 16:15 - Periférico(a): 99 %.

16-01-2024 16:15 - Coloração da mucosa: rosada.

16-01-2024 16:15 - Reflexo da tosse: presente.

16-01-2024 16:15 - Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores.

16-01-2024 16:15 - Sons respiratórios: normais.

16-01-2024 16:15 - Secreções em pequena quantidade.

16-01-2024 16:15 - Secreções fluídas.

16-01-2024 16:15 - Secreções esbranquiçadas.

16-01-2024 16:30

16-01-2024 16:30 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

16-01-2024 16:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

16-01-2024 16:30 - Saturação do oxigénio no sangue

16-01-2024 16:30 - Periférico(a): 98 %.

16-01-2024 16:30 - Coloração da mucosa: rosada.

16-01-2024 16:30 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

16-01-2024 16:30 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico [MELHOROU].

16-01-2024 16:30 - Sons respiratórios: normais.

16-01-2024 16:30 - Secreções em pequena quantidade.

16-01-2024 16:30 - Secreções fluídas [MANTEVE].

16-01-2024 16:30 - Secreções esbranquiçadas.

16-01-2024 16:30 - Limpeza da via aérea comprometida [RESOLVIDO] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Determinar evolução da limpeza da via aérea [FIM]

16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 18:30

16-01-2024 18:30 - Frequência respiratória: 16 ciclos/min.

16-01-2024 18:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

16-01-2024 18:30 - Saturação do oxigénio no sangue

16-01-2024 18:30 - Periférico(a): 99 %.

16-01-2024 18:30 - Coloração da mucosa: rosada.

16-01-2024 18:30 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

16-01-2024 18:30 - Expele as secreções das vias aéreas [MELHOROU].

16-01-2024 18:30 - Sons respiratórios: normais.

16-01-2024 18:30 - Secreções em pequena quantidade.

16-01-2024 18:30 - Secreções normais [MELHOROU].

16-01-2024 18:30 - Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

16-01-2024 14:45

16-01-2024 14:45 - Hemorragia

16-01-2024 14:45 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

16-01-2024 14:45 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

16-01-2024 14:45 - Referenciar hemorragia ao médico

Digestão

16-01-2024 16:30

16-01-2024 16:30 - Com sensação de enjoo.

16-01-2024 16:30 - Sem vômitos.

16-01-2024 16:30 - Náusea [RESOLVIDO] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Gravidade da náusea: ligeira.

16-01-2024 16:30 - Determinar evolução da náusea [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da náusea [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Referenciar náusea ao médico [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 18:30

16-01-2024 18:30 - Sem sensação de enjoo [MELHOROU].

16-01-2024 18:30 - Sem vômitos.

Eliminação urinária

16-01-2024 16:30

16-01-2024 16:30 - Urina em pequena quantidade.

16-01-2024 16:30 - Cor da urina: incolor.

16-01-2024 16:30 - Transparência da urina: Límpida.

16-01-2024 16:30 - Frequência da eliminação urinária: normal .

16-01-2024 16:30 - Reconhece a vontade de urinar.

16-01-2024 16:30 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

16-01-2024 16:30 - Sem globo vesical.

16-01-2024 16:30 - Eliminação urinária involuntária ausente.

16-01-2024 16:30 - Determinar evolução da eliminação urinária [FIM] 16-01-2024

18:30

16-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 18:30

16-01-2024 18:30 - Urina em pequena quantidade.

16-01-2024 18:30 - Cor da urina: incolor.

16-01-2024 18:30 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

16-01-2024 18:30 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

16-01-2024 18:30 - Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].

16-01-2024 18:30 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].

16-01-2024 18:30 - Sem globo vesical [MANTEVE].

16-01-2024 18:30 - Eliminação urinária involuntária ausente [MANTEVE].

Pele e mucosas

16-01-2024 14:45

16-01-2024 14:45 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

16-01-2024 16:15 - Cliente mantém pele do músculo anterior da coxa integra

16-01-2024 14:45 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

16-01-2024 14:45 - Lesão decorrente da eletrocirurgia [RESOLVIDO] 16-01-2024

16:15

16-01-2024 14:45 - Cliente apresenta pele do músculo anterior da coxa integra

16-01-2024 14:45 - Determinar a evolução de lesão decorrente da eletrocirurgia

16-01-2024 14:45 - Verificar ausência de humidade no local de colocação da placa de dispersão

16-01-2024 14:45 - Verificar ausência de pelos no local de colocação da placa de dispersão

16-01-2024 14:45 - Verificar ausência de objetos metálicos junto ao local de colocação da placa de dispersão

16-01-2024 14:45 - Colocar a placa de dispersão o mais próximo possível do local da ferida cirúrgica

16-01-2024 16:30

16-01-2024 16:30 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

16-01-2024 16:30 - Ferida cirúrgica

16-01-2024 16:30 - Localização da ferida cirúrgica

16-01-2024 16:30 - Abdómen Superior

16-01-2024 16:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 2.00 cm.

16-01-2024 16:30 - Largura da lesão tegumentar: 2.00 cm.

16-01-2024 16:30 - Diâmetro da lesão tegumentar: 2.00 cm.

16-01-2024 16:30 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.

16-01-2024 16:30 - Ausência de exsudado.

16-01-2024 16:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

16-01-2024 16:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

16-01-2024 16:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

16-01-2024 16:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

- 16-01-2024 16:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.
- 16-01-2024 16:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 2.
- 16-01-2024 16:30 - Abdómen Esquerda(o)
 - 16-01-2024 16:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 2.00 cm.
 - 16-01-2024 16:30 - Largura da lesão tegumentar: 2.00 cm.
 - 16-01-2024 16:30 - Diâmetro da lesão tegumentar: 2.00 cm.
 - 16-01-2024 16:30 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.
 - 16-01-2024 16:30 - Ausência de exsudado.
 - 16-01-2024 16:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
 - 16-01-2024 16:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
 - 16-01-2024 16:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.
 - 16-01-2024 16:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.
 - 16-01-2024 16:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.
 - 16-01-2024 16:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 3.
- 16-01-2024 16:30 - Abdómen Direita(o)
 - 16-01-2024 16:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 2.00 cm.
 - 16-01-2024 16:30 - Largura da lesão tegumentar: 2.00 cm.
 - 16-01-2024 16:30 - Diâmetro da lesão tegumentar: 2.00 cm.
 - 16-01-2024 16:30 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.
 - 16-01-2024 16:30 - Ausência de exsudado.
 - 16-01-2024 16:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
 - 16-01-2024 16:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
 - 16-01-2024 16:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.
 - 16-01-2024 16:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.
 - 16-01-2024 16:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.
 - 16-01-2024 16:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 3.
- 16-01-2024 16:30 - Abdómen Inferior
 - 16-01-2024 16:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 2.00 cm.
 - 16-01-2024 16:30 - Largura da lesão tegumentar: 2.00 cm.
 - 16-01-2024 16:30 - Diâmetro da lesão tegumentar: 2.00 cm.
 - 16-01-2024 16:30 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.
 - 16-01-2024 16:30 - Ausência de exsudado.
 - 16-01-2024 16:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
 - 16-01-2024 16:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
 - 16-01-2024 16:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.
 - 16-01-2024 16:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.
 - 16-01-2024 16:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.
 - 16-01-2024 16:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 3.
- 16-01-2024 16:30 - Abdómen Mediana
 - 16-01-2024 16:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 2.00 cm.
 - 16-01-2024 16:30 - Largura da lesão tegumentar: 2.00 cm.

16-01-2024 16:30 - Diâmetro da lesão tegumentar: 2.00 cm.

16-01-2024 16:30 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.

16-01-2024 16:30 - Ausência de exsudado.

16-01-2024 16:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

16-01-2024 16:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

16-01-2024 16:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

16-01-2024 16:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

16-01-2024 16:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

16-01-2024 16:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 3.

16-01-2024 16:30 - Determinar evolução da ferida cirúrgica [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [FIM] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 18:30

16-01-2024 18:30 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Metabolismo

16-01-2024 14:00

16-01-2024 14:00 - Glicemia capilar: 175 mg/dl.

16-01-2024 14:00 - Determinar evolução da glicemia

16-01-2024 14:00 - Avaliar evolução da glicemia

16-01-2024 14:45

16-01-2024 14:45 - Glicemia capilar: 170 mg/dl.

16-01-2024 16:15

16-01-2024 16:15 - Glicemia capilar: 174 mg/dl.

16-01-2024 16:30

16-01-2024 16:30 - Glicemia capilar: 180 mg/dl.

16-01-2024 18:30

16-01-2024 18:30 - Glicemia capilar: 170 mg/dl.

Termorregulação

16-01-2024 14:00

16-01-2024 14:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

16-01-2024 14:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

16-01-2024 16:30

16-01-2024 16:30 - Hipotermia [RESOLVIDO] 16-01-2024 18:30

16-01-2024 16:30 - Determinar evolução da temperatura corporal

16-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal

16-01-2024 16:30 - Referenciar hipotermia ao médico

16-01-2024 16:30 - Promover termorregulação

16-01-2024 16:30 - Aplicar manta de aquecimento

4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da glicemia

- Monitorização da glicemia capilar

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Monitorização da temperatura corporal temporal

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

- Verificar permeabilidade do cateter
- Verificar se apresenta dor no local de inserção do cateter
- Verificar existência de sinais inflamatórios

Otimizar tubo endotraqueal

- Insuflar cuff
- Manter cuff do tubo endotraqueal insuflado

Posicionar para prevenir úlcera de pressão

- Aplicar dispositivos de proteção para proteger proeminências ósseas

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Observar a integridade cutânea
- Referenciar alteração da integridade cutânea ao médico

Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal

- Vigiar posicionamento do tubo endotraqueal à comissura labial

Colocar meias elásticas compressivas

- Realizar medição de ambos tornozelos
- Escolher um par meias de acordo com a medição
- Aplicar meias elásticas compressiva

Posicionar para o procedimento cirúrgico

- Posição decúbito dorsal com as pernas em adução
- Otimizar o posicionamento cirúrgico
- Aplicar dispositivos de proteção para prevenção de lesões de posicionamento cirúrgico
- Aplicar cinto abdominal

4.8. Síntese relativa ao caso

Perante o caso de BGL, o planeamento dos cuidados perioperatórios exige ao enfermeiro uma conceção adequada, de modo a garantir que as intervenções sejam específicas e apropriadas

para cada cliente. É essencial que cada fase seja preparada corretamente para permitir uma atuação efetiva e minimizar os riscos para os clientes submetidos a procedimentos anestésicos e cirúrgicos. A complexidade dos cuidados perioperatórios requer conhecimentos técnicos-científicos adaptados à experiência cirúrgica do cliente. Na cirurgia de BGL, a atuação do EE requer formação e competências avançadas, possibilitando um planejamento personalizado de cuidados focados no tipo de cliente cirúrgico. Isso permite a recolha e análise de dados/informações do cliente, direcionando um pensamento analítico e crítico para o caso clínico e, posteriormente, delineando um plano de cuidados focado na cirurgia. Enquanto EE, é demonstrada a capacidade para o desenvolvimento de uma aprendizagem significativa e competências em várias áreas essenciais para o exercício de uma prática de enfermagem avançada e de excelência em cuidados perioperatórios. As competências baseadas na tomada de decisão e julgamento clínico são fundamentais para garantir que os clientes recebam cuidados de saúde seguros e de qualidade durante a gestão da experiência cirúrgica.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Sendo a Enfermagem uma ciência, ela assenta em múltiplos pilares, paradigmas, processos, metodologias,, mas também no desenvolvimento de competências.

Algumas questões se levantam em torno deste simples conceito. O que são? O que representam? Qual é o seu verdadeiro significado?

A competência é a capacidade de conhecer e agir sobre determinadas situações. O enfermeiro competente é aquele que planeia, executa e avalia as atividades de enfermagem, é capaz de usar uma atitude profissional com os clientes, colegas e equipa multidisciplinar, possui conhecimentos profundos e atuais, sendo ético e crítico. O termo competência é utilizado na linguagem corrente, como similar a conhecimento, qualificação, aptidão, habilidade, capacidade, eficácia e eficiência.

As competências na enfermagem abrangem uma diversidade de áreas, incluindo a relação interpessoal com o cliente, a tomada de decisões baseada em evidência científica, a realização de intervenções seguras, a deteção precoce de diagnósticos e o respeito pelos valores dos clientes e pela regulamentação profissional. Estas competências são fundamentais para garantir a eficácia e a integridade da profissão de enfermagem, desempenhando um papel crucial na prestação de cuidados de saúde de alta qualidade (Cantante et al., 2020).

Na área perioperatória, espera-se que o enfermeiro demonstre um conjunto diversificado de competências avançadas, que abrangem domínios científicos, técnicos e humanos. Estas competências especializadas são vitais para fornecer cuidados de alta qualidade ao cliente, que devem ser personalizados para atender às suas necessidades específicas durante o período perioperatório. O cerne dessas competências garante a excelência na prestação de cuidados de enfermagem, através de um compromisso inabalável com a segurança do cliente e a prática baseada em evidências. Isso resulta numa gestão eficaz da experiência cirúrgica do cliente, promovendo seu bem-estar e facilitando uma recuperação rápida e tranquila (Gonçalves et al., 2017; Regulamento nº 429, 2018).

O estágio profissional em contextos clínicos teve como objetivo a promoção do desenvolvimento de aquisição de conhecimentos e competências diferenciadas e avançadas, com foco na pessoa em situação perioperatória, desenvolveu a capacidade crítica e reflexiva, essencial para uma adaptação aos diversos contextos clínicos. A partilha de conhecimentos e experiências com professores peritos, a supervisora, o gestor de estágio, a equipa de enfermagem e as orientadoras tornou mais enriquecedor todo este processo. A realização de trabalhos académicos foi igualmente vantajosa, subsidiada pelos contributos das diversas unidades

curriculares do curso, nomeadamente a nível da conceção de cuidados que permitem a prestação de cuidados diferenciados e complexos à pessoa em situação perioperatória. Adicionalmente, as atividades do projeto de desenvolvimento profissional representaram uma componente significativa deste estágio.

Este capítulo incide nos estágios que foram realizados dentro do contexto de BOC e BOECG.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

A profissão de enfermagem tem-se desenvolvido para atender às necessidades de cuidados de saúde em constante evolução e aos diversos contextos de saúde em que atua. Este pressuposto tem conduzido a um aumento na complexidade dos conhecimentos, práticas e ambientes de trabalho. Como resultado, surgiram novas áreas de atuação para a prática profissional independente de enfermeiros e enfermeiros especialistas, bem como o seu papel vital em equipas de saúde multidisciplinares e multiprofissionais (Regulamento nº 613, 2022).

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015a), o título de EE é atribuído em reconhecimento à competência científica, técnica e humana do profissional para fornecer cuidados de enfermagem especializados, além dos cuidados gerais, em áreas específicas de enfermagem. Isto implica que o EE assuma funções que se distinguem das desempenhadas pelos demais enfermeiros, atribuindo-lhe um papel único e avançado na área da saúde. Para cada área de especialização, a OE estabeleceu um conjunto de competências tanto comuns como específicas, assegurando assim um elevado padrão de prática profissional (OE, 2015a).

No seu regulamento nº 140/2019 (p.4745) artigo 3º, a OE define como competências comuns:

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

Sendo assim, existem quatro domínios para as competências comuns de Enfermeiro Especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019). Essas competências comuns são “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” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Na descrição dos subcapítulos seguintes, demonstraremos o desenvolvimento das competências comuns e o percurso realizado em contextos clínicos para a sua aquisição. Serão também considerados os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-

Cirúrgica (OE, 2017).

Responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, as competências envolvem o desenvolvimento de uma prática que seja profissional, ética e legalmente responsável na área de especialização. Tal deve ser conforme as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional. Assegurando, assim, uma prática de cuidados que respeite os direitos humanos e cumpra com as responsabilidades profissionais (Regulamento nº 140/2019).

A formação adquirida nas diversas unidades deste mestrado foi essencial para o desenvolvimento deste domínio de atuação, fomentando a capacidade de análise crítica e reflexão sobre a prática diária. Tal formação visa promover uma atuação profissional ética, evidenciada em decisões fundamentadas em sólidos princípios, valores e normas deontológicas. Na sua prática clínica, os enfermeiros exercem suas atividades com responsabilidade e integridade ética, respeitando a *legis artis*, os princípios deontológicos e os direitos e interesses dos cidadãos que são protegidos por lei. Eles assumem total responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos procedimentos que realizam e pelas funções que delegam a outros (Regulamento nº 613/2022). A ética profissional orienta a conduta dos profissionais em relação aos seus clientes, priorizando a dignidade humana e o respeito, enquanto demonstra habilidades necessárias para um serviço de qualidade. A competência envolve não só o conhecimento, mas também a capacidade de o aplicar de forma colaborativa e ética no exercício da profissão. A competência exige que a atuação profissional seja realizada com um cuidado ético (Nunes, 2014). A prestação de cuidados éticos exige uma competência ética, pois a responsabilidade e o respeito pelo outro são fundamentais para fornecer cuidados seguros e adequados. Além disso, cuidar de clientes envolve perícia, sensibilidade e competência, qualidades que devem estar presentes em todos os cuidados prestados. É crucial reconhecer as particularidades de cada cliente, tratando-o como um ser único e singular. A excelência nos cuidados deve tornar-se um hábito para quem cuida, promovendo a segurança, o respeito pela dignidade e qualidade da prática especializada (Nunes, 2014). No BO, o cliente cirúrgico está particularmente vulnerável devido aos efeitos da anestesia e da cirurgia, dependente de cuidados profissionais que lhe garantam a segurança e a sua recuperação. Neste contexto, a prática profissional dos cuidados de enfermagem humanizados deve ser conduzida por princípios éticos e regulamentos, como o Código Deontológico e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), assegurando a identificação e gestão precoce de riscos, respeitando sempre os valores éticos e deontológicos e preferências do cliente ou família/pessoa significativa, sem qualquer forma de discriminação. Os enfermeiros, no exercício da sua profissão devem manter uma postura ética e responsável, defendendo os direitos e interesses dos cidadãos que são protegidos por lei (OE, 2015b).

A relação terapêutica é fundamental na evolução das interações humanas, sendo crucial respeitar a privacidade, integridade e autonomia do cliente. Durante a elaboração dos planos de cuidados, é essencial que o EE envolva o cliente. Empregando suas habilidades comunicativas verbais e não verbais, de forma eficaz. Ajustar a linguagem ao nível do cliente é vital para assegurar uma comunicação clara e compreensível. O contributo da UC de Comunicação e Relação Terapêutica, foi precioso para este percurso perioperatório, facultando ferramentas de comunicação adequadas. O EE deve saber gerir a comunicação interpessoal e da informação com o cliente, de forma a proporcionar um clima de confiança e facilitador de uma relação terapêutica (OE, 2017). Neste sentido, desenvolver uma comunicação efetiva com o cliente e a família/pessoa significativa, reconhecendo as suas necessidades, torna-se fundamental para um ambiente terapêutico seguro. Concebendo planos de cuidados individualizados que permitam antecipar complicações e proporcionar a presença da família/pessoa significativa, contribui para a humanização e melhoria da qualidade dos cuidados (Sequeira, 2016; Barroso et al., 2021).

Uma comunicação centrada no cliente e família não é apenas um imperativo ético, mas também uma obrigação para todos os profissionais de saúde, o que remete a um ambiente de confiança e facilita a relação terapêutica. O EE deve assegurar que o cliente compreenda as informações e participe ativamente nas decisões relativas aos seus cuidados. É importante preparar o cliente para as mudanças na autoimagem e autonomia após a cirurgia. Durante o estágio clínico, foi enfatizada a necessidade de informar os clientes sobre cada procedimento, garantindo o consentimento informado e o seu envolvimento do cliente, respeitando as suas capacidades (Regulamento nº 429/2018). A clareza na comunicação sobre intervenções anestésicas e cirúrgicas é imperativa, permitindo ao cliente um período de reflexão adequado, conforme diretrizes da DGS (2013b). Para além disso, o consentimento informado alinha-se com os objetivos do programa “Cirurgia Segura, Salva Vidas” da OMS (2009a), que objetiva melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados perioperatórios. A segurança do cliente e da equipa perioperatória são prioritárias, conforme evidenciado por várias fontes (DGS, 2011; Steelman & Graling, 2013; Koch et al., 2018; Barreto et al., 2021). As verificações de segurança, incluindo o consentimento informado, são fundamentais às boas práticas de segurança cirúrgica e a minimizar eventos adversos (Lemos et al., 2017; DGS et al., 2022b). A admissão/acolhimento do cliente ao BO é um momento de especial ênfase, uma vez que uma receção calorosa pode aliviar ansiedade e medos. O EE, utilizando o seu conhecimento especializado, desempenha um papel fundamental ao explicar o ambiente do BO e assegurar a compreensão do cliente. As verificações pré-operatórias essenciais, incluindo o consentimento informado, são realizadas no sentido de garantir a segurança do cliente e da equipa. Esta *checklist* pré-operatória consiste numa ferramenta valiosa para planear os cuidados de forma segura e eficaz. O acolhimento do cliente pode constituir um momento crítico, onde pelo que uma abordagem acolhedora pode atenuar inseguranças e medos, reforçando a relevância do papel do EE na promoção da tranquilidade e proteção do cliente (Cabral, 2004; DGS, 2011; Steelman & Graling, 2013; DGS,

2013c; Gonçalves et al., 2017; Koch et al., 2018; Barroso et al., 2021; Rocha et al., 2021; Maya, 2022).

Nos debates mantidos com a supervisora, o gestor de estágio e a equipa de enfermagem, foi frequentemente elencada a sobre-eminência da proteção tanto da privacidade como da intimidade do cliente. No BO, local de ação de equipas pluridisciplinares este desafio é amplamente posto à prova. De acordo com Simões et al. (2023), a privacidade é um direito essencial do cliente e uma competência ética fundamental para equipas de saúde. Ela engloba aspetos informativos, psicológicos, sociais, físicos e normativos (Junior et al., 2017). Os enfermeiros comprometem-se a desenvolver estratégias que minimizem a exposição física dos clientes. Na SO, são realizados múltiplos esforços para manter a privacidade durante procedimentos anestésicos ou cirúrgicos, sempre com o consentimento explícito do cliente. Conforme o Estatuto da OE (2015), o direito à privacidade é essencial para a dignidade do cliente, e os enfermeiros devem assegurar a constância do seu compromisso ético profissional (Simões et al., 2023). A ética e a segurança são pilares essenciais em saúde, garante a prevenção de danos e promoção do bem-estar dos doentes. A criação de uma cultura de segurança requer uma mudança cultural e um compromisso ético contínuo com a melhoria da qualidade dos cuidados. Devem ser implementadas diretrizes práticas que garantam a segurança do cliente e proporcionem um ambiente de trabalho seguro para as equipas perioperatórias (King, 2017). Durante o período do estágio, a prática clínica foi norteada pelos princípios éticos de autonomia, justiça, igualdade, beneficência e não-maleficiência. Desde o acolhimento até à alta do BO, foi assegurado o compromisso com a dignidade, privacidade e confidencialidade respeitando os direitos humanos e, por consequência, dos clientes. Assim, garantiu-se que a prestação de cuidados de enfermagem respeitasse a singularidade, vontade, autonomia, valores, crenças e cultura de cada cliente cirúrgico.

Melhoria contínua da qualidade

Este domínio enfatiza a importância de o EE participar ativamente no desenvolvimento e apoio de iniciativas estratégicas na área da governança clínica, dentro da instituição de saúde, que fomente as práticas de excelência, gerindo e participando em programas que sublinham a melhoria da qualidade clínica, e que assegurem um ambiente terapêutico seguro e eficaz (Regulamento nº 140/2019). A OE reconheceu que a “qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional” (OE, 2011, p.6), ou seja, representa um esforço colaborativo entre diversas profissões. Que a sua implementação é específica ao contexto local. Tal assunção explica a relevância dos enfermeiros que exercem atividade em Portugal estabelecerem normas de qualidade para os cuidados de enfermagem prestados no país (OE, 2011). O papel do enfermeiro é essencial no contexto das equipas de saúde, desempenhando uma função crítica na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. A prática de

enfermagem, orientada por padrões de qualidade elevados, considera não apenas a satisfação do cliente, mas também a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar, o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e, acima de tudo, a segurança da pessoa (OE, 2017). No sentido de desenvolver esta competência, foram implementadas várias atividades que incluíram a participação em auditorias, a colaboração em formações em serviço, o envolvimento em projetos de melhoria contínua e a prática fundamentada em evidências. Algumas destas atividades, são seguidamente resumidas, enquanto as restantes serão aprofundadas nos capítulos subsequentes deste relatório, dando maior ênfase a cada uma das temáticas. Conforme mencionado anteriormente, a unidade hospitalar onde se desenvolveu o estágio clínico é reconhecida pela certificação ACSA, um modelo de acreditação oficialmente adotado pela DGS para hospitais. Este modelo baseia-se na implementação de referências nacionais, normas de orientação clínica e regimes jurídicos que contemplam a qualidade e segurança (Barroso et al., 2021). O propósito deste modelo é atingir uma excelência organizacional de maneira consistente e duradoura, sempre com o foco no bem-estar do cidadão.

Os contextos de estágio clínico enfatizam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, sustentada por uma panóplia de procedimentos técnicos de enfermagem e o seu rigoroso cumprimento diário. A instituição, em colaboração com os serviços clínicos, promove projetos de melhoria, como o atualmente vigente entre o BOC e o Serviço de Esterilização (SE), com o objetivo de otimizar processos e prevenir danos a materiais esterilizados. Devido à complexidade dos materiais/dispositivos médicos cirúrgicos num BO, é desafiador conhecer todo o arsenal existente e a especialidade cirúrgica pertencente, especialmente para as TAS que armazenam os dispositivos médicos nos stocks das especialidades. Ocasionalmente, ocorrem extravios de dispositivos médicos no SE, nomeadamente, dispositivos médicos que são enviados para outros serviços ou o BO rececionar dispositivos médicos de outros serviços. Diante deste projeto de melhoria implementado com o SE, juntamente com a supervisora de estágio, consideramos relevante realizar uma formação para as TAS do SE sobre o “Procedimento correto para o reprocessamento de instrumentos cirúrgicos”, na intenção de contribuir para a melhoria contínua na otimização de instrumentos cirúrgicos e para as práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (Regulamento n.º 140/2019). Nos cenários de estágio clínico, são regularmente conduzidas auditorias clínicas. Durante este estágio clínico, foi assegurado o cumprimento e a realização de procedimentos técnicos essenciais, como a preparação de material cirúrgico para a realização de cirurgias, como a lavagem cirúrgica das mãos, como as *checklists* de verificação da SO da cirurgia segura, de verificação da boxe de aquecimento neonatal e material no carro de apoio de reanimação neonatal, tal como a verificação de equipamentos na SO (como sejam o gerador de eletrocirurgia, torre laparoscopia, aspirador de fluidos e de fumo cirúrgico), priorizando de forma coerente a qualidade e a segurança baseadas na evidência científica. Costa et al. (2021)

confirmam que a utilização de *checklists* revela elevada confiabilidade, consistência interna sólida e se adequa à organização na preparação das SO. Tal contribui para a prevenção de incidentes e promoção da prática de segurança cirúrgica. Foi possível elaborar uma norma sobre: o “Doente com alergia ao látex”, atualmente sob avaliação da Comissão da Qualidade e Segurança (CQS), para posteriormente ser publicada no portal da instituição. Identificou-se, do mesmo modo, a necessidade de uma norma interna durante a preparação para a cirurgia programada de uma hernioplastia convencional, em que o cliente era alérgico ao látex. Até então, o serviço em contexto clínico adotava uma norma da Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) da mesma unidade hospitalar. Após debate sobre a situação com o enfermeiro gestor e a supervisora de estágio, que reconheceram a importância desta iniciativa, foi elaborada a norma. Estes procedimentos são vitais para a segurança e qualidade dos cuidados, refletindo a cultura organizacional e apoiando a supervisão clínica. O EE, seguindo o Regulamento nº 429/2018 e o Decreto-Lei n.º 65/2018, lidera na criação e aplicação de ferramentas que reforçam a prática baseada em evidências e a tomada de decisão clínica. A continuidade no desenvolvimento destas ferramentas de trabalho, estendendo-se a todas as especialidades cirúrgicas, são determinantes para garantir a segurança do cliente cirúrgico e dos profissionais, evitando custos e riscos desnecessários.

As auditorias constituem uma componente primordial da governação clínica. As auditorias de enfermagem avaliam a qualidade dos cuidados de saúde, sendo utilizadas como uma ferramenta indispensável à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, segurança do cliente e otimização dos custos, promovendo abordagens inovadoras que resultem em uma assistência exemplar e uma gestão de custos eficaz. O seu objetivo principal consiste na melhoria da prestação dos cuidados de saúde e ganhos na saúde dos clientes (Silva et al., 2016; Figueiredo et al., 2019, Barroso et al., 2021). No estágio clínico participou-se em auditorias clínicas relativas à norma da “Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde”, de acordo com o modelo proposto pela OMS. Este procedimento era realizado mensalmente, sendo conduzido em colaboração por uma enfermeira vinculada ao BOC e pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), juntamente com o apoio e de uma TAS pertencente ao BOC. Desde 2019, a DGS recomenda o modelo proposto pela OMS denominada os “Cinco Momentos” para a higiene das mãos no estágio clínico. Os momentos críticos definidos para a higienização incluem: 1) Antes de tocar no Cliente; 2) Antes de procedimentos assépticos; 3) Após potencial contato com fluidos corporais; 4) Após tocar no Cliente; e 5) Após contato com superfícies no ambiente do cliente. A noção de que a higiene das mãos é imperiosa na prevenção de infeções não é recente, apresentando-se uma estratégia simples. Mas, não obstante, a mais eficaz para diminuir as IACS. De acordo com a mesma referência, em grande parte dos casos, a transmissão cruzada de infeções ocorre pelas mãos dos profissionais de saúde, que atuam como fonte ou meio de transmissão (DGS, 2019). Ao longo do estágio clínico, foi incentivada a adoção desta prática entre os profissionais de saúde, seguindo o modelo

proposto pela OMS, e respeitando também os princípios corretos das técnicas e produtos a serem usados na higiene das mãos (OMS, 2009b). Além disso, assumiu-se a responsabilidade de alertar os clientes, seus familiares e outros profissionais que frequentavam o BO sobre a relevância deste procedimento. Por consequência, a realização de auditorias frequentes, especialmente no contexto perioperatório, é de imperativa importância. Os resultados dessas auditorias são, então, apresentados num local estratégico e de fácil visualização, acessível a todos os colaboradores da instituição. A iniciativa implementada pela organização tem como objetivo a melhoria contínua dos serviços de saúde, com foco no aumento da segurança e na elevação da qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2010).

Como anteriormente mencionado, desde setembro de 2021, o BOC colabora com o *Kaizen Institute* num projeto de aprimoramento contínuo. O objetivo consiste em incentivar os colaboradores, elevar a qualidade dos produtos e serviços, e capacitar os líderes para estabelecer processos aprimorados e sustentáveis. Essas abordagens são adotadas de forma contínua e sistemática, visando o desenvolvimento constante da organização. A metodologia *Kaizen* refere-se à “melhoria contínua” e pretende envolver todas as pessoas da organização, desde gestores a todos os colaboradores (Castanheira, 2023). A implementação desta metodologia contempla proporcionar um serviço de elevada qualidade, focando-se não apenas nos resultados obtidos, mas também na eficiência dos processos. Para que esses benefícios sejam alcançados, é essencial manter uma disciplina rigorosa, desenvolvimento de uma equipa multiprofissional comprometida com a melhoria contínua e uma atenção concentrada ao longo de todo o processo (Chambino, 2017; Castanheira, 2023, as cited in Vento & Alcaraz, 2014). Para alcançar esse objetivo, é fundamental que os gestores encorajem a participação ativa de todos os membros da equipa. Em ambos os contextos clínicos, a metodologia foi implementada da seguinte maneira: no começo de cada turno diurno, é efetuada a realização de uma *checklist* de verificação com a presença obrigatória de toda a equipa cirúrgica, incluindo o enfermeiro circulante, o enfermeiro de anestesia, o enfermeiro instrumentista, o médico anestesista e o médico cirurgião. Durante essa verificação pré-operatória, realiza-se detalhadamente todo o plano cirúrgico com o médico cirurgião, assim como a disponibilidade de todos os materiais e dispositivos médicos necessários para cada procedimento cirúrgico. Sendo necessário, garantir procedimentos técnicos preventivos, como por exemplo, medidas preventivas de trombozes venosas profundas e reserva de unidades de sangue. Relativamente à gestão de materiais e medicamentos, foi adotado um posto de armazenamento avançado que define um nível mínimo de stock. A reposição dos itens é realizada automaticamente assim que o seu consumo é registado, assegurando a continuidade da reposição necessária. A avaliação das medidas adotadas revela que o risco de erros durante o procedimento cirúrgico, especialmente na fase intraoperatória, é bastante reduzido devido à meticulosa verificação de aspetos fundamentais para a execução segura e eficiente do procedimento. No que diz respeito à gestão de materiais e medicamentos, estas práticas contribuem para a redução do tempo despendido pelos

gestores nessa tarefa e para a manutenção adequada dos stocks nos armazéns, evitando custos adicionais para a unidade hospitalar. Podemos acrescentar que a experiência prática de otimizar todo um BOC utilizando a metodologia *Kaizen* foi uma revelação significativa neste percurso de aprendizagem. Aplicar esta metodologia foi essencial para otimizar as cirurgias. Isso se refletiu na eficiência e eficácia do contributo dos cuidados de enfermagem prestados, resultando num atendimento mais rápido, maior disponibilidade dos enfermeiros e reduzindo o tempo de espera dos clientes, elevando assim a sua satisfação e ganhos em saúde dos clientes.

Gestão de cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, é solicitado que o EE realize uma gestão de cuidados de enfermagem, potenciando a resposta da equipa de enfermagem de acordo com as situações e os contextos, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019). A gestão de cuidados em enfermagem é a forma como o EE aplica a ciência do cuidar, planeando, organizando e controlando os cuidados prestados aos clientes, de forma segura, contínua e alinhada às políticas e estratégias da instituição. Consequentemente, o EE deve criar uma cultura organizacional que incentive a prática do cuidado, selecionando, aperfeiçoando e implementando um modelo de cuidado que oriente e apoie os profissionais de enfermagem. Neste sentido, a atuação do enfermeiro na gestão de cuidados envolve três dimensões, nomeadamente, a dimensão técnica, a dimensão política e a dimensão comunicativa. A dimensão técnica refere-se aos instrumentos, conhecimentos e habilidades para alcançar os objetivos de um projeto. A dimensão política relaciona-se com a articulação entre o gerenciamento e o projeto assistencial proposto. A dimensão comunicativa manifesta-se pelas relações de trabalho estabelecidas pelas equipas de saúde, direcionadas para um projeto assistencial comum e coletivo (Mororó et al., 2017). Como forma de desenvolver esta competência necessária em ambos os contextos (BOC e BOECG) foi oportuno acompanhar a supervisora de estágio, sob a função de coordenadora da especialidade da cirurgia geral, substituta do enfermeiro gestor na sua ausência e enfermeira responsável de turno. Esta competência foi desenvolvida de maneira significativa através dos contributos teóricos da UC de princípios de gestão em enfermagem avançada.

Em 2021, no contexto de estágio clínico, foi instituído um posto de gestão integrada de cuidados perioperatórios. Este posto exigia a presença de um EE durante os turnos diurnos, que assume a função de responsável de turno, durante este estágio clínico foram realizados turnos de acompanhamento à supervisora, enquanto enfermeira responsável de turno. As suas funções incluíam a coordenação da logística das SO, a articulação entre as várias áreas perioperatórias e o interior/exterior do BOC; a promoção da resolução de conflitos; a promoção de uma comunicação eficaz dentro da equipa de enfermagem; o apoio e resolução às necessidades do cliente cirúrgico e das equipas cirúrgicas; a substituição de enfermeiros; preparação do material

indispensável para as cirurgias programadas do dia seguinte; o registo das avarias ocorridas durante o turno, entre outras tarefas (Regulamento nº 743/2019). A implementação deste posto foi motivada pela necessidade de aumentar a segurança do cliente devido ao aumento do número de cirurgias, pela perceção de melhores resultados de saúde e pela redução do desperdício de recursos (Wu et al., 2016). Nas perspetivas pessoal e profissional, este posto foi indubitavelmente um grande acréscimo para o serviço. O enfermeiro responsável, com seu conhecimento técnico abrangente sobre as diferentes técnicas, dispositivos e equipamentos médicos utilizados, tem a capacidade de responder de maneira rápida, oportuna e segura aos eventos adversos que possam surgir. Durante os turnos com a supervisora de estágio, foram aprofundadas as competências de gestão, incluindo organização, delegação de tarefas, coordenação e gestão de recursos. Ficaram, assim, favorecidas as habilidades na tomada de decisão de forma estratégica, eficaz e eficiente ao longo do processo de cuidados (Regulamento n.º 140/2019).

No que concerne às funções de enfermeiro gestor, foram realizados turnos ao longo do estágio clínico de acompanhamento da supervisora enquanto substituta do enfermeiro gestor, e constatado que a gestão dos recursos humanos num BOC são um desafio. Foi registado participação na delegação e supervisão de tarefas a enfermeiros e TAS. A gestão de recursos humanos nos blocos operatórios é inspiradora, devido aos longos processos de integração e ao absentismo, que complicam a elaboração de planos de trabalho eficientes. Entre os profissionais de saúde, os enfermeiros são os que mais realizam horas extraordinárias, o que pode causar insatisfação, desmotivação e *burnout* neste grupo profissional (Brandão & Galvão, 2013; Albuquerque, 2018; AORN, 2019). Os contextos de estágios apresentavam desafios diários na gestão de horários e postos de trabalho. Na gestão de recursos humanos, especialmente na equipa de enfermagem e na equipa das TAS, foram executados planos semanais de trabalho e distribuição diária de profissionais. Estas atividades de gestão, consideraram as áreas de intervenção, de responsabilidades/competências, de formação/experiência e afinidade com especialidades cirúrgicas. Esta ação permitiu entender o funcionamento e a gestão do BO, que inclui cirurgia programada e urgente. Neste enquadramento de aprendizagem, foi possível participar no *briefing* diário de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

No que às funções de enfermeira coordenadora de cirurgia geral respeita, foi possível acompanhar a oportunidade de acompanhar a supervisora de estágio em alguns turnos, uma vez que a própria desempenhava essa função. Como enfermeira coordenadora de especialidade cirúrgica, foram-lhe atribuídas funções de supervisão e coordenação da cirurgia geral. Entre as suas responsabilidades, estavam: atuar como perita em concursos internos para a aquisição de materiais e equipamentos/dispositivos médicos utilizados na especialidade, tendo sido oportuno participar; substituir o enfermeiro gestor na sua ausência e participar na seleção de consumíveis usados para a especialidade. Essas funções possibilitaram a participação e assistência à dinamização das atividades inerentes a todo o processo de supervisão e coordenação, visando a

garantia da qualidade dos cuidados prestados. Todas as intervenções realizadas na gestão de cuidados foram determinantes, garantindo que os cuidados prestados fossem precisos, eficientes e oportunos, conforme estipulado na assistência à PSPO.

Na sequência do previamente exposto, a equipa de enfermagem, encontra-se dividida em dois grupos: os da área anestésica e os da área cirúrgica que exercem funções de enfermeiro circulante, enfermeiro de anestesia e enfermeiro instrumentista. Esta divisão de tarefas é considerada benéfica na equipa, pois permite a especialização dos enfermeiros e, consequentemente, a prestação de cuidados de enfermagem de maior qualidade. Durante o turno, cada enfermeiro é atribuído a uma função específica, seguindo um método de trabalho funcional/por tarefa (Costa, 2016). Ao longo do estágio clínico, foi possível observar que esta metodologia apresenta vantagens e desvantagens, o que é corroborado pela evidência científica. No concernente às vantagens, este método permite aos enfermeiros aprimorar as suas competências e conhecimentos numa área específica. Todavia, a existência de duas equipas de enfermagem distintas pode ser uma desvantagem, pois permite dificultar a comunicação e o espírito de trabalho em equipa, elementos cruciais para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Idealmente, cada serviço deveria estabelecer o método mais adequado à sua realidade, visando proporcionar cuidados de excelência e segurança ao cliente, valorizando a satisfação profissional e de forma a atingir os ganhos em saúde pretendidos, com qualidade.

O regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem é essencial, pois reconhece as competências dos profissionais e adapta os postos de trabalho para a segurança e qualidade dos cuidados, o que motiva a equipa e valoriza o desenvolvimento profissional, a autonomia e a responsabilidade. A dotação do número de enfermeiros e suas competências são críticos tanto para a qualidade dos cuidados de saúde, como para os clientes e instituições de saúde (Regulamento nº 743, 2019). Nos dois contextos de estágio, observou-se o cumprimento das recomendações da OE em relação à dotação segura de enfermeiros para o BO, seja para cirurgia programada ou urgente. A presença do enfermeiro circulante, instrumentista e de anestesia estava alinhada com o preconizado pela OE, o qual profere que a ausência de qualquer um destes profissionais impede a realização da cirurgia programada. Não obstante, em situações de urgência/emergência, onde existem dois clientes cirúrgicos em situação de *lifesaving*, os critérios não foram cumpridos, o que é expectável nestas circunstâncias. Na UCPA, que era a mesma tanto no BOC/BOECG, exerciam permanentemente funções três enfermeiros em oito camas durante os turnos da manhã e da tarde. Apesar de o número de camas ser superior ao número de enfermeiros, a tipologia de recobro em alguns clientes era de regime ambulatorio, o que demonstra que as recomendações da Associação dos enfermeiros das salas operatórias (AESOP) e OE eram respeitadas (AESOP, 2013; Regulamento nº 743, 2019).

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este domínio exige ao EE a demonstração de uma capacidade de autoconhecimento e assertividade, bem como a sua prática clínica especializada seja baseada na evidência científica avançada, atualizada e adequada, demarcando elevados níveis de competência, excelência e rigor (Regulamento nº 140/2019). No cerne das competências gerais do EE, o autoconhecimento e a assertividade são primordiais, pois proporcionam uma percepção mais profunda de si mesmo, tanto no aspeto pessoal quanto profissional. O enfermeiro não só precisa ter um conhecimento científico sólido para exercer a sua profissão, mas também deve ser capaz de interagir cabalmente com as pessoas, respeitando suas diferenças individuais. A assertividade, a inteligência emocional e a gestão positiva de conflitos são habilidades/competências estruturais que contribuem para o desenvolvimento pessoal e da equipa. Essas competências são adquiridas através do desenvolvimento académico, da busca constante por conhecimento científico avançado, do aprimoramento do autoconhecimento e do estabelecimento de relações multiprofissionais e terapêuticas assertivas.

A motivação para seguir o caminho de mestrado com especialização foi impulsionada pelo desenvolvimento das aprendizagens profissionais, dado que a necessidade de atualização constante dos conhecimentos é uma realidade. No decurso do estágio clínico, e na função de EE, todos os momentos de aprendizagem devem ser baseados numa prática com a melhor evidência científica disponível, com uma experiência profissional clínica e em conformidade com os recursos disponíveis (Pinto et al., 2023). Cada uma dessas rotinas propiciou aprendizagens profundas, possibilitando a integração e consolidação de conceitos, para além da mobilização de conhecimentos científicos avançados. Este processo ativo de construção de competências profissionais, que envolve a interação entre as novas informações obtidas e o conhecimento pré-existente, resulta numa mudança perene que está diretamente alinhada com a experiência individual. As estratégias de aprendizagem que foram adquiridas no decurso do trajeto serão fulcrais para o aperfeiçoamento contínuo de uma prática profissional enquanto EE em enfermagem médico cirúrgica, à PSPO.

Como modo de proporcionar os meios para o desenvolvimento de competências na área da investigação, foi realizada uma *scoping review*, orientada pela metodologia JBI (Page et al., 2021; Peters et al., 2021). O intuito desta revisão foi esmerar a capacidade de pesquisa e de consulta científica, com base nas mais recentes evidências, cumprindo uma revisão da literatura reconhecida. O objetivo da *scoping review*, foi o mapeamento da evidência científica disponível, sobre a informação a constar no momento da transição de cuidados perioperatórios em clientes submetidos a bypass gástrico por laparoscopia. Esta revisão encontra-se em forma de artigo (Anexo I), relativo a esta temática. Foi concretizada uma formação à equipa de enfermagem, cujo tema “ISBAR – como melhoria nas transições perioperatórias”. A escolha desta área de intervenção perioperatória, emergiu da necessidade de desenvolver intervenções avançadas e personalizadas de enfermagem para clientes bariátricos em situação perioperatória. Além disso,

proporcionou uma melhoria de conhecimentos e competências nesta área de atuação profissional e promoveu um incremento de informação durante a transição de cuidados perioperatório garantindo maior segurança para o cliente. Num BO, o EE requer um conhecimento especializado em diretrizes e padrões de cuidados relacionados com cirurgia, anestesia, procedimentos invasivos, equipamentos instrumentais e cirúrgicos, infeções e segurança do cliente, entre outros aspetos. Além disso, o EE deve possuir uma qualidade humana notável, excelentes habilidades interpessoais e sociais no ambiente cirúrgico, bem como demonstrar liderança, gestão, eficácia na comunicação e trabalho de equipa (Maya, 2022). Neste contexto clínico, a formação representa um pilar crucial na prestação de cuidados de enfermagem avançada, onde cada EE assume a responsabilidade de atualizar o seu próprio conhecimento. O enfermeiro deve assumir uma atitude reflexiva sobre a sua prática clínica, identificando aquelas áreas prioritárias com necessidades de recurso a processos de formação, contribuindo para a valorização profissional e para o incentivo contínuo à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Regulamento nº 140/2019).

No decurso do estágio clínico, registe-se a participação em algumas formações relevantes para a prática clínica. Foram lançadas abordagens a temas como “cuidados aos utentes com sondas, cateteres e estomas do foro urológico”; “manuseamento do dermatomo”; “manuseamento nas máquinas de sutura da Medtronic *I drive* e *signia*” e “manuseamento no sistema eletrónico de dissecação sem fios de garra curva sonicision”. No desenrolar do processo, manteve-se uma busca constante por atualização, no sentido de acompanhar o progresso tecnológico e científico exigido pelos cuidados perioperatórios, tendo como objetivo o fornecimento de cuidados de alta qualidade e segurança à PSPO. Neste sentido, e focando-nos especificamente nesta fase académica, será de destacar a nossa participação em eventos científicos. Realçamos o valor da troca de experiências e de conhecimento individual que contribuiu não somente para um progresso pessoal e profissional, como também para o fortalecer da profissão na promoção de cuidados seguros e de alta qualidade para a PSPO. Foi assumida a presidência da comissão organizadora das “III Jornadas Enfermagem Perioperatória Patologia da Hérnia Inguinal”, no âmbito do mesmo evento científico, acrescido da preleção na comunicação oral “Tipos de redes e indicações”. Participamos nas Primeiras Jornadas de Cirurgia do Atlântico Norte – Cirurgia da Parede Abdominal; no XX Congresso Nacional da AESOP, apresentando a comunicação livre “Impacto Do Enfermeiro Perioperatório na Segurança do Doente Cirúrgico: Práticas de Prevenção de Retenção Inadvertida de Itens Quantificáveis”, no XLIII Congresso Nacional de Cirurgia; adicionalmente, participamos no evento NursID Spring School 2023 no âmbito do Seminário de enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Neste, foi também apresentado um trabalho em coautoria intitulado “Prevenção da retenção inadvertida de itens quantificáveis”. Nas I Jornadas de enfermagem perioperatória de neurocirurgia do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, apresentando como coautora do poster intitulado “Impacto do enfermeiro perioperatório na segurança do doente

cirúrgico: práticas de prevenção de retenção inadvertida de itens quantificáveis”. Tomamos parte do 5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em controlo de Infecção; nas VI Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria – Enfermagem Perioperatória, Inovar e Humanizar, neste, registou-se a autoria da comunicação livre “Transições Perioperatórias a Doente submetido a Bypass Gástrico por Laparoscopia”. Incluímos a participação em dois workshops, intitulados por “Robótica da Medtronic” e “workshops da indústria - 3M -Vacuoterapia”.

Acresce dizer que foi publicado o artigo intitulado “Impact of the perioperative nurse on surgical patient safety: Practices to prevent inadvertent retention of quantifiable items” na Revista Health&Society Vol.3 nº3, nas páginas 82-102, com o doi: 10.51249/hs. v3i03.1404 (Reis et al., 2023).

Os casos clínicos refletem um compromisso com a excelência nos cuidados de saúde, enfatizando a importância da tomada de decisão informada e baseada em evidência científica. A integração do conhecimento com experiência clínica, aliada ao uso de normas e evidências científicas, objetiva otimizar o processo de cuidados, que puderam ser vistos em detalhe no capítulo 3 e 4, do presente relatório. Para além deste fator, promove-se a prática clínica fundamentada em pesquisa bem como a implementação de padrões e procedimentos que garantam uma prática especializada eficaz no ambiente de trabalho. A conceção de cuidados permite pensar sobre estes, permite a aplicabilidade dos conhecimentos ganhos, a tomada de decisões fundamentadas em evidência e a implementação de ações de forma ordenada e priorizada. Ela possibilita e favorece a individualização dos cuidados por meio da seleção de dados relevantes, determinação de objetivos, levantamento de diagnóstico e planeamento de intervenções direcionadas à pessoa. Todos estes passos seguem uma lógica sequencial permitindo prestar cuidados fundamentados e de qualidade (Giordani et al., 2015; França et al., 2022; OE, 2022).

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

A OE, no regulamento nº 140/2019 (2019, p.4745) do seu artigo 3º, define como competências específicas:

“as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”

A prática clínica dos enfermeiros perioperatórios tem como principal foco de intervenção a

pessoa e família/pessoa significativa que necessita de procedimento cirúrgico e/ou anestésico. Os cuidados perioperatórios são projetados para atender às necessidades específicas da pessoa e família/pessoa significativa, tendo como áreas de intervenção: a promoção da saúde; a prevenção de eventos adversos e respetivo tratamento da doença. A intervenção do EE em perioperatório abrange cinco áreas de atuação, nomeadamente: a consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos, durante as três fases do perioperatório (pré, intra e pós-operatório) (AESOP, 2012; EORNA, 2019; Regulamento n.º 429/2018). A fase pré-operatória começa com a decisão do cirurgião e termina com a transferência da pessoa para a mesa operatória. A fase intraoperatória inicia-se no momento quando a pessoa é transferida para a mesa operatória e termina quando é movida para a UCPA. A fase pós-operatória inicia-se no momento em que a pessoa é admitida na UCPA e termina quando se considera que a mesma recuperou da cirurgia e da anestesia, bem como de eventuais complicações cirúrgicas (Maya, 2022; Regulamento n.º 429/2018). Ao enfermeiro do perioperatório é exigido um conjunto de competências especializadas durante os cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória. O principal foco dessas competências é garantir a excelência dos cuidados de enfermagem com evidência e segurança durante a gestão da experiência cirúrgica (Gonçalves et al., 2017; Regulamento n.º 429/2018).

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

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (p.19360) no seu artigo 5, são definidas como competências específicas:

“As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória são: a) Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa; b) Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica”.

Na descrição dos subcapítulos seguintes, demonstraremos o desenvolvimento das competências específicas e o percurso realizado em contextos clínicos para a sua aquisição. Serão também considerados os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017).

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

Os cuidados de enfermagem perioperatória, conforme descrito nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017), são alicerçados em cinco pilares. Estes incluem o reconhecimento e a capacitação da outra pessoa, a vulnerabilidade, a responsabilidade de cuidar, a prudência e a gestão do risco, e a consciência cirúrgica. No contexto dos cuidados perioperatórios, surgem dois conceitos críticos: a vulnerabilidade do cliente no período perioperatório e a consciência cirúrgica. Ao referirmo-nos à vulnerabilidade do cliente cirúrgico, estamos a falar da sua fragilidade humana face ao seu estado de saúde alterado, aos riscos que enfrenta e ao desconhecido que tem pela frente (Morais, 2010). No percurso do estágio clínico, constatou-se que o EE presta os seus cuidados numa visão holística do cliente/família em situação perioperatória. O objetivo é identificar as suas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais, de forma a desenvolver mecanismos de defesa na gestão da experiência perioperatória (AORN, 2019; OE, 2017). À luz da teoria das transições de Meleis (2000), a família do cliente pode vivenciar transições situacionais, organizacionais e de saúde-doença. Portanto, o enfermeiro deve incluir a família/pessoa significativa do cliente durante o processo de transição, estando alerta aos potenciais processos de mudança do cliente. Isso permite definir e planejar as suas intervenções, de modo a proporcionar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Santos et al., 2016). O EE tem o dever/responsabilidade de proporcionar um ambiente que permita à família/pessoa significativa do cliente acompanhar a sua experiência perioperatória. No entanto, no decorrer do estágio, verificou-se que as condições físicas não permitiam aos familiares cumprir este requisito. Esta questão foi elevada aos gestores de enfermagem, que confirmaram estar cientes da situação. A solução proposta passaria por uma reestruturação do espaço físico, o que foi inviável na situação descrita.

A duração do estágio, foi visível que muitos clientes ainda apresentavam dúvidas ao chegar ao BO, apesar de a maioria das cirurgias serem programadas. Esta questão foi alvo de reflexão com a supervisora do estágio e outros colegas de enfermagem. Concluímos que a consulta pré-operatória de enfermagem poderia ser usada para esclarecer dúvidas e medos dos clientes, melhorando assim a sua capacidade de autocuidado (Breda & Cerejo, 2021). Embora a consulta pré-operatória não exista neste contexto clínico e não tenha sido uma competência desenvolvida durante o estágio, a sua implementação seria extremamente valiosa, dado que muitos clientes expressam ansiedade e medo antes da cirurgia. A literatura confirma que o EE pode aliviar a ansiedade e os medos dos clientes, fornecendo informações pré-operatórias, enaltece os cuidados humanizados e coloca o cliente no centro da prática, aumentando assim a sua satisfação (Cabral, 2004; Guido et al., 2014; Gonçalves et al., 2017; Baleizão, 2018; Breda & Cerejo, 2021; Silva et al., 2022).

A segurança do cliente é uma prioridade crescente para as instituições de saúde. Neste enquadramento, a OMS estabeleceu a segurança cirúrgica como o segundo desafio global para a segurança do cliente, através do programa “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, que inclui a

implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) como uma das estratégias (OMS, 2009a). Em Portugal, e a partir de 2013, fundamentou-se a sua obrigatoriedade de uso em todos os BO do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e das entidades por este contratadas, sendo assim considerado o alicerce da qualidade clínica (DGS, 2013c). É reconhecido que o êxito do programa depende da cultura de segurança do cliente e do compromisso dos profissionais envolvidos na implementação em relação ao princípio da LVSC (Mota, 2015; Rocha et al., 2021). No projeto de estágio envolvemo-nos em todas as cirurgias presenciadas, realizando a LVSC, enquanto enfermeira circulante, e afetos às responsabilidades pelo preenchimento da LVSC, bem como pelo fornecimento de informações relevantes para o seu cumprimento e colaboração com toda a equipa perioperatória.

No sentido de maximizar a segurança do ambiente terapêutico e gerir o risco, o posicionamento cirúrgico (PC) é uma responsabilidade compartilhada por todos os profissionais das equipas anestésica e cirúrgica. Torna-se imprescindível a implementação de estratégias que garantam um plano de intervenção personalizado para o cliente, através da utilização de uma comunicação efetiva e clara, fazendo uso da competência dos profissionais durante o ato da colocação e aplicação de equipamentos/dispositivos médicos de posicionamento adequados para prevenir quedas, deslizamentos e lesões ao cliente (Barroso et al., 2021; Flauzino et al., 2021; Maya, 2022). A prevenção de complicações no PC é uma área de intervenção do EE perioperatório. A nossa intervenção objetivou proporcionar conforto, bem-estar, dignidade, integridade, privacidade e segurança do cliente, minimizando o traumatismo tecidular, otimizando a ventilação e o acesso aos dispositivos de monitorização e reduzindo o tempo cirúrgico (AORN, 2019; EORNA, 2019; Flauzino et al., 2021). O procedimento exigiu a colaboração da equipa multidisciplinar, considerando as especificidades de cada fase perioperatória (Regulamento nº 429/2018).

Aquando dos módulos I e II do estágio de natureza profissional, parte da unidade curricular, foi proposta a criação de um projeto de melhoria no contexto clínico. Este projeto poderia ser baseado num procedimento invasivo, alinhado com as competências específicas adquiridas durante o mestrado. Estas competências são decisivas para o exercício do EE em enfermagem médico-cirúrgica, com especial relevância ao tratar-se de clientes em situação perioperatória. O objetivo do projeto consistia no desenvolvimento de competências de EE, capacitando-o para coordenar equipas de enfermagem em contexto cirúrgico. O foco residia na prestação contínua de cuidados aos clientes, ao longo de um continuum de cuidados. Por outro lado, o programa preconizava desenvolver competências para a produção e aplicação de conhecimento avançado, bem como para a tomada de decisão autónoma e reflexiva, baseada na melhor evidência científica. Tudo isso com o objetivo de contribuir para a promoção da qualidade dos cuidados e para o exercício profissional dos enfermeiros.

No primeiro estágio, observamos que na prática clínica, o processo de transição de cuidados na fase intraoperatória e pós-operatória do cliente não era consistente em todas as especialidades

cirúrgicas. Muito embora já existisse uma norma sobre a utilização da técnica ISBAR (desde 2021) no serviço, verificamos que os enfermeiros não usavam nenhuma ferramenta de comunicação de forma rigorosa e sistemática durante a transição de cuidados da SO para a UCPA, nem da UCPA para o internamento. Paralelamente, fatores externos como ruídos sonoros, distrações e/ou interrupções e sobreposição de vozes dificultam por vezes a realização da transição de cuidados. Em conversas informais com as orientadoras, gestor e supervisora de estágio, identificou-se que a comunicação na transição de cuidados no BO não era uniforme e coerente em todas as especialidades cirúrgicas, sob pena de omissão de informações relevantes sobre o cliente, num serviço com características tão próprias como é o BO. Como a existência desses fatores pode comprometer a segurança do cliente, conduziu-nos à identificação do problema. Para resolver esse problema, consideramos que seria relevante começar por uma cirurgia onde se realizaria uma pesquisa de modo a selecionar a informação relevante que deve constar na transição de cuidados.

A segurança do doente é um direito fundamental e uma dimensão central para a qualidade dos cuidados de saúde. Nos últimos anos, tem-se assistido a um crescente reconhecimento da importância de prevenir e reduzir os incidentes de segurança que podem causar danos evitáveis aos doentes e aos profissionais de saúde. Neste sentido, a OMS definiu um Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030, com sete objetivos estratégicos para eliminar os riscos nos cuidados de saúde (OMS, 2021). Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026) visa alinhar as políticas e as práticas nacionais com as orientações internacionais, promovendo uma cultura de segurança, uma liderança e governança eficazes, uma comunicação transparente e eficiente, uma prevenção e gestão adequadas dos incidentes de segurança e a implementação de práticas seguras em ambientes seguros. O EE tem um papel fundamental na promoção da segurança do doente, através da gestão do risco e do ambiente, da implementação da prática baseada na evidência, da incorporação da investigação na prática de cuidados, da formação contínua e da melhoria das competências técnicas e relacionais, tendo em vista a excelência dos cuidados prestados. A *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN, 2018) comprova que uma das principais fontes de eventos sentinela é a comunicação ineficaz entre os profissionais de saúde, sobretudo nas transições de cuidados do cliente. A comunicação eficaz é um dos critérios de avaliação e indispensável à prática cirúrgica segura. Estes eventos comprometem em cerca de 70%, a segurança do cliente devido a falhas de comunicação entre as equipas prestadoras de cuidados durante as transições de cuidados (DGS, 2017). Como medida preventiva, a ferramenta estruturada segundo a técnica ISBAR (Identificação, situação atual, antecedentes, avaliação e recomendações). A comunicação eficaz na transição dos cuidados, surge como ponto de partida para o desenvolvimento do projeto de competências específicas no EE perioperatório, promovendo a segurança perioperatória, prevenindo a ocorrência de complicações e eventos adversos (DGS, 2017; AORN, 2018; Müller et al., 2018; Barroso et al., 2021; Wang et al., 2021;

Servas et al., 2022; Miranda et al., 2023).

O aumento da prevalência da obesidade e os avanços na técnica cirúrgica, fez com que nos últimos anos, a cirurgia bariátrica tenha surgido como uma solução, levando a um incremento significativo do número de casos (INE, 2021; OMS, 2022). De acordo com a IFSO, o número de cirurgias bariátricas realizadas em 2019 foi superior a 833.000 (IFSO, 2019).

Nos Estados Unidos, este aumento reporta, segundo a ASMBS, 252.000 cirurgias em 2018 foram realizadas, o que demonstra um importante crescimento em relação aos anos anteriores (ASMBS, 2022). Um estudo publicado na revista *Obesity Surgery* aponta para um panorama europeu semelhante, especificando que se tem assistido a um aumento constante na realização de cirurgias bariátricas ao longo de um período de 20 anos (O'Brien et al., 2019).

O agravamento da incidência de obesidade em Portugal, levou a DGS, através do Departamento da Qualidade na Saúde e do grupo técnico de acompanhamento do Tratamento Cirúrgico da Obesidade, à criação de normas com orientações para boas práticas na abordagem ao cliente com obesidade elegível para a CB (DGS, 2012). Realce-se que a unidade hospitalar de estágio clínico é um dos centros de responsabilidade integrada de obesidade a nível nacional, que objetiva ser um centro de excelência na patologia, tanto a nível local como nacional. A sua atividade é centrada na excelência dos cuidados de saúde prestados aos clientes da sua área de referência e outras, abordando a doença nas suas vertentes de prevenção e tratamento. Esta cirurgia é o tratamento atualmente considerado o *gold standard* para a perda de peso e o controlo de comorbilidades nos clientes com obesidade grave. As técnicas cirúrgicas mais utilizadas em Portugal são o Bypass Gástrico (BG) e a gastrectomia vertical (Sleeve), ambas por laparoscopia (DGS, 2012; Fagundes et al., 2022). Face ao exposto anteriormente, a cirurgia selecionada foi o BG por laparoscopia.

A investigação focou-se no contexto do BO de uma unidade hospitalar da região norte, como referido anteriormente, no qual são prestados cuidados de saúde de acordo com as diretrizes do CRI. Em alinhamento com elevados padrões de competência, excelência e rigor, nesta unidade vê-se respeitado o princípio da humanização nos cuidados ao cliente. Neste sentido, o tema abordado está alinhado com o contexto da instituição de saúde onde o estágio foi realizado. Neste enquadramento, emerge o tema central deste relatório: “Informação na Transição de Cuidados Perioperatório na Cirurgia de Bypass Gástrico por Laparoscopia”, tendo como objetivo principal o desenvolvimento de competências de enfermagem avançadas na área da prestação de cuidados perioperatórios, de forma a garantir a segurança da pessoa e da equipa pluridisciplinar, congruente com a ética profissional no período perioperatório. Este objetivo de índole mais geral foi desdobrado em vários objetivos de carácter mais específicos e nas respetivas atividades que os concretizam: Identificar as práticas da equipa de enfermagem relativamente à informação transmitida na transição de cuidados perioperatórios na cirurgia de bypass gástrico por laparoscopia; Aprofundar conhecimentos sobre a informação na transição

de cuidados perioperatórios na cirurgia de bypass gástrico por laparoscopia ; Desenvolver conhecimentos/capacidades nas áreas de atuação do enfermeiro instrumentista e circulante no período intraoperatório ao cliente submetido a bypass gástrico por laparoscopia; Utilizar estratégias de comunicação adequadas, que assegurem a continuidade de cuidados no período pós-operatório imediato do cliente submetido a bypass gástrico por laparoscopia e contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem prestados no perioperatório ao cliente submetido a bypass gástrico por laparoscopia. As atividades planejadas foram projetadas para cumprir os objetivos definidos, estando diretamente ligadas à prática clínica do EE perioperatório em todas as fases da sua intervenção. A componente de investigação apoiada na evidência científica atual, facilita o autoconhecimento e a aprendizagem em contexto clínico, mostrando a relevância na área de intervenção especializada.

Para além da *scoping review* realizada no projeto (Anexo I), como mencionado anteriormente, foi proposto o desenvolvimento de um protocolo (como projeto de melhoria) sobre a informação que deve ser transmitida na transição de cuidados perioperatórios para a cirurgia de bypass gástrico por laparoscopia, assim como para o *briefing* coletivo de enfermagem utilizando a mnemónica ISBAR, sendo um dos objetivos específicos do projeto de desenvolvimento profissional. Este protocolo foi apresentado à equipa de enfermagem numa formação em serviço, a qual forneceu sugestões de melhoria, exigiu a consolidação da evidência científica mais recente sobre as transições de cuidados neste tipo de cirurgia, *briefing* de enfermagem e promoveu a reflexão sobre as práticas clínicas adaptadas ao serviço (Bourdon, 2015; Robins & Dai, 2015; Kitney et al., 2018; Leonardsen et al., 2019; Methangkool et al., 2019; Kitney et al., 2020; Wang et al., 2021; Kaltoft et al., 2022). Ao longo do estágio clínico no Módulo II, o gestor de enfermagem sugeriu a sua implementação. Estas revelaram-se duas ferramentas de trabalho valiosas, contribuindo para a qualidade, uniformização dos procedimentos e segurança dos cuidados prestados aos clientes cirúrgicos, além de aumentar a satisfação da equipa de enfermagem. Presentemente, o protocolo criado está numa fase inicial, através do qual, os enfermeiros transmitem a informação de acordo com esse protocolo. Tal facilita todo o processo de transição de cuidados, não só para a cirurgia escolhida na elaboração deste protocolo, mas também para outras cirurgias e para o *briefing* coletivo de enfermagem, procurando minimizar a ocorrência de erros e diminuir potenciais falhas na transmissão da informação, e pode ainda intervir significativamente na continuidade de cuidados e melhorar a segurança cirúrgica. A proposta de protocolo está atualmente sob avaliação da CQS e, após aprovação, será publicada no portal da instituição.

Os contextos de estágio, possibilitaram agir com conformidade e pertinência nas diferentes áreas de atuação dos enfermeiros de anestesia, circulante, instrumentista e UCPA, excetuando-se a consulta pré-operatória, pela sua inexistência em contexto clínico (AESOP, 2012). Estas funções, apesar de distintas umas das outras, são complementares. O enfermeiro de anestesia é o responsável pelo primeiro contato de admissão/acolhimento ao cliente no BO e juntamente

com o circulante encaminha o cliente para a mesa operatória, sendo o responsável pela administração da anestesia prescrita pelo médico anestesista. O enfermeiro de anestesia deve desenvolver competências na área de anestesia, o que requer conhecimentos em relação às várias técnicas anestésicas, agentes anestésicos, métodos de monitorização e interações medicamentosas (AESOP, 2012). Relativamente ao desenvolvimento das atividades de anestesia em estágio registou-se cooperação em vários procedimentos anestésicos (anestesia geral, bloqueios loco-regionais e anestesia tópica), utilizando estratégias e medidas de segurança para evitar eventos adversos da administração de medicação e procedimentos anestésicos (Regulamento nº 429/2018). O enfermeiro circulante e o instrumentista trabalham em complementaridade, ou seja, o instrumentista permanece na zona esterilizada, juntamente com a equipa cirúrgica, e o circulante mantém-se na zona não esterilizada. O enfermeiro circulante tem a função de ligação entre a SO e os restantes serviços do BO, desempenhando tarefas como: consultar o plano operatório; preparar e organizar os recursos/materiais necessários para a cirurgia; testar os equipamentos necessários na cirurgia; colaborar no acolhimento ao cliente; controlar as condições ambientais da SO; promover a segurança do cliente (posicionamento, colocação de elétrodo neutro para gerador de eletrocirurgia); apoio na paramentação cirúrgica; realização da contagem e registo de itens quantificáveis; verificação do acondicionamento e registo de peças e produtos operatórios; promoção da manutenção de um ambiente calmo e seguro; garantir o cumprimento dos processos de esterilização dos dispositivos médicos; gestão de gastos; prevenção e gestão do risco; cooperação na realização do penso cirúrgico; colaboração no transporte do cliente para UCPA e realização de registos de todo o processo anestésico-cirúrgico. O enfermeiro instrumentista é aquele que consulta o plano operatório; previne, reduz e elimina o risco de infeção associada ao ato cirúrgico; cumpre e garante o cumprimento dos protocolos estabelecidos no âmbito da técnica assética cirúrgica (minimizar o traumatismo tecidual e reduzir do tempo cirúrgico) e executa a contagem de itens quantificáveis, zela pela segurança do cliente e da equipa cirúrgica e assegura o cumprimento dos princípios de higienização da SO. No contexto de estágio, as atividades desenvolvidas nas áreas de circulante/instrumentista foram a lavagem cirúrgica das mãos, paramentação cirúrgica, preparação das mesas cirúrgicas, manuseamento correto de dispositivos médicos esterilizados, contagem de itens quantificáveis (compressas, agulhas, lâminas, batufos, instrumental cirúrgico, etc); abertura do instrumental cirúrgico com a validação do integrador de esterilização, acondicionamento e registo de peças operatórias (Paz et al., 2000; Ângelo, 2015; Melo, 2015; Regulamento nº 429/2018; Chagas et al., 2022; Fernandes, 2022; Ebone et al., 2023). Paralelamente à implementação de um projeto de melhoria, foram aprimorados conhecimentos e habilidades nas funções de instrumentação e circulação em diversas especialidades cirúrgicas. Destaca-se, em particular, as cirurgias ortopédicas de trauma e as de urologia, enquanto áreas totalmente desconhecidas da nossa experiência em instrumentação. A aprendizagem e a partilha de conhecimentos com a supervisão e os pares foram enriquecedoras, contribuindo para uma maior maturidade profissional. Essas experiências foram

solidificando conhecimentos e fortalecendo competências anteriormente adquiridas, propiciando um desenvolvimento da prática clínica e promovendo a excelência dos cuidados de enfermagem à PSPO.

No pós-operatório imediato, o enfermeiro foca-se na manutenção dos processos fisiológicos. As primeiras 24 horas após a cirurgia são críticas e vulneráveis a complicações. Assim, a enfermagem é vital nesta fase para prevenir, reconhecer e tratar precocemente possíveis complicações anestésicas-cirúrgicas (AESOP, 2012; Duarte & Martins, 2014), pelo que a monitorização de sinais e sintomas permite analisar os resultados e intervir com base num conhecimento avançado, evidência científica e profissional. Sendo, como já foi veiculado, a prática baseada em evidências um método que garante a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, permite que os enfermeiros concebam as suas decisões com base em teorias válidas e atuais, que são basilares para a prestação de cuidados diferenciados e bem fundamentados (Cambotas, 2014; Regulamento nº429/2018). As nossas atividades na UCPA foram sobretudo de identificação atempada e precoce de sinais e sintomas de complicações pós-operatórias imediatas. Os clientes encontravam-se com monitorização standard dos sinais vitais, e as tarefas realizadas consistiram na avaliação de NVPO, alterações de consciência, avaliação de dor pós-operatória, alterações de sensibilidade, manutenção da temperatura corporal e alterações na função respiratória e cardiovascular (Souza et al., 2020; Lopes et al. 2022).

A DGS (2003) classificou a dor como o quinto sinal vital, o que justifica a necessidade de existir avaliação, registo e controlo sistemático e contínuo. No estágio foi oportuno participar na Unidade de Dor Aguda (UDA) dentro e fora do BO, que envolvia uma equipa de enfermagem especializada em dor aguda. Esta intervenção estratégica permitiu progredir na gestão da dor não controlada e no estado funcional e da satisfação dos clientes, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados (Venkatesan et al., 2021). No decurso do estágio, a maioria das intervenções autónomas eram interdependentes, incluindo medidas farmacológicas, assistência à equipa cirúrgica, desinfeção do campo cirúrgico e colocação de campos esterilizados. No entanto, para clientes submetidos a anestesia loco regional ou local, foram usadas intervenções autónomas como o reposicionamento do cliente, escuta ativa e técnicas de relaxamento. Estas intervenções foram sempre adaptadas às necessidades do cliente cirúrgico, levando em consideração a complexidade e vulnerabilidade do enquadramento.

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

Em conformidade com uma obrigação moral de salvaguardar a assepsia cirúrgica e a segurança do cliente, a consciência cirúrgica é um conceito único e central para a prática clínica dos enfermeiros perioperatórios (Duff et al., 2021). A OE (2017, p. 27) descreve-a como “um princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar a pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação, independentemente do controlo externo efetuado”. Ao longo deste estágio, foi possibilitada a adoção do modelo de referência e demonstradas competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória, garantindo a segurança do cliente congruente com uma cultura de consciência cirúrgica, conforme estabelecido no Regulamento nº 429/2018. O exercício profissional do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, caracteriza-se pela atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica e cujos princípios se baseiam na atuação com responsabilidade profissional e prudência (OE, 2017). O enfermeiro perioperatório deve proporcionar ao cliente cuidados de enfermagem específicos e de qualidade, com o objetivo de minimizar a ocorrência de eventos adversos, considerando a vulnerabilidade do cliente durante a sua experiência perioperatória. A aprendizagem constante, numa busca permanente do melhor fazer em cada contexto, é a única forma de assegurar a melhoria contínua que é exigida. Na área específica do BO, o papel do enfermeiro perioperatório é basilar na criação de um ambiente seguro. O risco é visto como uma aposta na qualidade, que atualmente é considerada uma mais valia para atingir o sucesso. O enfermeiro perioperatório, através da sua competência e adesão aos princípios inerentes ao cuidado do cliente, o enfermeiro perioperatório fortalece esta qualidade, contribuindo assim para um ambiente seguro e de qualidade na assistência prestada (Regulamento nº 428/2018). Ao longo desta etapa, foi possível promover um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório. A utilização da LVSC e respetivo registo (DGS, 2013c); a implementação da ferramenta estruturada na transição dos cuidados perioperatórios na cirurgia de BG; os procedimentos relativos ao posicionamento cirúrgico, de forma a garantir e prevenir complicações; as dotações das SO; a segurança na medicação, entre outras, constituíram áreas de intervenção enquanto EE perioperatório, promovendo uma cultura de segurança nos cuidados perioperatórios, favorecendo uma melhoria contínua com todos os intervenientes (OE, 2017; Regulamento nº 429/2018; DGS, 2022a).

Entre 2011 e 2012, Portugal tinha uma das maiores taxas de infeção hospitalar na Europa. No entanto, desde a implementação do projeto “STOP – Infeção Hospitalar” em 2015-2018, essa taxa tem tendencialmente, vindo a diminuir. Na atualidade, e em alinhamento com a concretização do projeto, pretende-se maximizar e expandir esses resultados positivos (DGS, 2022d). Este projeto, reconhecido pela DGS e pelo Ministério da Saúde, foi incluído no Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026. Ele serve como um indicador de qualidade tanto

para o PPCIRA quanto para as instituições de saúde. Os dados do programa de vigilância epidemiológica da Infecção do Local Cirúrgico (ILC) na Europa e do desafio "STOP" em Portugal (2015-2018) indicam uma redução de 50% da ILC em cirurgias de colon/reto, colecistectomia e artroplastia da anca e joelho (DGS, 2020; Fundação Calouste Gulbenkian, 2023). No decurso desta aprendizagem, e com o objetivo de contribuir significativamente para este projeto, foram realizadas atividades para liderar a prevenção e o controle da ILC. As diretrizes atuais recomendam o uso de antissépticos à base de álcool para a desinfecção cirúrgica da pele antes de um procedimento cirúrgico, pois agem mais rapidamente do que uma solução aquosa e possuem um componente adicional que prolonga o efeito residual da atividade antimicrobiana. Esta é uma estratégia efetiva para reduzir a carga microbiana da pele antes da cirurgia, diminuindo assim o risco de ILC, mantendo os princípios da assepsia da pele e do controlo da contaminação (Beausoleil et al., 2022; DGS, 2022b; DGS, 2022c). No que diz respeito a desinfecção cirúrgica da pele, a redução da carga microbiana da pele antes de uma cirurgia é uma estratégia funcional para a diminuição de risco da ILC. As guidelines atuais recomendam antissépticos que contenham álcool, para a preparação da pele antes de um procedimento cirúrgico, uma vez que atuam mais rapidamente que uma solução aquosa, e um componente adicional que prolongue o efeito residual da atividade antimicrobiana (Beausoleil et al., 2022). A DGS, na sua norma recentemente reformulada na prevenção da ILC, refere as intervenções a considerar no período perioperatório, tais como: o banho com clorhexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência; a administração de antibioterapia profilática dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado; a tricotomia é evitada sempre que possível e quando realizada, recorre-se a máquina de corte e imediatamente antes da cirurgia; manutenção de normotermia perioperatória e normoglicémica (glicemia ≤ 180 mg/dl) durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes (DGS, 2022b). De acordo com o previamente exposto, tivemos a oportunidade de participar ativamente em auditorias relativas à norma da "Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde", procurando manter de forma rigorosa os princípios de preparação pré-cirúrgica das mãos, preconizados pela OMS (OMS, 2009b), respeitando os princípios estabelecidos na norma da higiene das mãos nas unidades de saúde da DGS (DGS, 2019). Foi possível estabelecer uma cooperação no cumprimento dos princípios da gestão adequada e oportuna da profilaxia antibiótica cirúrgica, assegurando a sua consecução segundo indicação do cirurgião e respetiva repicagem, caso houvesse necessidade (DGS, 2022b). Foi garantida a aplicação dos processos e a confirmação da esterilização dos dispositivos médicos através das condições de segurança relativas à limpeza, desinfecção e método de esterilização (AESOP, 2013), aquando abertura de dispositivos médicos/instrumental/material esterilizados,

A normotermia perioperatória está também definida como uma das intervenções para prevenção de ILC pela DGS (2022b). Ela resulta de um equilíbrio dinâmico entre o ganho e a perda de calor, sendo necessário à sua monitorização e manutenção durante o período

perioperatório (Giuliano & Hendricks, 2017). A hipotermia inadvertida consiste num efeito secundário muito comum em clientes submetidas a procedimentos anestésicos e cirúrgicos. Existem vários fatores que podem, inadvertidamente, causar hipotermia. Estes incluem o tipo e duração da anestesia, a temperatura ambiente na sala de operações e características individuais do cliente, como a idade, o posicionamento cirúrgico, a exposição de cavidades, a duração da cirurgia, o tipo de cirurgia, entre outros (Nascimento et al., 2015; AESOP, 2017; Giuliano & Hendricks, 2017; Gonçalves et al., 2019; Rauch et al., 2021; Souza et al., 2023). No período perioperatório, é fundamental monitorizar a temperatura corporal e aquecer o cliente para estabelecer intervenções que previnam a hipotermia, mantenham a normotermia e atenuem complicações graves, como a hemorragia, ILC (Gonçalves et al., 2019; Souza et al., 2019; Onay et al., 2021).

Na gestão e controlo dos dispositivos médicos no perioperatório, garantimos a disponibilidade, integridade e funcionalidade dos mesmos, seguindo as instruções do fabricante e promovendo a segurança do cliente. Do mesmo modo, ficou assegurada a segurança através da observância da vigilância obrigatória e adotadas as boas práticas na utilização de dispositivos médicos, conforme estabelecido pela AESOP (2013). Durante este trajeto de qualificação, foi oportuna a interação com o SE da instituição, o que permitiu entender as dinâmicas de intervenção no controlo e preparação dos dispositivos médicos, considerando os seus circuitos e etapas. O objetivo consistia em participar na conceção e implementação dos processos de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo, tendo sido um momento de aprendizagem bastante enriquecedor, permitindo compreender o circuito e processos de esterilização, assim como os fatores que interferem na otimização e gestão de equipamentos/materiais no BO (Regulamento n.º 429/2018).

A retenção inadvertida de itens quantificáveis (RIIQ) é considerada um evento sentinela (The Joint Commission [JC], 2013), podendo acarretar consequências negativas para o cliente cirúrgico. Nesse contexto, foi realizada uma formação em serviço para os enfermeiros do BO, intitulada “Impacto do enfermeiro perioperatório na segurança do cliente cirúrgico: práticas de prevenção de retenção inadvertida de itens quantificáveis na cirurgia”. É indispensável o desenvolvimento de sensibilização da equipa, com o objetivo de promover práticas mais seguras e eficazes no contexto perioperatório. Essas práticas, baseadas em evidência clínica, reduzem a probabilidade de erros e contribuem para a obtenção de melhores resultados na qualidade dos cuidados. A recolha de uma peça operatória ou amostras de tecidos e fluidos para análises futuras em procedimentos cirúrgicos, é bastante frequente. Estas práticas, essenciais para um diagnóstico preciso e tratamento eficaz, são definidas pelo Despacho nº 399/2009. Uma função indispensável do EE perioperatório consiste na correta identificação, controlo do processamento e documentação dessas amostras, conforme as normas institucionais (Despacho nº 399/2009).

Por último e como já referimos anteriormente, foi propiciada a ocasião para participar na conceção e na implementação dos processos de reprocessamento de materiais e equipamentos/dispositivos médicos utilizados na especialidade de cirurgia geral, pois a supervisora de estágio, era responsável pela aquisição e escolha dos mesmos, através do conhecimento especializado da prática clínica, assim como na ficha técnica do respetivo material concursado. Como EE perioperatório, a avaliação crítica de dispositivos médicos torna-se essencial para intervenções no BO. Em jeito de finalização deste trajeto, tivemos a ocasião de participar na criação e implementação de processos de reprocessamento de materiais e equipamentos/dispositivos médicos usados em cirurgia geral. A supervisora do estágio era responsável pela aquisição e seleção desses itens, com base na prática clínica especializada e nas especificações técnicas do material. Como EE perioperatório, a avaliação crítica desses dispositivos médicos é essencial para as intervenções no BO.

Os desafios do estágio clínico foram absolutamente imprescindíveis ao nosso desenvolvimento e aquisição de competências enquanto EE perioperatório. O afastamento de um ambiente familiar no BO e a exploração de novos contextos profissionais mostrou-se gratificante e recompensador. Através de pesquisa, análise e reflexão, foram aperfeiçoadas competências clínicas e objetivado um melhoramento contínuo dos cuidados a prestar. Assim, consideramos a eficiência do programa em função da solidez da sua estrutura que promoveu, neste caso, um acelerado crescimento profissional.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Ser enfermeiro significa enfrentar um desafio diariamente, na persecução constante do conhecimento e competências que permitam a prestação de cuidados de enfermagem de excelência à pessoa em situação perioperatória. O presente relatório de estágio, que conclui o estágio do módulo II do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, segue os princípios da ESEP e as recomendações da OE. Ele detalha a aprendizagem clínica que permitiu a aquisição de competências específicas na área da PSPO.

O estágio profissional foi uma oportunidade para o desenvolvimento de competências avançadas e personalizadas de enfermagem. O projeto “Informação na transição de cuidados perioperatórios na cirurgia de bypass gástrico por laparoscopia”, permitiu aprofundar a importância da sistematização da informação a fornecer durante a transição de cuidados perioperatórios em clientes submetidos a cirurgia de bypass gástrico. Além disso, permitiu desenvolver conhecimentos e competências específicas na enfermagem perioperatória, promover a melhoria da informação durante a transição de cuidados perioperatórios garantindo maior segurança para o cliente e melhorar a sua experiência cirúrgica.

A realização deste projeto contribuiu, igualmente, para a melhoria da área da informação na transição dos cuidados perioperatórios na cirurgia de bypass gástrico por laparoscopia. Foi desenvolvido um protocolo e proporcionada formação contínua à equipa perioperatória. Este esforço resultou em melhorias na qualidade e segurança dos cuidados prestados, além de potenciar a aquisição de competências pela equipa. Do mesmo modo, reforçou a importância da adesão a estas medidas por parte da equipa perioperatória. Durante este período, tive a oportunidade de desenvolver as competências estabelecidas no regulamento nº 429/2018. Tal inclui o cuidado à PSPO e respetiva família/pessoa significativa, de forma a garantir a segurança da pessoa e da equipa pluridisciplinar, congruente com a ética profissional e consciência cirúrgica.

A cirurgia de bypass gástrico é atualmente considerada uma opção segura e eficaz para clientes obesos com alto risco de complicações relacionadas à obesidade. A decisão de optar pela cirurgia como tratamento para a obesidade deve ser baseada em evidências e considerar o contexto de uma doença crónica. Todo este processo cirúrgico deve cumprir requisitos seguros e de qualidade para minimizar os danos ao cliente. Nesse contexto, o EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSPO desempenha um papel fundamental na preparação dos clientes para a cirurgia. Isso garante que a experiência cirúrgica seja baseada numa cultura de responsabilidade e melhoria contínua, proporcionando cuidados perioperatórios

de excelência.

Este documento permitiu demonstrar as atividades desenvolvidas através de uma apresentação e descrição detalhada, complementada com uma reflexão baseada na literatura científica e uma apreciação crítica dos contributos dessas atividades para o desenvolvimento do desempenho das respetivas competências do EE. Além disso, foi realizado um trabalho de investigação intitulado “Informação na Transição dos Cuidados Perioperatórios ao Cliente submetido a Cirurgia de Bypass Gástrico por Laparoscopia: Scoping Review”, do qual foi elaborado um artigo que já se encontra submetido a uma revista científica, tendo sido aceite para publicação. Este trabalho proporcionou capacidades para desenvolver uma aprendizagem significativa e de múltiplas valências em inúmeras áreas fundamentais para a prestação de uma prática de enfermagem avançada e de excelência, como EE e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSPO. A prática baseada em evidência promove a pesquisa e enfatiza sua importância para melhorar a prática clínica. Os enfermeiros usam evidências científicas para fundamentar suas práticas e, ao mesmo tempo, é na prática que surge a necessidade de recolher e atualizar conhecimentos, contribuindo para a formação de enfermeiros especialistas, bem como para a tomada de decisão autónoma, reflexiva e baseada na melhor evidência disponível.

Este relatório potenciou uma profunda reflexão sobre o percurso profissional e formativo - atual e futuro - da investigadora, bem como sobre a sua futura prática clínica. Apesar das inúmeras vicissitudes ao longo deste trajeto, foi possível cumprir os objetivos com sucesso através da elaboração deste relatório para a unidade curricular estágio de natureza profissional - Módulo II.

7. BIBLIOGRAFIA

Almeida, D. P. A., Eugênio, G. G. P., Holanda, J. B. F., Gomes, M. L. O. B., & Ferreira, S. C. C. (2021). Colecistectomia: Técnicas e suas indicações. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), 25953-25962. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-1901>.

Albuquerque, M.A.A. (2018). *Burnout nos Enfermeiros do Bloco Operatório*. [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1414530>.

Amaral, C., & Tavares, J. (2013). Profilaxia do tromboembolismo venoso no doente cirúrgico: o papel da anestesiologia numa responsabilidade multidisciplinar. *Revista SPA*, 22(1), 12-23. <https://doi.org/10.1016/j.rspa.2013.01.001> 2: <https://www.spa.pt/revista/revista-spa-vol-22-n%C2%BA1-2013/>.

American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS). (2022). Estimate of Bariatric Surgery Numbers, 2011-2020. <https://asmbs.org/resources/estimate-of-bariatric-surgery-numbers>.

Ângelo, S.V. (2015). *Segurança do doente no intraoperatório - competências do enfermeiro circulante*. [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>.

Araújo, R. B. F. de. (2016). *Comportamento cardiovascular em idosos submetidos à colecistectomia laparoscópica*. (Tese de Mestrado, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro). Biblioteca Central da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. <http://www.repositoriobc.unirio.br:8080/xmlui/bitstream/handle/unirio/13218/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Rodrigo%20Barcellos%20Ferreira.pdf?sequence=1>.

Assis, I. F., Gontijo, A. A., Silva, F. J., Costa, R. M. S., Guimarães, A. S., Araújo, M. P., ... & Campos, A. F. S. (2022). Atualizações sobre a anestesia para cirurgia laparoscópica e robótica abdominal em adultos. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(4), 17171-17192. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-267>.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2012). *Enfermagem perioperatória: da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2013). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório* (3ª Edição). Espaço Gráfico.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2017). *Prevenção e*

controlo da hipotermia perioperatória inadvertida - Práticas Recomendadas para Bloco Operatório.

<https://docplayer.com.br/71629517-Prevencao-e-controlo-da-hipotermia-perioperatoria-inadvertida-praticas-recomendadas-para-bloco-operatorio.html>.

Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) (2018). Guideline for team communication. Guidelines for perioperative practice. AORN. <https://aornguidelines.org/guidelines/content?sectionid=173735251&view=book>.

Association Of perioperative Registered Nurses (AORN) (2019). Perioperative nursing: Scope and Standards of Practice. https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee_1.

Association Of perioperative Registered Nurses (AORN) Periop Briefing. (2020). Standardizing positioning equipment and practices to prevent patient injury. *Revista AORN*, 111(4), 19-21. <https://doi.org/10.1002/aorn.13029>.

American Society of PeriAnesthesia Nurse (ASPAN) (2001). Clinical Guideline for the Prevention of Unplanned Perioperative Hypothermia, 16(5), 305-314. <https://pdf.sciencedirectassets.com/272463/1-s2.0-S1089947200X00056/1-s2.0-S1089947201610566/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEDGaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIQCnyK7>.

Bajwa, S. S., & Kulshrestha, A. (2016). Anaesthesia for laparoscopic surgery: General vs regional anaesthesia. *Journal of Minimal Access Surgery*, 12(1), 4-9. <https://doi.org/10.4103/0972-9941.169952>.

Ball, L., Dameri, M., & Pelosi, P. (2015). Modes of mechanical ventilation for the operating room. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, (29), 285-299. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2015.08.003>.

Baleizão, A.B.C. (2018). *Promoção do acolhimento do doente oncológico ao bloco operatório: cuidados de enfermagem*. (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24664/1/RELATORIO%20DIGITALIZAR%20ANDREIA%20BALEIZAO.pdf>.

Barash, P. G., Cullen, B. F., Stoelting, R. K., Cahalan, M., Stock, M. C., & Ortega, R. (2017). *Fundamentos de Anestesiologia Clínica*. Artmed Editora.

Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Segurança do Doente: Princípios e Conceitos*. In Lidel (Ed.), *Guia Prático para a Segurança do Doente*.

Beausoleil, C.; Comstock, S.L.; Werner, D., Li, L.; Eby, J.M.; Zook, E.C. Antimicrobial persistence of two alcoholic preoperative skin preparation solutions. (2022). *Journal of Hospital Infection*,

129, 8-16. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2022.08.008>.

Bisinotto, F. M. B., Dezena, R. A., Martins, L. B., Galvão, M. C., Sobrinho, J. M., & Calçado, M. S. (2016). Queimaduras relacionadas à eletrocirurgia — Relato de dois casos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 67 (5), 527-534. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2016.03.003>.

Bonadiman, A., Basaglia, P., Fava, C. D., & Jesus, I. P. A. de. (2019). Conduta atual na colecistite aguda. *Revista UNINGÁ*, 56(3), 60-67. <https://doi.org/10.46311/2318-0579.56.eUJ2747>.

Borzellino, G., Sauerland, S., Minicozzi, A. M., Verlato, G., Di Pietrantonj, C., de Manzoni, G., & Cordiano, C. (2008). Colecistectomia laparoscópica para colecistite aguda grave. Uma meta-análise dos resultados. *Surgical Endoscopy*, 22(1), 8-15. <https://doi.org/10.1007/s00464-007-9511-6>.

Bourdon, L. (2015). Standardizing the OR to PACU patient hand over. *AORN Journal*, 101(2), 10-12. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(14\)01421-5](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(14)01421-5).

Brandão, D.E.C., Galvão, C.M. (2013). Nursing team stress in the perioperative period: an integrative review. *Revista Rene*, 14(4), 836-844. <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=01fcce75-59f0-4998-89e0-7a4a8e4f2875%40redis>.

Brandão, F.C.B., Santos J.P., Moura M.L.C. (2021). Implantação da lista de verificação de cirurgia segura: revisão integrativa. *Global Academic Nursing Journal*, 2(3), 1-6. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200186>.

Breda, L. F. & Cerejo, M. D. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5). <https://doi.org/10.12707/RV20088>.

Buso, F. D. dos S., Ferreira, M. B. G., Felix, M. M. dos S., Galvão, C. M., Barichello, E., & Barbosa, M. H. (2021). Pressure injury related to surgical positioning and associated factors. *Acta Paul Enfermagem*, 34(eAPE00642), 1-9. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00642>.

Cabral, D. (2004). *Cuidados especializados em enfermagem perioperatória: contributos para a sua implementação*. [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/64648>.

Cambotas, C.M.J.C. (2014). *A prática baseada na evidência em contexto da enfermagem perioperatória*. [Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7489/1/REL%20EST%20MEST.%208%20Nov%202014.pdf>.

Cantante, A. P. S. R., Fernandes, H. I. V. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C., & Albuquerque, F. H. S. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal.

Ciência & Saúde Coletiva, 25(1), 261-272.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>.

Catarino, F., Lourenço, C., Correia, C., Dória, J., Dixe, M., Santos, C., Sousa, J., Mendonça, S., Cardoso, D., & Costeira, C. R. (2022). Assistência de Enfermagem em Cateter Intravenoso Periférico (CVIP): Protocolo de Projeto de Implementação de Boas Práticas. *Nurs. Rep*, 12(3), 515-519. <https://doi.org/10.3390/nursrep12030049>.

Castanheira, A.I.S. (2023). *Implementação da metodologia Kaizen no Hospital de Dia de Oncologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*. [Tese de mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]. Repositório da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. <https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/11728/3/tesecastanheira.pdf>.

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Centro Hospitalar de Leiria & Centro Hospitalar de Tondela - Viseu, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (2016). Manual de Cuidados Pós-Anestésicos. https://www.simcoimbra.org/files/cursos/04_29_16_02_manual_cpa.pdf.

Chambino, B.B. (2017). *Filosofia Kaizen Aplicada à Saúde*. [Tese de mestrado, Universidade da Covilhã]. Repositório Digital da Universidade da Beira Interior. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8038/1/5502_11100.pdf.

Chacon, D. L. F. (2022). *Aspetos atuais e prevenção da consciência acidental durante a anestesia geral : Uma revisão integrativa de literatura*. [Tese de curso de medicina, Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ]. <https://repositorio.cruzeirodosul.edu.br/jspui/handle/123456789/4310>.

Chagas, D. R., Paulo, S. R. C. & Leal, T. B. (2022). A importância da capacitação em instrumentação cirúrgica para o enfermeiro atuante em campo cirúrgico: uma revisão bibliográfica. *Revista Expressão Católica Saúde*, 7(1), 30-36. <https://doi.org/10.25191/recs.v7i1.16>.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). CIPE Browser. <https://www.icn.ch/icnp-browser>.

Cordeiro, A. L. P. C., Silva, R., Prado, C. B. C., Oliveira, K. F., & Barbosa, M. H. (2017). Laryngotracheal mucosa injury and associated factors after endotracheal extubation: a pilot study. *Acta Paul Enferm*, 30(3), 316-322. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700048>.

Costa, J.S. (2016). Métodos de prestação de cuidados. Millenium. *Journal of Education, Technologies, and Health*, (30), 234-251. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8449>

Costa, P. A., Buriti, E. L. S., Araújo, I. M. C., Fonseca, A. C., Albuquerque, A. M., & Abrante, M. S. A. P. (2021). Assistência de enfermagem no uso da eletrocirurgia: revisão integrativa. *Revista SOBECC*, 26(2), 107-115. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100020007>.

Costa, C.C., Dibai, D.B., Silva, E.F.M., Firmo, W. da C.A., Rêgo, A.S., Rabêlo, P.P.C., Araújo,

F.M.M., Felipe, I.M.A. (2021). Construção e validação de checklist para sala operatória como dispositivo de segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, (26). <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.71752>.

Cunha, S. (2013). Ventilação mecânica: métodos convencionais. *Revista HUPE, Rio de Janeiro*, 12(3), 85-91. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7534>.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2003). Norma n.º 9/2003 - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Norma 007/2010. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/--orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>.
<https://portal.azores.gov.pt/documents/37408/1955739/ci+9+2011.pdf/77b6b2ac-e892-3665-7089-19f95b85eb9b?t=1603724737848>.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde (Orientação n.º 018/2011). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182011-de-23052011-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2012). Boas práticas na abordagem do doente com obesidade elegível para cirurgia bariátrica. (Orientação n.º 028/2012). Portugal. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0282012-de-19122012-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013a). Norma no 024/2013 - Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024_2013-Prevenc%C3%A7%C3%A3o-da-Infec%C3%A7%C3%A3o-do-Local-Ciru%C3%81rgico.pdf.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013b). Norma n.º 015/2013 atualizada a 04 de novembro de 2015- Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. Norma 015/2013. Atualização: 04/11/2015. <http://www.aenfermagemasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013c). Cirurgia Segura, salva vidas. Norma 002/2013, Artigo 2º do Decreto Regulamentar, n.º 14/2012. <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015). Norma n.º 006/2015. Gestão Integrada da Obesidade – Requisitos para Centros de Tratamento Cirúrgico de Obesidade.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0062015-de-08042015-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017). Norma nº 1: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Portugal. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2019). Norma nº 007/2019 de 16/10/2019: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-d-e-saude.pdf>.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2020). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de resistência aos Antimicrobianos. <https://www.dgs.pt/ms/15/pagina.aspx?ur=1&id=5514>.

DGS., Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, I., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M. J., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramos, S., & Fonseca, V. (2022a). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx.o>.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2022b). “Feixe de Intervenções” para Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Norma 020/2015 atualizada a 17/11/2022. https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2022c). Norma Clínica: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2022d). Infecções e Resistências a Antimicrobianos – Relatório do Programa Prioritário PPCIRA 2021. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>.

Despacho n.º 399/2009 de 7 de janeiro: Aprovação do Manual de Boas Práticas Laboratoriais de Anatomia Patológica. Diário da República, 2.ª série, N.º 4, 7 de Janeiro de 2009, 510-516. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2009/01/004000000/0051000516.pdf>.

Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório* (Lidel (ed.)).

Duff, J.; Bowen, L. & Gumuskaya, O. (2021). What does surgical conscience mean to perioperative nurses: An interpretive description. *Collegian*, 29(2), 147-153.

<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.07.00>.

Ebone, M. M., Schaefer, R., Pierotto, A. A. S., Wesolowski, D., Santos, G. N. S. R., Sales, F. A. A. S., & Treviso, P. (2023). Controle de materiais e instrumental cirúrgico no intraoperatório: percepção e estratégias utilizadas por instrumentadores. *Revista SOBECC*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202328873>.

ESEP. (Acedido em: 26 maio 2023). Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em situação perioperatória. <https://estudar.esenf.pt/memc-eps/>.

ESEP. (Acedido em: 10 dezembro 2023). Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em situação perioperatória. <https://estudar.esenf.pt/memc-eps/>.

European Operating Room Nurses Association (EORNA) (2019). EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing (update 2019). EORNA. <https://eorna.eu/eorna-common-core-curriculum-for-perioperative-nursing-third-edition-2019-3/>.

Fagundes, A. M., Lopes, R. B., Ribeiro, L. W. G., Silva, C. E., Martins, V. G. F. B., Rosário, C. C., Lopes, J. R., Souza, E. M. N. S., Cardoso, V. S. A., & Law, L. G. M. (2022). Técnicas e complicações durante a cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. *Research, Society and Development*, 11(16), 1-8. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37420>.

Fernandes, P.R.M. (2019). *Gestão no bloco operatório: metodologia Lean*. [Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/6274>.

Fernandes, S.R., Missura, L.B, Rong, F.A. (2022). Paramentação cirúrgica. *Associação Brasileira das Ligas Académicas de Cirurgia*. <https://doi.org/10.51859/amplla.pac761.1122-0>.

Ferreira, A. (2010). *O cuidar de si, como pessoa. Como fazem os enfermeiros perioperatórios?* [Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/26916>.

Figueiredo, T., Silva, P. L. N., Guimarães, C. F., Guimarães, C. F., Oliveira, M. K. S., & Alves, E. C. S. (2019). Assessment of Nursing Records of Patients Admitted to the Medical Clinic of a University Hospital from the Northern Region of Minas Gerais State. *Revista de pesquisa cuidado é fundamental online*, (11), 390-396. <https://doi.org/10.9789/2175-531.2019.v11i2.390-396>.

Flamia, B. I., Souza, F. M., Silva, J. C., Lima, L. F., Tomaz, M. V. S., Neto, M. S. P., Paula, M. M. R., Amoras, S. R. S., Nunes, T. O., & Campos, R. G. A. (2021). Profilaxia de tromboembolismo venoso em pacientes cirúrgicos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(4), 1-7. <https://doi.org/10.25248/REAS.e6878.202123>.

Flauzino, V. H. P.; Vitorino, P. G. S.; Hernandes, L. O.; Oliveira, D. M., & Cesário, J. M. S. (2021). Cuidados de enfermagem no posicionamento anestésico-cirúrgico. *Research, Society and Development*, 10(6), 1-10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15358>.

- França, D. C. S., Festa, A. J. R., Santos, P. M. S., Peixoto, M. J., & Araújo, M. de F. de. (2022). A conceção de cuidados de enfermagem dirigida aos prestadores de cuidados espelhada na documentação. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV21106>.
- Frazão, L. F. N., Batista, M. N., Souza, V. V. C., Moura, N. M. P., Basílio, P. O. B., Oliveira Júnior, J. L., Lopes, P. H. de S., & Costa, B. H. B. S. (2023). Fatores de risco e complicações da colecistectomia laparoscópica. *Research, Society and Development*, 12(2), 1-9. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40156>.
- Fundação Calouste Gulbenkian (2023). Stop Infecção Hospitalar! Um desafio Gulbenkian. Fundação Calouste Gulbenkian. https://cdn.gulbenkian.pt/wpcontent/uploads/2021/05/02Est_Stop_Infecao_Hospitalar.pdf.
- Gan, T. J., Belani, K. G., Bergese, S., Chung, F., Diemunsch, P., Habib, A. S., Jin, Z., Kovac, A. L., Meyer, T. A., Urman, R. D., Apfel, C.C., Ayad S., Beagley, L., Candiotti, K., Englesakis, M., Hedrick, T. L., Kranke, P., ... Filipe, B. K. (2020). Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesthesia & Analgesia*, 131(2), 411-448. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004833>.
- Giordani, A., Sonobe, H., Ezaias, G., Valério, M., & Barra, M. (2015). Perfil de pacientes cirúrgicos atendidos em um hospital público. *Revista de Enfermagem UFPE*, 9(1), 54-61. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10306>.
- Giuliano, K. K., & Hendricks, J. (2017). Hipotermia perioperatória inadvertida: conhecimento atual da enfermagem. *AORN Journal*, 105(5), 453-463. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.03.003>.
- Gonçalves, M., Cerejo, M., & Martins, J. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (14), 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>.
- Gonçalves, N., Alvarez, A. G., & Souza, E. O. (2019). Cuidados de enfermagem no período intraoperatório para manutenção da temperatura corporal. *Revista SOBECC*, 24(1), 31-36. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900010007>.
- Guido, L. A., Goulart, C. T., Brum, C. N., Lemos, A. P., & Umman, J. (2014). Cuidado de enfermagem perioperatório: revisão integrativa de literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(4), 1601-1609. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1601-1609>.
- Hayden, P., & Cowman, S. (2011). Anaesthesia for laparoscopic surgery. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 11(5), 177-180. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkr027>.
- Hewson, D.W., & Hardman, J.G. (2018). Lesões físicas durante a anestesia. *BJA Educ*, 18(10), 310-316. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2018.06.003>.

- Hurtado, L. M.A., Monteagudo, C. G.N., Caballero, D.P., Martínez, G. E.N., Carbajal, D.S., & García, O.C. (2021). Incidência de náuseas e vômitos pós-operatórios em anestesia geral para cirurgia eletiva. *Elétron Médico*, 25(1), 22-37. <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v25n1/1029-3043-mdc-25-01-22.pdf>.
- Hurtado, P. L. B., & Machado, M. S. S. (2022). Técnicas e referências anatômicas para uma colecistectomia laparoscópica segura: Uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(10), 1-9. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32811>.
- Hwang, H., Marsh, I., & Doyle, J. (2014). Does Ultrasonography Accurately Diagnose Acute Cholecystitis? Improving Diagnostic Accuracy Based on a Review at a Regional Hospital. *Canadian Journal of Surgery*, 57(3), 162-168. <https://doi.org/10.1503/cjs.027312>.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2021). AS PESSOAS - 2021 [PEOPLE - 2021]. <https://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (Infarmed) (2023). Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>.
- International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). (2019). Fifth IFSO Global Registry Report 2019. IFSO & Dendrite Clinical Systems. <https://www.ifso.com/pdf/5th-ifso-global-registry-report-september-2019.pdf>.
- Jesus, G. K. D., Pires, M. O. A., Andrade, I. A. F., Oliveira, P. H. S., Souza, Y. R., & Silva, L. S. R. (2021). Práticas assistências de enfermagem na segurança do paciente em uso de ventilação mecânica invasiva. *Revista Nursing*, 24(283), 6792-6805. <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2080/2570>.
- Junior, D. N. S., Araújo, J. L. de, & Nascimento, E. G. C. (2017). Privacidade e confidencialidade no contexto mundial de saúde: uma revisão integrativa. *Revista de Bioética y Derecho, Perspectivas Bioéticas*. (40), 195-214. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1886-58872017000200015&script=sci_abstract.
- Kaltoft, A., Jacobsen, Y. I., Tangsgaard, M., & Jensen, H. I. (2022). ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, (37), 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.01.002>.
- Kiewiet, J. J., Leeuwenburgh, M. M., Bipat, S., Bossuyt, P. M., Stoker, J., & Boermeester, M. A. (2012). Revisão sistemática e metanálise do desempenho diagnóstico por imagem na colecistite aguda. *Radiologia*, 264(3), 708-720. <https://doi.org/10.1148/radiol.12111561>.
- Kimura, Y., Takada, T., Kwarada, Y., Nimura, Y., Hirata, K., Sekimoto, M., Yoshida, M., Mayumi, T., Wada, K., Miura, F., Yasuda, H., Yamashita, Y., Nagino, M., Hirota, M., Tanaka, A., Tsuyuguchi, T., Strasberg, S. M. & Gadacz, T. R. (2007). Definições, fisiopatologia e epidemiologia da colangite aguda e colecistite: Diretrizes de Tóquio. *Jornal de Cirurgia de Pancreata Hepatobiliar*,

14(1), 15-26. <https://doi.org/10.1007/s00534-006-1152-y>.

Kitney, P., Tam, R., Bramley, D., & Simons, K. (2020). Handover using ISBAR principles in two perioperative sites – A quality improvement project. *Journal of Perioperative Nursing*, 33(4), 38-45. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1094>.

King, C. A. (2017). Ética Clínica: Segurança do Paciente e do Profissional. *AORN Journal*, 106(6), 548-551. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.10.003>.

Kitney, P., Bramley, D., Tam, R., & Simons, K. (2018). Perioperative handover using ISBAR at two sites: A quality improvement project. *Revista de Enfermagem Perioperatória*, 31(4). <https://doi.org/10.26544/rep.v31i4.112>.

Klein, A. A., Meek, T., Allcock, E., Cook, T. M., Mincher, N., Morris, C., Nimmo, A. F., Pandit, J. J., Pawa, A., Rodney, G., Sheraton, T., & Young, P. (2021). Recommendations for standards of monitoring during anaesthesia and recovery 2021. *Anaesthesia*, 76(9), 1212-1223. <https://doi.org/10.1111/anae.15501>.

Koch, T. M., Aguiar, D. C. M., Moser, G. A. S., Hanauer, M. C., Oliveira, D., & Maier, S. R. O. (2018). Momento anestésico cirúrgico: transitando entre o conhecimento dos enfermeiros (as) e o cuidado de enfermagem. *Revista SOBECC*, 23(1), 7-13. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800010003>.

Lemos, C.S., Poveda, V.B., & Peniche, A.C. G. (2017). Construction and validation of a nursing care protocol in anesthesia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, (25), 1-13. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2143.2952>.

Leonardsen, A. C., Moen, E. K., Karlsoen, G., & Hovland, T. (2019). A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the operating room and the postoperative anesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool. *Nursing Reports*, 9(8041), 1-5. <https://doi:10.4081/nursrep.2019.8041>.

Lewis, S. R., Pritchard, M. W., Fawcett, L. J., & Punjasawadwong, Y. (2019). Bispectral index for improving intraoperative awareness and early postoperative recovery in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), 1-137. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003843.pub4>.

Lopes, J. S., Itacarambi, L.R., Silva, A. K.N., Souza, L. T.C., Gomes, J.R.A.A., Matos, R.S., Quirino, G. M.C., Pereira, M.Y., Santos, O.P., & Guimarães, M.F. (2022). O papel do enfermeiro na sala de recuperação pós-anestésica: revisão integrativa. *Health Residencies Journal*, 3(14), 1032-1053. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.337>.

Lopes, P. I. O., Vilela, B. F., Oliveira, R. G., Pippi, F. P.L., & Lacerda, L. M. (2021). Colecistite aguda: Up to date. *International Journal of Development Research*, 11(11), 51946-51950. <https://doi.org/10.37118/ijdr.23490.11.2021>.

- Machado, H. (2013). *Manual de anestesiologia*. Editora LIDEL.
- Machado, S. (2016). *Ansiedade do Doente no Pré-Operatório de Cirurgia de Ambulatório: Influência da Consulta de Enfermagem*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1416411>.
- Maciel, B. L., Nunes, F. C., Pereira, N. H. C., Nascimento, P. D. F. S., Periañez, C. A. H., Caetano, Érica P. S., Nakagawa, L. M. S., Simino, G. P. R., & Mattia, A. L. de. (2017). Oxigenoterapia relacionada com a saturação periférica de oxigénio em pacientes na sala de recuperação anestésica. *Revista SOBECC*, 22(2), 60-67. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700020002>.
- Maya, Á. M. S. (2022). Cuidados de Enfermagem no Perioperatório no Contexto Cirúrgico. *Investigação Educação Enfermagem*, 40(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>.
- Maya, M. C. A., Freitas, R. G., & Pitombo, M. B. (2009). Colecistite Aguda: Diagnóstico e tratamento. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*, 8(1), 52-60. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/9233/7127>.
- Meleis, A. I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Hilfinger Messias, D. K., Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: na emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.
- Melo, C. L. (2013). A importância do “handoff” na segurança do paciente. *Revista de Enfermagem UFPE*, 7(10). <https://doi.org/10.5205/01012007>.
- Mendes, D. I. A., Ferrito, C. R. A. C., & Gonçalves, M. I. R. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 47-53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>.
- Methangkool, E., Tollinche, L., Sparling, J., & Agarwala, A. V. (2019). Communication: Is there a standard handover technique to transfer patient care? *Journal of Clinical Anesthesia*, 57(3), 35-47. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2021.110789>.
- Miranda M.S., Nascimento F.A.A., Lima V.N.O., Albuquerque F.J., Silva A.L.G., Sales A.A., Costa, L.M.O., Barbos, N.S. (2023). Communication and safe and effective nursing care in surgical center and intensive care: integrative review. *Rev Cienc Saude*, 13(3), 42-51. <https://doi.org/10.21876/rcshci.v13i2.1393>.
- Miura, F., Takada, T., Strasberg, S. M., Solomkin, J. S., Pitt, H. A., Gouma, D. J., ... & Liau, K. H. (2013). Fluxograma TG13 flowchart for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *Journal Hepato-Biliary- Pancreatic Sciences*, 20(47), 47-54. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1007/s00534-012-0563-1>.
- Moreira, A., Faria, A., Santos, A., Ferreira, A., Fernandes, A.L., Melo, A.M., Teles, A.R., Moreira, A., Machado, A., Gomes, A., Gouveia, B., Carvalho, B., Fiúzia C., Sampaio, C., Antunes, C., Jantarada,

C., Pinho, C., Amaral, C., Teles, D., ... Barbosa, T. (2020). *Fármacos e procedimentos em anestesiologia: Notas, conselhos, esquemas posológicos* (5ª ed.). Serviço de Anestesiologia Hospital de São João.

Mororó, D. D. S., Enders B.C., Lira, A.LB.C., Silva, C.M.B., Menezes, R.M.P. (2017). Revisão integrativa: Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista Enfermagem*, 30(3), 323-332. <https://www.scielo.br/j/ape/a/KkrK5LqytwSghLpg3vFzvbj/?format=pdf&lang=pt>.

Mota, A.S.C. (2015). *Cultura de Segurança do Doente e Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Perceção dos Profissionais do Bloco Operatório*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:5352>.

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stocker, S. (2018). Impacto da ferramenta de comunicação e transferência de pacientes SBAR na segurança do paciente: uma revisão sistemática. *BMJ Open*, 8(8), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>.

Nascimento, D. F. S., Bredes, A. C., & De Mattia, A. L. (2015). Complicações em idosos na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). *Revista SOBECC*, 20(2), 64-72. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201500020002>.

NICE (2008). Hypothermia: prevention and management in adults having surgery Clinical guideline. <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG65>.

Nitahara, K., Sugi, Y., & Higa, K. (2008). Neuromuscular monitoring. Masui. *The Japanese Journal of Anesthesiology*, 57(7), 824-830. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18649636>.

Nunes, L. (2014). *Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental*. Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Setúbal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP_Responsabilidade%20%20profissional%20%c3%a9tica%20e%20legal_LN.pdf.

Nunes, R. R., Porto, V. C., Miranda, V. T., Andrade, N. Q., & Carneiro, L. M. M. (2012). Fatores de Risco para o Despertar Intraoperatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62(3). <https://www.scielo.br/j/rba/a/PcLWPLMNVL5StS7RbbpFJ4L/?format=pdf&lang=pt>.

Nunes, O. J. S., Munhoz, O. L., Cauduro, G. M. R., Freitas, E. de O., Andolhe, R., & Magnago, T. S. B. de S. (2023). Construção e validação de checklist para transferência do cuidado na alta da sala de recuperação pós-anestésica. *Cienc Cuid Saude*, 22, 1-10. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.66042>.

Oliveira, C. R. D. (2005). Anestesia para Cirurgia Videolaparoscópica. *Revista Brasileira de Videocirurgia*, 3(1), 32-422. https://www.sobracil.org.br/revista/rv030301/rbvc030301_32.pdf.

Oliveira, E. (2011). *Ansiedade Pré-operatória*. [Tese de Mestrado, Universidade de Medicina do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/62152>.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Regulamento n.º 129/2011- Diário da República. (2.ª série - N.º 35, Artigo 4º). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.

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

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

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição de título profissional de Enfermeiro Especialista. OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2022). Regulamento n.º 613/2022: Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República, 2.ª série, Parte E, 179-182. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2009a). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva-Vidas. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2009b). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277399/9789241550475-eng.pdf?sequence=1>.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2021). Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: para eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde [PDF]. Genebra: Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2022). Relatório de Obesidade Regional Europeu da OMS 2022. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738>.

O'Brien, P. E., Hindle, A., Brennan, L., Skinner, S., Burton, P., Smith, A., Crosthwaite, G., & Brown, W. (2019). Long-Term Outcomes After Bariatric Surgery: a Systematic Review and Meta-analysis of Weight Loss at 10 or More Years for All Bariatric Procedures and a Single-Centre Review of 20-Year Outcomes After Adjustable Gastric Banding. *Obesity Surgery*, (29), 3-14. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3525-0>.

Onay, M., Karakoç, E., Çobaner, N., Kurada, G., & Yelken, B. (2021). Investigation of the Effect of Heating Blanket Use on Bleeding and Long of Intensive Care Unit Stay After Major Open Urology Surgeries. *Turkish Journal of Intensive Care*, 19(4), 152-157. <https://doi.org/10.4274/tybd.galenos.2020.57966>.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 18(3), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583>.

Paz, M. S. O., Lacerda, R. A., Monteiro, C. E. C., & Conceição, V. P. (2000). Paramentação cirúrgica: Avaliação de sua adequação para a prevenção de riscos biológicos em cirurgias. Parte I: A utilização durante as cirurgias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(1), 108-117. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Wq4wBYPTyD9sh7vMSZm8qJL/?format=pdf>.

Peters, M. D. J., Marnie, C., Colquhoun, H., Garritty, C. M., Hempel, S., Horsley, T., Langlois, E. V., Lillie, E., O'Brien, K. K., Tunçalp, Ö., Wilson, M. G., Zarin, W., & Tricco, A. C. (2021). Scoping reviews: reinforcing and advancing the methodology and application. *Systematic Reviews*, 10(263), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01821-3>.

Pinto, A.C.P., Moutinho, P.F.A. & Mota, L.A.N. (2023). Attitudes and barriers to evidence-based practice: point of view of Portuguese nurses specialized in medical-surgical nursing. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 14(3), 934-942. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2023.14.0010>.

Pisano, M., Ceresoli, M., Cimbanassi, S., Gurusamy, K., Coccolini, F., Borzellino, G.,...& Ansaloni, L. (2019). 2017 WSES and SICG guidelines on acute calculous cholecystitis in elderly population. *World Journal of Emergency Surgery*, 14(10), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0224-7>.

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(8749), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168749>.

Raval, A. D., Uyei, J., Karabis, A., Bash, L. D., & Brull, S. J. (2020). Incidence of residual neuromuscular blockade and use of neuromuscular blocking agents with or without antagonists:

A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Anesthesia*, 64, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2020.109818>.

Rêgo, R. E. C., Campos, T., Moricz, A., Silva, R. A., & Pacheco Júnior, A. M. (2003). Tratamento cirúrgico da litíase vesicular no idoso: Análise dos resultados imediatos da colecistectomia por via aberta e videolaparoscópica. *Revista Associação Médica Brasileira*, 49(3), 293-299. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000300034>.

Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Diário da República nº 135/2018 - II Série. Ordem dos enfermeiros. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 140, II Série nº 26 (06/02/2019) (4744-4750) Assembleia da República. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.

Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro de (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República n.º 743, II Série, nº 184 (25-09-2019). Ordem dos enfermeiros. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>.

Regulamento nº 613/2022 de 8 de julho (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República n.º 613, II série. Ordem dos enfermeiros. <https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>.

Reis, C., Pereira, C., Cortez, C., Ferreira, A., & C R Henriques, I. (2023). Impact of the Perioperative Nurse on Surgical Patient Safety. *Health and Society*, 3(03), 82-102. <https://doi.org/10.51249/hs.v3i03.1404>.

Robinson, N. L. (2015). Promoting Patient Safety with Perioperative Handoff Communication. *Journal of Perinaesthesia Nursing*, 30(5), 382-389. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.08.144>.

Rocha R.G., Nascimento E.F., Alves S.S., Alves S.S., Marta C.B., Tavares J.M.A.B. (2021) Good practices in the use of the safe surgery checklist by nurses in the transoperative period. *Global Academic Nursing Journal*, 2(1), 1-6. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200086>.

Rothrock, J. C. (2007). *Alexander Cuidados De Enfermagem Ao Paciente Cirúrgico*. Elsevier.

Santos, E. J. F., Marcelino, L. M. M. S., Abrantes, L. C. B., Marques, C. F. F., Correia, R. M. L., Coutinho, E. C., & Azevedo, I. C. S. C. (2016). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (49), 153-171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>.

- Sequeira, C., Sampaio, F., Coelho, T., & Lluch-Canut, T. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de ajuda*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3223.7686/1>.
- Servas, L., Hayes, C., Mayhorn, T., & Milner, K. A. (2022). Navigating the Path to a Sustainable “PACU Pause” and Standardized Perioperative Handoff: A Quality Improvement Project. *Journal of Perinaesthesia Nursing*, 37(1), 44-47. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.06.104>.
- Schumpelick, V., Arlt, G., Conze, J., Junge, K. & Verlag, G.T. (2019). Laparoscopic Techniques. *In Hernia Surgery*, 119(3), p. 344. Thieme. <https://books.google.pt/books?id=VxArtAEACAAJ>.
- Silva, R. M. (2016). *Inovação informática de atendimento holístico do idoso no bloco operatório*. [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Científico Digital da Universidade da Madeira. <http://hdl.handle.net/10400.12/2548>.
- Silva, K. R., Lima, M. D. de O., & Sousa, M. A. (2016). Auditoria: ferramenta de enfermagem para melhoria da qualidade assistencial. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 7(2), 793-810. <https://www.periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3544/3228>.
- Silva, L.L., Almeida, A.K.A., Bezerra, R.C.S.B., Alves, L.L.V., Evangelista, W.A. & Santos, M. C. S. (2022) A Assistência de Enfermagem no Centro Cirúrgico: Cuidado humanizado e científico. *Revista Nursing*, 25 (289), 7894-9898. https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=Silva%2C+L.L.%2C+Almeida%2C+A.K.A.%2C+Bezerra%2C+R.C.S.B.%2C+Alves%2C+L.L.V.%2C+Evangelista%2C+W.A.+%26+Santos%2C+M.C.S.%282022+A+Assistência+de+Enfermagem+no+Centro+Cirúrgico%3A+Cuidado+humanizado+e+científico.+Revista+Nursing%2C+25+%28289%29%2C+7894-9898.+&btnG.
- Simões, E. P. C., Michelin, A. F., Bonifácio, N. A., Sakamoto, S. R., Ferreira, L. B., & Nascimento, G. (2023). Percepção dos pacientes hospitalizados sobre privacidade, exposição e manipulação corporal. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 10030-10046. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-132>.
- Steelman, V., & Graling, P. (2013). Top 10 patient safety issues: what more can we do? *AORN journal*, 97(6), 679-701. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.04.012>.
- Souza, É.O., Gonçalves, N., & Alvarez, A. G. (2019). Cuidados de enfermagem no período intraoperatório para manutenção da temperatura corporal. *Revista SOBECC*, 24(1), 31-36. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900010007>.
- Souza, C. D.M.; Silva, A.A., & Bassine, C. P. (2020). A importância da equipe de enfermagem na recuperação pós-anestésica. *Faculdade Sant’Ana em Revista*, 4(1), 4-13. <https://iessa.edu.br/revista/index.php/fsr/article/view/1623>.
- Souza, D. M., de Alencar, L. V., Prata, R. A., da Silva, R. A. C., Minharro, M. C. de O., & Maigret, S.

B. (2023). Cuidados de enfermagem no centro cirúrgico hospitalar em assistência perioperatório. *Research, Society and Development*, 12(6), e26512642311. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42311>.

Soyer, P., Brouland, J. P., Boudiaf, M., Kardache, M., Pelage, J. P., Panis, Y., Valleur, P., & Rymer, R. (1998). Color Velocity Imaging and Power Doppler Sonography of the Gallbladder Wall: A New Look at Sonographic Diagnosis of Acute Cholecystitis. *American Journal of Roentgenology*, 171(1), 183-188. <https://doi.org/10.2214/ajr.171.1.9648785>.

Steelman, V., & Graling, P. (2013). Top 10 patient safety issues: what more can we do? *AORN journal*, 97(6), 679-701. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.04.012>.

Taki-Eldin, A., & Badawy, A. E. (2018). Outcome of Laparoscopic Cholecystectomy in patients with gallstone disease at a secondary level care hospital. ABCD. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 31(1), 1-4. <https://doi.org/10.1590/0102-672020180001e1347>.

The Joint Commission. (2013). The Joint Commission sentinel event alert: Preventing unintended retained foreign objects. Sentinel Event Alert. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, (51), 1-5. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_51_urfos_10_17_13_final.pdf.

Troncoso, N. T., & Nunes, C. P. (2019). Postoperative complications of video laparoscopic cholecystectomy and its main risk factors. *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental*, 1(2), 105-115. <https://doi.org/10.29327/multi.2020006>.

The APSF Committee on Technology. (2022). APSF endorsed statement on revising recommendations for patient monitoring during anesthesia. *APSF Newsletter*, 37(1), 7-8. <https://www.apsf.org/article/apsf-endorsed-statement-on-revising-recommendations-for-patient-monitoring-during-anesthesia/>.

Ueda, H., & Hoshi, T. (2017). Functional residual capacity increase during laparoscopic surgery with abdominal wall lift. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 67(3), 284-287. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2015>.

Vaz, P. S., Duarte, L., & Paulino, A. (2012). Risco e Profilaxia do Tromboembolismo Venoso em doentes cirúrgicos. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, (23), 23-32. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/24>.

Venkatesan, U., Kamal, S. & Viswanathan, J., (2021). Perception of Pain, Attitude and Satisfaction of Pain Management among Postoperative Patients. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 15(1), 5-8. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2021/45991.14457>.

Vilefort, L. A., Sabino, I. M. de O., Muniz, L. B., de Santana, M. B., Santos, M. de O., Antunes Júnior, I. B., Baião, P. A. M., Atavila, F. P., Ramos, S. de M., & Sampaio, M. C. F. C. (2021).

Principais complicações pós-operatórias: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 36, 1-7. <https://doi.org/10.25248/REAC.e8853.2021>.

Wang, X., He, Miao., & Feng, Y. (2021). Padrões de Handover na SRPA: Uma Revisão da Literatura. *Revista de Enfermagem Perinaesthesia.*, 36(2), 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.05.005>.

Welte, T., Vieira, L., & Fonseca, L. F. (2016). Avaliação da recuperação do paciente no pós-operatório na ausência de sala de recuperação anestésica. *Journal of Nursing UFPE*, 10(6), 2091-2099. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i6a11222p2091-2099-2016>.

Wu, Q., Huang, L.-H., Xing, M.-Y., Feng, Z.-X., Shao, L.-W., Zhang, M.-Y., & Shao, R.-Y. (2016). Establishing nursing-sensitive quality indicators for the operating room: A cross-sectional Delphi survey conducted in China. *Australian Critical Care*, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2016.04.003>.

Yado-García, R. O., Armendáriz-Salinas, J., Valero-Gómez, J., Terán-Guevara, J. de J., & Betancourt-Márquez, M. D. (2013). Prevenção de náuseas e vômitos pós-operatórios em pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica com ondansetron. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 36(4), 280-287. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cma134e.pdf>.

Yokoe, M., Hata, J., Takada, T., Strasberg, S. M., Asbun, H. J., Wakabayashi, G., Kozaka, K., Endo, I., Deziel, D. J., Miura, F., Okamoto, K., Hwang, T. L., Huang, W. S., Ker, C. G., Chen, M. F., Han, H. S., Yoon, Y. S., Choi, I. S., Yoon, D. S., ... Yamamoto M. (2018). Tokyo Guidelines 2018: critérios diagnósticos e classificação de gravidade da colecistite aguda (com vídeos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 25(1), 41-54. <https://doi.org/10.1002/jhbp.515>.

8. ANEXOS

Anexo I

INFORMAÇÃO NA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS AO CLIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE BYPASS GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA: *SCOPING REVIEW*

Andreia Ferreira, Fátima Segadães, Cristina Pinto

RESUMO

Introdução: A segurança do doente é um dos principais focos de preocupação a nível mundial e nacional na área da saúde. Um dos fatores que compromete a segurança do cliente é a falha na comunicação entre os profissionais durante os momentos de transição de cuidados. A literatura sugere que uma das principais fontes de eventos sentinela é a comunicação ineficaz entre os profissionais, especialmente nas transições de cuidados. **Objetivo:** Mapear as evidências disponíveis sobre as transições perioperatórias em clientes submetidos a bypass gástrico por laparoscopia. **Metodologia:** *Scoping review*, seguindo as diretrizes da *Cheklis* do PRISMA-ScR e o método do *Joanna Briggs Institute*, com protocolo registado no *Open Science Framework*. O estudo focou-se nos enfermeiros da área perioperatória que cuidam de clientes submetidos a bypass gástrico por laparoscopia, seguindo a estratégia População, Conceito e Contexto. A pesquisa foi realizada nas bases de dados: Scopus, Web of Science, MEDLINE, entre outras. Também foi consultada a literatura cinzenta no RCAAP. **Resultados:** As transições perioperatórias são processos complexos que necessitam de planeamento cuidadoso considerando os elementos estruturais que as influenciam, como a pessoa, o ambiente, as tarefas, as ferramentas e a organização. O método ISBAR é a ferramenta mais recomendada. **Conclusão:** Os enfermeiros precisam de um protocolo padronizado para a transição de cuidados. A utilização de uma ferramenta mostrou vantagens quando associada a uma comunicação eficaz e ao trabalho em equipa. A implementação de ferramentas requer treino e avaliação contínua, para garantir a qualidade e segurança dos cuidados.

Palavras-chave: Perioperatório; Segurança do Doente; Transição dos Cuidados; Cirurgia de Bypass Gástrico.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety is one of the main concerns at a global and national level in the health sector. One of the factors that compromise client safety is the lack of communication between professionals during moments of care transition. The literature shows that one of the main sources of sentinel events is ineffective communication between professionals, especially during care transitions. **Objective:** To map the available evidence on perioperative transitions in clients undergoing laparoscopy gastric bypass. **Methodology:** *Scoping review*, following the PRISMA-ScR Checklist guidelines and the Joanna Briggs Institute method, with a protocol registered in the Open Science Framework. The studies focused on nurses in the perioperative area who care for clients undergoing laparoscopy gastric bypass, following the Population, Concept and Context strategy. The research was carried out in the following databases: Scopus, Web of Science, MEDLINE, among others. Gray literature was also consulted in the RCAAP. **Results:** Perioperative transitions are complex processes that require careful planning considering the structural elements that influence them, such as the person, the environment, tasks, tools, and organization. The ISBAR method is the most recommended tool. **Conclusion:** Nurses need a standardized protocol for care transition. The use of a tool showed advantages when associated with effective communication and teamwork. Implementing tools requires training and continuous assessment to ensure the quality and safety of care.

Keywords: Perioperative; Patient safety; Handover; Handoff; Gastric Bypass Surgery.

