

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Ruído no Bloco Operatório – Intervenção Especializada de Enfermagem na Segurança e Qualidade dos Cuidados

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

Noise in the Operating Room – Specialized Nursing Intervention in Safety and Quality of Care

Development Project of specialized Clinical Skills in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for the Person in Perioperative Situation

Autor

Cátia Raquel da Costa Pinto

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)

Paulo Alexandre Puga Machado
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Ana Sabrina Silva Sousa
Professor Adjunto, Doutor

Autor

Cátia Raquel da Costa Pinto

Porto, 2024

RESUMO

O presente relatório, produzido durante o Estágio de Natureza Profissional – Módulo II, parte integrante do plano de estudos do segundo Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, regista, detalha e examina as atividades realizadas e o impacto da componente clínica no crescimento pessoal e profissional, ilustrando o percurso de desenvolvimento das competências comuns e específicas com vista à especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Pessoa em Situação Perioperatória, tendo por base uma metodologia crítica, descritiva e reflexiva apoiada nos saberes teórico-práticos e nas competências adquiridas.

O Estágio de Natureza Profissional teve lugar no Bloco Operatório Central e no Bloco Operatório Especialidades de uma instituição hospitalar portuguesa do norte, conferindo uma oportunidade para a aquisição de competências clínicas singulares e distintas da prática habitual, num ambiente de aplicação e intercâmbio de experiências e saberes. Foi dada uma atenção especial à segurança e qualidade dos cuidados, o que resultou no desenvolvimento do projeto “SilentCare”, focado na exposição ao ruído intraoperatório. Este projeto incluiu a realização de uma *scoping review*, contribuindo para o aumento do conhecimento baseado na melhor evidência acerca desta temática. O relatório apresenta ainda dois casos clínicos que exemplificam a tomada de decisão e a representação do conhecimento e da ação da enfermagem especializada em situações concretas de cuidados perioperatórios.

O percurso deste estágio foi orientado pelo projeto individual de desenvolvimento de competências clínicas especializadas, criado durante o Estágio de Natureza Profissional – Módulo I, tendo sido fundamental para a aplicação integrada de conhecimentos e a aquisição das competências clínicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Pessoa em Situação Perioperatória. As atividades do projeto “SilentCare” permitiram não só a obtenção de competências nesta área de especialidade e uma contribuição para a qualidade dos cuidados perioperatórios, com uma elevação da consciência cirúrgica, como também o desenvolvimento de competências de mestre em Enfermagem, através da investigação e da utilização constante de um pensamento crítico e reflexivo na prática e sobre a prática.

Palavras-Chave: Bloco Operatório; Enfermagem Perioperatória; Enfermeiro Especialista; Prática Baseada na Evidência; Ruído.

ABSTRACT

This report, produced during the Professional Internship – Module II, an integral part of the study plan of the second Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the Area of Nursing for People in Perioperative Situations, at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, records, details and examines the activities carried out and the impact of the clinical component on personal and professional growth, illustrating the path of development of common and specific skills aiming a specialization in Medical-Surgical Nursing, in the Area of People in Perioperative Situations, based on a critical, descriptive and reflective methodology supported by theoretical-practical knowledge and acquired skills.

The Professional Internship took place in the Central Operating Room and the Specialties Operating Room of a portuguese northern hospital institution, providing an opportunity to acquire unique clinical skills that are different from the usual practice, in an environment of application and exchange of experiences and knowledge. Special attention was paid to safety and quality of care, which resulted in the development of the “SilentCare” project, focused on intraoperative noise exposure. This project included carrying out a scoping review, contributing to increasing knowledge based on the best evidence on this topic. The report also presents two clinical cases that exemplify decision-making and the representation of knowledge and action of specialized nursing in concrete situations of perioperative care.

The course of this internship was guided by the individual specialized clinical skills development project, created during the Professional Nature Internship – Module I, having been fundamental for the integrated application of knowledge and the acquisition of clinical skills of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing, in the Area of People in Perioperative Situations. The activities of the “SilentCare” project allowed not only the acquisition of skills in this area of specialty and a contribution to the quality of perioperative care, with an increase in surgical awareness, but also the development of master's skills in Nursing, through research and the constant use of critical and reflective thinking in practice and about practice.

Keywords: Evidence-Based Practice; Noise; Nurse Specialist; Operating Room; Perioperative Nursing.

ABREVIATURAS

AORN - *Association of Operating Room Nurses*

ASPE - Associação Sindical Portuguesa dos Enfermeiros

BO - Bloco Operatório

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMCEPSPE - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMCPSPE - Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Perioperatória

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ENPMI - Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I

ENPMII - Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II

EORNA - *European Operating Room Nurses Association*

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

GCL - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

JBÍ - *Joanna Briggs Institute*

LVSC - Lista de Verificação Segurança Cirúrgica

nº - número

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

MPD - Modelo Perioperatório centrado no Doente

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

OT – Orientação Tutorial

p. – página

p.e. – por exemplo

PMQCE – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PRISMA-ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews*

PSPE – Pessoa em Situação Perioperatória

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SALR – Sala de Anestesia Loco-regional

SO – Sala de Operações

SpO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

UC – Unidade Curricular

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. PESSOA SUBMETIDA A CESARIANA ELETIVA	25
3.1. Enquadramento teórico	25
3.2. Clientes	32
3.3. Medicação	32
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	33
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	39
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	45
3.5. Domínios	51
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	52
3.6. Conceção de Cuidados	57
3.7. Síntese relativa ao caso	61
4. PESSOA SUBMETIDA A TUMORECTOMIA COM BIÓPSIA	63
4.1. Enquadramento teórico	63
4.2. Clientes	69
4.3. Medicação	69
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	70
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	75
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	81
4.5. Domínios	88
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	88
4.6. Conceção de Cuidados	94
4.7. Síntese relativa ao caso	99
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	101
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	143
7. BIBLIOGRAFIA	149
ANEXOS	163

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Índice de Quadros

Quadro 1 - Rácio de Enfermeiros no Bloco Operatório.....	23
Quadro 2 - Plano de Sessões em Cesariana Eletiva.....	46
Quadro 3 - Escala de Bromage.....	48
Quadro 4 - Plano de Sessões em Tumorectomia com Biópsia.....	81
Quadro 5 - Escala de Agitação-Sedação de Richmond.....	92

Índice de Figuras

Figura 1 - Modelo Perioperatório centrado no Doente (MPD).....	120
--	-----

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A célere evolução técnico-científica da saúde exige que os profissionais estejam em constante aprendizado e pesquisa. A prática de enfermagem vai além do cuidado clínico, sendo a pesquisa científica um pilar fundamental para a melhoria contínua da qualidade e das competências profissionais. A Ordem dos Enfermeiros (OE) sublinha a relevância da formação contínua na área da saúde, destacando a necessidade de especialização e diferenciação entre os profissionais de saúde (OE, 2019a). A especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, que se insere no contexto da Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC), realça a importância dos cuidados proporcionados ao utente cirúrgico e respetiva sua família, com particular foco na promoção da saúde, na prevenção de ocorrências adversas e no tratamento da doença (OE, 2018b). O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCEPSPE), é um exemplo de como a formação académica pode contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem e para a valorização da profissão. Este curso permite aos enfermeiros aprofundar o seu conhecimento científico e aplicá-lo na prática, sempre respeitando os princípios éticos e a deontologia profissional, especialmente no contexto do cuidado perioperatório ao paciente e à sua família.

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II (ENPMII), integrante do plano de estudos do primeiro semestre, do segundo ano, da segunda edição do MEMCEPSPE, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), procedeu-se à construção do presente relatório de estágio, sob orientação dos docentes Paulo Machado e Ana Sabrina Sousa. Esta unidade curricular antecede a UC Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I (ENPMI), que teve lugar durante o período de 11 de abril a 23 de junho de 2023, com uma carga de trabalho total de 420 horas, distribuídas em 205 horas de contacto presencial – 180 horas para a componente de estágio e 25 horas para aulas de seminário – e as restantes 215 horas direcionadas à realização de outras atividades necessárias ao desenvolvimento da UC, entre as quais a criação do projeto de estágio.

O ENPMII visa a aquisição e o desenvolvimento de competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e da prestação e gestão de cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória (PSPE). As atividades letivas decorreram de 18 de setembro a 19 de dezembro de 2023 e de 3 a 31 de janeiro de 2024, num total de 840 horas. Estas, além das horas de contacto e das horas para a realização de outras atividades essenciais à UC, como estudo e realização de trabalhos, distribuíram-se em 390 horas de contacto presencial – 340 horas para a componente de estágio; 50 horas para aulas de Orientação Tutorial (OT) – e 200 horas afetas à redação do relatório de estágio, sustentada na plataforma educacional “e4nursing”.

No que concerne a vertente de estágio, foram experimentados os mesmos contextos do primeiro período de prática clínica. Desta forma, teve lugar em unidades de cuidados direcionadas ao acompanhamento da PSPE e à prestação de cuidados avançados de enfermagem, nomeadamente no Bloco Operatório Central e no Bloco Operatório de Especialidades. Importa salientar que, considerando a instituição hospitalar selecionada – cuja descrição se encontra no capítulo seguinte –, estes dois *settings* apresentam-se como um só, visto não haver distinção por especialidades cirúrgicas. Por este motivo, o contexto de estágio será doravante mencionado como Bloco Operatório (BO). Tendo em conta a inicial parca experiência profissional nesta área diferenciada, considera-se este aspeto como facilitador da imersão no contexto da prática e de uma reflexão sobre a ação mais adequada, porquanto possibilitou a vivência de variadas experiências em especialidades distintas e a obtenção de competências clínicas especializadas, num quadro de aplicação e de partilha de experiências e transferência de conhecimentos, num percurso contínuo de aprendizagem e de cariz reflexivo.

Assim, é esperado do estudante a conceção de uma consciência profissional acerca do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEMCEPSPE), através da integração progressiva dos espaços de exercício profissional e da implementação do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas, criado no ENPMI, pertinente na aplicação inclusiva de conhecimentos no âmbito da Enfermagem, bem como na aquisição de competências clínicas especializadas. Neste contexto, a formulação deste relatório de estágio emerge como item de avaliação indispensável da UC, com o objetivo de registar, detalhar e refletir criticamente, com base em evidências, as tarefas realizadas e a influência da parte clínica no crescimento pessoal e profissional no contexto da obtenção e evolução de competências especializadas em enfermagem. Isso inclui o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, com destaque no desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Perioperatória (EMCPSPE), especialmente nos campos da prática profissional, ética e legal, prestação e gestão de cuidados, bem como na investigação, avaliando o grau de execução dos objetivos e as competências adquiridas. Assim, as atividades foram realizadas em coordenação com os supervisores clínicos, de acordo com as expectativas pessoais e o cumprimento dos objetivos definidos no plano de estudos (Ribeiro, 2023).

Numa perspetiva de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de EMCPSPE, o projeto anteriormente delineado surgiu como uma intervenção promotora da segurança cirúrgica e da qualidade dos cuidados prestados. Neste seguimento, surgiu o tema norteador deste relatório: “Ruído no Bloco Operatório – Intervenção Especializada de Enfermagem na Segurança e Qualidade dos Cuidados”. O projeto visa o desenvolvimento dessas competências especializadas, alinhadas com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEMCPSPE. Ao focar a promoção do conforto do utente através do controlo do ruído, o EE demonstra a sua capacidade de maximizar a

segurança tanto para a pessoa quanto para a equipa multidisciplinar, em linha com uma consciência cirúrgica adequada. Importa referir que o tema inicial do projeto elaborado, inicialmente direcionado para uma gestão do ruído intraoperatório na pessoa submetida a cesariana, foi forçado a uma alteração que obrigou a uma visão mais abrangente da temática, fora das SO; isto é, uma análise e atuação no ruído presente em todas as fases do perioperatório, desde a admissão do utente num BO, à sua passagem por uma SO e culminando na respetiva recuperação numa Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. A elaboração de um projeto de melhoria contínua da qualidade no âmbito do ENPMII, que mereceu a atenção da equipa do contexto clínico, foi a força motriz por detrás da mudança estabelecida.

Após identificar e compreender o problema - gestão do ruído na PSPE - e considerando as informações mencionadas anteriormente, foram estabelecidos os objetivos que nortearam o estágio, definindo-se como objetivo geral: “Desenvolver competências especializadas de enfermagem na PSPE, maximizando, com consciência cirúrgica, segurança e qualidade”. Neste seguimento, foram identificados os seguintes objetivos específicos: aprofundar conhecimentos na área da gestão da experiência cirúrgica da pessoa em situação perioperatória, nomeadamente no controlo do ruído; refletir criticamente sobre a intervenção especializada do enfermeiro especialista na gestão do ruído intraoperatório, com vista ao conforto e ambiente seguro da pessoa em situação Perioperatória; desenvolver competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade, particularmente no âmbito da identificação estratégias de controlo do ruído, contribuindo para a mudança de comportamentos através da sensibilização da equipa multidisciplinar; prestar cuidados de enfermagem especializados na promoção do conforto e de um ambiente seguro para a pessoa em situação perioperatória.

O presente relatório é uma reflexão sobre o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, com base em três pilares fundamentais: a elaboração de dois estudos de caso que abrangem as diversas fases do perioperatório, a realização de uma *scoping review* e uma análise reflexiva das competências do EEEMCEPSPE. As atividades propostas foram concebidas para atender aos objetivos estabelecidos e estão diretamente ligadas à prática clínica do enfermeiro perioperatório. Além disso, incluem um componente de pesquisa vital para a obtenção das informações necessárias. O relatório destaca ainda aspetos de monitorização das atividades sugeridas, com o objetivo de alcançar a eficácia desejada, respondendo ao processo de desenvolvimento de conhecimentos e habilidades específicas do MEMCEPSPE.

A metodologia aplicada à elaboração deste documento é de natureza descritiva, crítica e reflexiva, tendo por base os requisitos académicos e as orientações descritas na Circular Normativa CN-CD/2018/2, referente aos procedimentos e orientações para a obtenção do título profissional de EE. Os recursos mobilizados consistiram na pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e na literatura cinzenta, na consulta dos documentos internos da instituição hospitalar e nos conhecimentos adquiridos ao longo da formação. Foram também consultados os documentos oficiais emitidos pela OE, nomeadamente o Regulamento de Competências

Comuns do EE, bem como o Regulamento de Competências Específicas do EEEMCEPSPE. Este trabalho foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico, seguindo as normas do guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEP e a sétima edição da norma da *American Psychological Association* para as referências bibliográficas.

O presente trabalho encontra-se estruturado de acordo com os objetivos supracitados, iniciando-se com uma introdução que delinea as diretrizes principais do relatório, seguida de um capítulo que caracteriza o contexto clínico. Posteriormente, nos capítulos três e quatro, encontram-se documentados dois estudos de caso em situação Perioperatória, vivenciados durante o ENPMII – o primeiro, aborda o planeamento de cuidados de uma utente submetida a uma cesariana eletiva, enquanto que o segundo explana o caso de uma utente submetida a uma tumorectomia com biópsia, cuja conceção de cuidados se desenrolou nos três períodos perioperatórios e com recurso à plataforma educacional "*e4nursing*", desenvolvida pela ESEP. Esta plataforma possui uma estrutura de conteúdos integrada com a Ontologia de Enfermagem, encontrando-se organizada segundo o Processo de Enfermagem, que guia a tomada de decisão clínica. Neste sentido, os planos de cuidados encontram-se estruturado em sessões, nas quais os domínios pertinentes são estudados através dos dados colhidos por meio da vigilância e monitorização do utente, permitindo a identificação dos focos de atenção ou diagnósticos de enfermagem e a implementação de intervenções personalizadas. Por sua vez, no quinto capítulo, são abordadas as contribuições para o desenvolvimento de competências especializadas, através de uma análise reflexiva fundamentada pelos domínios das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, a par do desenvolvimento das atividades inerentes ao projeto individual de desenvolvimento profissional elaborado anteriormente. Por fim, é abordada nas considerações finais uma síntese das ideias principais, dos resultados esperados, dos resultados atingidos e das principais dificuldades sentidas. Adicionalmente, na parte final do documento, podem ser consultados os anexos essenciais a uma melhor compreensão do mesmo.

É importante assinalar que, aquando da elaboração deste relatório, nomeadamente na explanação dos casos clínicos, os dados pessoais dos utentes, assim como a identificação da instituição do contexto clínico, foram ocultados, em conformidade com a lei de proteção de dados, respeitando plenamente os direitos, liberdades e garantias fundamentais.

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

A instituição hospitalar da região norte onde foi realizada a componente de estágio caracteriza-se como uma instituição envolvida na comunidade e promotora da saúde na sociedade, com respeito pela dignidade humana e orientação com foco no utente, através de uma cultura de gestão e prática assistencial centradas em elevados padrões éticos, norteadas pela eficiência no uso dos recursos e probidade na conduta e pelo talento, formação, multidisciplinaridade e trabalho em equipa. Defende o respeito, desenvolvimento humano, competência, responsabilidade, paixão, compromisso e inovação enquanto valores primordiais, e visa ser uma referência na prestação de cuidados em saúde, assente nas melhores práticas clínicas e na inovação, promovendo o desenvolvimento sustentado, a par de uma relação de excelência com os seus utentes, familiares e profissionais.

Paralelamente, tem como missão prestar cuidados de saúde de excelência, através de uma prática caracterizada pela qualidade, competência, rigor, eficiência e diferenciação, fortalecendo o princípio da humanização e envolvimento com a comunidade, e promovendo simultaneamente a valorização pessoal e técnica dos seus profissionais, através do incentivo ao ensino pré e pós-graduado e à investigação, em estreita colaboração com instituições universitárias, nas várias vertentes das ciências da saúde.

No que concerne o Bloco Operatório (BO) desta instituição, a sua missão é garantir que os utentes tenham acesso a uma estrutura adequada para receber os tratamentos necessários de acordo com a sua condição clínica, respeitando a sua dignidade e seguindo os padrões internacionais e melhores práticas estabelecidas para os Blocos Operatórios. Atende às necessidades cirúrgicas dos utentes, visando a sua satisfação, bem como a dos profissionais envolvidos, através de uma procura constante para aprimorar a qualidade e eficiência em todas as atividades relacionadas ao período perioperatório, otimizando o uso de todos os recursos disponíveis. Adicionalmente, reivindica a criação de um ambiente propício e oferece as condições necessárias para a formação de estudantes e profissionais da área.

O objetivo principal do BO é garantir tratamentos adequados e cuidados de saúde de qualidade e eficiência para os utentes, implicando que todos os funcionários do serviço tenham acesso a informações completas sobre a estrutura, serviços e procedimentos. Além disso, visa cumprir os requisitos de organização e funcionamento que permitam uma utilização abrangente dessas infraestruturas, com foco na maximização da eficiência, considerando o impacto na produção, qualidade clínica e custos.

2.1. Recursos Físicos

O BO Central é constituído por várias estruturas. Tem 12 salas operatórias polivalentes, incluindo uma sala dedicada exclusivamente à urgência e outra com um circuito para doentes COVID-19. Além disso, existe uma sala de operações (SO) destinada a procedimentos médico-cirúrgicos de menor complexidade e uma Sala de Anestesia Loco-Regional (SALR), dirigida à realização de técnicas locorregionais para anestesia e/ou analgesia no período perioperatório, que podem ser realizadas fora da sala operatória no pré-operatório imediato. É também usada para outros procedimentos invasivos necessários à otimização dos utentes. A monitorização e estabilização dos utentes submetidos a cirurgia convencional que vêm das salas operatórias são feitas na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), com capacidade para 12 camas em funcionamento, podendo chegar a 15 camas.

O BO Central também dá apoio na realização de cesarianas urgentes/emergentes na sala operatória do Bloco de Partos situada no Piso 5 do Edifício F do Polo Tecnológico. O Serviço de Esterilização, que funciona numa instalação própria com acesso direto ao BO em ambiente controlado, serve as necessidades do bloco e dá apoio aos serviços que necessitam de material esterilizado.

Além disso, o BO Central contém a Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA). Esta unidade, que está funcionalmente integrada no BO, partilha as instalações com o BO, mas tem um circuito do doente independente dos doentes em regime de cirurgia convencional. A UCA tem três salas operatórias mais dedicadas, mas são realizadas cirurgias de ambulatório nas várias salas do BO, alocadas às diversas especialidades.

A UCA possui ainda um recobro de ambulatório com 10 camas monitorizadas, o recobro de fase 1, e 12 cadeirões no recobro de fase 2. Junto ao recobro, existe uma copa para apoio à alimentação dos utentes, uma sala de sujos e 2 WC's. A pernoita de adultos é realizada nas camas do Recobro fase 1, enquanto que a pernoita do doente em idade pediátrica tem lugar no Serviço de Pediatria. Inclui também algumas estruturas fisicamente separadas do Bloco, como a sala de espera e secretariado, vestiários e WC's para utentes, dois gabinetes de enfermagem para preparação e alta dos utentes operados, e uma sala de espera para os utentes já preparados e que aguardam a cirurgia. O BO conta com vários espaços de apoio, incluindo salas de espera para os utentes, stocks de diversos consumíveis e instrumentos esterilizados, roupa, farmácia, área de copa, vestiários e outros.

A elegibilidade dos utentes para a cirurgia ambulatória é determinada durante uma consulta pré-operatória, onde um anestesista e um enfermeiro realizam uma avaliação física e social dos utentes, num gabinete específico na Consulta Externa. Antes da operação, os mesmos são informados sobre o processo a que serão submetidos, possíveis efeitos adversos, instruções e

recomendações para o dia da cirurgia e alta hospitalar. Após a operação, são fornecidos aos utentes e acompanhantes os números de telefone da UCA e do Serviço Cirúrgico, bem como informações sobre os cuidados pós-operatórios.

Após a alta, a avaliação pós-operatória é feita por meio de um telefonema no próximo dia útil. Se o utente apresentar alguma queixa que justifique um novo contacto, outro telefonema é feito. Informações verbais e escritas sobre os cuidados necessários são fornecidas aos utentes e respetivos acompanhantes.

2.2. Circuitos Internos

O BO é organizado em três áreas de circulação distintas, cada uma designada para atividades específicas, com o objetivo de facilitar os fluxos de movimentação e o controlo do tráfego de entrada e saída do BO, além de garantir a proteção dos utentes, profissionais e materiais contra possíveis fontes de contaminação cruzada. É crucial que os espaços e instalações sejam mantidos sempre limpos, arrumados e funcionais, prontos para desempenhar as suas funções específicas. Da mesma forma, os equipamentos devem ser dispostos em locais apropriados e devidamente identificados. Esses circuitos são estabelecidos de acordo com a estrutura física do BO e seguem duas regras fundamentais.

O princípio de assepsia progressiva determina o controlo e a restrição do tráfego de profissionais, utentes e materiais, levando em consideração a movimentação das áreas mais sujas para as áreas mais limpas. Tal é alcançado através de medidas de barreira, como vestiários para profissionais, transfer de utentes e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). A circulação de ar também é direcionada das áreas mais limpas para as menos limpas, garantindo uma pressão positiva nas SO. Já o princípio geral de circulação interna estabelece a necessidade de separação entre circuitos considerados limpos e sujos. O cruzamento de utentes, profissionais e materiais requer uma disciplina rigorosa na adesão aos protocolos de circulação dos utentes, bem como no isolamento adequado de materiais esterilizados em circulação e no acondicionamento apropriado de resíduos e materiais contaminados. Neste sentido, foram definidas três áreas de circulação: área livre, área semi-restrita e área restrita.

A área livre abrange espaços onde não é necessário usar um fardamento específico ou restringir a circulação. Inclui o corredor de acesso ao BO, os secretariados, a sala de espera, a área de admissão/alta da cirurgia de ambulatório e a área externa da zona de controlo.

Por sua vez, a área semi-restrita compreende as instalações periféricas que cercam a área restrita, onde estão localizadas as salas operatórias. O acesso a esta área requer o uso de um fardamento específico do BO, que não pode ser utilizado fora das instalações, a menos que haja

razões justificáveis. A circulação é restrita a profissionais e utentes, sendo permitida a presença de visitantes ou acompanhantes conforme necessário. Inclui espaços para armazenamento de material limpo e estéril, instrumental cirúrgico, equipamentos, escritórios de trabalho, sala de pausa para profissionais e corredores de acesso às áreas restritas. Além disso, abriga a SALR, a UCPA e o Recobro da Cirurgia de Ambulatório.

Já a área restrita refere-se às SO, equipadas com equipamentos de anestesia e especificamente projetadas para procedimentos cirúrgicos e anestésicos que requerem altos níveis de assepsia. Para garantir a conformidade com as normas legais, foram adotadas medidas específicas para o ambiente físico das salas operatórias. Cada sala possui uma Unidade de Tratamento de Ar dedicada, capaz de fornecer uma taxa de renovação de ar de 20 trocas por hora, com exceção das salas 6 e 7, que possuem um fluxo laminar e uma taxa de renovação de ar de 40 trocas por hora. Além disso, todas as salas operatórias são mantidas em sobrepressão.

No momento da admissão para uma cirurgia, é fundamental estabelecer diretrizes claras para o percurso do utente, com o objetivo de tornar os circuitos simples e integrar as ações a serem realizadas por diferentes profissionais. Além disso, é importante fazer referência às práticas e procedimentos estabelecidos, que assegurem a qualidade dos cuidados e a segurança do utente. Desta forma, na admissão ao BO, estão definidos circuitos para utentes admitidos de forma programada, a serem submetidos a cirurgia convencional; utentes admitidos via serviço de urgência e utentes admitidos de forma programada para cirurgia em regime de ambulatório, com alta até às 24 horas após admissão.

2.3. Recursos Humanos

A equipa de profissionais do BO é diversificada, envolvendo diferentes especialidades. Existem profissionais residentes, com atividades centradas no BO e em áreas remotas, como cerca de 180 enfermeiros e 60 assistentes operacionais. Além disso, há um grupo de profissionais não residentes, que corresponde aos utilizadores do BO, como cirurgiões, anestesiológicos, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos e outros. Estes profissionais pertencem a outros serviços clínicos, mas desempenham funções no BO simultaneamente.

O número de elementos da equipa cirúrgica varia conforme a complexidade dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Numa cirurgia com anestesia, a equipa é composta por um ou mais cirurgiões; um ou mais ajudantes; um anestesiológico; um enfermeiro instrumentista; um enfermeiro circulante; um enfermeiro de anestesia; e um técnico superior de diagnóstico e terapêutica. A equipa cirúrgica do Bloco de Partos, além de incorporar os elementos mencionados, engloba ainda um ou mais obstetras, um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica e um neonatologista.

2.4. Modelo de Organização e Métodos de Trabalho

A atividade do BO é cuidadosamente planeada em articulação com os Diretores dos Serviços Cirúrgicos e de Anestesiologia, o Diretor e o Enfermeiro Gestor do BO, bem como o Gestor do BO. O objetivo é otimizar o uso dos recursos e garantir a eficiência nos planos operatórios. São realizadas avaliações regulares para identificar e resolver quaisquer problemas que possam afetar negativamente a utilização dos recursos disponíveis. Encontra-se organizado para atender a uma variedade de procedimentos cirúrgicos, tanto programados quanto de urgência, abrangendo diversas especialidades médicas. As treze salas cirúrgicas estão estruturadas para acomodar as seguintes valências cirúrgicas: Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-facial, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Estomatologia, Gastrenterologia (apoio a procedimentos da especialidade), Ginecologia, Neurocirurgia, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia.

As SO no BO são flexíveis e podem ser utilizadas por diversas especialidades médicas, sendo preferível que a mesma sala seja atribuída à mesma especialidade sempre que possível. A sala cirúrgica localizada no Bloco de Partos é destinada a procedimentos cirúrgicos obstétricos urgentes e emergentes. Duas das salas (4 e 5) são reservadas para cirurgias urgentes e emergentes, funcionando 24 horas por dia, e, em caso de necessidade, a prioridade é dada à cirurgia emergente em relação à cirurgia programada para garantir a disponibilidade das salas.

Com o objetivo de garantir a continuidade dos planos operatórios, em situações de falta de vagas na UCPA, pode ser acionado o plano de contingência, mediante indicação do enfermeiro gestor/responsável da área anestésica ou do enfermeiro responsável de turno. Se todas as 12 unidades estiverem ocupadas e não houver possibilidade de libertar vagas, na eventualidade de os utentes realizarem a recuperação na SO, o plano de contingência da UCPA é ativado, abrindo até três vagas adicionais, num total máximo de 15 unidades. Para tal, são alocados recursos humanos e logísticos, incluindo o enfermeiro de anestesia da SALR, caso não esteja de prevenção para as trombectomias. Após a ativação deste plano e na inexistência de vagas, os utentes iniciarão o período de recuperação na SO até que hajam unidades disponíveis.

No BO e UCPA, além do sistema de documentação de enfermagem Glinnt® , é utilizado o sistema de informação Patient Care®, que interage com outros dispositivos médicos, não sendo necessária a transcrição manual de dados monitorizados, proporcionando uma maior fiabilidade e segurança para o utente. Contudo, tem dificuldades de interoperabilidade com o sistema Glinnt®, usado nos serviços de internamento, o que pode comprometer a continuidade dos cuidados. Este sistema permite a extração de indicadores estatísticos, facilitando a produção de indicadores de qualidade para gestão ou investigação científica.

No que concerne as dotações seguras em ambiente perioperatório, a garantia de cuidados perioperatórios seguros, eficientes e de qualidade está diretamente relacionada com o número adequado de enfermeiros, levando em consideração tanto a qualidade quanto a quantidade destes profissionais. Este número é determinado pela complexidade dos cuidados necessários, a capacidade da instalação e a forma como esses cuidados são organizados. As diretrizes para a dotação de uma equipa de enfermagem segura estão estabelecidas no Regulamento n.º 743/2019, publicado no Diário da República n.º 184/2019, Série II, em 25 de setembro de 2019, sendo que se verifica o seu cumprimento nesta instituição e serviço, com os rácios estipulados.

Os princípios para o cálculo de dotações seguras de enfermeiros nos Blocos Operatórios, de Cirurgia Convencional e de Cirurgia Ambulatória, são os mesmos, levando em consideração a complexidade dos cuidados, a capacidade instalada e a organização desses cuidados.

Nas salas de operações de cirurgia programada ou urgente, existem os seguintes postos de trabalho: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia. É adequado que os enfermeiros que ocupam esses postos sejam especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Até que haja um número suficiente de enfermeiros especialistas nesta área, os BO incluem enfermeiros e enfermeiros especialistas de diferentes áreas de especialidade, preferencialmente enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Nos BO que atendem a população pediátrica, deve haver, preferencialmente, um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, para apoiar a sala de operações, o recobro e as consultas perioperatórias.

Nas unidades de recobro ou unidades de cuidados pós-anestésicas, recomenda-se a existência de, pelo menos, dois enfermeiros, preferencialmente especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. O rácio deve ser de um enfermeiro para cada dois utentes em cirurgia convencional e um enfermeiro para cada três utentes em cirurgia ambulatória, podendo ser ajustado de acordo com a complexidade dos cuidados e as necessidades específicas dos utentes. Para procedimentos de Pequena Cirurgia com anestesia local, considera-se um posto de trabalho de enfermeiro circulante. No caso de partos distócicos com cesariana, a equipa inclui um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Além da dotação para cada SO e recobro, recomenda-se a inclusão na dotação calculada de postos de trabalho de consulta pré e pós-operatória, admissão pré-operatória e atividades de suporte, como gestão integrada de cuidados perioperatórios, resposta a necessidades de logística de suporte às salas, substituição de enfermeiros, entre outros. O rácio de enfermeiros em qualquer posto de trabalho deve ser ajustado de acordo com a alta complexidade e intensidade dos cuidados, rotatividade ou características específicas dos utentes.

A dotação para o cálculo assenta na seguinte fórmula e deve seguir o disposto no Quadro 1:

$$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$$

Quadro 1 - Rácio de enfermeiros no Bloco Operatório
(Cirurgia Convencional ou Cirurgia de Ambulatório)

	Número de Enfermeiros
Sala de operações.....	3 Enfermeiros por sala de operações
Recobro imediato em Cirurgia Convencional.....	1 Enfermeiro por 1-2 clientes
Recobro imediato em Cirurgia de Ambulatório.....	1 Enfermeiro por 3 clientes
Recobro tardio.....	1 Enfermeiro por 6 clientes
Consulta de Enfermagem Perioperatória.....	30 min

Adaptado de Regulamento n.º 743/2019, publicado no Diário da República n.º 184/2019, Série II, em 25 de setembro de 2019

2.5. Projetos em Desenvolvimento

Este serviço possui em curso o projeto “Luvas Seguras Salvam Vidas”, com vista ao reforço da consciência e segurança cirúrgica relacionadas com o uso adequado de luvas esterilizadas dentro da SO. Possuem ainda um projeto-estudo na área da normotermia, com a implementação de novos sensores de avaliação da temperatura, com apoio da empresa 3M. Adicionalmente, existe um grupo de trabalho constituído por enfermeiros de reabilitação, que visa providenciar aos doentes submetidos a sleeves gástricos, em regime de ambulatório, estratégias para facilitar e diminuir o tempo de recuperação pós-operatória.

3. PESSOA SUBMETIDA A CESARIANA ELETIVA

ES, 30 anos, primípara, com primeira gestação sem intercorrências. Data prevista de parto a 03/12/2023, às 39 semanas de gestação. Através da ecografia obstétrica do 3º trimestre, foi detetada uma distocia fetal por apresentação pélvica. Foi proposta para cesariana eletiva, às 39 semanas e 4 dias de gestação, sob anestesia sequencial, no dia 07/12/2023, às 09h00, no Bloco Operatório Central (BOC). Sem antecedentes pessoais. Sem medicação habitual. Sem alergias. 72kg. ASA II (gestante).

3.1. Enquadramento teórico

O processo natural do parto envolve a saída do feto do útero materno, acompanhado da placenta, através do canal vaginal. Por outro lado, a cesariana, conforme definido pela Direção-Geral da Saúde (2015), é a realização de uma laparotomia seguida da extração de um ou mais fetos (vivos ou mortos) do útero ou da cavidade abdominal após as 22 semanas de gravidez. Quanto à urgência, pode ser programada, com data predefinida; urgente, para resolver uma situação clínica em até 180 minutos, ou emergente, em casos de perigo iminente para a saúde do feto e/ou parturiente, devendo ser realizada em menos de 15 minutos (DGS, 2015).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, observa-se um aumento constante no número de cesarianas em Portugal desde 1999, com um crescimento de quase 10% entre 2000 e 2020, representando aproximadamente um terço dos nascimentos no país, com uma tendência geral de aumento (ERS, 2023).

A decisão de optar pela cesariana é tomada quando se acredita que o parto abdominal irá oferecer um resultado materno e/ou fetal mais favorável do que o parto vaginal. As indicações para o parto cirúrgico podem ser agrupadas em duas categorias principais: razões médicas/obstétricas e a pedido da paciente. Entre as indicações mais frequentes estão a falha na progressão durante o trabalho de parto, estado fetal não tranquilizador e má apresentação fetal. As cesarianas agendadas por motivos médicos/obstétricos ocorrem quando clinicamente necessários. Em situações em que é recomendada por razões maternas ou fetais, mas não é indicado um parto prematuro, existe consenso em agendar a cirurgia para a 39ª semana de gestação (Boyle et al., 2013).

À semelhança de qualquer outro procedimento cirúrgico, os cuidados perioperatórios aquando de uma cesariana devem ser tidos igualmente em consideração. Antes do procedimento, as pacientes são avaliadas detalhadamente, a nível cirúrgico e anestésico. Durante a cirurgia, é essencial administrar a anestesia de forma adequada, manter uma assepsia rigorosa para prevenir infeções e uma monitorização contínua e adequada. A abordagem cirúrgica segue protocolos específicos e procedimentos de acordo com as melhores práticas clínicas, seguindo-se por cuidados pós-operatórios que visam o controlo da dor e a prevenção de complicações. De uma forma geral, estas práticas refletem a abordagem padrão das áreas cirúrgica e anestésica de forma a garantir a segurança e a eficácia dos procedimentos.

Processo Cirúrgico

Antes da incisão cirúrgica, é importante a preparação pré-cirúrgica da paciente em sala, de forma a garantir que todas as condições anestésicas e cirúrgicas estão reunidas. Neste sentido, é realizada a preparação antisséptica da pele (íntegra) com uma solução de base alcoólica, clorhexidina, que deve atuar cerca de 30 segundos, antes da incisão. Como se trata de uma paciente com rotura de membranas – i.e. saco amniótico – é realizada uma preparação vaginal antes do parto cirúrgico com uma solução aquosa de iodopovidona dérmica na mucosa genital. Desta forma, é também realizada a lavagem que antecede a colocação do cateter urinário.

A cirurgia inicia com a abertura do abdómen, onde é realizada uma incisão transversal, em detrimento de uma incisão vertical, visto que a primeira está associada a uma aparência estética superior, menor dor pós-operatória e uma futura ferida cirúrgica mais resistente. A disseção do tecido pode ser realizada com uma lâmina ou um bisturi elétrico, dependendo da preferência do cirurgião (Bickenbach et al., 2013).

De seguida, após disseção do tecido subcutâneo, é realizada a incisão da fáscia do reto abdominal medialmente com uma tesoura de disseção. O tecido muscular é então separado, mantendo a integridade muscular, visto que preserva a força muscular nos primeiros meses pós-operatórios (Giacalone et al., 2002). Aquando da abertura do peritонеu, é usual a utilização dos dedos de maneira brusca para minimizar o risco de lesão inadvertida em órgãos como intestino, bexiga, ou outros que possam estar aderentes à superfície subjacente. No entanto, uma abordagem com um instrumento cirúrgico afiado também é considerada aceitável (CORONIS, 2016).

No que concerne a histerotomia, é recomendada uma incisão transversal baixa em vez de uma incisão vertical para a maioria das pacientes, visto que a primeira está associada a vantagens como menor perda de sangue, menor necessidade de disseção da bexiga, facilidade de reaproximação e menor risco de rutura em gestações subsequentes. No entanto, é reconhecido que, em alguns cenários específicos, como um segmento uterino inferior pouco desenvolvido ou

uma patologia associada a essa região, uma histerotomia vertical baixa pode ser preferível (Luthra et al., 2013). Quanto ao método de expansão da incisão de histerotomia, é sugerida uma abordagem contundente – isto é, afastar com as mãos – por se apresentar como mais rápida e com menos risco de trauma inadvertido para o feto, podendo reduzir a perda de sangue e a extensão da incisão. Esse procedimento é realizado de forma cefalocaudal, garantindo uma abertura eficaz e segura (Pergialiotis et al., 2021).

O bebê é então removido atraumaticamente e o mais rápido possível – um tempo prolongado entre a incisão uterina e o parto está associado com índices de Apgar mais baixos (Fontanarosa & Fontanarosa, 2008). A clampagem do cordão umbilical deve ser adiada por um período de 30 a 60 segundos em recém-nascidos que não precisem de reanimação, idealmente realizada após o início da respiração. Tal prática resulta em níveis mais elevados de hemoglobina e reservas de ferro no recém-nascido, facilitando a transição do ambiente fetal para o neonatal. Durante este período, o bebê é limpo e massajado, contribuindo para a referida transição.

Após a remoção do bebê em segurança, verificados os primeiros sinais de vida (p.e. choro) e cortado o cordão umbilical, procede-se então à remoção espontânea da placenta, em detrimento de uma remoção manual; isto é, aliado ao início da perfusão de oxitocina, que promove a contração uterina e o controlo hemorrágico, é realizada uma ligeira tensão no cordão remanescente para acelerar a expulsão placentária. Posteriormente, é realizada uma breve limpeza da cavidade endometrial com uma compressa, para garantir que toda a placenta foi removida, assim como alguma membrana ou tecido residual, estimulando, simultaneamente, a contração uterina (Leavitt et al., 2007).

Iniciando a fase de encerramento dos tecidos, aquando do encerramento uterino, não existe evidência que promova a exteriorização do útero, pelo que a escolha fica dependente do cirurgião e do contexto clínico. É, contudo, recomendado um encerramento em duas camadas – com duas suturas contínuas – por conferir um menor risco de rotura e hemorragia uterina numa gravidez subsequente (Bhat et al., 2022). É importante referir que as agulhas de sutura utilizadas para encerrar o útero não devem ser utilizadas nos restantes tecidos, visto que estiveram em contacto com a cavidade uterina, exposta pela remoção do feto.

Nesta fase, é realizada a inspeção da cavidade abdominal antes de prosseguir com o encerramento dos tecidos superiores, de forma a verificar a hemóstase interna e a limpar as ansas laterais. Confirmada a ausência de hemorragia retroperitoneal, cabe ao cirurgião a decisão de reaproximar o reto abdominal, não existindo evidência que comprove o seu benefício; pelo contrário, no que concerne o tecido muscular, uma recuperação natural e gradual dos tecidos é recomendada (Ceydeli et al., 2005).

Por outro lado, não é aconselhado o encerramento do peritoneu, que promove a formação de aderências (Shi et al, 2011). O uso de drenos também não está recomendado, visto não diminuir a probabilidade de seroma, hematoma, infeção ou deiscência da ferida (Gates & Anderson,

2013). De igual forma, o encerramento do tecido subcutâneo não está documentado como benéfico, pelo que fica à consideração da equipa cirúrgica esta decisão – é comum ver a realização de apenas uma aproximação dos bordos deste tecido com alguns pontos de sutura espaçados, de forma a promover uma cicatrização mais rápida (Pergialiotis et al., 2017).

Por fim, é aconselhada a reaproximação da pele com uma sutura intradérmica contínua absorvível, em detrimento dos agrafos cutâneos, por promover a diminuição da probabilidade de infeção da ferida cirúrgica. Num estudo conduzido por Mackeen et al. (2015), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas a nível estético, da dor pós-operatória e da satisfação das pacientes com o uso de sutura face ao uso de agrafos.

Processo Anestésico

Para garantir a segurança durante o procedimento anestésico e cirúrgico, são tomadas diversas medidas. Antes de tudo, é obtido o consentimento informado da grávida. Um anestesiológista realiza a avaliação pré-operatória, que inclui a história clínica, exame físico e avaliação da via aérea, juntamente com a verificação de outros exames diagnósticos necessários. Outras medidas incluem a tipagem sanguínea da grávida, um jejum mínimo de 6 horas, se possível, e a colocação de um cateter venoso periférico, preferencialmente de calibre 18G. Para diminuir o volume/acidez gástrica, podem ser administrados antiácidos, metoclopramida e ranitidina em diferentes situações (Saldanha et al., 2013).

A algaliação pode ser realizada antes ou depois da técnica anestésica. O material necessário para anestesia geral, incluindo ventilador, aspirador, laringoscópio e fármacos de emergência, como atropina e efedrina, deve ser preparado e estar fácil e rapidamente acessível. A grávida é monitorizada de uma forma padrão e é fornecido oxigénio suplementar, se necessário. A posição da grávida é cuidadosamente ajustada, muitas vezes em decúbito dorsal com lateralização esquerda da marquesa. A antibióterapia profilática é administrada apenas após o nascimento e a oxitocina é administrada após a dequitação, conforme indicado pelo obstetra, com vigilância de efeitos adversos, como taquicardia e hipotensão (Saldanha et al., 2013).

Na anestesia para cesariana, as técnicas regionais são preferidas devido à menor morbilidade e mortalidade em comparação com a anestesia geral. A mortalidade está geralmente associada a desafios na via aérea, especialmente em situações de emergência. Ambas as abordagens, geral e regional, parecem seguras para o feto. A decisão sobre a técnica anestésica é tomada pelo anestesista, com base em informações do obstetra e do neonatologista, considerando a urgência da cesariana, o estado clínico da gestante e a condição fetal (Nixon et al., 2023).

Recomenda-se o uso preferencial da anestesia neuroaxial (AN) em detrimento da anestesia geral para a maioria dos casos de cesarianas. Apesar de os resultados maternos e neonatais não mostrarem melhorias claras com a AN, a preferência da maioria das mulheres é permanecer

acordada durante o nascimento do bebê. Além disso, a AN apresenta vantagens teóricas, incluindo a possibilidade de a mãe estar consciente durante o parto, evitando a necessidade de instrumentação das vias aéreas, minimizando o uso de medicação sistêmica e a transferência para o feto; possibilitando o uso de opioides neuroaxiais para analgesia pós-operatória, potencialmente reduzindo a perda de sangue; e associando-se a um menor risco de complicações, como tromboembolismo venoso e infecções. A exposição neonatal a medicamentos anestésicos durante a indução e manutenção da anestesia geral é reconhecida como potencialmente causadora de depressão neonatal precoce, sendo necessário notificar a equipa de reanimação neonatal sobre os medicamentos administrados à mãe antes do parto (Nixon et al., 2023).

Existe uma maior preferência pela anestesia regional para cesarianas, a menos que haja contraindicações, visto ser apropriada para intervenções cirúrgicas realizadas nos membros inferiores, região pélvica e aparelho uroginecológico. Por outras palavras, é adequada para procedimentos cujas informações neurológicas têm origem em dermatômos abaixo de T4, exigindo conhecimento da distribuição das sensações (nociceptivas) cutâneas e viscerais. As opções incluem bloqueio subaracnoideu (BSA), anestesia epidural ou bloqueio sequencial, escolhidos com base na experiência do anestesiológico, urgência e condição clínica da gestante. Se um cateter epidural testado estiver disponível, é preferível. O BSA pode ser indicado em cesarianas de emergência, realizando um bloqueio rápido em 5 a 10 minutos com a administração de ropivacaína 0,75% ou lidocaína 2% (Sousa & Ambrósio, 2013).

O método do bloqueio sequencial combina a rapidez do BSA com a possibilidade de colocar um cateter epidural, resultando na vantagem de prolongar tanto a anestesia, como a analgesia. A técnica segue o mesmo procedimento da anestesia epidural: a grávida é posicionada em decúbito lateral, em posição fetal, ou sentada. É realizado o teste do nível de bloqueio para determinar a necessidade de alcançar um bloqueio sensitivo T4-S4. No caso de um bloqueio sequencial, é utilizado um kit específico que contém uma agulha Touhy 18G, uma agulha "bico de lápis" 27G Whittacre, cateter e filtro antibacteriano. A técnica needle-through-needle é aplicada ao nível do espaço intervertebral L3-L4 ou L4-L5. Ao encontrar o espaço epidural, a agulha raquidiana é inserida até se perceber o som distintivo "pop" ao atravessar a dura-máter, seguido pela execução do bloqueio. Após a conclusão do mesmo, o cateter é introduzido através da agulha de Tuohy. Contudo, devido ao risco potencial de inserção do cateter no espaço intratecal, é essencial realizar um teste antes de qualquer administração através da via epidural. A pressão arterial e a frequência cardíaca são monitorizadas a cada 5 minutos nos primeiros 15 minutos após a administração dos fármacos (Sousa & Ambrósio, 2013).

Os fármacos, concentrações e doses utilizados no bloqueio sequencial são os mesmos do BSA – anestésicos locais como bupivacaína hiperbárica a 0,5% e/ou levobupivacaína a 0,5%, com doses dependentes da altura da grávida; associados a opioides como sufentanil, fentanil e morfina, que direcionam os anestésicos locais diretamente aos recetores apropriados na

medula. A bupivacaína é a escolha mais frequente para anestesia local devido a uma duração de ação adequada para a maioria das cesarianas, baixa ocorrência de irritação radicular transitória, custo acessível e ampla disponibilidade. Outrossim, os opioides peridurais são administrados para acelerar o início da anestesia, melhorar a sua qualidade e ainda fornecer analgesia pós-operatória (Saldanha et al., 2013).

Gestão Intraoperatória

Durante a cesariana, são adotadas medidas para garantir uma gestão intraoperatória adequada. O posicionamento da gestante é realizado com um deslocamento uterino esquerdo para minimizar a compressão aortocaval, geralmente utilizando um ângulo de 15 graus através de diferentes métodos, como o uso de uma espuma, cunha de madeira, almofada ou inclinação da mesa. Adicionalmente, é essencial manter a normotermia, fazendo uso de estratégias como lençóis quentes para procedimentos mais curtos e um dispositivo de aquecimento ativo para procedimentos mais longos ou quando há anestesia geral (Nixon et al., 2023).

A gestão de fluidos inclui a administração de um bólus rápido de cristalóide EV no início da raqui-anestesia, conhecido como co-carga. A quantidade adicional de fluidos é baseada na estimativa das perdas sanguíneas e soluções sem glicose são preferíveis para evitar a hiperglicemia no feto. Simultaneamente, a prevenção de náuseas e vômitos é uma consideração importante, sendo a administração de profilaxia uma prática comum. O ondansetrom é frequentemente utilizado para essa finalidade, juntamente com outras opções como metoclopramida e dexametasona. É, no entanto, importante ressaltar que podem existir diversas etiologias para estes sintomas, de entre os quais hipotensão, manipulação visceral e a administração rápida de uterotônicos (Nixon et al., 2023).

Neste seguimento, a administração de uterotônicos, como a ocitocina, é crucial para promover a contração uterina e reduzir o sangramento uterino pós-parto. As doses e a administração são realizadas de acordo com os protocolos institucionais, considerando os potenciais efeitos secundários, como hipotensão, náuseas e dor torácica. Contudo, de uma forma geral, devem ser administrados em perfusões contínuas controladas (Sheehan et al., 2011).

Analgesia Pós-operatória

A gestão da dor pós-operatória é uma preocupação crucial tanto para as utentes como para os profissionais de saúde. Diferentemente de outras cirurgias, a abordagem para a analgesia pós-cesariana deve levar em consideração a necessidade de promover o vínculo entre a mãe e o recém-nascido, facilitar a mobilização pós-operatória para reduzir o risco de tromboembolismo, preservar a capacidade da mãe de cuidar do bebé, minimizar o uso de opioides e permitir uma

amamentação segura, com transferência mínima de analgésicos para o recém-nascido. Para alcançar esses objetivos, a estratégia de analgesia multimodal é comumente empregada, priorizando o uso de opioides neuroaxiais de longa duração e minimizando os opioides sistêmicos (Saldanha et al., 2013).

A abordagem de analgesia multimodal é aplicada a todas as utentes. Para aquelas submetidas a anestesia neuroaxial, o protocolo inclui a administração de medicamentos como paracetamol, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e opioides hidrofílicos neuroaxiais de dose única, proporcionando uma analgesia eficaz por aproximadamente 24 horas após a cirurgia. Essa técnica elimina a necessidade de cateteres e bombas para analgesia contínua, facilitando a mobilização da pessoa. Os efeitos colaterais dos opioides neuroaxiais, como náuseas e prurido, podem ser minimizados utilizando doses eficazes mais baixas, e medidas de monitorização são implementadas conforme necessário. Para a prevenção e tratamento de náuseas e vômitos, uma abordagem combinada é preferida, envolvendo medicamentos de classes diferentes para profilaxia e tratamento, como o ondansetrom (Machado et al., 2019).

Considerações sobre Amamentação

Refletindo sobre a amamentação após a cesariana, é crucial promover e facilitar uma prática segura e bem-sucedida. É considerado seguro que as mães continuem a amamentar bebês saudáveis e a termo durante o período pós-operatório, desde que estejam acordadas, alertas, capazes de segurar o bebê e evitem medicamentos de alto risco, como tramadol, codeína e meperidina (Carvalho et al., 2023).

Quando se trata da administração de AINEs a mulheres que amamentam, a transferência desses fármacos para o leite materno é geralmente baixa e considerada segura, especialmente nas primeiras 24 a 72 horas após o parto, quando a produção de leite é mínima. No primeiro dia pós-parto, a quantidade total de transferência de qualquer medicamento para o leite materno é limitada devido ao baixo volume de colostro. Para minimizar a transferência para o leite materno e a sedação neonatal, é recomendado utilizar a menor dose eficaz de opioides, dando preferência à administração neuroaxial sempre que possível. Doses clinicamente adequadas de morfina neuroaxial para a cesariana são consideradas seguras para mães que pretendem amamentar. Quando a administração de opiáceos é necessária, é ideal que a amamentação ocorra imediatamente antes da administração, garantindo, assim, uma menor concentração da droga no leite materno, uma vez que essa concentração está diretamente relacionada aos níveis plasmáticos maternos (Carvalho et al., 2023).

Cuidados de Enfermagem à Pessoa submetida a Cesariana

Na anestesia para a cesariana, os principais objetivos são assegurar o conforto e a segurança da parturiente, bem como o bem-estar do feto e do recém-nascido. Ao contrário de muitos procedimentos cirúrgicos, não é comum administrar sedativos como pré-medicação antes do parto, devido ao risco de atravessarem a placenta. A tranquilização e o apoio verbal do anestesista e do enfermeiro de anestesia geralmente são suficientes para proporcionar alívio da ansiedade para a maioria das mulheres.

Nos cuidados de enfermagem durante a cirurgia, existe uma abordagem conhecida como "cesariana natural" ou "centrada na família", que visa aprimorar a experiência de parto em cesarianas não complicadas, replicando ao máximo as características do parto vaginal para tornar a cirurgia mais acolhedora para a família. Durante o procedimento, há uma atenção especial na redução de ruídos indesejados, (p.e. conversas entre profissionais), e reproduzir música escolhida pelos pais. Além disso, procura-se criar um ambiente mais intimista através do uso de luzes com capacidade de escurecimento, cortinas transparentes ou ajustadas para permitir que os pais observem o nascimento (Berghella et al., 2023).

Adicionalmente, deve evitar-se a sedação materna sempre que possível, permitindo que o recém-nascido nasça de forma mais natural, combinando a expulsão uterina natural com a assistência médica ativa. Durante o procedimento, os membros superiores da mãe devem ser libertados de fios e monitores, quando possível, para que possam segurar e amamentar o recém-nascido. A promoção do contato pele a pele e da amamentação imediata após o nascimento é incentivada. A abordagem centrada na família procura envolver ativamente os pais no processo, permitindo que observem diretamente o parto e participem em momentos cruciais, como o corte do cordão umbilical. Estudos indicam que esta abordagem proporciona uma experiência de nascimento mais positiva, favorece maiores taxas de amamentação e contribui para uma ligação mãe-bebê mais enriquecedora (Berghella et al., 2023).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 30 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-07 09:00:00	Solução polieletrólítica 1000ml EV	
2023-12-07 09:00:00	Metoclopramida 10mg EV	2023-12-07 10:30:00
2023-12-07 09:00:00	Bupivacaína hiperbárica 0,5% 8mg Via Epidural	2023-12-07 10:30:00
2023-12-07 09:00:00	Levobupivacaína 0,5% 8mg Via Epidural	2023-12-07 10:30:00
2023-12-07 09:00:00	Sufentanil 2,5mcg Via Epidural	2023-12-07 10:30:00
2023-12-07 09:00:00	Fentanil 0,01mg Via Epidural	2023-12-07 10:30:00
2023-12-07 09:00:00	Morfina 0,1mg Via Epidural	2023-12-07 10:30:00
2023-12-07 10:30:00	Cloreto de sódio 0,9% 1000ml EV	
2023-12-07 10:30:00	Oxitocina 20UI EV	
2023-12-07 10:45:00	Paracetamol 1g EV	2023-12-07 12:15:00
2023-12-07 10:45:00	Cetorolac 30mg EV	2023-12-07 12:15:00
2023-12-07 10:45:00	Ondansetron 4mg EV	2023-12-07 12:15:00
2023-12-07 10:45:00	Ropivacaína 2% 16mg Via Epidural	2023-12-07 12:15:00
2023-12-07 12:15:00	Paracetamol 1g EV [SOS, máx. 6/6h]	
2023-12-07 12:15:00	Ondansetron 4mg EV [SOS, máx. 8/8h]	
2023-12-07 12:15:00	Ropivacaína 2% 8mg Via Epidural [SOS, máx. 8/8h]	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Para garantir a segurança e eficácia do procedimento cirúrgico-anestésico, é essencial possuir um entendimento abrangente da farmacologia, compreendendo as indicações e possíveis efeitos colaterais dos medicamentos. Além disso, é fundamental antecipar potenciais reações adversas e interações medicamentosas. Esse conhecimento desempenha um papel crucial na prática de enfermagem, assegurando a prestação de cuidados seguros e eficazes. Dentro desse contexto, a farmacologia dos principais medicamentos administrados no caso clínico em questão é abordada. Esta secção tem como objetivo detalhar a atuação da enfermagem em relação à administração da medicação, seguindo a prescrição do médico anestesiologista.

Solução Polieletrólítica

A terapia de fluidos durante o período perioperatório visa manter a perfusão sanguínea e a oxigenação tecidual adequadas para prevenir hipovolémia e sobrecarga hídrica. A reposição de água e eletrólitos durante uma cirurgia deve ser feita com uma solução cristalóide balanceada que se distribui rapidamente pelo espaço extracelular. Corrigem desequilíbrios eletrolíticos, sendo indicadas para reposição de fluidos, choque hemorrágico e acidose metabólica fraca a moderada (Laboratórios Basi, 2011).

É importante considerar precauções e advertências específicas ao utilizar essa solução. A administração em grande volume requer uma monitorização cuidadosa em pessoas com insuficiência cardíaca, pulmonar ou renal. Deve-se ter atenção a condições como hipervolemia, retenção de sódio, hipocalcemia e em pessoas com hipertensão, entre outras. Além disso, as soluções que contêm sais de potássio devem ser administradas com cuidado em pessoas com condições predisponentes à hipercaliemia (Laboratórios Basi, 2011).

Quanto aos efeitos adversos, reações de hipersensibilidade podem ocorrer, manifestando-se através de taquicardia, palpitações, dispneia, entre outros sintomas. É necessária uma abordagem cautelosa para evitar complicações como hipotensão, hipercalcemia, tromboflebites e reações no local de administração (Laboratórios Basi, 2011).

Metoclopramida

A metoclopramida é um medicamento utilizado para modificar a motilidade gástrica e prevenir náuseas e vômitos pós-operatórios, bem como tratar sintomaticamente náuseas e vômitos associados a diversas condições, incluindo enxaqueca aguda e radioterapia. Se administrada em doses elevadas, podem ocorrer reações extrapiramidais (distonia aguda, discinesia, síndrome parkinsoniana e acatisia), especialmente em crianças e adultos jovens. Outros efeitos adversos incluem sonolência, diminuição do nível de consciência e alucinações (Sanofi, 1996).

É essencial estar atento a possíveis perturbações extrapiramidais, especialmente em crianças e jovens, ou quando se utilizam doses elevadas. Embora esses efeitos geralmente sejam reversíveis após a cessação da administração, pode ser necessário um tratamento sintomático, como o uso de benzodiazepinas em crianças e/ou medicamentos anticolinérgicos antiparkinsonianos em adultos (Sanofi, 1996).

Bupivacaína Hiperbárica 0,5%

A bupivacaína hiperbárica é um anestésico local usado no bloqueio subaracnoideu (BSA) para procedimentos cirúrgicos e obstétricos, como cirurgias abdominais, urológicas e dos membros inferiores com duração de 1,5 a 3 horas. Os efeitos indesejáveis incluem hipotensão, bradicardia e cefaleias pós-punção. É crucial identificar o espaço subaracnoideu antes da administração, observando a saída de líquido cefalorraquidiano. O BSA deve ser realizado por anestesiologistas experientes em ambiente adequado, com acesso intravenoso estabelecido previamente. A hipotensão associada ao BSA pode ser prevenida com soluções intravenosas e tratada com vasopressores, como efedrina (Bluemed, 2001).

Cuidados são necessários em pessoas com hipovolémia, oclusão aorta-cava, doença coronária ou cerebrovascular. O BSA pode apresentar desafios imprevisíveis, como bloqueios mais altos do que o esperado. Pessoas com patologias neurológicas crônicas devem receber atenção especial, embora geralmente não afete adversamente essas condições (Bluemed, 2001).

A escolha entre a anestesia do neuroeixo e geral depende das características da pessoa, e, sempre que possível, é recomendável otimizar a sua condição geral antes do procedimento. O anestesista deve permanecer disponível durante todo o procedimento e supervisionar a recuperação até ao final da ação anestésica (Bluemed, 2001).

Levobupivacaína 0,5%

A levobupivacaína 0,5% é um anestésico local usado em cirurgias com bloqueio epidural, intratecal e perineural, além de pequenas cirurgias de infiltração. Também é empregada na gestão da dor, podendo ser administrada de forma contínua, única ou múltipla para alívio pós-operatório ou analgesia durante o trabalho de parto (Fresenius Kabi Pharma, 2015).

Ao utilizar levobupivacaína, é fundamental que as anestésias locais e regionais sejam conduzidas em instalações bem equipadas por profissionais experientes capazes de diagnosticar e tratar eventuais efeitos adversos. Pode causar reações alérgicas, efeitos cardiovasculares e lesões neurológicas, especialmente em pessoas com comprometimento cardiovascular. É necessária atenção ao utilizar levobupivacaína em pessoas com arritmias cardíacas graves. A administração epidural ou intratecal em pessoas com doenças pré-existentes do SNC requer uma avaliação clínica adequada (Fresenius Kabi Pharma, 2015).

Durante a administração epidural, é recomendado o uso de doses incrementais com intervalos para detetar manifestações tóxicas. Efeitos adversos comuns incluem hipotensão, náuseas, anemia, vômitos, tonturas, cefaleias, entre outros. Em obstetrícia, a levobupivacaína pode estar associada à síndrome de sofrimento fetal (Fresenius Kabi Pharma, 2015).

Sufentanil

O sufentanil é um analgésico estupefaciente utilizado por via intravenosa como adjuvante de anestesia ou como anestésico único em pessoas ventiladas. É indicado para intervenções longas e dolorosas, onde a estabilidade cardiovascular requer um analgésico potente. Também pode ser administrado por via epidural para controlo da dor pós-operatória ou como adjuvante da bupivacaína epidural durante o trabalho de parto. Advertências e precauções especiais incluem o risco de uso concomitante com medicamentos sedativos, como benzodiazepinas, que pode resultar em sedação, depressão respiratória e coma (Medochemie, 2019).

A administração intravenosa durante o trabalho de parto ou antes da clampagem do cordão umbilical em cesarianas não é recomendada devido ao risco de depressão respiratória no recém-nascido. No entanto, a administração epidural durante o parto é considerada segura em doses adequadas (Medochemie, 2019).

Precauções devem ser tomadas na administração epidural em casos de depressão respiratória, comprometimento da função respiratória ou sofrimento fetal. A monitorização pós-administração é necessária para detetar depressão respiratória precoce. Os efeitos adversos mais comuns incluem sedação, prurido, náuseas e vômitos, sendo essencial estar ciente desses sintomas durante o tratamento (Medochemie, 2019).

Fentanil

O fentanil é um analgésico estupefaciente utilizado em neuroleptanalgesia, neuroleptanestesia e como componente analgésico em anestesia geral com intubação e ventilação do paciente. Advertências e precauções especiais devem ser observadas em pessoas com depressão respiratória, doença obstrutiva das vias aéreas, miastenia gravis, doenças intestinais obstrutivas ou inflamatórias, hipotireoidismo, doença pulmonar, alcoolismo, hiperplasia prostática e lesão hepática ou renal (Hameln Pharma GmbH, 2018).

Entre os efeitos adversos, podem ocorrer reações de hipersensibilidade, agitação, euforia, delírium, sonolência, sedação, confusão, depressão do sistema nervoso central, convulsões, miose, distúrbios visuais, arritmias cardíacas, vasodilatação periférica, hipotensão/hipotensão ortostática, hipertensão, tosse, depressão respiratória pós-operatória, hipercapnia, laringospasmo, broncospasmo, edema pulmonar, náuseas, vômitos, obstipação e rigidez musculoesquelética, incluindo rigidez torácica que pode levar à insuficiência ventilatória (Hameln Pharma GmbH, 2018).

Morfina

A morfina é um analgésico estupefaciente utilizado para tratar dor intensa, proporcionar sedação pré-operatória e ser adjuvante da anestesia. Além disso, é indicada para aliviar a dor associada ao enfarte do miocárdio e como tratamento adjuvante do edema pulmonar agudo. É necessário ter precauções e realizar uma monitorização adequada em casos de insuficiência hepática, insuficiência respiratória, insuficiência renal, hipotireoidismo, lesões intracranianas, hipertrofia prostática e miastenia gravis (Laboratórios Basi, 2007).

Os efeitos indesejáveis associados ao uso de morfina incluem náuseas, vômitos, sudorese, euforia, insónia, agitação, medo, alucinações, sonolência, cefaleias, alterações da visão, miose, tremor, convulsões, anorexia, retenção urinária, obstipação, arritmias cardíacas, hipertensão,

hipotensão ortostática, síncope, prurido, urticária, laringospasmo, broncospasmo, redução do reflexo da tosse e alterações na regulação térmica (Laboratórios Basi, 2007).

Cloreto de Sódio 0,9%

O cloreto de sódio 0,9% é uma solução isotônica com osmolaridade aproximada de 308 mOsm/l, sendo indicado para tratar a desidratação extracelular isotônica e a depleção de sódio. Além disso, é utilizado como veículo ou solvente para administração parentérica de medicamentos compatíveis. Não são esperados efeitos indesejáveis nas condições normais de tratamento, embora reações adversas possam estar relacionadas à técnica de administração, como resposta febril, infecção no local de administração, reação ou dor local, irritação venosa, trombose venosa ou flebite, incluindo extravasamento e hipervolemia (Labesfal, 1990).

São necessárias precauções e uma monitorização clínica no início de qualquer perfusão intravenosa. A administração deve ser realizada com monitorização regular e cuidadosa, especialmente acompanhando parâmetros clínicos e biológicos, como eletrólitos séricos. O uso de cloreto de sódio requer precaução em pessoas com hipertensão, insuficiência cardíaca, edema pulmonar ou periférico, insuficiência renal, pré-eclâmpsia, aldosteronismo ou em situações associadas à retenção de sódio, como o uso de corticosteroides (Labesfal, 1990).

Oxitocina

A oxitocina, uma hormona hipotalâmica e hipofisária, é usada como indução do trabalho de parto em casos de gravidez prolongada, rutura prematura de membranas e hipertensão induzida pela gravidez. Também é utilizada na estimulação do trabalho de parto em casos de inércia uterina hipotônica, além de ser indicada nos primeiros estágios da gravidez como terapia adjuvante para aborto incompleto, inevitável ou retido. No pós-parto, é utilizada durante cesarianas e para prevenir/tratar atonia uterina e hemorragias (Eugia Pharma, 1993).

A administração da oxitocina é exclusivamente por perfusão intravenosa, nunca por bólus, devido ao risco de provocar hipotensão aguda de curta duração, acompanhada por rubor e taquicardia reflexa. A indução do trabalho de parto com oxitocina deve ser realizada apenas quando estritamente indicada do ponto de vista médico, em ambiente hospitalar e sob a supervisão de pessoal médico qualificado (Eugia Pharma, 1993).

Quanto aos efeitos adversos, doses excessivas podem resultar numa hiperestimulação uterina, podendo causar sofrimento, asfixia e morte fetal, hipertonidade, contrações tetânicas ou rutura uterina. A administração rápida por bólus intravenoso também pode causar hipotensão aguda, rubor e taquicardia reflexa, especialmente em pessoas com doença cardiovascular prévia, e prolongamento do intervalo QTc (Eugia Pharma, 1993).

Paracetamol

O paracetamol, um analgésico e antipirético não opioide, age centralmente e é recomendado para dor leve a moderada e febre. Os seus efeitos adversos incluem alterações hematológicas e, em casos de intoxicação, pode causar insuficiência hepática. É indicado para o tratamento de curta duração da dor moderada e também para a febre (Accord Healthcare, 2010).

Algumas precauções e advertências são importantes, como evitar em casos de insuficiência hepatocelular, insuficiência renal grave, alcoolismo crônico e desidratação. Os efeitos adversos podem incluir mal-estar, reações de hipersensibilidade, hipotensão, elevação das transaminases hepáticas, trombocitopenia, leucopenia e neutropenia (Accord Healthcare, 2010).

Cetorolac

O cetorolac é um anti-inflamatório e analgésico não esteroide derivado do ácido acético. É indicado para o tratamento a curto prazo da dor aguda de intensidade moderada a grave, que requer analgesia do tipo opiáceo. Uma advertência importante é que o cetorolac está associado a um risco potencialmente elevado de toxicidade gastrointestinal grave, especialmente quando usado fora das indicações aprovadas ou por longos períodos (Atnahs Pharma, 2000).

No que diz respeito aos efeitos adversos, destaca-se a sonolência no sistema nervoso central. Recomenda-se atenção na condução ou na execução de tarefas que exigem atenção, além da abstinência de consumo de bebidas alcoólicas durante o tratamento. A administração do medicamento pode inibir a agregação plaquetária e prolongar o tempo de sangramento. Para minimizar os efeitos indesejáveis, é aconselhável utilizar a menor dose eficaz pelo menor tempo necessário para controlar os sintomas (Atnahs Pharma, 2000).

Ondansetron

O ondansetron é um antiemético e antivertiginoso usado para tratar náuseas e vômitos moderados a graves relacionados à quimioterapia ou anestesia. As precauções incluem a administração cuidadosa em pacientes com arritmias cardíacas, distúrbios na condução cardíaca, ou que estejam a utilizar medicamentos que prolongam o intervalo QT. Em casos de insuficiência hepática, a dose não deve ultrapassar 8 mg por dia (Labesfal, 2001).

Efeitos adversos possíveis abrangem reações de hipersensibilidade, cefaleias, distúrbios do movimento, tonturas, alterações visuais transitórias, arritmias, prolongamento do intervalo QTc e sensação de calor ou rubor. A vigilância cuidadosa é necessária, especialmente em casos de insuficiência hepática moderada a grave (Labesfal, 2001).

Ropivacaína 2%

A ropivacaína 2% é um anestésico local de ação prolongada utilizado para perfusão epidural contínua ou administração em bólus intermitente no controlo da dor pós-operatória ou dor de parto, assim como para bloqueio do campo e bloqueio contínuo dos nervos periféricos (Fresenius Kabi Pharma, 2010).

Precauções incluem a aspiração cuidadosa para evitar injeção intravascular, que pode ser reconhecida por taquicardia transitória. A injeção deve ser feita lentamente, com monitorização constante das funções vitais. Em caso de sintomas de toxicidade, a administração deve ser interrompida imediatamente (Fresenius Kabi Pharma, 2010).

Os efeitos adversos da ropivacaína 2% são semelhantes aos de outros anestésicos locais de ação prolongada do tipo amida. Reações adversas podem ocorrer com doses excessivas, absorção rápida ou injeção intravascular acidental. Náuseas e hipotensão são efeitos indesejáveis frequentemente relatados, especialmente durante a anestesia e cirurgia. Distinções entre efeitos causados pelo estado clínico e pelo fármaco podem ser desafiadoras (Fresenius Kabi Pharma, 2010).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

07-12-2023 08:45

07-12-2023 08:45 - Procedimento invasivo

07-12-2023 08:45 - Tipo de procedimento invasivo: Cesariana Eletiva.

07-12-2023 08:45 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

07-12-2023 10:30 - Perda sanguínea

07-12-2023 10:30 - Abdómen: Sem perda sanguínea aparente.

07-12-2023 10:30 - Localização do Pulso

07-12-2023 10:30 - Punho Esquerda(o)

07-12-2023 10:30 - Frequência do pulso: 77 pulsações por minuto.

07-12-2023 10:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

07-12-2023 09:00 - Localização do Pulso

07-12-2023 09:00 - Punho Esquerda(o)

07-12-2023 09:00 - Frequência do pulso: 92 pulsações por minuto.

07-12-2023 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

07-12-2023 08:45 - Localização do Pulso

07-12-2023 08:45 - Punho Esquerda(o)

07-12-2023 08:45 - Frequência do pulso: 89 pulsações por minuto.

07-12-2023 08:45 - Pulso de amplitude mediana e regular.

07-12-2023 08:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

07-12-2023 08:45 - Membro superior Direita(o)

07-12-2023 08:45 - Pressão sanguínea sistólica: 121 mmHg.

07-12-2023 08:45 - Pressão sanguínea diastólica: 69 mmHg.

07-12-2023 10:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

07-12-2023 10:30 - Membro superior Direita(o)

07-12-2023 10:30 - Pressão sanguínea sistólica: 110 mmHg.

07-12-2023 10:30 - Pressão sanguínea diastólica: 67 mmHg.

07-12-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

07-12-2023 09:00 - Membro superior Direita(o)

07-12-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 128 mmHg.

07-12-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.

07-12-2023 10:30 - Temperatura corporal periférica

07-12-2023 10:30 - Ouvido: 35.90 °C.

07-12-2023 09:00 - Temperatura corporal periférica

07-12-2023 09:00 - Ouvido: 36.00 °C.

07-12-2023 08:45 - Temperatura corporal periférica

07-12-2023 08:45 - Ouvido: 36.10 °C.

07-12-2023 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [3ª, 4ª e 5ª sessões]

07-12-2023 10:45 - Perda sanguínea

07-12-2023 10:45 - Abdómen: Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

07-12-2023 12:15 - Perda sanguínea

07-12-2023 12:15 - Abdómen: Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

07-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Todas as sessões]

07-12-2023 09:00

07-12-2023 09:00 - Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 07-12-2023 10:45

07-12-2023 09:00 - FiO2: 28 %.

07-12-2023 09:00 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

07-12-2023 09:00 - Assegurar oxigenoterapia [FIM] 07-12-2023 10:45

07-12-2023 09:00 - Manter oxigenoterapia [2ª e 3ª sessões] [FIM] 07-12-2023 10:45

07-12-2023 09:00 - Anestesia/Sedação [RESOLVIDO] 07-12-2023 12:15

07-12-2023 09:00 - Anestesia loco-regional do neuroeixo - bloqueio sequencial

07-12-2023 09:00 - Determinar evolução da força muscular

07-12-2023 09:00 - Membro inferior Direito: ausência de contração visível ou palpável. Membro inferior Esquerdo: ausência de contração visível ou palpável.

07-12-2023 10:30 - Membro inferior Direito: ausência de contração visível ou palpável [MANTEVE]. Membro inferior Esquerdo: ausência de contração visível ou palpável [MANTEVE].

07-12-2023 10:45 - Membro inferior Direito: movimento ativo se eliminada a

gravidade [MELHOROU]. Membro inferior Esquerdo: movimento ativo se eliminada a gravidade [MELHOROU].

07-12-2023 12:15 - Membro inferior Direito: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MELHOROU]. Membro inferior Esquerdo: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MELHOROU].

07-12-2023 09:00 - *Avaliar evolução da força - contração muscular (Membro inferior Direito, Membro inferior Esquerdo) [2ª, 3ª, 4ª e 5ª sessões]*

07-12-2023 09:00 - Determinar evolução da sensibilidade

07-12-2023 09:00 - Dermátomo sensitivo T4: com compromisso da sensibilidade superficial (compromisso da sensibilidade tátil inespecífica, térmica e dolorosa).

Membro inferior Direito: com compromisso da sensibilidade profunda (compromisso da sensibilidade propriocetiva, vibratória e discriminatória). Membro inferior Esquerdo: com compromisso da sensibilidade profunda (compromisso da sensibilidade propriocetiva, vibratória e discriminatória).

07-12-2023 10:30 - Dermátomo sensitivo T4: com compromisso da sensibilidade superficial (compromisso da sensibilidade tátil inespecífica, térmica e dolorosa) [MANTEVE]. Membro inferior Direito: com compromisso da sensibilidade profunda (compromisso da sensibilidade propriocetiva, vibratória e discriminatória) [MANTEVE]. Membro inferior Esquerdo: com compromisso da sensibilidade profunda (compromisso da sensibilidade propriocetiva, vibratória e discriminatória) [MANTEVE].

07-12-2023 10:45 - Dermátomo sensitivo T4: sem compromisso da sensibilidade superficial (sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica, térmica e dolorosa) [MELHOROU]. Membro inferior Direito: com compromisso da sensibilidade profunda (compromisso da sensibilidade propriocetiva, vibratória e discriminatória) [MANTEVE]. Membro inferior Esquerdo: com compromisso da sensibilidade profunda (compromisso da sensibilidade propriocetiva, vibratória e discriminatória) [MANTEVE].

07-12-2023 12:15 - Dermátomo sensitivo T4: sem compromisso da sensibilidade superficial (sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica, térmica e dolorosa) [MELHOROU]. Membro inferior Direito: sem compromisso da sensibilidade profunda (sem compromisso da sensibilidade propriocetiva, vibratória e discriminatória) [MELHOROU]. Membro inferior Esquerdo: sem compromisso da sensibilidade profunda (sem compromisso da sensibilidade propriocetiva, vibratória e discriminatória) [MELHOROU].

07-12-2023 09:00 - *Avaliar evolução da sensibilidade (Dermátomo sensitivo T4, Membro inferior Direito, Membro inferior Esquerdo) [2ª, 3ª, 4ª e 5ª sessões]*

07-12-2023 09:00 - Determinar evolução do bloqueio motor

07-12-2023 09:00 - Não movimenta os membros inferiores

07-12-2023 10:30 - Não movimenta os membros inferiores [MANTEVE].

07-12-2023 10:45 - Flexiona apenas os pés [MELHOROU]

07-12-2023 12:15 - Flexiona o joelho [MELHOROU]

07-12-2023 09:00 - *Avaliar evolução do bloqueio motor (Escala de Bromage) [2ª, 3ª, 4ª e 5ª sessões]*

07-12-2023 09:00 - Prevenir lesões da pele decorrentes do posicionamento cirúrgico [FIM] 07-12-2023 10:45

07-12-2023 09:00 - Posicionar para prevenir úlcera por pressão [2ª e 3ª sessões] [FIM] 07-12-2023 10:45

07-12-2023 09:00 - Aplicar colchão de mesa cirúrgica, almofadas de visco elástico e auxiliares de posicionamento [2ª e 3ª sessões] [FIM] 07-12-2023 10:45

07-12-2023 09:00 - Prevenir lesões músculo-esqueléticas decorrentes do posicionamento cirúrgico [FIM] 07-12-2023 10:45

07-12-2023 09:00 - Posicionar para prevenir lesão nervosa [2ª e 3ª sessões] [FIM] 07-12-2023 10:45

07-12-2023 09:00 - Aplicar colchão de mesa cirúrgica, almofadas de visco elástico e auxiliares de posicionamento [2ª e 3ª sessões] [FIM] 07-12-2023 10:45

07-12-2023 10:45

07-12-2023 10:45 - Repouso no leito

07-12-2023 12:15 - Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais

07-12-2023 12:15 - Fazer toalete [5ª sessão]

07-12-2023 12:15 - Arranjar o cliente [5ª sessão]

07-12-2023 12:15 - Assistir no vestir-se ou despir-se [5ª sessão]

07-12-2023 10:45 - Promover adesão: repouso no leito

07-12-2023 10:45 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 10:45 - Potencial para melhorar conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito [RESOLVIDO] 07-12-2023 12:15

07-12-2023 10:45 - Avaliar evolução do conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito [4ª e 5ª sessões] [FIM] 07-12-2023 12:15

07-12-2023 12:15 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: facilitador [MELHOROU].

07-12-2023 10:45 - Ensinar sobre necessidade de manter-se em repouso no leito [4ª sessão] [FIM] 07-12-2023 12:15

07-12-2023 10:45 - Avaliar evolução da adesão ao repouso no leito [4ª e 5ª sessões]

07-12-2023 12:15 - Realiza repouso no leito de acordo com a recomendação.

07-12-2023 10:45 - Regime de nada pela boca

07-12-2023 10:45 - Promover adesão: regime de nada pela boca

07-12-2023 10:45 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 10:45 - Potencial para melhorar conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [RESOLVIDO] 07-12-2023 12:15

07-12-2023 10:45 - Avaliar evolução do conhecimento sobre necessidade de

manter regime de nada pela boca [4ª e 5ª sessões] [FIM] 07-12-2023 12:15
07-12-2023 12:15 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: facilitador [MELHOROU].
07-12-2023 10:45 - *Ensinar sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [4ª sessão] [FIM] 07-12-2023 12:15*
07-12-2023 10:45 - *Avaliar evolução da adesão ao regime de nada pela boca [4ª e 5ª sessões]*
07-12-2023 12:15 - Realiza regime de nada pela boca de acordo com a recomendação.

Sondas, Drenos e Cateteres

07-12-2023 08:45

07-12-2023 08:45 - Cateter venoso periférico

07-12-2023 08:45 - Localização do cateter venoso periférico
07-12-2023 08:45 - Mão Esquerda(o)
07-12-2023 08:45 - Características do dispositivo: Calibre 18G.
07-12-2023 09:00 - Localização do cateter venoso periférico
07-12-2023 09:00 - Mão Esquerda(o)
07-12-2023 09:00 - Ausência de dor.
07-12-2023 09:00 - Ausência de calor.
07-12-2023 09:00 - Ausência de rubor.
07-12-2023 09:00 - Ausência de tumefação.
07-12-2023 09:00 - Ausência de exsudado.
07-12-2023 09:00 - Ausência de infiltração.
07-12-2023 09:00 - Características do dispositivo: Calibre 18G.

07-12-2023 09:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

07-12-2023 09:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Todas as sessões]*
07-12-2023 10:30 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.
07-12-2023 10:30 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 1000 ml.
07-12-2023 10:45 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: fármaco.
07-12-2023 10:45 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 120 ml.
07-12-2023 12:15 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.
07-12-2023 12:15 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 200 ml.
07-12-2023 10:45 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.
07-12-2023 10:45 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 100 ml.

07-12-2023 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter

07-12-2023 09:00 - *Otimizar cateter venoso periférico [Todas as sessões]*

07-12-2023 08:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

07-12-2023 08:45 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Todas as sessões]*

07-12-2023 10:30 - Localização do cateter venoso periférico

07-12-2023 10:30 - Mão Esquerda(o)

07-12-2023 10:30 - Ausência de dor.

07-12-2023 10:30 - Ausência de calor.

07-12-2023 10:30 - Ausência de rubor.

07-12-2023 10:30 - Ausência de tumefação.

07-12-2023 10:30 - Ausência de exsudado.

07-12-2023 10:30 - Ausência de infiltração.

07-12-2023 10:45 - Localização do cateter venoso periférico

07-12-2023 10:45 - Mão Esquerda(o)

07-12-2023 10:45 - Ausência de dor.

07-12-2023 10:45 - Ausência de calor.

07-12-2023 10:45 - Ausência de rubor.

07-12-2023 10:45 - Ausência de tumefação.

07-12-2023 10:45 - Ausência de exsudado.

07-12-2023 10:45 - Ausência de infiltração.

07-12-2023 12:15 - Localização do cateter venoso periférico

07-12-2023 12:15 - Mão Esquerda(o)

07-12-2023 12:15 - Ausência de dor.

07-12-2023 12:15 - Ausência de calor.

07-12-2023 12:15 - Ausência de rubor.

07-12-2023 12:15 - Ausência de tumefação.

07-12-2023 12:15 - Ausência de exsudado.

07-12-2023 12:15 - Ausência de infiltração.

07-12-2023 09:00 - *Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]*

07-12-2023 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

07-12-2023 09:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [Diariamente]*

07-12-2023 09:00 - *Trocar cateter venoso periférico [A cada 4 dias]*

07-12-2023 09:00

07-12-2023 09:00 - Sonda de oxigénio [RESOLVIDO] 07-12-2023 10:45

07-12-2023 09:00 - Características do dispositivo: Cateter bi-nasal.

07-12-2023 09:00 - Assegurar funcionamento da sonda [FIM] 07-12-2023 10:45

07-12-2023 09:00 - *Otimizar sonda de oxigénio [2ª e 3ª sessões] [FIM] 07-12-2023 10:45*

07-12-2023 09:00 - Cateter urinário

07-12-2023 09:00 - Quantidade de urina: 50 ml.

07-12-2023 09:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

07-12-2023 09:00 - Transparência da urina: Límpida.

07-12-2023 09:00 - Características do dispositivo: Foley 16Fr de duas vias.

07-12-2023 09:00 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário

07-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário [2ª, 3ª, 4ª e 5ª sessões]

07-12-2023 09:00 - Determinar sinais de infecção do sistema urinário

07-12-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de infecção do sistema urinário [2ª, 3ª, 4ª e 5ª sessões]

07-12-2023 09:00 - Referenciar sinais de infecção do sistema urinário ao médico [SOS]

07-12-2023 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter urinário

07-12-2023 09:00 - Remover cateter urinário [08/12/2023, 10h]

07-12-2023 09:00 - Cateter epidural

07-12-2023 09:00 - Características do dispositivo: Calibre 20G.

07-12-2023 09:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

07-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter epidural [2ª e 4ª sessões; SOS]

07-12-2023 10:45 - Substância administrada pelo cateter epidural: fármaco.

07-12-2023 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter epidural

07-12-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural [2ª, 3ª, 4ª e 5ª sessões]

07-12-2023 10:30 - Ausência de dor [MANTEVE].

07-12-2023 10:45 - Ausência de dor [MANTEVE].

07-12-2023 12:15 - Ausência de dor [MANTEVE].

07-12-2023 10:30 - Ausência de calor [MANTEVE].

07-12-2023 10:45 - Ausência de calor [MANTEVE].

07-12-2023 12:15 - Ausência de calor [MANTEVE].

07-12-2023 10:30 - Ausência de rubor [MANTEVE].

07-12-2023 10:45 - Ausência de rubor [MANTEVE].

07-12-2023 12:15 - Ausência de rubor [MANTEVE].

07-12-2023 10:30 - Ausência de tumefação [MANTEVE].

07-12-2023 10:45 - Ausência de tumefação [MANTEVE].

07-12-2023 12:15 - Ausência de tumefação [MANTEVE].

07-12-2023 10:30 - Ausência de exsudado [MANTEVE].

07-12-2023 10:45 - Ausência de exsudado [MANTEVE].

07-12-2023 12:15 - Ausência de exsudado [MANTEVE].

07-12-2023 09:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

07-12-2023 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter epidural

07-12-2023 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter epidural [SOS]

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

A cirurgia é um procedimento invasivo que requer uma preparação específica e pode causar alterações no cliente. No ambiente do bloco cirúrgico, as ações dos enfermeiros são frequentemente orientadas pelo procedimento cirúrgico em si e pelas prescrições médicas, resultando em intervenções interdependentes. Neste sentido, encontram-se justificados os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica selecionados e a sua relação com o quadro teórico, nas diferentes fases do perioperatório. Com o objetivo de tornar a leitura e interpretação do relatório mais acessíveis e simplificar a compreensão das sessões definidas, foi criado um quadro que apresenta as fases, sessões e momentos ao longo da prestação de cuidados. O quadro encontra-se neste capítulo pela posição do mesmo no documento final.

Quadro 2 - Plano de Sessões em Cesariana Eletiva

Fase	Sessão	Data	Hora	Designação
Pré-operatório	1	07/12/2023	08h45	Admissão no BO
Intraoperatório	2	07/12/2023	09h00	Início da anestesia
	3	07/12/2023	10h30	Encerramento da incisão cirúrgica
Pós-operatório	4	07/12/2023	10h45	Admissão na UCPA
	5	07/12/2023	12h15	Alta da UCPA

Atitudes Terapêuticas

No que concerne as atitudes terapêuticas, estas advêm de uma prescrição médica, ainda que implementadas pelos enfermeiros, destacando-se uma dinâmica de ação interdependente onde o papel do enfermeiro é de suma importância para a execução adequada dessas intervenções. Nesse contexto, a colaboração entre profissionais de saúde é crucial para assegurar o bem-estar do utente e otimizar os resultados pós-operatórios. O enfermeiro desempenha um papel central ao traduzir as prescrições médicas em cuidados concretos, garantindo uma abordagem holística além da administração de medicação, incorporando a atenção às necessidades emocionais e físicas da pessoa durante o processo cirúrgico e de recuperação. Essa cooperação multidisciplinar reflete a importância da comunicação eficaz e do trabalho em equipa para proporcionar uma experiência de cuidado abrangente e eficiente.

Procedimento Invasivo

A preparação para uma cirurgia com anestesia geral exige a participação ativa do cliente, envolvendo a obtenção de informações e o conhecimento necessários para garantir a eficácia e a segurança máximas durante o procedimento cirúrgico. Para além das orientações sobre jejum e higiene, é crucial considerar que a segurança do procedimento não se resume apenas à preparação e ao conhecimento, mas também à adesão do cliente a essas recomendações, refletindo a aplicação prática do conhecimento adquirido (Duarte & Martins, 2014).

No pré-operatório, quando se realiza um procedimento invasivo, o enfermeiro executa verificações para assegurar a segurança intraoperatória, tais como cumprimento do jejum, ajuste do regime medicamentoso, preparação da pele, remoção de próteses e adornos, monitorização de sinais e sintomas pós-operatórios e revisão do circuito e características do Bloco Operatório (DGS, 2022). Estas verificações seguem as melhores práticas, embora não envolvam uma tomada de decisão autónoma.

Durante o procedimento invasivo, no intraoperatório, são necessárias diversas intervenções que se concentram nas necessidades específicas da cliente. O posicionamento da mesma para a cirurgia, conforme mencionado anteriormente, é o decúbito dorsal com abdução dos membros superiores, utilizando dispositivos apropriados para facilitar o correto posicionamento cirúrgico. Na admissão, a monitorização é iniciada para verificar a tensão arterial, a frequência cardíaca, a saturação de oxigénio no sangue e a temperatura periférica. Na sala operatória, mantêm-se as intervenções relacionadas à monitorização contínua da cliente (Butterworth et al., 2018).

A avaliação da temperatura corporal visa detetar precocemente a hipotermia não intencional, que ocorre em 60% a 90% das cirurgias com duração superior a 60 minutos. Recomenda-se que a temperatura do cliente seja $\geq 36^{\circ}\text{C}$ antes da cirurgia. A hipotermia não intencional no pós-operatório está associada a diversos efeitos adversos, pelo que a avaliação da temperatura é realizada em todas as etapas do plano de cuidados (AESOP, 2013).

No que diz respeito às perdas sanguíneas, o risco hemorrágico é alto nesta cirurgia, embora a profilaxia tromboembólica possa não ser necessária. A necessidade de transfusão e a disponibilidade de reserva de sangue são verificadas no início do procedimento. Durante a cirurgia, avaliam-se as perdas sanguíneas para prevenir/gerir complicações, e, neste caso, as perdas foram dentro do esperado, entre os 800 e 1000ml (Machado et al., 2019), não necessitando de medidas compensatórias.

Oxigenoterapia

A administração de oxigénio durante uma cesariana é uma prática comum devido aos benefícios que o oxigénio suplementar oferece. Além de manter a oxigenação adequada da mãe durante o procedimento cirúrgico, é essencial garantir uma oxigenação adequada do feto. A administração de anestesia do neuroeixo durante a cesariana pode afetar a respiração e a oxigenação, tornando o oxigénio suplementar crucial para assegurar uma oxigenação adequada. Além disso, o uso de oxigénio pode beneficiar a recuperação pós-operatória da mãe, auxiliando na recuperação da anestesia e do stress cirúrgico. Portanto, a utilização de oxigénio durante uma cesariana é fundamental para garantir uma fase intraoperatória sem intercorrências, bem como para apoiar a recuperação pós-operatória da mãe (Pécora et al., 2009).

Anestesia/ Sedação

A anestesia, independentemente da técnica utilizada, advém de uma prescrição médica, que gera focos de vigilância relevantes para a enfermagem. Neste sentido, foi criado o foco "Anestesia/ Sedação" adstrito às atitudes terapêuticas, de forma a justificar as intervenções executadas aquando do procedimento anestésico-cirúrgico e da recuperação pós-operatória.

A técnica anestésica utilizada nesta cirurgia consiste num método que provoca um bloqueio motor a nível do dermatomo T4, limitando intencional e temporariamente a força muscular e a sensibilidade a partir desse ponto, o que inclui os membros inferiores (Saldanha et al., 2013).

A avaliação da recuperação do bloqueio motor é um aspeto crucial a ser considerado desde a admissão à alta da UCPA. Nesse contexto, são examinados os movimentos bilaterais dos membros inferiores para determinar se o bloqueio motor foi completa ou parcialmente revertido. A Escala de Bromage (Quadro 3) é utilizada para avaliar a extensão da recuperação do bloqueio. Categoriza a reversão do bloqueio sequencial, proporcionando uma análise rápida e sistematizada da força muscular do cliente submetido a esse tipo de anestesia (Garcia, 2006).

Quadro 3 - Escala de Bromage (Adaptado de Garcia, 2006)

Escala de Bromage		
Pontuação	Grau do Bloqueio	Critério
1	Nulo	Movimentação livre dos membros inferiores
2	Parcial	Capacidade de flexionar os joelhos e movimentar os pés
3	Quase Completo	Capacidade de flexionar apenas os pés
4	Completo	Imobilidade completa dos membros inferiores

A avaliação da integridade dos tecidos é essencial aquando do posicionamento cirúrgico, com atenção à proteção das zonas de pressão. Durante uma cesariana, a mulher é posicionada em decúbito dorsal, com abdução dos membros superiores. É importante notar que, devido à técnica anestésica, não possui sensibilidade, nem força muscular nos membros inferiores, pelo que as áreas de pressão críticas incluem o sacro e os calcâneos. Neste sentido, o enfermeiro deve garantir o posicionamento adequado, assegurando que as articulações se encontram numa posição neutra e as zonas de pressão protegidas (AESOP, 2013).

Repouso no Leito

O repouso no leito desempenha um papel essencial na recuperação pós-cirúrgica, permitindo que o sistema nervoso central e cardiovascular se restabeleçam do stress causado pela cirurgia e anestesia. Assegurar um período suficiente para a eliminação completa das substâncias administradas durante o procedimento é crucial para prevenir complicações. O conhecimento por parte da utente sobre a importância do repouso no leito após a cirurgia é fundamental, pois aumenta a probabilidade de seguir as recomendações. Conhecer os benefícios do repouso facilita a adoção de comportamentos apropriados e a redução de atividades que possam prejudicar a recuperação. Essas informações devem ser registadas no plano de cuidados para envolver a pessoa no seu próprio processo de recuperação (Berghella et al., 2023).

Regime de Nada pela Boca

O regime de nada pela boca decorre de uma prescrição médica que se estende do pré ao pós-operatório, durante a fase de recuperação. A prescrição orienta a necessidade de jejum, ressaltando a importância do conhecimento e cooperação do utente. O jejum após uma cesariana com anestesia do neuroeixo desempenha um papel crucial na recuperação, sendo uma atitude terapêutica essencial para prevenir complicações pós-operatórias. Esta prática visa garantir que o sistema gastrointestinal permanece em repouso, minimizando o risco de aspiração pulmonar durante o período anestésico (Duarte & Martins, 2014).

Além disso, o jejum ajuda a evitar náuseas, vômitos e outros desconfortos gastrointestinais que podem surgir após o estabelecimento de uma anestesia do neuroeixo. A cooperação da utente no seu cumprimento rigoroso é fundamental para assegurar a eficácia dessa medida e contribuir para uma recuperação tranquila e sem complicações. Da mesma forma, o conhecimento por parte da mesma sobre a importância do jejum proporciona uma compreensão mais profunda do processo de recuperação pós-cirúrgica e promove a colaboração ativa no próprio cuidado, resultando em benefícios significativos para a saúde da pessoa (Ludwig et al., 2013).

Sondas, Drenos e Cateteres

A presença de sondas, drenos e cateteres durante um procedimento cirúrgico desempenha um papel crucial na manutenção da segurança e eficácia do mesmo. Além disso, estes dispositivos são fundamentais para monitorizar e gerir intervenções no período pós-operatório. Nos cuidados perioperatórios, é essencial a utilização destes dispositivos com discernimento, seguindo as melhores práticas clínicas para otimizar os resultados clínicos.

Cateter Venoso Periférico

A utilização diária de cateteres venosos periféricos (CVP) para administração de terapia endovenosa em ambientes hospitalares requer que os enfermeiros possuam habilidades específicas na sua gestão. Dado que se trata de um procedimento invasivo, a inserção, fixação e manuseamento do CVP podem aumentar o risco de infeções hospitalares, impactando diretamente o bem-estar do utente (Shastay, 2016).

A punção venosa periférica é uma tarefa complexa, envolvendo precauções específicas, como a escolha adequada do cateter, otimização do penso utilizado e prevenção de complicações locais e sistémicas, como flebite, infiltração, hematoma, extravasamento e obstrução. A migração de organismos da pele para o local de inserção e trajeto do CVP, resultando na colonização da ponta, é a principal via de infeção para cateteres de curto prazo (CDC, 2017).

A seleção dos CVPs deve levar em consideração a sua finalidade, optando preferencialmente por cateteres de menor calibre adequados ao procedimento a ser realizado. Além disso, fatores como o tipo de cirurgia, incluindo as suas peculiaridades de risco, a idade e a condição clínica do cliente, bem como o tipo de medicação a ser administrada, devem ser cuidadosamente avaliados. Neste caso, um CVP de calibre 18G é usado, pelos motivos referidos.

Sonda de Oxigénio

O enfermeiro desempenha um papel crucial na gestão da administração adequada de oxigénio para mulheres submetidas a cesarianas, utilizando dispositivos que visam manter os níveis fisiológicos de saturação de oxigénio ou alcançar uma hiperóxia controlada durante esse período (Machado, 2019). Neste caso em concreto, considerando a manutenção da consciência da cliente durante a cirurgia e as respetivas necessidades, optou-se pela utilização de um cateter bi-nasal, com vista a um maior conforto e adesão da mesma.

Cateter Urinário

O cateter urinário foi inserido no início da intervenção cirúrgica com o propósito de monitorizar o volume de urina durante o procedimento, sendo removido 12h após o seu término. A necessidade de distensão para uma visualização adequada da cavidade uterina requer a redução da pressão na bexiga. Portanto, antes do procedimento, é colocado um cateter urinário, seguindo as diretrizes da norma da DGS (2022) "Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical", que enfatiza o cumprimento de normas assépticas, higiene e fixação do cateter. Optou-se por uma sonda Folley de menor calibre possível (16Fr) devido à sua natureza de curta duração e conforme os princípios estabelecidos.

Cateter Epidural

O cateter epidural é um dispositivo descartável, radiopaco, flexível e biocompatível projetado para se adaptar às características anatómicas da coluna vertebral, sendo a sua implantação uma prática médica. É utilizado no controlo da dor pós-operatória na maioria das intervenções cirúrgicas realizadas na região torácica e abaixo dela. Permite a analgesia de segmentos através da combinação de anestésicos locais, opioides e corticoides. A analgesia epidural destaca-se como uma técnica eficaz no controlo da dor pós-operatória, contribuindo para reduzir o stress cirúrgico, prevenir complicações e diminuir o tempo de internamento (Pasin & Schnath, 2007).

A utilização segura e eficaz desta técnica requer uma abordagem integrada entre enfermeiros e anestesistas, destacando-se a importância da formação, seleção criteriosa de utentes, avaliação e gestão da dor, bem como o reconhecimento e tratamento precoces de complicações. A gestão da analgesia epidural envolve a elaboração de protocolos de atuação, permitindo que os enfermeiros intervenham de forma rápida e autónoma no controlo da dor e na abordagem de complicações. Os cuidados de enfermagem ao cateter epidural incluem uma avaliação minuciosa da analgesia proporcionada, monitorização de efeitos adversos e a devida documentação, considerando o local de inserção do cateter e a condição geral do utente relacionada à analgesia epidural (Pasin & Schnath, 2007).

3.5. Domínios

Início

07-12-2023 08:45
07-12-2023 08:45
07-12-2023 08:45
07-12-2023 08:45
07-12-2023 09:00

Domínios

Atitudes terapêuticas
Sondas, Drenos e Cateteres
Sistema cardiovascular
Termorregulação
Eliminação urinária

Fim

Início	Domínios	Fim
07-12-2023 09:00	Sistema respiratório	
07-12-2023 10:30	Pele e mucosas	
07-12-2023 10:30	Pós-parto	
07-12-2023 10:45	Digestão	
07-12-2023 10:45	Secreção e excreção de leite	
07-12-2023 10:45	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
07-12-2023 10:45	Sensações somáticas	

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

Os domínios selecionados foram concebidos para atender às necessidades particulares da cliente, tendo como principal propósito a planificação e avaliação dos cuidados utilizando o processo de tomada de decisão como alicerce. Neste capítulo do caso clínico, a intenção é fornecer uma fundamentação teórica que justifique a escolha dos domínios, com o objetivo de definir, com base na evidência existente, a sua interligação com o processo cirúrgico da cliente.

No que se reporta aos domínios “Atitudes Terapêuticas” e “Sondas, Drenos e Cateteres”, por se constituírem como medidas decorrentes de prescrições médicas e por serem parte integrante do capítulo anterior, onde já foram justificados os respetivos papéis neste plano de cuidados, não serão abordados no presente capítulo.

Sistema Cardiovascular

Optou-se por incluir o domínio do Sistema Cardiovascular devido ao facto de a cliente estar sujeita a anestesia do neuroeixo. Embora não apresente um diagnóstico associado, a monitorização contínua é crucial, seguindo as diretrizes estabelecidas pelos padrões de monitorização durante a anestesia e recuperação, para intervir no caso de complicações ou alterações, como hipotensão ou hipertensão (Machado et al., 2013). De igual forma, a vigilância de perdas hemáticas, ainda que associadas ao procedimento invasivo, torna-se um foco essencial para a prática de enfermagem no pós-operatório.

Termorregulação

O domínio da Termorregulação foi incluído no plano pela existência de dados da literatura que indicam que entre 26% e 90% dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos desenvolvem hipotermia durante o procedimento anestésico-cirúrgico, tendo o enfermeiro perioperatório um papel fundamental na garantia da normotermia durante todas as fases do processo (Penaforte et al., 2019).

A AESOP (2013) propõe diretrizes para a prevenção e controle da hipotermia perioperatória não intencional no bloco operatório. Estas diretrizes incluem a implementação de um protocolo abrangente de monitorização nos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, a documentação rigorosa dos cuidados de enfermagem, a utilização de dispositivos de aquecimento corporal, aquecimento de fluidos, avaliação precisa da temperatura e formação contínua dos enfermeiros. Além disso, a AESOP sugere algoritmos de atuação para a admissão ao BO, durante a cirurgia e na admissão na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), juntamente com a aplicação de escalas para avaliação do conforto térmico.

Eliminação Urinária

A retenção urinária é uma complicação possível no pós-operatório, influenciada pelo uso de determinados medicamentos anestésicos, como anticolinérgicos e opioides, pela administração de grandes volumes de líquidos e pela perda de privacidade do cliente. Geralmente, esta complicação é transitória, a menos que haja uma condição urológica subjacente. A primeira micção após a cirurgia é um indicador crucial no período pós-operatório, e a retenção urinária requer uma intervenção de enfermagem para a sua resolução (Machado et al., 2013).

Considerando a Eliminação Urinária, é importante levar em conta a previsão de uma cirurgia prolongada, tornando a cateterização urinária recomendada quando o volume da bexiga ultrapassa os 600ml, evitando assim as consequências adversas da distensão prolongada da bexiga. Do ponto de vista anestésico, é necessário monitorizar as características e a quantidade de urina eliminada durante o procedimento. Além disso, durante a permanência na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, é crucial observar a possibilidade de retenção urinária pós-operatória, uma complicação comum associada à cirurgia e à anestesia (Darrah et al., 2009). Conforme mencionado anteriormente, a cateterização urinária nesta cirurgia prende-se também com alguns benefícios cirúrgicos, porquanto um esvaziamento da bexiga durante o período intraoperatório permite uma menor compressão uterina e melhor visualização.

Sistema Respiratório

As complicações respiratórias após a cirurgia estão associadas à obstrução das vias aéreas superiores, diminuição da força muscular faríngea, laringoespasmo e ocorrência de hematoma ou edema. A hipoventilação é uma complicação comum, derivada do uso de opioides, anestésicos, bem como do bloqueio neuromuscular residual. A hipoxemia, caracterizada pela baixa oxigenação sanguínea, é uma ocorrência frequente no período pós-operatório imediato, predominantemente causada por atelectasia, desequilíbrio na relação ventilação/perfusão ou edema pulmonar. Cabe, portanto, ao enfermeiro seguir a prescrição para manter a oxigenoterapia e monitorizar a respiração do cliente (Machado et al., 2019).

No que diz respeito ao domínio do Sistema Respiratório, a sua seleção fundamenta-se no facto de a cliente ter sido submetida a uma anestesia do neuroeixo, cujos fármacos possuem como possível efeito adverso depressão respiratória. Neste sentido, é essencial monitorizar continuamente a saturação de oxigénio no sangue através de um oxímetro. Além disso, a recuperação pós-cirúrgica é impactada pelos medicamentos administrados anteriormente no intraoperatório, os quais podem induzir depressão respiratória no período pós-operatório. Portanto, é crucial avaliar a frequência respiratória em ventilação espontânea para detetar precocemente eventuais paragens respiratórias (Machado et al., 2013).

Pele e Mucosas

A ferida cirúrgica é definida como uma interrupção intencional da integridade da pele e das estruturas subjacentes, realizada por um instrumento cirúrgico cortante, com o propósito de criar uma abertura numa região específica do corpo, originando uma hemorragia (ICN, 2019). No contexto de uma cesariana, é inevitável criar uma ferida cirúrgica na área do abdómen inferior. Os cuidados com a ferida iniciam-se com o tratamento e a aplicação de um penso após o encerramento da pele. Conforme as diretrizes para a prevenção de infeções no local cirúrgico, estabelecidas pela norma DGS 020/2015 (atualizada em 2022), a enfermeira instrumentista deve assegurar a técnica asséptica durante o procedimento cirúrgico.

Sensações Somáticas

A dor aguda no pós-operatório refere-se à sensação dolorosa vivenciada após um procedimento cirúrgico e originada pela agressão cirúrgica ou complicações associadas. A avaliação e gestão adequada da dor são de suma importância, mesmo quando decorrentes do procedimento invasivo, dada a relevância desse domínio. Um controlo eficaz da dor contribui para uma recuperação mais rápida, incluindo benefícios como mobilização precoce, redução da incidência de náuseas, vômitos e agitação, além de uma cicatrização adequada da incisão cirúrgica.

Por outro lado, um controlo inadequado da dor pode resultar em alterações fisiopatológicas imediatas, prolongamento do tempo de recuperação, aumento da taxa de internamento, risco de complicações pós-operatórias e desenvolvimento de dor crónica. A abordagem analgésica deve ser multimodal, envolvendo diferentes classes de fármacos ou métodos analgésicos que atuem em diferentes vias nociceptivas, permitindo uma eficácia analgésica aprimorada e redução dos efeitos adversos (Martins, 2013).

Digestão

As náuseas e vômitos após cirurgia (NVPO) são ocorrências frequentes no pós-operatório, afetando aproximadamente 10% a 30% da população em geral. Essas complicações podem resultar em problemas sérios, como deiscência de ferida, aspiração pulmonar, desequilíbrios hidroeletrólíticos, aumento da pressão intracraniana e ocular, entre outros (Martins, 2013). A manifestação de NVPO pode ser influenciada por vários fatores, incluindo características individuais do utente, natureza da cirurgia e métodos anestésicos empregados.

Para mitigar as NVPO, são utilizadas abordagens combinadas que envolvem intervenções farmacológicas como não farmacológicas. Diretrizes de profilaxia medicamentosa sugerem o uso de fármacos como ondansetron, dexametasona, droperidol e propofol. Além disso, práticas como manter uma adequada hidratação, assegurar uma analgesia efetiva, empregar técnicas de distração e métodos de relaxamento também devem ser consideradas (Vieira et al., 2012).

Pós-parto, Secreção e Excreção de Leite e Comportamentos de Ligação Mãe/Pai-Filho

Considerando os domínios “Pós-Parto”, “Excreção de Leite” e “Comportamentos de Ligação Mãe/Pai-Filho”, optou-se por realizar uma justificação teórica conjunta, tendo em conta a difícil dissociação entre os três aspetos. Apesar destes domínios não serem exclusivos da enfermagem perioperatória, considerou-se revelante a sua seleção neste caso, porquanto, considerando a instituição hospitalar onde este caso ocorreu, são os enfermeiros perioperatórios que realizam a monitorização da pessoa submetida a cesariana nas duas primeiras horas após o procedimento.

Neste sentido, torna-se relevante a aquisição de conhecimentos na área obstétrica, para melhor poder acompanhar a puérpera nesta nova transição de vida. Os cuidados de enfermagem após uma cesariana abrangem aspetos pós-operatórios e pós-parto, considerando a anestesia e cirurgia significativas. Reconhecer a mulher como mãe, priorizando as suas necessidades maternas, em paralelo aos cuidados cirúrgicos, é essencial.

Após o parto, aquando da admissão numa Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, são fornecidas recomendações para as próximas duas horas, incluindo repouso no leito, posição adequada para promover o repouso uterino, jejum pós-operatório e incentivo à amamentação. No pós-operatório imediato, o enfermeiro perioperatório avalia o estado pós-operatório e pós-parto da puérpera. No que concerne a avaliação cirúrgica, envolve a verificação frequente dos sinais vitais, avaliação da dor, monitorização da sensibilidade e força muscular nas pernas (i.e. da reversão do bloqueio motor), estado do penso da ferida cirúrgica, monitorização do débito urinário e atenção à permeabilidade dos acessos venoso e epidural e administração de analgesia conforme necessário. Além disso, considerando a avaliação obstétrica, realiza-se a palpação do útero para confirmação da formação do globo de segurança de Pinard (i.e. contração uterina), observação da saída de lóquios e as suas características, e aplicação de gelo

em caso de edema ou dor. Neste contexto, é promovida a amamentação o mais precocemente possível após o parto, bem como o contacto pele a pele na 1ª hora de vida, pelo que é realizada uma avaliação das mamas para verificar a produção de colostro, e observa-se a sucção, duração da mamada e satisfação do recém-nascido. A atenção e avaliação das percepções do casal sobre a experiência do parto são igualmente importantes nesta fase (Orshan, 2010).

No puerpério cirúrgico, as mulheres podem vivenciar sentimentos que impactam negativamente a sua autoestima. Destaca-se o medo, frustração e perda de autoestima associada às mudanças na imagem corporal e suposta incapacidade de realizar um parto natural. Essas questões podem influenciar a interação mãe-filho, reduzindo a probabilidade de amamentação e satisfação em relação ao parto. A abordagem da enfermagem durante o puerpério imediato inclui uma análise cuidadosa do comportamento da puérpera, considerando o seu estado emocional e aspetos familiares, interação com o bebé, desenvolvimento do vínculo materno e processo de amamentação. Estimular a expressão dos sentimentos maternos é crucial para planear intervenções adequadas, especialmente em casos de desordens emocionais (Lima, 2013). Neste caso, tendo em conta que se trata de uma especialidade em enfermagem perioperatória, alguma alteração a nível obstétrico é sempre reportada aos profissionais da área – obstetra e enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, que fazem o acompanhamento da puérpera durante este processo.

Neste seguimento, o uso de modelos de cuidados visa criar um ambiente humanizado, reconhecendo e valorizando a subjetividade e individualidade da mulher e promovendo a sua recuperação física e emocional após uma cesariana. A base teórica para estas práticas de cuidado humanizado é fornecida pela Teoria do Conforto de Kolcaba, que concebe o conforto em três dimensões: alívio, tranquilidade e transcendência, destacando que o conforto e o alívio são resultados imediatos e gerais. A teoria ressalta a importância da tranquilidade como um estado de calma ou contentamento, e da transcendência, caracterizada por superar problemas ou sofrimento. A análise desta teoria permite avaliar a sua aplicabilidade na assistência materna, oferecendo sugestões para orientar a prática de enfermagem na observação das mulheres e nas tomadas de decisão em diferentes contextos (Ferreira et al., 2021).

Findo o puerpério imediato e reunidas as condições anestésicas – reversão do bloqueio motor, estabilidade hemodinâmica, ausência de dor e hemorragia – procede-se aos cuidados à puérpera, através dos cuidados de higiene e auxiliando na troca de roupa, se assim for desejado. Simultaneamente, são prestados também os cuidados ao recém-nascido, vestindo-o conforme desejado e promovendo a autonomia do pai neste processo, tendo em conta o regime de repouso no leito ainda instituído à mãe, nesta fase.

Portanto, o foco dos cuidados de enfermagem após a cesariana deve ser integral, centrando-se na família, evitando a separação entre mãe, pai e bebé. O enfermeiro, através do contato físico, comunicação terapêutica e envolvimento, procura proporcionar uma experiência positiva de

parto, independentemente da via de nascimento. Nesse contexto, as habilidades e competências do enfermeiro desempenham um papel crucial no auxílio à mulher durante o puerpério cirúrgico, abordando não apenas as necessidades pós-parto, mas também as relacionadas ao pós-operatório (Orshan, 2010).

3.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

07-12-2023 10:45

07-12-2023 10:45 - Sem manifestação de dor.

07-12-2023 10:45 - Determinar sinais de dor

07-12-2023 10:45 - Avaliar evolução de sinais de dor [4ª e 5ª sessões]

07-12-2023 12:15 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

07-12-2023 12:15

07-12-2023 12:15 - Dor

07-12-2023 10:45 - Determinar evolução da dor

07-12-2023 10:45 - Avaliar evolução da dor [4ª e 5ª sessões]

07-12-2023 12:15 - Localização da dor

07-12-2023 12:15 - Abdómen

07-12-2023 12:15 - Intensidade da dor - sem dor.

07-12-2023 10:45 - Administrar analgesia [SOS]

07-12-2023 10:45 - Aliviar dor usando estratégias não farmacológicas [SOS]

07-12-2023 10:45 - Referenciar dor ao médico [SOS]

Sistema respiratório

07-12-2023 09:00

07-12-2023 09:00 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

07-12-2023 09:00 - Ritmo respiratório regular.

07-12-2023 09:00 - Movimento respiratório simétrico.

07-12-2023 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

07-12-2023 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

07-12-2023 09:00 - Sem adejo nasal.

07-12-2023 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

07-12-2023 09:00 - Periférico(a): 98 %.

07-12-2023 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

07-12-2023 09:00 - Não comunica falta de ar.

07-12-2023 09:00 - Determinar evolução da ventilação

07-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da ventilação [2ª, 3ª, 4ª e 5ª sessões]

07-12-2023 10:45 - Frequência respiratória: 11 ciclos/min.

07-12-2023 10:30 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

07-12-2023 12:15 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

07-12-2023 12:15 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

07-12-2023 10:45 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
 07-12-2023 10:30 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
 07-12-2023 10:45 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
 07-12-2023 12:15 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
 07-12-2023 10:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
 07-12-2023 12:15 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
 07-12-2023 10:45 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
 07-12-2023 10:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
 07-12-2023 12:15 - Saturação do oxigénio no sangue
 07-12-2023 12:15 - Periférico(a): 99 %.
 07-12-2023 10:45 - Saturação do oxigénio no sangue
 07-12-2023 10:45 - Periférico(a): 98 %.
 07-12-2023 10:30 - Saturação do oxigénio no sangue
 07-12-2023 10:30 - Periférico(a): 99 %.
 07-12-2023 12:15 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
 07-12-2023 10:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
 07-12-2023 10:45 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
 07-12-2023 10:30 - Coloração da mucosa: rosada.
 07-12-2023 12:15 - Coloração da mucosa: rosada.
 07-12-2023 10:45 - Coloração da mucosa: rosada.
 07-12-2023 09:00 - Referenciar ventilação comprometida ao médico [SOS]
 07-12-2023 09:00 - Referenciar saturação do oxigénio no sangue ao médico [SOS]

Sistema cardiovascular

07-12-2023 08:45

07-12-2023 08:45 - Determinar evolução da pressão sanguínea

07-12-2023 08:45 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Todas as sessões]
 07-12-2023 10:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 07-12-2023 10:45 - Membro inferior Direita(o)
 07-12-2023 10:45 - Pressão sanguínea sistólica: 116 mmHg.
 07-12-2023 10:45 - Pressão sanguínea diastólica: 76 mmHg.
 07-12-2023 12:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 07-12-2023 12:15 - Membro inferior Direita(o)
 07-12-2023 12:15 - Pressão sanguínea sistólica: 123 mmHg.
 07-12-2023 12:15 - Pressão sanguínea diastólica: 65 mmHg.
 07-12-2023 09:00 - Referenciar hipertensão ao médico [SOS]

07-12-2023 09:00

07-12-2023 09:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

07-12-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [2ª, 3ª, 4ª e 5ª sessões]
 07-12-2023 10:45 - Localização do Pulso
 07-12-2023 10:45 - Punho Direita(o)
 07-12-2023 10:45 - Pulso rítmico.
 07-12-2023 10:45 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.
 07-12-2023 12:15 - Localização do Pulso
 07-12-2023 12:15 - Punho Direita(o)

07-12-2023 12:15 - Pulso rítmico.

07-12-2023 12:15 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

07-12-2023 09:00 - Referenciar arritmia ao médico [SOS]

07-12-2023 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

07-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Todas as sessões]

07-12-2023 09:00 - Referenciar hipotensão ao médico [SOS]

07-12-2023 10:30

07-12-2023 10:30 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [3ª, 4ª e 5ª sessões]

07-12-2023 10:30 - Referenciar hemorragia ao médico [SOS]

Digestão

07-12-2023 10:45

07-12-2023 10:45 - Sem sensação de enjoo.

07-12-2023 10:45 - Sem vômitos.

07-12-2023 10:45 - Determinar evolução da náusea

07-12-2023 10:45 - Avaliar evolução da náusea [4ª e 5ª sessões]

07-12-2023 12:15 - Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

07-12-2023 10:45 - Referenciar náusea ao médico [SOS]

07-12-2023 10:45 - Determinar vômitos

07-12-2023 10:45 - Avaliar evolução do vomitar [4ª e 5ª sessões]

07-12-2023 12:15 - Sem vômitos.

07-12-2023 10:45 - Referenciar o vomitar ao médico [SOS]

Eliminação urinária

07-12-2023 09:00

07-12-2023 09:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

07-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [2ª, 3ª, 4ª e 5ª sessões]

07-12-2023 10:30 - Quantidade de urina: 100 ml.

07-12-2023 10:45 - Quantidade de urina: 200 ml.

07-12-2023 12:15 - Quantidade de urina: 400 ml.

07-12-2023 10:30 - Cor da urina: amarelo-palha.

07-12-2023 10:45 - Cor da urina: amarelo-palha.

07-12-2023 12:15 - Cor da urina: amarelo-palha.

07-12-2023 10:30 - Cheiro da urina: "sui generis".

07-12-2023 10:45 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

07-12-2023 12:15 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

07-12-2023 10:30 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

07-12-2023 10:45 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

07-12-2023 12:15 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

Pele e mucosas

07-12-2023 10:30

07-12-2023 10:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

07-12-2023 10:30 - Ferida cirúrgica

07-12-2023 10:30 - Localização da ferida cirúrgica

07-12-2023 10:30 - Abdômen Inferior

07-12-2023 10:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 18.00 cm.
07-12-2023 10:30 - Largura da lesão tegumentar: 0.10 cm.
07-12-2023 10:30 - Diâmetro da lesão tegumentar: 0.00 cm.
07-12-2023 10:30 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.
07-12-2023 10:30 - Ausência de exsudado.
07-12-2023 10:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
07-12-2023 10:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
07-12-2023 10:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.
07-12-2023 10:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.
07-12-2023 10:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.
07-12-2023 10:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 1.
07-12-2023 10:30 - Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido de epiteliação.
07-12-2023 10:30 - Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.
07-12-2023 10:30 - Ausência de trajetos fistulosos.
07-12-2023 10:30 - Margens da lesão tegumentar regulares.
07-12-2023 10:30 - Tecido / estrutura afetada: pele / tecido cutâneo.

07-12-2023 10:30 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [3ª sessão; a cada 3 dias; SOS]

07-12-2023 10:30 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

07-12-2023 10:30 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [3ª sessão; a cada 3 dias; SOS]

07-12-2023 10:30 - Aplicar penso de ferida [3ª sessão; a cada 3 dias; SOS]

Termorregulação

07-12-2023 08:45

07-12-2023 08:45 - Determinar evolução da temperatura corporal

07-12-2023 08:45 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Todas as sessões]

07-12-2023 10:45 - Temperatura corporal periférica

07-12-2023 10:45 - Ouvido: 36.20 °C.

07-12-2023 12:15 - Temperatura corporal periférica

07-12-2023 12:15 - Ouvido: 36.30 °C.

Pós-parto

07-12-2023 10:30

07-12-2023 10:30 - Hora da dequitação: 10:01:00.

07-12-2023 10:30 - Puerpério

07-12-2023 10:30 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.

07-12-2023 10:30 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

07-12-2023 10:30 - Determinar evolução da recuperação pós-parto

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto [3ª, 4ª e 5ª sessões]

07-12-2023 10:45 - Coloração dos lóquios: hemática.

07-12-2023 12:15 - Coloração dos lóquios: hemática.

07-12-2023 10:45 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

07-12-2023 12:15 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

07-12-2023 10:45 - Cheiro dos lóquios: "sui generis".

07-12-2023 12:15 - Cheiro dos lóquios: "sui generis".

07-12-2023 10:45 - Involução uterina: nível infra-umbilical.

07-12-2023 12:15 - Involução uterina: nível infra-umbilical.

07-12-2023 10:30 - *Referenciar complicação pós-parto ao médico [SOS]*

Secreção e excreção de leite

07-12-2023 10:45

07-12-2023 10:45 - Tem a intenção de aleitar com leite materno.

07-12-2023 10:45 - Lactação

07-12-2023 10:45 - Mamas túrgidas antes da lacto-extração e moles após.

07-12-2023 10:45 - Presença de leite na mama.

07-12-2023 10:45 - Sinais de ingurgitamento mamário: ausentes.

07-12-2023 10:45 - *Avaliar evolução da lactação [4ª e 5ª sessões]*

07-12-2023 12:15 - Mamas túrgidas antes da lacto-extração e moles após [MANTEVE].

07-12-2023 12:15 - Presença de leite na mama.

07-12-2023 12:15 - Sinais de ingurgitamento mamário: ausentes [MANTEVE].

07-12-2023 10:45 - *Avaliar evolução do ingurgitamento mamário [4ª e 5ª sessões]*

07-12-2023 10:45 - Determinar evolução da lactação

07-12-2023 10:45 - *Avaliar evolução da lactação [4ª e 5ª sessões]*

07-12-2023 12:15 - Mamas túrgidas antes da lacto-extração e moles após [MANTEVE].

07-12-2023 12:15 - Presença de leite na mama.

07-12-2023 12:15 - Sinais de ingurgitamento mamário: ausentes [MANTEVE].

07-12-2023 10:45 - *Referenciar lactação comprometida a enfermeira obstetra [SOS]*

07-12-2023 10:45 - Determinar evolução do ingurgitamento mamário

07-12-2023 10:45 - *Avaliar evolução do ingurgitamento mamário [4ª e 5ª sessões]*

07-12-2023 10:45 - *Referenciar ingurgitamento mamário a enfermeira obstetra [SOS]*

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

07-12-2023 10:45

07-12-2023 10:45 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

07-12-2023 10:45 - Ligação mãe/pai-filho

07-12-2023 10:45 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

07-12-2023 10:45 - *Avaliar evolução da ligação mãe-filho [4ª e 5ª sessões]*

07-12-2023 12:15 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MANTEVE].

07-12-2023 10:45 - *Referenciar ligação mãe-filho comprometida a enfermeira obstetra [SOS]*

3.7. Síntese relativa ao caso

O propósito deste plano de cuidados é aplicar uma abordagem fundamentada em conhecimento e experiência, respaldada pelas mais recentes evidências científicas, com vista a oferecer cuidados personalizados à utente. Os cuidados de enfermagem seguem um processo estruturado que abrange a colheita de dados, identificação de diagnósticos de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação de intervenções. Essa abordagem sistemática e padronizada serve como uma ferramenta metodológica essencial na prática profissional, capacitando o enfermeiro a utilizar o pensamento crítico nas tomadas de decisão e a documentar as suas ações. A documentação resultante desse processo auxilia na identificação de indicadores relevantes para monitorização, orientando a prática com o objetivo contínuo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

No que concerne o atual caso, existem dados que negaram a existência de determinados focos e, portanto, a evolução para os respetivos diagnósticos - nomeadamente, hipoventilação, hemorragia, hipo/hipertensão, hipotermia, retenção urinária, dor, náuseas e vômitos. Ainda que fosse real o risco de ocorrerem, a utilização de um conhecimento adequado, tempo de vigilância e conjunto de estratégias que garantiram as condições de segurança e conforto da cliente permitiram que a mesma vivenciasse uma experiência cirúrgica com um rápido restabelecimento da sua homeostasia e recuperação, ao mesmo tempo que possibilitavam uma rápida ação na eventualidade de emergirem tais diagnósticos.

De igual forma, tendo em conta o procedimento cirúrgico em si e a transição para um novo papel - neste caso, de mãe -, poder-se-ia considerar a presença de sentimentos de ansiedade e medo. Contudo, optou-se pela sua negação não só durante o momento intraoperatório, porquanto poderiam estar associados a questões farmacológicas e facilmente resolvidos pela mesma estratégia; como também no momento do pós-parto, visto que a geração de uma nova vida e a presença do recém-nascido mitigavam qualquer emoção e resposta fisiológica negativas, incluindo a dor, dando lugar a um sentimento de fascínio e amor e conferindo, desta forma, um maior foco na ligação mãe-filho naquele momento.

No contexto específico do enfermeiro especializado em perioperatório, é crucial construir conhecimento através da reflexão e investigação de casos clínicos, com foco nas necessidades particulares dos utentes em situação perioperatória. Em vez de abordar conceitos ou fenómenos de outras áreas científicas que compartilham o mesmo foco de cuidado, o enfermeiro especialista em perioperatório concentra-se nas peculiaridades relacionadas à pessoa durante o período perioperatório.

4. PESSOA SUBMETIDA A TUMORECTOMIA COM BIÓPSIA

MJ, 40 anos, administrativa, vive com o marido e dois filhos de 12 e 9 anos. Diagnosticada com uma neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama direita, foi proposta para tumorectomia guiada por arpão, biópsia do gânglio sentinela direito e plastia com retalhos dermoglandulares, sob anestesia geral balanceada, no dia 22/01/2024, às 09h00, no Bloco Operatório de Ambulatório. Antecedentes pessoais: Apendicectomia. Alergia à penicilina em criança; no entanto, sem reações adversas à administração de amoxicilina. Sem medicação habitual. Sem alergias. 68kg. ASA II.

4.1. Enquadramento teórico

O cancro da mama destaca-se como o tipo mais comum de cancro entre as mulheres, com aproximadamente 2.3 milhões de novos casos detetados globalmente a cada ano. Adicionalmente, figura como a segunda principal causa de morte relacionada ao cancro em mulheres. Mudanças nas taxas de incidência e mortalidade ao longo das últimas décadas são atribuídas a alterações nos fatores de risco, melhorias nos registos epidemiológicos e avanços na deteção da doença (Lukasiewicz et al., 2021).

Em Portugal, aproximadamente 7000 novos casos de cancro de mama foram identificados em 2020, resultando em 1800 óbitos relacionados à doença. A incidência tende a aumentar com a idade, sendo que 8 em cada 10 casos ocorrem em mulheres com mais de 50 anos. Outros fatores de risco encontram-se em mapeamento e os programas de rastreio têm desempenhado um papel crucial na deteção precoce da doença (Registo Oncológico Nacional, 2023).

Esta condição exerce um impacto expressivo na sociedade, não só pela sua prevalência, como também devido à sua capacidade de afetar diferentes faixas etárias, exigindo abordagens variadas de tratamento e impactando um órgão intimamente relacionado à imagem corporal. A glândula mamária é uma estrutura presente em ambos os sexos, feminino e masculino. Nas mulheres adultas, é composta por glândulas que produzem leite, localizadas anteriormente à parede torácica e apoiadas por ligamentos do esterno conhecidos como ligamentos suspensores de Cooper. Essa glândula é sustentada pelo músculo peitoral e contém de 15 a 20 lobos, envolvidos por uma quantidade significativa de tecido adiposo. Esses lobos formam uma massa cónica, com o mamilo localizado no ápice (Vasković, 2022).

Cada lobo apresenta um único canal galactóforo, que se expande, ramifica-se em pequenos canalículos e assume a forma de um fusão, resultando na formação do seio galactóforo. Além disso, a mama é atravessada por vasos linfáticos, que conduzem a linfa para os gânglios linfáticos localizados nas axilas, acima da clavícula e no peito (Ribeiro, 2014). A drenagem linfática da mama é crucial, especialmente do ponto de vista patológico, visto que os vasos linfáticos servem como veículos para metástases, alcançando partes mais afastadas do corpo. É importante destacar que aproximadamente 75% da linfa originada nos lobos da mama, mamilo e aréola drena para os gânglios linfáticos peitorais e axilares. Estes gânglios são frequentemente os primeiros a serem removidos cirurgicamente, conforme indicado pelo estadió da doença (Vasković, 2022).

O tratamento para o cancro da mama pode ser dividido entre abordagens locais e/ou sistémicas, sendo determinado por vários fatores, como o estadió da doença, o tipo histológico e a avaliação do risco. A finalidade do tratamento local é remover ou destruir o tumor através de cirurgia ou radioterapia. Já o tratamento sistémico, que pode incluir quimioterapia, hormonoterapia ou imunoterapia, tem como objetivo lidar com o risco de disseminação tumoral à distância ou controlar o seu avanço (Vasković, 2022). Atualmente, em consonância com a detecção precoce das lesões, as modalidades de tratamento procuram abordagens mais conservadoras. Contudo, a preservação do órgão nem sempre é possível, dependendo das condições específicas de cada caso.

Processo Cirúrgico

Nos estádios iniciais, quando o tumor está limitado à mama e/ou gânglios linfáticos axilares, a cirurgia assume um papel crucial no tratamento, sendo frequentemente a primeira abordagem terapêutica. A ênfase reside na procura por cirurgias conservadoras que preservem a mama afetada. Em certos casos, a administração inicial de quimioterapia pode ser necessária para reduzir o tamanho do tumor, possibilitando a realização de uma cirurgia conservadora. Contudo, há situações em que a preservação da mama pode não ser viável, como nos casos em que múltiplos focos tumorais estão presentes em todos os quadrantes da mama (Sabel, 2023).

No estadió inicial de propagação do cancro da mama, os gânglios linfáticos na região axilar do mesmo lado da mama afetada são frequentemente o primeiro local atingido. Nessa fase, o tumor ainda é considerado operável. Diversos procedimentos cirúrgicos são utilizados para tratar os gânglios axilares, como a biópsia do gânglio sentinela. Nesse procedimento, um contraste é injetado na mama antes da cirurgia para auxiliar na identificação dos primeiros gânglios que podem estar afetados. A análise microscópica desses gânglios é realizada, e se não contiverem doença, evita-se a remoção adicional de gânglios linfáticos, evitando o esvaziamento axilar e respetivas complicações (Kwong & Sabel, 2022).

Existem diferentes tipos de cirurgia mamária. A tumorectomia, por exemplo, envolve a remoção do tumor e de uma pequena margem de tecido normal ao redor. Após essa cirurgia, a radioterapia é frequentemente utilizada para prevenir a recorrência do tumor na mama preservada. A terapia conservadora da mama é uma abordagem que possibilita a preservação das mamas em mulheres com cancro da mama invasivo precoce, sem comprometer os resultados oncológicos. O seu sucesso requer a remoção cirúrgica completa do tumor, assegurando margens cirúrgicas negativas, seguida de radioterapia para eliminar qualquer doença residual (Alm El-Din & Taghian, 2009).

A seleção adequada das utentes é crucial para o êxito da terapia conservadora, que deve ser considerada a menos que haja impossibilidade de controlo das margens, como em casos de cancro da mama inflamatório, doença multicêntrica, microcalcificações malignas difusas ou margens positivas persistentes apesar de múltiplas reexcisões. Além disso, a existência de contraindicações à radioterapia adjuvante, como gravidez, irradiação mamária prévia, ou esclerodermia, também pode influenciar a decisão. Embora as preocupações estéticas não determinem, podem influenciar a escolha do procedimento, como em casos de tumor grande em mama pequena, assimetria mamária ou fibrose pós-irradiação (McLaughlin, 2013).

A cirurgia conservadora da mama compreende a excisão do tumor primário, equivalente à mastectomia, e a avaliação dos gânglios linfáticos axilares, geralmente realizada por biópsia do gânglio sentinela para tumores invasivos. Adicionalmente, é recomendado o uso de um antibiótico pré-operatório, como a cefazolina, uma hora antes da incisão, sendo a clindamicina uma alternativa para utentes com alergia à penicilina (Kwong & Sabel, 2022).

Aquando do posicionamento, a utente é colocada em decúbito dorsal, com os braços estendidos em apoios acolchoados a menos de 90 graus de abdução da parede torácica. É crucial evitar o posicionamento do braço com mais de 90 graus de abdução, pois aumenta o risco de lesão do plexo braquial. Esse posicionamento deve ser cuidadosamente realizado enquanto a pessoa está acordada, garantindo que o braço não seja abduzido além do que é confortável, especialmente se houver problemas pré-existentes de mobilidade do ombro. Além disso, o braço ipsilateral pode ser incluído no campo preparado, permitindo a sua mobilização durante o procedimento (Sabel, 2023).

No estadiamento axilar, aquando de uma biópsia de gânglio sentinela, deve ser realizada antes da mastectomia para evitar interferências no fluxo linfático. A biópsia ou dissecação do gânglio axilar pode ocorrer através da incisão da mastectomia ou exigir uma incisão axilar separada, dependendo da obtenção de acesso adequado à axila através da incisão da mastectomia. A escolha cuidadosa da incisão é, portando, fundamental, considerando a possibilidade de futuras reconstruções mamárias. A incisão deve ser próxima ao tumor, evitando um tunelamento extenso. No manuseamento dos tecidos, preservar a gordura subcutânea é essencial para manter o contorno mamário normal pós-tratamento. O encerramento da incisão com sutura

intradérmica é recomendado, e uma hemostasia meticulosa é vital para evitar hematomas que distorçam a mama e dificultem avaliações e planejamento de radioterapia adjuvante. Evitar a reaproximação do tecido mamário é aconselhável para prevenir distorção do contorno mamário durante o procedimento (Alm El-Din & Taghian, 2009).

A maioria das mulheres após a cirurgia conservadora da mama é submetida a radioterapia adjuvante, abrangendo toda a mama. Esse procedimento é crucial para eliminar possíveis depósitos tumorais remanescentes, reduzindo assim o risco de recorrência locorregional e melhorando a sobrevida global (Sabel, 2023).

As complicações pós-cirurgia conservadora da mama variam desde formação de seroma, hematoma, infecção da ferida, até morbidade no braço, sendo algumas diretamente relacionadas à cirurgia e outras decorrentes da combinação da cirurgia e radioterapia adjuvante. A formação de seroma, caracterizada pela acumulação de líquido seroso no leito cirúrgico, é comum após cirurgias mamárias e axilares. A presença de seroma aumenta o risco de infecção no sítio cirúrgico, podendo atrasar a cicatrização de feridas. A ocorrência de hematomas pós-operatórios é tratada principalmente através de observação, drenagem ou aspiração, sendo a drenagem cirúrgica necessária em alguns dos casos. Infecções de feridas são raras, mas a tumorectomia pode estar associada à formação tardia de abscesso mamário pós-operatório (McLaughlin, 2013).

A recorrência local após tumorectomia já não é considerada mais elevada do que após mastectomia, mas fatores como idade jovem, margens cirúrgicas positivas, positividade dos gânglios, negatividade do recetor de estrogénio e ausência de radioterapia ainda influenciam as taxas de recorrência. Além da recorrência local, a preservação de uma mama esteticamente aceitável é um objetivo importante da terapia conservadora. Com técnicas modernas, resultados cosméticos satisfatórios já podem ser alcançados, com o cirurgião a desempenhar um papel crucial no controlo de fatores como tamanho e localização da incisão, gestão da cavidade do tumor e extensão da dissecação axilar, se necessário. O cuidado meticuloso com esses detalhes melhora os resultados estéticos (Cao et al., 2013).

Processo Anestésico

A crescente realização de cirurgias de cancro da mama em regime ambulatorial inclui a tumorectomia, que não é uma exceção a essa tendência. A alta precoce, embora não comprometa os resultados cirúrgicos, traz benefícios psicológicos para os utentes. No entanto, a escolha de uma abordagem anestésica adequada é crucial. Devido à ausência de intervenção nas cavidades torácica e abdominal, e à dissecação afastada de vias respiratórias ou grandes vasos, o risco de complicações perioperatórias é baixo, tornando raramente necessária uma monitorização pós-operatória intensiva (Pek, 2016).

Independentemente da técnica anestésica adotada, é fundamental que permita uma recuperação anestésica rápida, proporcione uma boa analgesia pós-operatória e minimize a ocorrência de náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO). Esses objetivos visam garantir uma recuperação eficiente, otimizando o fluxo de utentes (Butterworth et al., 2018).

A anestesia geral é caracterizada por um estado de inconsciência, imobilização e ausência de aprendizagem, induzida por anestésicos gerais que causam uma depressão reversível do SNC (Machado, 2018). Os riscos associados a essa técnica devem ser devidamente informados ao utente por meio do consentimento informado antes da cirurgia, abordando desde desconfortos temporários, como dor de garganta e náusea/vômito pós-operatório, até complicações menos comuns, como lesões dentárias ou úlcera de córnea (Barash et al., 2017).

Na cirurgia em questão, a técnica anestésica adotada é a anestesia geral balanceada, que utiliza diversos medicamentos anestésicos, tanto endovenosos quanto inalatórios, para induzir e manter a inconsciência durante o procedimento cirúrgico. Durante esse processo, o anesthesiologista monitoriza continuamente a profundidade da anestesia e as funções cardíaca, respiratória e neurológica, ajustando as doses para assegurar que o utente permaneça inconsciente e sem dor de maneira segura (Barash et al., 2017). Embora ofereça a vantagem de um controlo preciso da profundidade da anestesia, minimizando riscos associados a doses excessivas ou insuficientes, a anestesia geral balanceada também apresenta possíveis desvantagens, como depressão respiratória, náusea e vômito pós-operatório e reações alérgicas aos anestésicos (Machado, 2018).

Os fármacos mais comuns na anestesia geral incluem anestésicos endovenosos, opioides e agentes inalatórios, sendo o propofol o anestésico endovenoso predominante, utilizado para a indução e manutenção da anestesia e sedação. Em combinação com o anestésico endovenoso, gases anestésicos como o sevoflurano são frequentemente utilizados para a manutenção da anestesia. Embora a anestesia inalatória com sevoflurano possa permitir uma recuperação anestésica mais rápida em comparação com a anestesia endovenosa total, há uma maior probabilidade de ocorrência de NVPO, se não for administrado um medicamento profilático adicional (Butterworth et al., 2018).

Ao comparar anestésicos endovenosos com inalatórios, existem diferenças significativas a serem consideradas. Os anestésicos endovenosos têm um início de ação rápida e não irritam as vias aéreas, resultando numa recuperação geralmente suave. No entanto, podem causar dor ou irritação local durante a administração e apresentar efeitos cumulativos, com variações nas concentrações plasmáticas que não são afetadas por intervenções externas. O fentanil é considerado o opioide preferencial, sendo a naloxona o antagonista dos opioides. Cada opioide possui efeitos individuais e um perfil farmacocinético único, com destaque para a depressão respiratória e cardiovascular, alterações de humor, temperatura e contração da musculatura lisa intestinal e urinária, além de induzir dependência física e tolerância. Quanto aos relaxantes

musculares, o rocurónio é o mais utilizado, e a presença de um antagonista específico (sugamadex) para reverter o bloqueio confere uma camada adicional de segurança (Machado, 2018). Sendo a tumorectomia uma cirurgia que requer um relaxamento muscular por parte do utente, é necessário garantir a respetiva via aérea através de uma entubação endotraqueal ou colocação de uma máscara laríngea.

A anestesia geral e a sedação carregam o risco aumentado de regurgitação e aspiração do conteúdo gástrico, podendo resultar em pneumonite química leve, pneumonia ou até mesmo morte. Para mitigar esse risco, é essencial seguir rigorosamente o período de jejum antes de procedimentos anestésicos eletivos (Barash et al., 2017).

As complicações respiratórias precoces pós-operatórias estão predominantemente associadas à obstrução das vias aéreas superiores, diminuição do tônus muscular ou faríngeo, laringoespasma, hematoma ou edema. A hipoventilação é outra complicação imediata após a cirurgia, frequentemente relacionada ao uso de opioides e anestésicos inalatórios e intravenosos. Complicações cardíacas e renais são raras em cirurgias não cardíacas, ocorrendo em aproximadamente 1-2% dos casos (Machado, 2018).

A disfunção cognitiva pós-operatória e o delirium pós-operatório são potenciais complicações, sendo o delirium uma alteração aguda da cognição e atenção, mais transitória e de aparecimento precoce em comparação com a disfunção cognitiva. Esta última é caracterizada por uma diminuição da função cognitiva que pode persistir por semanas ou meses após a cirurgia, principalmente afetando a memória (Machado, 2018).

As NVPO representam uma complicação comum em procedimentos ambulatoriais, afetando entre 30% e 70% dos utentes submetidos a anestesia geral (Vieira et al., 2012). Essas complicações impactam significativamente a qualidade de vida e a satisfação da pessoa, podendo resultar no adiamento da alta clínica ou na necessidade de retorno ao serviço de saúde ou internamento. Os fatores de risco estão associados a características intrínsecas do utente, técnicas anestésicas e cirúrgicas. Abordagens preventivas para náuseas e vômitos incluem intervenções farmacológicas, como o uso de dexametasona, droperidol e propofol durante e após a cirurgia. Além disso, medidas não farmacológicas, como boa hidratação, refeições leves após o início da dieta, distração, relaxamento e técnicas de acupuntura, são consideradas opções (Vieira et al., 2012).

Cuidados de Enfermagem na Cirurgia de Ambulatório

Nas últimas décadas, observou-se uma mudança de paradigma na cirurgia, com uma ênfase crescente na cirurgia ambulatorial em Portugal. Apenas em 2021, foram realizadas cerca de 420.000 cirurgias programadas em ambulatório, representando um aumento de 30% em relação a 2020 (Ministério da Saúde, 2021).

A cirurgia ambulatoria é definida como uma intervenção cirúrgica programada, realizada num período inferior a 24 horas, em instalações próprias, conforme a prática clínica atual. Essa abordagem oferece vantagens como redução de custos, maior satisfação do utente, benefícios psicológicos e menor risco de infeção. No caso do tratamento do cancro da mama, também proporciona benefícios sem comprometer os resultados cirúrgicos (Pek, 2016).

Pessoas submetidas à cirurgia ambulatoria exigem maior preparação e conhecimento sobre o processo, visto que são corresponsáveis pela respetiva recuperação. A redução do tempo de hospitalização implica menor contato dos profissionais de saúde com os utentes e menor tempo para educação (Miller et al., 2020).

O enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória (EEEP) desempenha um papel crucial na assistência ao utente nas diferentes fases do processo cirúrgico. Na fase pré-operatória, o EEEP avalia o estado de saúde geral, esclarece informações sobre o procedimento e orienta sobre a dieta e cuidados pré e pós-operatórios. Na fase intraoperatória, o EEEP garante a segurança do procedimento e monitoriza constantemente a pessoa para evitar complicações. Na fase pós-operatória, o EEEP orienta o utente sobre os cuidados necessários, gestão da dor, medicamentos, alimentação e higiene (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Um aspeto crucial da atuação do EEEP é a promoção do conhecimento e capacitação. Isso envolve auxiliar a pessoa a compreender a patologia, o tratamento e os cuidados necessários para a recuperação, bem como orientar os cuidadores e familiares sobre os cuidados essenciais, tornando-os parceiros no processo de recuperação (AESOP, 2006).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 40 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-22 08:45:00	Solução polieletrólítica 1000ml EV	2024-01-22 17:00:00
2024-01-22 08:45:00	Fentanil 0,1mg EV	2024-01-22 10:00:00
2024-01-22 08:45:00	Propofol 200mg EV	2024-01-22 10:00:00

Início	Medicação	Fim
2024-01-22 08:45:00	Rocurônio 50mg EV	2024-01-22 10:00:00
2024-01-22 08:45:00	Sevoflurano min. 2% INAL	2024-01-22 10:15:00
2024-01-22 08:45:00	Clindamicina 600mg EV	2024-01-22 10:00:00
2024-01-22 10:00:00	Dexametasona 8mg EV	2024-01-22 10:15:00
2024-01-22 10:00:00	Ondansetrom 4mg EV	2024-01-22 10:15:00
2024-01-22 10:00:00	Paracetamol 1g EV	2024-01-22 10:15:00
2024-01-22 10:15:00	Sugamadex 200mg EV	2024-01-22 10:30:00
2024-01-22 10:15:00	Paracetamol 1g EV [SOS, máx. 6/6h]	2024-01-22 17:00:00
2024-01-22 10:15:00	Ondansetron 4mg EV [SOS, máx. 8/8h]	2024-01-22 17:00:00
2024-01-22 17:00:00	Paracetamol 1g PO [6/6h], durante 5 dias	
2024-01-22 17:00:00	Ibuprofeno 400mg PO [8/8h], durante 3 dias	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Assegurar a segurança e eficácia durante procedimentos cirúrgico-anestésicos exige um amplo entendimento da farmacologia, compreendendo indicações, efeitos adversos e potenciais interações medicamentosas. Antecipar reações adversas é fundamental para a prática de enfermagem, garantindo a administração segura e eficaz dos medicamentos. Nesse contexto, é explorada a farmacologia dos principais fármacos do caso clínico, delineando o papel da enfermagem na administração, de acordo com a prescrição médica anestésica.

Solução Polieletrólítica

Durante o período perioperatório, a terapia de fluidos tem como objetivo garantir uma adequada perfusão sanguínea e oxigenação tecidual, prevenindo tanto a hipovolemia como a sobrecarga hídrica. A reposição de água e eletrólitos durante a cirurgia é realizada com soluções cristaloides balanceadas, que consistem em água esterilizada com íons e/ou glicose, distribuindo-se rapidamente pelo espaço extracelular (Laboratórios Basi, 2011).

Farmacologicamente, essas soluções corrigem desequilíbrios eletrolíticos, sendo indicadas para reposição de fluidos, choque hemorrágico e acidose metabólica fraca a moderada, incluindo casos de redução do metabolismo do lactato. Cautelas e advertências específicas devem ser consideradas ao utilizar esta solução, especialmente em administrações de grande volume, exigindo uma monitorização rigorosa em casos de insuficiência cardíaca, pulmonar ou renal. Atenta-se para condições como hipervolemia, retenção de sódio, hipocalcemia, hipertensão e, em casos específicos, a administração de soluções com sais de potássio requer cuidados devido ao risco de hipercaliemia (Laboratórios Basi, 2011).

Quanto aos efeitos adversos, reações de hipersensibilidade podem surgir. Uma abordagem cautelosa é essencial para evitar complicações como hipotensão, hipercalemia, tromboflebites e reações no local de administração (Laboratórios Basi, 2011).

Fentanil

O fentanil é um analgésico narcótico aplicado em neuroleptanalgesia, neuroleptanestesia e como componente analgésico em anestesia geral durante a intubação e ventilação do utente. O seu uso estende-se ao tratamento analgésico em unidades de cuidados intensivos, especialmente em doentes sob ventilação artificial (Hameln Pharma GmbH, 2018).

Em pessoas com depressão respiratória, doença obstrutiva das vias aéreas, miastenia gravis, condições intestinais obstrutivas ou inflamatórias, hipotiroidismo, doenças pulmonares, alcoolismo, hiperplasia prostática e lesões hepáticas ou renais deve existir uma especial observação de advertências e precauções ao utilizar o fentanil (Hameln Pharma GmbH, 2018).

Quanto aos efeitos adversos, possíveis reações incluem hipersensibilidade, agitação, euforia, delírio, sonolência, sedação, confusão, depressão do sistema nervoso central, convulsões, miose, distúrbios visuais, arritmias cardíacas, vasodilatação periférica, hipotensão/hipotensão ortostática, hipertensão, tosse, depressão respiratória pós-operatória, hipercapnia, laringospasmo, broncospasmo, edema pulmonar, náuseas, vômitos, obstipação e rigidez musculoesquelética, incluindo rigidez torácica que pode levar à insuficiência ventilatória (Hameln Pharma GmbH, 2018).

Propofol

O propofol, um anestésico geral intravenoso de curta duração, provoca uma depressão dose-dependente do sistema nervoso central. A perda de consciência ocorre rapidamente, em menos de 1 minuto, com uma dose de 2 a 2,5mg/kg. Em idosos ou doente pré-medicados com drogas depressoras do sistema nervoso central, a dose deve ser reduzida para 1 a 1,5mg/kg, prolongando a ação por 5 a 10 minutos. É indicado para indução e manutenção de anestesia geral, sedação em procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos, isoladamente ou em conjunto com anestesia local ou regional, em adultos e crianças acima de 1 mês (Baxter Holding, 2011).

Advertências e precauções especiais de utilização incluem a administração lenta em pessoas com insuficiência cardíaca, respiratória, renal ou hepática, idosos, fragilizados, hipovolémicos ou epiléticos. Em situações que exigem imobilidade, deve-se ter cuidado devido a movimentos involuntários. Pessoas com distúrbios lipídicos devem receber atenção especial, pelo que a lidocaína pode ser usada para diminuir a dor durante a indução. Não é indicado para pessoas com porfíria aguda hereditária. Efeitos indesejáveis, como hipotensão e depressão respiratória,

são dose-dependentes e influenciados pela pré-medicação e outras medicações utilizadas concomitantemente (Baxter Holding, 2011).

Brometo de Rocurônio

O agente bloqueador neuromuscular brometo de rocurônio é um fármaco não despolarizante de início rápido e ação intermédia, pertencente à classe dos curariformes. A sua ação ocorre por competição nos recetores colinérgicos nicotínicos na placa motora, com uma DE90 de aproximadamente 0,3 mg por kg de peso corporal durante uma anestesia intravenosa. Indicado para adultos e utentes pediátricos como adjuvante na anestesia geral, facilita a intubação endotraqueal, durante a técnica de indução de sequência rápida e proporciona um relaxamento da musculatura esquelética durante a cirurgia (Fresenius Kabi Pharma, 2008).

Advertências e precauções incluem a necessidade de manter ventilação assistida devido à paralisia dos músculos respiratórios. A possibilidade de curarização residual sugere a remoção do tubo endotraqueal após suficiente recuperação do bloqueio neuromuscular, com consideração para o uso de agentes de reversão. Uma monitorização da transmissão neuromuscular é fortemente recomendada para evitar prolongamento do bloqueio e/ou sobredosagem. Efeitos indesejáveis frequentes incluem dor e/ou reações locais no local de injeção, alterações nas funções vitais e bloqueio neuromuscular prolongado. A reação adversa medicamentosa mais grave é a reação anafilática, podendo evoluir para choque anafilático (Fresenius Kabi Pharma, 2008).

Sevoflurano

O sevoflurano é um anestésico por inalação, sendo um éter halogenado de metil-isopropil, que induz e recupera rapidamente a anestesia. A concentração alveolar mínima é específica da idade, resultando na perda de consciência, abolição reversível da dor e atividade motora, bem como na diminuição dos reflexos autónomos, depressão respiratória e cardiovascular. É indicado para a indução e manutenção da anestesia geral em adultos e crianças (Abbvie, 1997).

Advertências e precauções incluem monitorização constante, desde eletrocardiograma, tensão arterial, saturação de oxigénio e volume final de expiração de dióxido de carbono. Durante a manutenção da anestesia, o aumento da concentração de sevoflurano está associado a diminuições dose-dependentes da tensão arterial, podendo ser corrigido pela redução da concentração inspirada. Devido à insolubilidade no sangue, o sevoflurano pode causar alterações hemodinâmicas mais rápidas comparativamente a outros anestésicos voláteis. Efeitos indesejáveis incluem depressão cardiorrespiratória (dependendo da dose), náuseas e vômitos pós-operatórios, bradicardia, hipotensão, agitação e tosse (Abbvie, 1997).

Clindamicina

A clindamicina é um medicamento com propriedades farmacológicas como agente anti-infeccioso e antibacteriano, indicado para tratar diversas condições, incluindo infecções ósseas e articulares causadas por estafilococos, infecções abdominais (eficaz contra muitos anaeróbios), acne, além de ser aplicada em contextos ginecológicos e dermatológicos. Adverte-se sobre precauções especiais em situações de gravidez, aleitamento e doença hepática. Em pessoas com insuficiência hepática, a posologia deve ser reduzida. A ocorrência de diarreia durante o tratamento requer a interrupção imediata do medicamento (Labesfal, 1998).

Quanto aos efeitos indesejáveis, são relatados sintomas como náuseas, vômitos e diarreia. A clindamicina pode desencadear colite pseudomembranosa quando administrada por via oral. Além disso, a disfunção hepática, manifestada pela elevação das enzimas hepáticas e icterícia, é uma possível complicação. Também foram observadas complicações hematológicas, como neutropenia, agranulocitose, eosinofilia e trombocitopenia (Labesfal, 1998).

Dexametasona

A dexametasona, classificada como um corticoide e glucocorticoide, apresenta diversas indicações terapêuticas. É prescrita para tratar condições como edema cerebral devido a tumor cerebral, intervenções neurocirúrgicas, abscesso cerebral ou meningite bacteriana, choque pós-traumático, prevenção da síndrome da insuficiência respiratória aguda pós-traumática, doença por coronavírus (COVID-19), choque anafilático, asma, tratamento inicial de doenças cutâneas graves, doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico), artrite reumatoide, doenças infecciosas graves com estados tóxicos (por exemplo, tuberculose, tifo, brucelose), terapia paliativa para tumores malignos, profilaxia e terapia de vômitos pós-operatórios ou induzidos por citostáticos em contexto de regimes antieméticos (Fresenius Kabi Pharma, 2017).

Adverte-se para precauções especiais em situações como osteoporose, insuficiência cardíaca grave, hipertensão, diabetes mellitus, doença psiquiátrica, glaucoma, ulceração e lesões da córnea, colite ulcerosa grave com risco de perfuração, diverticulite, varicela ou o sarampo (Fresenius Kabi Pharma, 2017).

Quanto aos efeitos indesejáveis, pode acarretar riscos de alterações nos eletrólitos, edema, insuficiência cardíaca e arritmias, convulsões, fraqueza muscular, miopatias, hiperglicemia, osteoporose, agitação, insônia, cefaleias, aumento da pressão intraocular e glaucoma. Em crianças sob tratamento crônico, são possíveis atrasos de crescimento e perturbações oculares, incluindo o desenvolvimento de cataratas (Fresenius Kabi Pharma, 2017).

Ondansetron

O ondansetron, um medicamento antiemético e antivertiginoso, é utilizado no tratamento de náuseas e vômitos de intensidade moderada a grave associados à quimioterapia ou anestesia. Cabe ressaltar que cefaleias são um dos efeitos adversos já conhecidos deste fármaco. Precauções devem ser tomadas, incluindo a administração criteriosa em pessoas com arritmias cardíacas, distúrbios na condução cardíaca ou aqueles que fazem uso de medicamentos que prolongam o intervalo QT. Em casos de insuficiência hepática moderada a grave, a dose não deve exceder 8 mg por dia (Labesfal, 2001).

Os efeitos adversos possíveis abrangem reações de hipersensibilidade, cefaleias, distúrbios do movimento, tonturas, alterações visuais transitórias, arritmias, prolongamento do intervalo QTc e sensação de calor ou rubor. Uma vigilância atenta é necessária, especialmente em situações de insuficiência hepática moderada a grave (Labesfal, 2001).

Paracetamol

O paracetamol, um analgésico e antipirético não opioide, exerce a sua ação centralmente e é recomendado para o alívio de dor leve a moderada, bem como para redução de febre. Os efeitos adversos englobam possíveis alterações hematológicas e, em casos de intoxicação, em insuficiência hepática. É prescrito para o tratamento de curta duração da dor moderada, especialmente após procedimentos cirúrgicos (Accord Healthcare, 2010).

Precauções e advertências incluem a necessidade de evitar o uso em insuficiência hepatocelular ou renal, alcoolismo crônico e desidratação. Possíveis efeitos adversos compreendem mal-estar, reações de hipersensibilidade, hipotensão, aumento das transaminases hepáticas, trombocitopenia, leucopenia e neutropenia (Accord Healthcare, 2010).

Sugamadex

O sugamadex, uma ciclodextrina modificada, atua como um agente de ligação seletivo para relaxantes neuromusculares. Em contacto com o plasma, forma um complexo com os bloqueadores neuromusculares rocurônio ou vecurônio, reduzindo a quantidade disponível desses agentes para se conectar aos recetores nicotínicos na junção neuromuscular. As indicações terapêuticas do sugamadex incluem a reversão do bloqueio neuromuscular causado pelo rocurônio ou vecurônio em adultos (Sandoz, 2022).

Em termos de advertências e precauções, é sugerido monitorizar o utente no pós-operatório imediato para eventos indesejáveis, incluindo a possibilidade de recorrência do bloqueio neuromuscular. O uso de sugamadex não é aconselhado em pessoas com comprometimento renal grave ou em programas de diálise. Os efeitos indesejáveis associados ao sugamadex

incluem espasmos musculares, tosse durante o procedimento anestésico, reação de despertar durante a anestesia, oclusão do tubo endotraqueal por mordedura, hipotensão e complicações durante a intervenção, como tosse, taquicardia e bradicardia (Sandoz, 2022).

Ibuprofeno

O Ibuprofeno, um anti-inflamatório não esteroide derivado do ácido propiônico, é utilizado para tratar dor e inflamação em doenças reumáticas, bem como noutras condições músculo-esqueléticas, abrangendo dores ligeiras a moderadas. As reações adversas são semelhantes às de outros anti-inflamatórios, não parecendo interferir com antidiabéticos ou anticoagulantes orais. Contudo, em pessoas hipocoaguladas, há um considerável risco de hemorragia digestiva devido ao efeito antiagregante plaquetário (Viatris Healthcare, 1976).

Este medicamento está contraindicado em casos de porfiria, doença inflamatória intestinal e úlcera ativa, sendo desaconselhado durante a gravidez e aleitamento. No que diz respeito a interações, pode aumentar as concentrações plasmáticas de lítio, digoxina e metotrexato, além de interferir nos efeitos de diuréticos e anti-hipertensores (Viatris Healthcare, 1976).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

22-01-2024 08:00

22-01-2024 08:00 - Procedimento invasivo

22-01-2024 08:00 - Tipo de procedimento invasivo: Tumorectomia com Biópsia de Gânglio Sentinela.

22-01-2024 08:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

22-01-2024 10:15 - Perda sanguínea

22-01-2024 10:15 - Mama Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

22-01-2024 10:00 - Perda sanguínea

22-01-2024 10:00 - Mama Direita(o): Sem perda sanguínea aparente.

22-01-2024 10:15 - Localização do Pulso

22-01-2024 10:15 - Punho Esquerda(o)

22-01-2024 10:15 - Frequência do pulso: 82 pulsações por minuto.

22-01-2024 10:15 - Pulso de amplitude mediana e regular.

22-01-2024 10:00 - Localização do Pulso

22-01-2024 10:00 - Punho Esquerda(o)

22-01-2024 10:00 - Frequência do pulso: 66 pulsações por minuto.

- 22-01-2024 10:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
- 22-01-2024 08:00 - Localização do Pulso
 - 22-01-2024 08:00 - Punho Direita(o)
 - 22-01-2024 08:00 - Frequência do pulso: 89 pulsações por minuto.
 - 22-01-2024 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
 - 22-01-2024 08:45 - Localização do Pulso
 - 22-01-2024 08:45 - Punho Esquerda(o)
 - 22-01-2024 08:45 - Frequência do pulso: 77 pulsações por minuto.
 - 22-01-2024 08:45 - Pulso de amplitude mediana e regular.
- 22-01-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 22-01-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o)
 - 22-01-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 129 mmHg.
 - 22-01-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.
 - 22-01-2024 08:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 22-01-2024 08:45 - Membro superior Esquerda(o)
 - 22-01-2024 08:45 - Pressão sanguínea sistólica: 118 mmHg.
 - 22-01-2024 08:45 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.
- 22-01-2024 10:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 22-01-2024 10:15 - Membro superior Esquerda(o)
 - 22-01-2024 10:15 - Pressão sanguínea sistólica: 108 mmHg.
 - 22-01-2024 10:15 - Pressão sanguínea diastólica: 71 mmHg.
- 22-01-2024 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 22-01-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o)
 - 22-01-2024 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 120 mmHg.
 - 22-01-2024 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.
- 22-01-2024 10:15 - Temperatura corporal periférica
 - 22-01-2024 10:15 - Ouvido: 35.80 °C.
- 22-01-2024 08:00 - Temperatura corporal periférica
 - 22-01-2024 08:00 - Ouvido: 36.10 °C.
- 22-01-2024 10:00 - Temperatura corporal periférica
 - 22-01-2024 10:00 - Ouvido: 35.90 °C.
- 22-01-2024 08:45 - Temperatura corporal periférica
 - 22-01-2024 08:45 - Ouvido: 36.10 °C.
- 22-01-2024 08:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo**
 - 22-01-2024 10:00 - *Avaliar evolução de sinais de hemorragia [4ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª e 9ª sessões]*
 - 22-01-2024 10:30 - Perda sanguínea
 - 22-01-2024 10:30 - Mama Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].
 - 22-01-2024 12:30 - Perda sanguínea
 - 22-01-2024 12:30 - Mama Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].
 - 22-01-2024 17:00 - Perda sanguínea

22-01-2024 17:00 - Mama Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

23-01-2024 11:00 - Perda sanguínea

23-01-2024 11:00 - Mama Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

22-01-2024 08:45 - *Avaliar evolução da temperatura corporal [3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª e 9ª sessões]*

22-01-2024 10:30 - Temperatura corporal periférica

22-01-2024 10:30 - Ouvido: 35.90 °C.

22-01-2024 12:30 - Temperatura corporal periférica

22-01-2024 12:30 - Ouvido: 36.10 °C.

22-01-2024 17:00 - Temperatura corporal periférica

22-01-2024 17:00 - Ouvido: 36.20 °C.

23-01-2024 11:00 - Temperatura corporal periférica

23-01-2024 11:00 - Região axilar: 36.10 °C.

22-01-2024 08:00 - Promover autogestão: procedimento invasivo

22-01-2024 08:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-01-2024 17:00 - Conhecimento sobre recuperação pós-operatória: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

22-01-2024 08:00 - Conhecimento sobre recuperação pós-operatória: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir

23-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre recuperação pós-operatória: facilitador

22-01-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo [RESOLVIDO] 22-01-2024 08:30

22-01-2024 08:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo [1ª e 2ª sessões] [FIM] 22-01-2024 08:30*

22-01-2024 08:30 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador [MELHOROU].

22-01-2024 08:00 - *Ensinar sobre circuito [1ª sessão] [FIM] 22-01-2024 08:30*

22-01-2024 08:00 - *Ensinar sobre procedimento anestésico [1ª sessão] [FIM]*

22-01-2024 08:30

22-01-2024 08:00 - *Ensinar sobre procedimento cirúrgico [1ª sessão] [FIM]*

22-01-2024 08:30

22-01-2024 08:00 - *Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo [1ª sessão] [FIM] 23-01-2024 11:00*

22-01-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre recuperação pós-operatória [RESOLVIDO] 23-01-2024 11:00

22-01-2024 08:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre recuperação pós-operatória [1ª, 8ª e 9ª sessões] [FIM] 23-01-2024 11:00*

22-01-2024 08:00 - *Ensinar sobre autovigilância de sinais de complicação [8ª sessão] [FIM] 23-01-2024 11:00*

22-01-2024 08:00 - *Ensinar sobre regime medicamentoso [8ª sessão] [FIM]*

23-01-2024 11:00

22-01-2024 08:00 - *Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica [8ª sessão] [FIM]*

23-01-2024 11:00

22-01-2024 08:00 - *Ensinar sobre importância de evitar esforços físicos intensos [8ª sessão] [FIM]* 23-01-2024 11:00

22-01-2024 08:45

22-01-2024 08:45 - Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:45 - FiO2: 60 %.

22-01-2024 10:15 - FiO2: 28 %.

22-01-2024 08:45 - Débito de oxigênio: 15.00 L/min.

22-01-2024 10:15 - Débito de oxigênio: 2.00 L/min.

22-01-2024 08:45 - Assegurar oxigenoterapia [FIM] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:45 - *Manter oxigenoterapia [3ª, 4ª, 5ª e 6ª sessões] [FIM]*

22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:45 - Anestesia/Sedação [RESOLVIDO] 22-01-2024 10:15

22-01-2024 08:45 - Anestesia geral balanceada

22-01-2024 08:45 - Prevenir lesões da pele decorrentes do posicionamento cirúrgico

22-01-2024 08:45 - *Pele íntegra: sem evidência de lesão dos tecidos*

22-01-2024 08:45 - *Avaliar evolução da integridade dos tecidos [3ª, 4ª e 5ª sessões]*

22-01-2024 08:45 - *Posicionar para prevenir úlcera por pressão [3ª, 4ª e 5ª sessões]*

22-01-2024 08:45 - *Aplicar colchão de mesa cirúrgica, almofadas de visco elástico e auxiliares de posicionamento [3ª sessão]*

22-01-2024 08:45 - Prevenir lesões músculo-esqueléticas decorrentes do posicionamento cirúrgico

22-01-2024 08:45 - *Posicionar para prevenir lesão nervosa [3ª, 4ª e 5ª sessões]*

22-01-2024 08:45 - *Aplicar colchão de mesa cirúrgica, almofadas de visco elástico e auxiliares de posicionamento [3ª sessão]*

22-01-2024 08:45 - Prevenir lesões oculares decorrentes do procedimento cirúrgico-anestésico

22-01-2024 08:45 - *Aplicar penso ocular [3ª sessão]*

22-01-2024 10:30

22-01-2024 10:30 - Repouso no leito [RESOLVIDO] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 10:30 - Promover adesão: repouso no leito [FIM] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 10:30 - *Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

22-01-2024 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

necessidade de manter-se em repouso no leito [RESOLVIDO] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 10:30 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito [6ª e 7ª sessões] [FIM]* 22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: facilitador [MELHOROU].

22-01-2024 10:30 - *Ensinar sobre necessidade de manter-se em repouso no leito [6ª sessão] [FIM]* 22-01-2024 12:30

22-01-2024 10:30 - *Avaliar evolução da adesão ao repouso no leito [6ª e 7ª sessões] [FIM]* 22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Realiza repouso no leito de acordo com a recomendação.

22-01-2024 10:30 - Regime de nada pela boca [RESOLVIDO] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 10:30 - Promover adesão: regime de nada pela boca [FIM]

22-01-2024 12:30

22-01-2024 10:30 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-01-2024 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [RESOLVIDO] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 10:30 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [6ª e 7ª sessões] [FIM]* 22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: facilitador [MELHOROU].

22-01-2024 10:30 - *Ensinar sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [6ª sessão] [FIM]* 22-01-2024 12:30

22-01-2024 10:30 - *Avaliar evolução da adesão ao regime de nada pela boca [6ª e 7ª sessões] [FIM]* 22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Realiza regime de nada pela boca de acordo com a recomendação.

Sondas, Drenos e Cateteres

22-01-2024 08:00

22-01-2024 08:00 - Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

22-01-2024 08:00 - Mão Esquerda(o)

22-01-2024 08:00 - Características do dispositivo: Calibre 18G.

22-01-2024 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter [FIM]

22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [3ª, 4ª e 5ª sessões; SOS] [FIM]* 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:45 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.

22-01-2024 10:00 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: fármaco.

22-01-2024 10:15 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: fármaco.

22-01-2024 08:45 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: fármaco.

22-01-2024 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:00 - *Otimizar cateter venoso periférico [3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 7ª sessões]* [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [3ª, 4ª e 5ª sessões; SOS]* [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:45 - Localização do cateter venoso periférico

22-01-2024 08:45 - Mão Esquerda(o)

22-01-2024 08:45 - Ausência de dor.

22-01-2024 08:45 - Ausência de calor.

22-01-2024 08:45 - Ausência de rubor.

22-01-2024 08:45 - Ausência de tumefação.

22-01-2024 08:45 - Ausência de exsudado.

22-01-2024 08:45 - Ausência de infiltração.

22-01-2024 10:00 - Localização do cateter venoso periférico

22-01-2024 10:00 - Mão Esquerda(o)

22-01-2024 10:00 - Ausência de dor.

22-01-2024 10:00 - Ausência de calor.

22-01-2024 10:00 - Ausência de rubor.

22-01-2024 10:00 - Ausência de tumefação.

22-01-2024 10:00 - Ausência de exsudado.

22-01-2024 10:00 - Ausência de infiltração.

22-01-2024 10:15 - Localização do cateter venoso periférico

22-01-2024 10:15 - Mão Esquerda(o)

22-01-2024 10:15 - Ausência de dor.

22-01-2024 10:15 - Ausência de calor.

22-01-2024 10:15 - Ausência de rubor.

22-01-2024 10:15 - Ausência de tumefação.

22-01-2024 10:15 - Ausência de exsudado.

22-01-2024 10:15 - Ausência de infiltração.

22-01-2024 08:00 - *Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]* [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [Diariamente; SOS]* [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:00 - *Trocar cateter venoso periférico [A cada 4 dias; SOS]* [FIM]

22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:45

22-01-2024 08:45 - Máscara Laríngea [RESOLVIDO] 22-01-2024 10:15

22-01-2024 08:45 - i-Gel® nº4

22-01-2024 08:45 - Assegurar funcionamento da máscara laríngea [FIM]

22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:45 - Otimizar máscara laríngea [3ª e 4ª sessões] [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:45 - Prevenir complicações relacionadas com máscara laríngea [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:45 - Assegurar correto posicionamento e fixação da máscara laríngea [3ª e 4ª sessões] [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 10:15

22-01-2024 10:15 - Sonda de oxigénio [RESOLVIDO] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 10:15 - Características do dispositivo: Cateter bi-nasal.

22-01-2024 10:15 - Assegurar funcionamento da sonda [FIM] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 10:15 - Otimizar sonda de oxigénio [5ª e 6ª sessões] [FIM] 22-01-2024 12:30

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

A realização de uma cirurgia exige uma preparação específica e pode resultar em alterações no utente. No ambiente do bloco operatório, as ações dos enfermeiros são comumente direcionadas pelo próprio procedimento invasivo e pelas prescrições médicas, levando a intervenções interdependentes. Nesse contexto, a escolha dos procedimentos médicos de diagnóstico e terapêutica, bem como sua relação com o quadro clínico, é justificada. Visando uma melhor leitura e compreensão do relatório, desenvolveu-se um quadro onde constam as fases, sessões e momentos do plano de cuidados.

Quadro 4 – Plano de Sessões em Tumorectomia com Biópsia

Fase	Sessão	Data	Hora	Designação
Pré-Operatório	1	22/01/2024	08h00	Preparação/Consulta pré-operatória
	2	22/01/2024	08h30	Admissão no BO
Intraoperatório	3	22/01/2024	08h45	Início da Anestesia
	4	22/01/2024	10h00	Encerramento da Incisão Cirúrgica
	5	22/01/2024	10h15	Emergência Anestésica
Pós-Operatório	6	22/01/2024	10h30	Admissão na UCPA/Recobro Fase I
	7	22/01/2024	12h30	Recobro Fase II
	8	22/01/2024	17h00	Alta da UCPA
	9	23/01/2024	11h00	Telefonema do Dia Seguinte

Atitudes Terapêuticas

Quanto às abordagens terapêuticas, estas derivam de prescrições médicas, embora sejam implementadas pelos enfermeiros. Destaca-se uma dinâmica de ação interdependente, onde o papel crucial do enfermeiro é essencial para a execução adequada dessas intervenções. Nesse contexto, a colaboração entre profissionais de saúde torna-se fundamental para garantir o bem-estar do utente e otimizar os resultados pós-operatórios. O enfermeiro desempenha um papel central ao transformar as prescrições médicas em cuidados práticos, assegurando uma abordagem holística que vai além da simples administração de medicação. Isso envolve a atenção às necessidades emocionais e físicas da pessoa durante todo o processo cirúrgico e de recuperação. Essa cooperação multidisciplinar destaca a importância da comunicação eficaz e do trabalho em equipe para proporcionar uma experiência de cuidado completa e eficaz.

Procedimento Invasivo

Considerando a abordagem ambulatorial, considera-se essencial a realização de uma consulta de enfermagem pré-operatória. Nessa etapa, efetua-se uma avaliação das necessidades do utente e elabora-se um plano de cuidados personalizado, envolvendo a família ou adulto responsável. O objetivo é planejar a presença da pessoa no bloco operatório e proporcionar uma educação adequada para a alta, com vista a otimizar a recuperação cirúrgica (AESOP, 2006).

A ansiedade pré-operatória é frequentemente atribuída à falta de conhecimento e informação, que engloba não apenas detalhes sobre a intervenção cirúrgica, mas também aspetos relacionados à anestesia, possíveis complicações, efeitos secundários, gestão da dor e cuidados com a ferida cirúrgica. Intervenções direcionadas ao esclarecimento desses aspetos no período pré-operatório demonstraram eficácia na redução da ansiedade, impactando positivamente o processo de recuperação. É, no entanto, necessário avaliar antecipadamente o potencial e a disponibilidade para aprender, visto que dar mais informação do que a pessoa deseja pode exacerbar a ansiedade. O utente pode pretender informação mais completa e detalhada ou pode preferir a menor informação possível, sendo recomendado conhecer antecipadamente o grau de informação e educação que quer receber (Hernández et al., 2021).

A expectativa é que os utentes que possuem informações adequadas sejam mais propensos a assumir responsabilidade pelo autocuidado, resultando num impacto positivo na recuperação, satisfação e qualidade de vida. Pessoas que têm as suas expectativas de conhecimento atendidas desfrutam de uma série de benefícios, como a redução do risco de complicações pós-operatórias, menor necessidade de analgesia, diminuição da ansiedade, taxas mais baixas de readmissões hospitalares, maior participação no processo perioperatório e maior satisfação com o tratamento. A obtenção de informações adequadas e compreensíveis influencia, portanto, a segurança dos utentes e os resultados cirúrgicos (Blöndal, 2022).

Antes de uma cirurgia, é recomendado que o cliente realize um banho pré-operatório utilizando uma solução de clorexidina 2 a 4%. Esse banho deve ser feito na noite anterior e no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência, de acordo com as diretrizes da Direção-Geral de Saúde (2022). No dia da cirurgia, é importante que o cliente remova todas as próteses (dentárias, auditivas e oculares), bem como objetos de adorno e verniz de unhas. Essas informações são aplicáveis a todas as cirurgias, visando proporcionar um ambiente cirúrgico seguro e contribuir para o controlo de infeções e prevenção de riscos evitáveis (DGS, 2022).

Adicionalmente, a administração de anestesia geral aumenta o risco de regurgitação e aspiração gástrica, podendo causar complicações graves como pneumonite química, pneumonia e até morte. Para minimizar esse risco, é crucial aderir às diretrizes de jejum recomendadas antes de procedimentos anestésicos. É aconselhado um período de jejum de 6 horas para alimentos e 2 horas para água e sumos sem polpa antes da cirurgia (Barash et al., 2017).

No pré-operatório, o enfermeiro deve executar uma série de verificações para garantir a segurança do utente. Essas verificações consistem em listas de confirmação com base nas melhores práticas, apesar de não exigirem uma tomada de decisão autónoma.

No contexto da entrada na sala de operações, o enfermeiro perioperatório lida com o elevado stress e ansiedade do utente, estabelecendo uma relação empática e terapêutica. Durante este momento, confirma os ensinamentos pré-operatórios e avalia conhecimento e consentimento, permitindo que o utente compartilhe necessidades não identificadas anteriormente. O conhecimento pré-operatório do utente é crucial, sendo avaliado na entrada no bloco operatório para garantir uma preparação adequada e segura. Este processo envolve verificar se o utente seguiu instruções, compreendeu o procedimento, deu consentimento informado e expressou expectativas e preocupações (AESOP, 2006). O enfermeiro perioperatório desempenha papel crucial nessa avaliação, assegurando que o utente está bem informado e compreende os detalhes da cirurgia, contribuindo para uma preparação segura. A preparação para cirurgia com anestesia geral requer participação ativa e envolvimento do utente, além de obter informações essenciais. Além das instruções sobre jejum e higiene, é vital reconhecer que a segurança não se limita à preparação e conhecimento, mas também à adesão do utente, demonstrando a aplicação prática do conhecimento (Turunen et al., 2017). Com um conhecimento facilitador, os diagnósticos de enfermagem do tipo “potencial para melhorar o conhecimento” identificados na primeira sessão são considerados resolvidos, com intervenções de enfermagem eficazes.

Um critério para procedimentos em ambulatório é uma perda sanguínea mínima, idealmente abaixo de 500 ml, e uma duração total inferior a 120 minutos. Contudo, é crucial avaliar a quantidade de sangue eliminado devido às possíveis implicações na estabilidade hemodinâmica do paciente (Duarte & Martins, 2014).

De igual forma, a avaliação da temperatura corporal tem como objetivo principal a detecção precoce da hipotermia não intencional, ocorrendo em 60% a 90% das cirurgias com duração superior a 60 minutos. Recomenda-se que a temperatura do cliente seja superior a 36°C antes da entrada na sala de cirurgia. Após a anestesia, a hipotermia não intencional está associada a diversos fatores, incluindo metabolismo retardado de medicamentos, hiperglicemia, vasoconstrição e riscos como tremores pós-operatórios e aumento do risco de infecção no local cirúrgico. Portanto, a avaliação da temperatura é essencial em todas as etapas do plano de cuidados, considerando a variação das causas ao longo do processo (Butterworth et al., 2018).

Na UCPA, o cliente permanece o tempo necessário para recuperar as funções vitais, considerando a natureza da cirurgia e anestesia. Os cuidados de enfermagem nesta fase inicial de recuperação assemelham-se aos de cirurgias convencionais. Pode ser necessário usar um dispositivo de oxigenação, como um cateter bi-nasal, para facilitar a respiração e proporcionar maior conforto ao paciente. Durante esta etapa, o enfermeiro incentiva a mobilização gradual, auxiliando o cliente no primeiro levante e deambulação, conforme orientações médicas. Além disso, é crucial avaliar a tolerância do cliente a líquidos e alimentos recomendados. O enfermeiro desempenha um papel fundamental ao fornecer orientações claras sobre os cuidados pós-operatórios, como autoavaliação do penso da ferida, higiene pessoal, atividades permitidas e restritas, e autovigilâncias (AESOP, 2006).

É recomendada a reintrodução progressiva da dieta durante a permanência hospitalar, começando com líquidos claros. Após uma tumorectomia, a limitação de movimentos e esforços no membro do lado operado ajuda na prevenção de complicações, mas sem restringir excessivamente para não prejudicar a mobilidade articular. Incentivar a mobilização precoce e ensinar exercícios adequados são práticas essenciais para promover a cicatrização, controlar a dor e prevenir complicações como seroma e linfedema (Duarte & Martins, 2014).

Na preparação para a alta, foi necessário fornecer informações sobre o regime medicamentoso, cuidados de recuperação e sinais de alerta. A reintrodução da dieta, iniciando com líquidos e progredindo para alimentos sólidos, foi abordada, enfatizando a importância do reforço hídrico e evitando certos alimentos. O regime terapêutico abrange dieta, medicação pós-operatória e restrições de exercício. A cliente deve seguir um período de repouso inicial, evitar esforços com o braço operado e abster-se de exercícios físicos por um mês. A importância do repouso, alimentação adequada, cuidados especiais e limitações pós-cirúrgicas deve ser enfatizada, com instruções por escrito sobre medicação, cuidados em casa e informações de contato para complicações. O cliente deve receber um resumo da alta para fornecer ao enfermeiro de família na Unidade de Saúde Familiar (AESOP, 2006).

No telefonema pós-operatório, cerca de 24 horas após a tumorectomia, o enfermeiro desempenha um papel importante. Avalia a pessoa, se passou bem a noite, se houve a existência de complicações até ao momento (dor, febre, náuseas e vômitos, hemorragia, entre

outros), bem como se a medicação fornecida foi a suficiente. O objetivo é garantir uma recuperação adequada e promover o bem-estar geral do cliente após o procedimento cirúrgico (Duarte & Martins, 2014). Após garantia destes aspetos e verificada a ausência de quaisquer alterações, pode-se dar por encerrados os diagnósticos e domínios abertos até então, com exceção da ferida cirúrgica, que se mantém no tempo.

Oxigenoterapia

A anestesia geral tem como objetivo modificar o estado de consciência do utente para que não perceba a agressão cirúrgica. Contudo, após o término da ação dos relaxantes musculares, podem persistir efeitos prolongados, como hipoventilação ou alterações no gradiente alvéolo-arterial no pós-operatório imediato. Essas ocorrências têm origem em obstruções das vias respiratórias, resíduos de anestésicos, ação residual de opióides e sedativos, remanescentes do bloqueio neuromuscular e dor não controlada (Martins et al., 2013).

A hipoxemia, caracterizada pela baixa oxigenação sanguínea, é uma complicação comum nesse período e está principalmente associada a causas como atelectasia (colapso dos alvéolos pulmonares), desequilíbrios na relação ventilação/perfusão ou edema pulmonar (Liu et al., 2021). Portanto, cabe ao enfermeiro seguir a prescrição de manter a oxigenoterapia e monitorizar atentamente a respiração da pessoa.

Anestesia/Sedação

Não obstante a técnica adotada, a anestesia decorre de uma prescrição médica, originando pontos de vigilância cruciais para a enfermagem. Nesse contexto, o foco "Anestesia/Sedação" foi concebido nas atitudes terapêuticas para justificar intervenções durante o procedimento anestésico-cirúrgico e na recuperação pós-operatória. Dada a prescrição médica e o impacto nos sistemas do corpo humano, a sedação/anestesia assume grande importância. Esse procedimento médico utiliza medicamentos para bloquear total ou parcialmente a sensibilidade tátil e dolorosa, com ou sem perda de consciência, compreendendo três fases: indução, manutenção e recuperação (Sousa & Marques, 2014).

Os anestésicos gerais deprimem o sistema nervoso central, induzindo inconsciência, imobilidade e falta de resposta do organismo. A anestesia balanceada, um método comum, combina diferentes agentes para alcançar hipnose, analgesia e relaxamento muscular, minimizando perturbações fisiológicas, sendo cada agente administrado com um objetivo específico, considerando o estado físico do cliente e os requisitos cirúrgicos (Tavares, 2013).

É crucial observar que os medicamentos usados na indução anestésica, além de reduzirem a consciência e permitirem maior tolerância à máscara laríngea, causam imobilização completa e

alteração da sensibilidade durante o procedimento invasivo. Isso pode aumentar a pressão sobre áreas específicas do corpo, como proeminências ósseas, elevando o risco de úlceras de pressão, representando uma preocupação para a enfermagem (AESOP, 2006).

Nesse cenário, cabe ao enfermeiro perioperatório identificar mudanças anatômicas e processos fisiológicos relacionados ao tipo de anestesia, bem como ao tipo e à duração do procedimento cirúrgico. Cabe-lhe avaliar a acessibilidade e o funcionamento adequado de todos os equipamentos necessários para posicionar o utente de maneira segura e confortável, visando garantir um posicionamento eficaz, mediante uma avaliação contínua da integridade dos tecidos e aplicação de estratégias minimizadoras desse potencial risco. Medidas incluem a utilização de colchões de mesa cirúrgica e almofadas viscoelásticas, além de um correto posicionamento para evitar úlceras por pressão e lesões nervosas. A inatividade musculoesquelética dos nervos oculares, causada pela anestesia, também exige a aplicação de um penso ocular para evitar lesões na córnea (Duarte & Martins, 2014).

Na cirurgia de mama, o utente é posicionado em decúbito dorsal, com o braço homolateral sob apoio acolchoado, mantendo uma angulação inferior a 90 graus de abdução da parede torácica para evitar alongamento do plexo braquial. Posicionar o braço enquanto a pessoa está acordada é fundamental para salvaguardar uma abdução confortável, especialmente na presença de eventuais comorbidades associadas ao ombro. O braço contralateral deve ser posicionado junto ao corpo e todos os pontos de pressão devem ser protegidos contra úlceras por pressão, sendo mobilizados quando necessário e possível (AESOP, 2006). A atenção deve ser voltada para a pressão exercida sobre as áreas de apoio do utente na mesa cirúrgica, como o sacro, os calcâneos e a região occipital.

Repouso no Leito

O repouso no leito desempenha um papel essencial na recuperação pós-cirúrgica, permitindo que o sistema nervoso central e o sistema cardiovascular se restabeleçam do stress provocado pela intervenção cirúrgica e anestesia. Assegurar um período adequado de repouso é fundamental para permitir a completa eliminação das substâncias administradas durante o procedimento, prevenindo assim complicações nessa fase (Duarte & Martins, 2014).

É crucial que o utente compreenda a necessidade de repouso no leito após a cirurgia, uma vez que o reconhecimento da sua importância aumenta a probabilidade de aderir às recomendações. A compreensão dos benefícios do repouso no leito facilita a adoção de comportamentos apropriados e a redução de atividades que possam interferir no processo de recuperação. Essa informação deve ser documentada no plano de cuidados, com o objetivo de envolver a pessoa de maneira ativa no seu próprio processo de recuperação (AESOP, 2006).

Regime de Nada pela Boca

De igual forma, o "regime de nada pela boca" resulta de uma prescrição médica, abrangendo tanto o pré-operatório, como o pós-operatório durante a fase de recuperação anestésica. A necessidade de aderir ao jejum destaca a importância do conhecimento e da cooperação por parte do utente. No presente plano de cuidados, são colhidas apenas informações pertinentes que facilitem a continuidade do cuidado iniciado no pré-operatório (Duarte & Martins, 2014).

Essa prática visa garantir que o sistema gastrointestinal permaneça em repouso, minimizando o risco de aspiração pulmonar durante o período anestésico. Além disso, o jejum auxilia na prevenção de náuseas, vômitos e outros desconfortos gastrointestinais que podem surgir após o estabelecimento de uma anestesia. A colaboração da utente é fundamental para assegurar a eficácia dessa medida e contribuir para uma recuperação sem complicações (AESOP, 2006).

Sondas, Drenos e Cateteres

A presença de drenos e cateteres durante uma cirurgia é crucial para assegurar a segurança e eficácia do processo, além de monitorizar e gerir intervenções no período pós-operatório. Estes desempenham um papel fundamental na assistência perioperatória e devem ser utilizados com discernimento, seguindo as melhores práticas clínicas.

Cateter Venoso Periférico

A introdução do cateter venoso periférico (CVP) para a administração de terapêutica endovenosa é uma prática comum nos ambientes hospitalares, exigindo habilidades específicas por parte dos enfermeiros para a sua gestão. Devido à sua natureza invasiva, a inserção, fixação e manipulação do CVP podem aumentar o risco de infeções nosocomiais, com possíveis impactos para o utente (Shastay, 2016).

A punção venosa periférica é um procedimento complexo que requer cuidados específicos, incluindo a escolha apropriada do cateter, otimização, seleção do penso utilizado e prevenção de complicações locais e sistémicas, como flebite, infiltração, hematoma, extravasamento e obstrução. A migração de organismos da pele para o local de inserção e trajeto do CVP, com colonização na ponta, representa a principal via de infeção para cateteres de curto prazo (CDC, 2017). A escolha do CVP deve considerar sua finalidade, com preferência para calibres adequados ao procedimento em questão. Aspectos como o tipo de cirurgia, as respetivas particularidades de risco, idade e condição clínica do utente, bem como o tipo de medicação a ser administrada, devem ser ponderados durante a seleção.

Máscara Laríngea

A máscara laríngea é um dispositivo de fácil inserção, colocado acima das cordas vocais, projetado para manter as vias aéreas abertas, dispensando a necessidade de laringoscopia e permitindo uma ventilação eficiente. Ao posicionar-se, a extremidade da máscara repousa na hipofaringe, estabelecendo uma vedação circular de baixa pressão na região da glote. No entanto, embora não assegure uma defesa total das vias aéreas, contra o risco de aspiração ou laringoespasmos, a ocorrência de aspiração pulmonar relacionada ao uso da máscara laríngea é rara, desde que as pressões de insuflação não ultrapassem 20cm H₂O, sendo recomendável evitar pressões superiores (INEM, 2020).

A máscara laríngea i-Gel é descartável e possui uma porção proximal feita de elastômero termoplástico, eliminando a necessidade de insuflação. Uma característica distintiva é a facilidade de inserção, exigindo um treino mínimo. Com exceção da insuflação do cuff, o procedimento de inserção é semelhante ao das máscaras laríngeas convencionais. As principais complicações associadas incluem irritação da mucosa, lesões nos lábios, língua ou dentes, danos às estruturas anatómicas, risco de aspiração, aumento do refluxo esofágico, edema pulmonar e laringoespasma (INEM, 2020).

Sonda de Oxigênio

A cânula binasal é o dispositivo mais comum de administração de oxigênio de baixo fluxo, suportando até 6L/min e proporcionando uma FiO₂ máxima de 45%. Cada acréscimo de 1L/min corresponde a um aumento de 3-4% na FiO₂. A cânula é indicada principalmente para hipoxemia leve, podendo reverter a diminuição breve da SatO₂ (92-94%). No entanto, o uso prolongado pode causar ressecamento ou lesões na mucosa nasal (SanarMed, s.d.).

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
22-01-2024 08:00	Atitudes terapêuticas	
22-01-2024 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	22-01-2024 17:00
22-01-2024 08:45	Sistema respiratório	22-01-2024 17:00
22-01-2024 08:45	Sistema cardiovascular	23-01-2024 11:00
22-01-2024 08:45	Termorregulação	23-01-2024 11:00
22-01-2024 10:00	Pele e mucosas	
22-01-2024 10:30	Consciência	22-01-2024 17:00
22-01-2024 10:30	Sensações somáticas	23-01-2024 11:00
22-01-2024 10:30	Digestão	23-01-2024 11:00
22-01-2024 10:30	Eliminação urinária	22-01-2024 17:00

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

O período pós-operatório começa com a admissão do utente na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) e termina quando o mesmo recupera completamente da intervenção cirúrgica. Este período, especialmente em cirurgias ambulatoriais, é subdividido em fases distintas, abrangendo o pós-operatório imediato, mediato e tardio. Durante o pós-operatório imediato, os enfermeiros concentram a sua atenção na manutenção dos processos corporais e sistemas fisiológicos, identificando e tratando possíveis complicações relacionadas à cirurgia e à anestesia. À medida que as fases progridem, o foco muda para a preparação do paciente para a alta e para a recuperação cirúrgica (AESOP, 2006).

Durante a recuperação no recobro de fase II, os cuidados de enfermagem visam principalmente a recuperação do utente, sendo crucial identificar qualquer alteração indicativa de complicações pós-operatórias imediatas ou tardias. Além disso, é essencial avaliar e gerir a dor do utente, utilizando escalas de avaliação da dor e administrando analgésicos conforme prescrição médica. A observação do penso da ferida cirúrgica é igualmente importante, com vista à observação de sinais de infeção, hemorragia ou drenagem anormal, e comunicando qualquer alteração ao médico responsável (Duarte & Martins, 2014).

Na fase que antecede a alta, o utente deve apresentar sinais vitais estáveis, ausência de problemas respiratórios, consciência e orientação adequadas, capacidade de ingestão de líquidos, de urinar e realizar movimentos, bem como não relatar sintomas como náuseas, vômitos, hemorragia ou dor intensa. A alta só será concedida quando todas essas condições forem atendidas e é necessário que o utente esteja acompanhado por um adulto responsável e cumpra todos os requisitos estabelecidos. O enfermeiro deve confirmar com a pessoa e o acompanhante se todas as condições para a alta foram atendidas, garantindo que foram devidamente informados sobre as reações normais e possíveis complicações, além de instruí-los sobre as medidas a serem tomadas (AESOP, 2006).

Os domínios selecionados foram concebidos para atender às necessidades específicas do utente, utilizando o processo de tomada de decisão como base para o planeamento e avaliação dos cuidados. Neste capítulo do caso clínico, o objetivo é oferecer uma fundamentação teórica que justifique a escolha dos domínios, buscando estabelecer, com base na evidência existente, a sua interligação com o processo cirúrgico. No que diz respeito aos domínios "Atitudes Terapêuticas" e "Sondas, Drenos e Cateteres", por serem decorrentes de prescrições médicas e já terem sido abordados no capítulo anterior, onde os respetivos papéis foram justificados, não serão novamente discutidos neste ponto.

Sistema Respiratório

As complicações respiratórias imediatas após a cirurgia estão predominantemente associadas à obstrução das vias aéreas superiores, diminuição da força muscular faríngea, laringoespasma e ocorrência de hematoma ou edema. A hipoventilação é uma complicação frequente, desencadeada pelo uso de opioides, anestésicos inalatórios e intravenosos, bem como pelo residual bloqueio neuromuscular. Durante o pós-operatório imediato, espera-se que o utente retome o seu padrão ventilatório normal, embora, numa fase inicial, possa ser necessário suporte adicional. Nesse contexto, cabe ao enfermeiro seguir a prescrição para manter a oxigenoterapia e monitorizar a respiração da pessoa (Machado, 2019).

Este domínio é justificado pelo uso de uma anestesia geral, cujos fármacos possuem como possível efeito adverso a depressão respiratória. Assim, é crucial monitorizar a saturação de oxigénio no sangue. Adicionalmente, a recuperação pós-operatória é influenciada pelos medicamentos administrados durante o intraoperatório, que podem provocar a depressão respiratória. Portanto, é de extrema importância avaliar a frequência respiratória em ventilação espontânea para identificar precocemente possíveis complicações respiratórias (Machado, 2013). A limpeza da via aérea não se enquadra neste plano dado o tipo de anestesia.

Sistema Cardiovascular

A maioria dos órgãos possui mecanismos de regulação do fluxo sanguíneo quando a pressão de perfusão é mantida, tornando a pressão arterial um indicador da perfusão adequada dos órgãos. Durante um procedimento cirúrgico sob anestesia, essa regulação natural pode ser prejudicada, e a pressão arterial e a frequência cardíaca elevadas estão associadas a um maior risco de complicações e mortalidade durante o período perioperatório. Além disso, a avaliação da pressão arterial durante a cirurgia, além de fornecer informações relevantes sobre o estado hemodinâmico, pode indicar outros aspetos, como uma tensão arterial elevada que pode significar aumento da sensibilidade do utente e, portanto, presença de dor, tornando-se um ponto crítico para os cuidados de enfermagem (Martins, 2013).

A inclusão deste domínio deve-se à utilização de uma anestesia geral. Apesar da ausência de um diagnóstico associado, a monitorização contínua é crucial, seguindo as diretrizes estabelecidas pelos padrões de monitorização durante a anestesia e recuperação, para intervir no caso de complicações ou alterações, como hipotensão ou hipertensão (Butterworth et al., 2018). Da mesma forma, a vigilância de perdas hemáticas, mesmo relacionada ao procedimento invasivo, torna-se um foco essencial para a prática de enfermagem no pós-operatório.

Termorregulação

A Sociedade Portuguesa de Anestesiologia preconiza, no período pré-operatório, a avaliação da temperatura, recomendando que esta seja mantida acima de 36°C. Todos os utentes agendados para procedimentos cirúrgicos com duração anestésica superior a 30 minutos devem ser submetidos a aquecimento ativo. Simultaneamente, a análise da temperatura corporal antes da cirurgia é um dado crucial para identificar possíveis focos de infeção que poderiam condicionar a realização de cirurgias eletivas, especialmente em regime ambulatorio (SPA, 2017).

A manutenção da normotermia é uma preocupação constante, e a monitorização da temperatura corporal é considerada um dos parâmetros padrão em qualquer procedimento anestésico, visando garantir uma temperatura corporal adequada ao longo de toda a intervenção. As intervenções de enfermagem devem incluir a avaliação contínua da temperatura corporal, o uso de fluidos aquecidos, a aplicação de dispositivos de aquecimento e a gestão da exposição corporal da pessoa (AESOP, 2006).

No período pós-operatório, é crucial promover a manutenção e otimização da temperatura corporal. A fase pós-operatória, que abrange até 24 horas após a admissão na UCPA, é reconhecida como um momento crucial para a implementação de medidas de intervenção. Essas medidas devem ser sujeitas a avaliações progressivas, desde a admissão até a alta para o internamento ou para o domicílio. A hipotermia inadvertida perioperatória está frequentemente associada a um aumento do tempo de permanência na unidade de cuidados pós-anestésicos, visto que a normotermia é um requisito essencial para a alta (SPA, 2017).

Pele e Mucosas

A ferida cirúrgica é definida como uma interrupção deliberada da integridade da pele e das estruturas subjacentes, realizada por meio de um instrumento cirúrgico cortante, visando criar uma abertura em uma região específica do corpo, resultando em hemorragia (ICN, 2019).

Os cuidados com a ferida iniciam-se com o tratamento adequado e a aplicação de um penso após o encerramento da pele. Conforme as diretrizes para prevenção de infeções no local cirúrgico estabelecidas pela norma DGS 020/2015 (atualizada em 2022), a enfermeira instrumentista deve assegurar a aplicação de técnicas assépticas durante a execução do procedimento. Devido à utilização de fio absorvível, não é necessária a intervenção "remover material de sutura", visto que os pontos serão absorvidos naturalmente.

Consciência

A anestesia geral visa induzir um estado temporário de inconsciência, garantindo que o cliente não experimente dor ou desconforto durante o procedimento cirúrgico. Contudo, pode resultar

em períodos de confusão, desorientação e alterações de memória, exigindo intervenções específicas que impactam o tempo de recuperação (Sousa & Marques, 2014).

As drogas anestésicas, ao deprimir a função do Sistema Nervoso Central (SNC), promovem diferentes níveis de inconsciência. As escalas clínicas de sedação avaliam subjetivamente o nível de consciência do paciente, sendo a Escala de Agitação-Sedação Richmond (RASS) (Quadro 5) uma das mais comuns na prática médica (Butterworth et al., 2018).

A Escala de RASS é graduada de menos cinco a mais quatro. Embora o grau menos cinco possa ser considerado ideal para um utente sob anestesia geral, indicando uma consciência profundamente deprimida, é crucial monitorizar esse estado para evitar planos excessivamente profundos, que podem ser perigosos devido ao uso excessivo de anestésicos. No período pós-operatório, o objetivo é que o utente aumente o score na escala até atingir a classificação de zero, indicando estar alerta e calmo (Sessler et al., 2001).

A consciência, embora não abordada durante as sessões referentes ao intraoperatório devido à sua ocorrência intencional e induzida por fármacos, recebe atenção especial no pós-operatório, visto ser a principal alteração observada no SNC, durante a permanência na UCPA.

Quadro 5 - Escala de Agitação-Sedação de Richmond (Adaptado de Sessler et al., 2001)

Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS)		
Classificação	Termo	Descrição
+4	Combativo	Excessivamente combativo ou violento; perigo imediato para a equipa
+3	Muito agitado	Puxa ou remove o(s) tubo (s) ou cateter(es) ou tem comportamento agressivo em relação à equipa
+2	Agitado	Movimento frequente não intencional ou dissincronia paciente-ventilador
+1	Inquieto	Ansioso ou apreensivo, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos
0	Atento e calmo	-
-1	Sonolento	Não totalmente alerta, mas apresenta despertares constantes (mais de 10 segundos), com contato visual, para se expressar
-2	Sedação leve	Desperta brevemente (menos de 10 segundos) com contato visual para se expressar
-3	Sedação moderada	Algum movimento (mas nenhum contato visual) para se expressar
-4	Sedação profunda	Nenhuma resposta à voz, mas algum movimento à estimulação física
-5	Não despertável	Nenhuma resposta à voz ou estimulação física

Sensações Somáticas

A dor aguda pós-operatória refere-se à sensação dolorosa que uma pessoa experimenta após ser submetida a um procedimento cirúrgico, sendo originada diretamente pela agressão cirúrgica ou complicações associadas. A avaliação e tratamento da dor nesse contexto são cruciais, não obstante o caráter invasivo do procedimento, devido ao impacto que pode causar. Um controle eficaz da dor contribui para uma recuperação mais rápida, favorecendo a mobilização precoce, reduzindo a incidência de náuseas, vômitos e agitação, além de promover uma cicatrização adequada da ferida cirúrgica. Por outro lado, o controle inadequado da dor pode resultar em alterações fisiopatológicas imediatas, prolongamento do tempo de recuperação e, a longo prazo, aumento da taxa de internamento, risco de complicações pós-operatórias e desenvolvimento de dor crônica pós-operatória (Machado, 2019).

A abordagem analgésica deve ser multimodal, incorporando diferentes classes de fármacos ou métodos analgésicos que atuam em diversas vias nociceptivas. Isso permite uma maior eficácia no controle da dor e redução dos efeitos adversos associados a doses elevadas de cada medicamento. Ao adotar estratégias farmacológicas e não farmacológicas personalizadas para aliviar a dor, é possível proporcionar uma recuperação mais suave e uma transição eficaz no processo cirúrgico, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida (Barash et al., 2017).

Considerando o regime ambulatorial, onde a recuperação pós-operatória ocorre em casa, é fundamental capacitar o utente com estratégias para gerir eficazmente o controle da dor. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro avaliar o nível de conhecimento do cliente sobre a dor, a capacidade para o melhorar e a autogestão do regime terapêutico, além de fornecer ferramentas para melhorar a sua autoeficácia nessa gestão. Dessa forma, o utente pode ter uma recuperação pós-operatória personalizada e adaptada às suas necessidades.

Digestão

As náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) são complicações frequentes no período após a cirurgia, podendo resultar em problemas como deiscência de ferida, pneumonia aspirativa, desequilíbrios hidroeletrólíticos, aumento da pressão intracraniana e ocular, entre outros. Diversos fatores, como as características individuais do cliente, o tipo de cirurgia e os métodos anestésicos utilizados, podem influenciar a sua ocorrência (Martins, 2013).

Para prevenir as NVPO, são implementadas abordagens combinadas envolvendo intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Protocolos de profilaxia medicamentosa recomendam o uso de ondansetron, dexametasona e droperidol. Além disso, práticas como manter uma adequada hidratação, garantir uma analgesia eficaz, empregar técnicas de distração e aplicar métodos de relaxamento também devem ser consideradas. A capacitação do utente emerge como uma prioridade na gestão dessas possíveis complicações (Vieira et al., 2012).

A inclusão do íleo paralítico como foco de atenção num plano de cuidados de enfermagem perioperatória justifica-se pela possibilidade, ainda que remota, de ocorrência desta condição após cirurgias abdominais, especialmente em contextos de anestesia geral. Embora os fármacos atualmente utilizados em anestesia geral - propofol, sevoflurano e remifentanil - raramente causem disfunção intestinal prolongada, a literatura refere que o íleo paralítico é mais comum e passível de acontecer neste tipo de cirurgias (Goulart & Martins, 2010). Portanto, considerando a cirurgia em questão e a baixa prevalência e incidência, a vigilância e intervenção de enfermagem são fundamentais para prevenir e gerir esta condição, caso ocorra. Desta forma, salvaguarda-se a segurança do utente e promove-se uma recuperação mais rápida e eficaz. A atuação da enfermagem neste domínio passa, assim, pela monitorização dos sinais vitais, avaliação da dor e do desconforto, implementação de intervenções para promover a recuperação do trânsito intestinal e educação do utente sobre a importância da mobilização e da hidratação (Ilias, 2006). Esta abordagem permite antecipar possíveis complicações, estabelecer medidas preventivas e uma vigilância adequada.

Eliminação Urinária

A retenção urinária é uma complicação possível no pós-operatório, associada ao uso de certos medicamentos anestésicos, como anticolinérgicos e opioides, à administração de grandes volumes de líquidos e à perda de privacidade do utente. Embora seja uma complicação comum, geralmente é transitória, a menos que exista uma patologia urológica subjacente. A primeira micção após a cirurgia é um indicador importante no período pós-operatório, e a retenção urinária exige uma intervenção de enfermagem para resolução (Duarte & Martins, 2014).

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

22-01-2024 10:30

22-01-2024 10:30 - Consciente.

22-01-2024 10:30 - Determinar evolução da consciência [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 10:30 - *Avaliar evolução da consciência [6ª e 7ª sessões]* [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 12:30 - Abertura dos olhos: espontânea.

22-01-2024 12:30 - Resposta verbal: orientada.

22-01-2024 12:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

22-01-2024 10:30 - *Referenciar compromisso da consciência ao médico [SOS]* [FIM]

22-01-2024 17:00

22-01-2024 10:30 - Determinar evolução do nível de sedação [FIM] 22-01-2024

17:00

22-01-2024 10:30 - Escala de agitação-sedação de Richmond (RASS): Sonolento (-1)

22-01-2024 12:30 - Escala de agitação-sedação de Richmond (RASS): Atento e calmo (0)

22-01-2024 10:30 - Avaliar evolução do nível de sedação [6ª e 7ª sessões] [FIM]

22-01-2024 17:00

22-01-2024 10:30 - Referenciar não reversão da sedação ao médico [SOS] [FIM]

22-01-2024 17:00

Sensações somáticas

22-01-2024 10:30

22-01-2024 10:30 - Sem manifestação de dor.

22-01-2024 10:30 - Determinar evolução da dor [FIM] 23-01-2024 11:00

22-01-2024 10:30 - Avaliar evolução da dor [6ª, 7ª, 8ª e 9ª sessões] [FIM] 23-01-2024 11:00

22-01-2024 12:30 - Localização da dor

22-01-2024 12:30 - Mama Direita(o)

22-01-2024 12:30 - Intensidade da dor - sem dor.

22-01-2024 17:00 - Localização da dor

22-01-2024 17:00 - Mama Direita(o)

22-01-2024 17:00 - Intensidade da dor - sem dor.

23-01-2024 11:00 - Localização da dor

23-01-2024 11:00 - Mama Direita(o)

23-01-2024 11:00 - Intensidade da dor - sem dor.

22-01-2024 10:30 - Administrar analgesia [SOS] [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 10:30 - Aliviar dor usando estratégias não farmacológicas [SOS] [FIM]

22-01-2024 17:00

22-01-2024 10:30 - Referenciar dor ao médico [SOS] [FIM] 22-01-2024 17:00

Sistema respiratório

22-01-2024 08:45

22-01-2024 08:45 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

22-01-2024 08:45 - Ritmo respiratório regular.

22-01-2024 08:45 - Movimento respiratório simétrico [MELHOROU].

22-01-2024 08:45 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

22-01-2024 08:45 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

22-01-2024 08:45 - Saturação do oxigênio no sangue

22-01-2024 08:45 - Periférico(a): 99 %.

22-01-2024 08:45 - Coloração da mucosa: rosada.

22-01-2024 08:45 - Determinar evolução da ventilação [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:45 - Avaliar evolução da ventilação [3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 7ª sessões] [FIM]

22-01-2024 17:00

22-01-2024 10:30 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

22-01-2024 10:15 - Frequência respiratória: 13 ciclos/min.

22-01-2024 12:30 - Frequência respiratória: 13 ciclos/min.

22-01-2024 12:30 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

22-01-2024 10:30 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
 22-01-2024 10:15 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
 22-01-2024 10:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
 22-01-2024 12:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
 22-01-2024 10:15 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
 22-01-2024 12:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
 22-01-2024 10:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
 22-01-2024 10:15 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
 22-01-2024 12:30 - Saturação do oxigénio no sangue
 22-01-2024 12:30 - Periférico(a): 97 %.
 22-01-2024 10:30 - Saturação do oxigénio no sangue
 22-01-2024 10:30 - Periférico(a): 98 %.
 22-01-2024 10:15 - Saturação do oxigénio no sangue
 22-01-2024 10:15 - Periférico(a): 98 %.
 22-01-2024 12:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
 22-01-2024 10:15 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
 22-01-2024 10:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
 22-01-2024 10:15 - Coloração da mucosa: rosada.
 22-01-2024 12:30 - Coloração da mucosa: rosada.
 22-01-2024 10:30 - Coloração da mucosa: rosada.
 22-01-2024 08:45 - Referenciar ventilação comprometida ao médico [SOS] [FIM]
 22-01-2024 17:00
 22-01-2024 08:45 - Referenciar saturação do oxigénio no sangue ao médico [SOS]
 [FIM] 22-01-2024 17:00

Sistema cardiovascular

22-01-2024 08:45

22-01-2024 08:45 - Determinar evolução do ritmo cardíaco [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:45 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 7ª sessões]
 [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 10:30 - Localização do Pulso

22-01-2024 10:30 - Punho Esquerda(o)

22-01-2024 10:30 - Pulso rítmico.

22-01-2024 10:30 - Frequência do pulso: 67 pulsações por minuto.

22-01-2024 12:30 - Localização do Pulso

22-01-2024 12:30 - Punho Esquerda(o)

22-01-2024 12:30 - Pulso rítmico.

22-01-2024 12:30 - Frequência do pulso: 80 pulsações por minuto.

22-01-2024 08:45 - Referenciar arritmia ao médico [SOS] [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:45 - Determinar evolução da pressão sanguínea [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:45 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 7ª sessões]
 [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 10:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

22-01-2024 10:30 - Membro superior Esquerda(o)

22-01-2024 10:30 - Pressão sanguínea sistólica: 104 mmHg.

22-01-2024 10:30 - Pressão sanguínea diastólica: 72 mmHg.

22-01-2024 12:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

22-01-2024 12:30 - Membro superior Esquerda(o)

22-01-2024 12:30 - Pressão sanguínea sistólica: 122 mmHg.

22-01-2024 12:30 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.

22-01-2024 08:45 - Referenciar hipertensão ao médico [SOS] [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:45 - Referenciar hipotensão ao médico [SOS] [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 10:00

22-01-2024 10:00 - Determinar evolução de sinais de hemorragia [FIM] 23-01-2024 11:00

22-01-2024 10:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [4ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª e 9ª sessões] [FIM] 23-01-2024 11:00

22-01-2024 10:00 - Referenciar hemorragia ao médico [SOS] [FIM] 22-01-2024 17:00

Digestão

22-01-2024 10:30

22-01-2024 10:30 - Sem sensação de enjoo.

22-01-2024 10:30 - Sem vômitos.

22-01-2024 10:30 - Determinar evolução da náusea [FIM] 23-01-2024 11:00

22-01-2024 10:30 - Avaliar evolução da náusea [6ª, 7ª, 8ª e 9ª sessões] [FIM]

23-01-2024 11:00

22-01-2024 12:30 - Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

22-01-2024 17:00 - Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

23-01-2024 11:00 - Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

22-01-2024 10:30 - Referenciar náusea ao médico [SOS] [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 10:30 - Determinar vômitos [FIM] 23-01-2024 11:00

22-01-2024 10:30 - Avaliar evolução do vomitar [6ª, 7ª, 8ª e 9ª sessões] [FIM]

23-01-2024 11:00

22-01-2024 12:30 - Sem vômitos.

22-01-2024 17:00 - Sem vômitos.

23-01-2024 11:00 - Sem vômitos.

22-01-2024 10:30 - Referenciar o vomitar ao médico [SOS] [FIM] 22-01-2024 17:00

Eliminação urinária

22-01-2024 10:30

22-01-2024 10:30 - Sem globo vesical.

22-01-2024 10:30 - Determinar evolução da eliminação urinária [FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 10:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária [6ª e 7ª sessões] [FIM]

22-01-2024 17:00

22-01-2024 12:30 - Cor da urina: amarelo-palha.

22-01-2024 12:30 - Cheiro da urina: "sui generis".

22-01-2024 12:30 - Transparência da urina: Límpida.

22-01-2024 12:30 - Frequência da eliminação urinária: normal .

22-01-2024 10:30 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária [FIM]

22-01-2024 17:00

22-01-2024 10:30 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [6ª e 7ª sessões]

[FIM] 22-01-2024 17:00

22-01-2024 12:30 - Sem globo vesical [MANTEVE].

22-01-2024 12:30 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

22-01-2024 10:30 - Referenciar retenção urinária ao médico [SOS] [FIM] 22-01-2024 17:00

Pele e mucosas

22-01-2024 10:00

22-01-2024 10:00 - Ferida cirúrgica

22-01-2024 10:00 - Localização da ferida cirúrgica

22-01-2024 10:00 - Mama Direita(o)

22-01-2024 10:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 4.00 cm.

22-01-2024 10:00 - Largura da lesão tegumentar: 0.10 cm.

22-01-2024 10:00 - Diâmetro da lesão tegumentar: 0.00 cm.

22-01-2024 10:00 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.

22-01-2024 10:00 - Ausência de exsudado.

22-01-2024 10:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

22-01-2024 10:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

22-01-2024 10:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

22-01-2024 10:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

22-01-2024 10:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

22-01-2024 10:00 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 1.

22-01-2024 10:00 - Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido de epitelização.

22-01-2024 10:00 - Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.

22-01-2024 10:00 - Ausência de trajetos fistulosos.

22-01-2024 10:00 - Margens da lesão tegumentar regulares.

22-01-2024 10:00 - Tecido / estrutura afetada: pele / tecido cutâneo.

22-01-2024 10:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

22-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [A cada 3 dias; SOS]

22-01-2024 10:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

22-01-2024 10:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [4ª sessão; a cada 3 dias; SOS]

22-01-2024 10:00 - Aplicar penso de ferida [4ª sessão; a cada 3 dias; SOS]

22-01-2024 17:00 - Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica

22-01-2024 17:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-01-2024 17:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [RESOLVIDO] 23-01-2024 11:00

22-01-2024 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da

cicatrização da ferida cirúrgica [8ª e 9ª sessões] [FIM] 23-01-2024 11:00

23-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: facilitador [MELHOROU].

22-01-2024 17:00 - *Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica [8ª sessão] [FIM]*
23-01-2024 11:00

22-01-2024 17:00 - *Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica [8ª sessão] [FIM]* 23-01-2024 11:00

22-01-2024 17:00 - *Avaliar evolução da autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica [8ª e 9ª sessões]*

23-01-2024 11:00 - Adota comportamentos de autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica.

23-01-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica.

22-01-2024 17:00

Termorregulação

22-01-2024 08:45

22-01-2024 08:45 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM] 23-01-2024 11:00

22-01-2024 08:45 - *Avaliar evolução da temperatura corporal [3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª e 9ª sessões] [FIM]* 23-01-2024 11:00

22-01-2024 08:45 - *Referenciar hipertermia ao médico [SOS] [FIM]* 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:45 - *Referenciar hipotermia ao médico [SOS] [FIM]* 22-01-2024 17:00

22-01-2024 08:45 - *Aplicar dispositivos médicos de aquecimento corporal [SOS] [FIM]*

22-01-2024 17:00

4.7. Síntese relativa ao caso

Considerando que o cliente submetido a um procedimento cirúrgico é o foco da atividade do enfermeiro, é crucial que o enfermeiro perioperatório acompanhe, seja responsável e responsabilizado pela pessoa dentro da sala de operações. Portanto, é imperativo elaborar um plano de cuidados perioperatórios com vigilâncias relevantes para a prática, visando atender às necessidades do utente e garantir a sua segurança e integridade física e psicológica.

A consulta de enfermagem pré-operatória visa recolher dados sobre a pessoa, informá-la sobre o procedimento cirúrgico e fornecer informações adequadas às suas necessidades, promovendo maior envolvimento da própria no seu processo cirúrgico e garantindo a sua segurança. As informações abordam temas como jejum, higiene e gestão do regime medicamentoso, bem como todas as informações e educação necessárias para uma melhor adaptação e gestão ao processo de recuperação pós-operatória.

Conforme o estipulado, as funções do enfermeiro perioperatório envolvem atividades não apenas técnicas, mas também centradas nas necessidades humanas e na relação de ajuda. Na fase intraoperatória, as intervenções incluem coordenação e gestão de atividades para garantir um ambiente seguro, transferência e posicionamento adequados, assepsia e atendimento às necessidades fisiológicas durante a anestesia e cirurgia.

Por sua vez, na fase pós-operatória, na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, a intervenção é justificada pela necessidade de avaliação contínua e identificação atempada de potenciais problemas, permitindo intervenções imediatas, se necessário. Os primeiros momentos após a intervenção são cruciais para monitorizar complicações e efeitos secundários relacionados à cirurgia, anestesia e analgesia.

Ao avaliar a implementação do plano de cuidados, informações sobre o progresso da pessoa, novos objetivos e ajustes necessários podem ser obtidos. A tomada de decisão é dinâmica e contínua, baseada nas melhores evidências disponíveis. Apesar das particularidades da pessoa em situação perioperatória, a Teoria das Transições de Afaf Meleis fundamenta a construção do plano, sendo relevante para a continuidade dos cuidados e adaptação à nova realidade.

No presente caso, existem dados que contestam a presença de determinados problemas e, consequentemente, a evolução para diagnósticos como hipoventilação, hemorragia, hipo/hipertensão, hipotermia, retenção urinária, dor, náuseas e vômitos. Mesmo se o risco fosse real, a aplicação de conhecimento adequado, monitorização contínua e implementação de estratégias asseguraram a segurança e conforto da utente, permitindo uma intervenção cirúrgica com rápida restauração da homeostasia e recuperação, ao mesmo tempo que possibilitava uma resposta ágil em caso de surgimento desses diagnósticos.

Os cuidados de enfermagem em regime de ambulatório seguem os mesmos pressupostos da cirurgia convencional, com base no conceito de Enfermagem Perioperatória, caracterizada pelo conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro intraoperatório para reconhecer, planejar, executar e avaliar os cuidados prestados à pessoa. A previsão da OCDE de que cerca de 70% das cirurgias serão realizadas em contexto ambulatório em 20 anos apresenta um desafio para o enfermeiro especialista, visto que as cirurgias realizadas tenderão a ser mais complexas, com processos adaptativos mais exigentes.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os progressos no campo do conhecimento científico, o avanço tecnológico, a crescente complexidade e diversificação na área da saúde, aliados ao envelhecimento da população, instigam uma redefinição estratégica na gestão dos recursos humanos em saúde. A complexidade crescente nas áreas clínicas requer uma formação específica e um acompanhamento clínico especializado, especialmente no caso dos enfermeiros, que desempenham um papel central no sistema de saúde.

Para enfrentar os desafios emergentes, é imperativo integrar competências e ferramentas que capacitam os enfermeiros a assumirem responsabilidades ampliadas, orientar decisões mais intrincadas e proporcionar cuidados mais eficazes (Lopes et al., 2018). Conforme destacado por Abreu (2007), as últimas três décadas marcaram uma evolução notável na enfermagem, abrangendo não apenas avanços no conhecimento científico e formação, mas também a consolidação social da profissão. Essa evolução foi impulsionada por mudanças nas esferas socioculturais, políticas, económicas, demográficas e epidemiológicas.

Os cuidados de enfermagem, nos dias de hoje, requerem uma maior destreza técnica e científica, sendo a diferenciação e especialização fatores determinantes. Essas mudanças reverberam positivamente não apenas nos clientes e instituições de saúde, mas também na satisfação e retenção profissional (Lopes et al., 2018). Segundo Boterf (2015), o contínuo avanço na ciência de enfermagem possibilitou a especialização em diversas áreas, tornando essencial o desenvolvimento e a certificação de competências para atender às necessidades da população em termos de saúde.

A competência, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017b), é um saber agir complexo e adquirido na prática, que integra conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos de forma adequada em situações particulares. Patrícia Benner (2001) destaca a importância da experiência profissional no desenvolvimento da competência, dependente do conhecimento prático adquirido ao longo do tempo. O enfermeiro perito é reconhecido pela sua perícia em gerir situações complexas e ganha credibilidade entre os pares.

O título de especialista implica a aquisição de competências comuns a todos os contextos de saúde, conforme estabelecido no Regulamento nº 140/2019, com uma destreza acrescida na conceção, gestão e supervisão dos cuidados. Durante o estágio no âmbito do MEMCEPSPE, o desenvolvimento dessas competências é promovido pelos objetivos traçados, permitindo aprendizagens significativas em contextos clínicos.

Este capítulo concentra-se nos estágios realizados no Bloco Operatório Central e no Bloco Operatório de Especialidades, destacando a interligação das competências descritas com a prática profissional. A enfermagem, enquanto disciplina e profissão, demanda dos EE competências que transcendem a simples execução de cuidados, abrangendo áreas como educação, orientação, liderança e investigação contínua para melhorar a prática (OE, 2019a). Independentemente da área de especialidade, os EE compartilham domínios de competências que formam as chamadas competências comuns.

5.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Na atualidade, os cuidados de saúde, em especial a Enfermagem, destacam-se pela sua crescente complexidade técnica e científica, demandando uma abordagem diferenciada e especializada. O advento do Regulamento nº 140/2019 marcou uma fase significativa ao estabelecer as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em consonância com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

O enfermeiro especialista, nesse cenário, é identificado pela sua competência científica, técnica e humana para oferecer cuidados especializados em diversas áreas da enfermagem. Essas competências comuns unificam todos os enfermeiros especialistas, transcendendo as particularidades das suas áreas de atuação e refletem-se na capacidade notável de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, além de proporcionar suporte efetivo ao exercício profissional especializado, abarcando formação, investigação e assessoria (OE, 2019a).

O conjunto de competências comuns, como delineado no artigo 4º do Regulamento nº 140/2019, organiza-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

5.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A prática da Enfermagem, enquanto profissão autorregulada, enraíza-se nos princípios éticos e deontológicos delineados no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). No que tange à esfera de competência comum do enfermeiro especialista, nomeadamente a responsabilidade profissional, ética e legal, o Regulamento nº 140/2019 estabelece a expectativa de que o EE cultive uma prática especializada, pautada pelas normas legais, princípios éticos e deontologia profissional. Essa prática deve, de igual modo, assegurar cuidados que reverenciem os direitos humanos e correspondam às responsabilidades profissionais.

O Artigo 5º do Regulamento nº 140/2019, sob a égide deste domínio, delineia duas competências específicas. A primeira insta o enfermeiro a "desenvolver uma prática profissional ética e legal na área de especialidade, agindo em conformidade com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional". A segunda recai sobre a responsabilidade de "garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais" (OE, 2019a, p. 4745).

O Código Deontológico representa a fundação essencial da profissão, funcionando como um critério para avaliar a respetiva prática. Este documento estipula os princípios que direcionam e orientam o compromisso com o cuidado, estabelecendo os valores e deveres que vinculam os profissionais. Nesse contexto, o respeito pela liberdade e dignidade humana requer considerar a autonomia da pessoa, vista como a capacidade de decidir o que julga ser melhor para si, assegurando a liberdade da mesma em fazer escolhas informadas e esclarecidas (OE, 2015).

O princípio do respeito pela autonomia está intrinsecamente ligado aos conceitos basilares da bioética princípalista, que identifica os quatro princípios essenciais para a relação entre profissionais de saúde e utentes: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Desprovidos de verdade absoluta ou prioridade face aos outros, estes princípios funcionam como diretrizes gerais para abordar dilemas éticos (Beauchamp & Childress, 2013).

Dentro dos contextos de cuidados perioperatórios, nos quais as situações podem ser particularmente desafiadoras, o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial na defesa dos direitos humanos relacionados ao acesso à informação, confidencialidade, privacidade, autodeterminação e respeito pelos valores e crenças do indivíduo, para que, mesmo quando a pessoa se encontra sedada ou em estado crítico, a preservação da sua dignidade e humanidade não é comprometida (Nunes, 2007).

No âmbito clínico, o cumprimento dos princípios deontológicos visa garantir que o cliente compreende as informações necessárias para exercer a sua autonomia na tomada de decisões. A Lei de Bases da Saúde (AR, 2019) reforça o direito da pessoa a receber cuidados de saúde adequados, informação completa e compreensível sobre sua condição e a decidir livre e esclarecidamente sobre os cuidados propostos.

No que diz respeito ao consentimento informado, cirúrgico e anestésico, embora de responsabilidade médica, requer validação por parte do enfermeiro perioperatório na lista de verificação da cirurgia segura. A compreensão da informação fornecida é mais crucial do que simplesmente obtê-la, destacando a importância da validação e esclarecimento de dúvidas junto do utente (Nunes, 2007). As intervenções de enfermagem, por razões similares, também exigem consentimento informado, respeitando o direito à autodeterminação e liberdade individual. Neste sentido, valorizou-se a obtenção do consentimento verbal durante o acolhimento do cliente no BO, especialmente em relação a práticas invasivas, respeitando a respetiva intimidade e privacidade. No entanto, no cenário perioperatório, a obtenção do

consentimento informado pode ser inviável em emergências, recorrendo ao consentimento presumido em conformidade com o princípio de não prejudicar (OE, 2015).

A preservação do sigilo profissional revela-se particularmente crucial no contexto perioperatório devido à inacessibilidade a familiares, pelo que os EE desempenham um papel essencial na gestão cuidadosa das informações, respeitando o direito à confidencialidade, privacidade e consentimento do utente para divulgar dados pessoais a terceiros (OE, 2015). Outrossim, enquanto responsável por zelar pela segurança e privacidade do utente na fase intraoperatória, onde este se encontra num estado de vulnerabilidade máxima, o EE deve procurar prevalecer os interesses do utente, nomeadamente na existência de diretivas antecipadas de vontade, que espelham a autonomia e autodeterminação da pessoa (CNECV, 2017). Considera-se que um momento-chave para o EE abordar estas e outras questões sensíveis ao utente seria numa Consulta de Enfermagem Pré-Operatória, atualmente apenas disponível, nesta instituição, para os procedimentos ambulatoriais, e na presença de um anestesiológista, podendo colocar em causa o estabelecimento de uma relação terapêutica entre enfermeiro-utente.

Apesar dos desafios, a prática de Enfermagem Perioperatória procura garantir a segurança, privacidade e dignidade da pessoa. No âmbito da Enfermagem Perioperatória, o EE evidencia uma competência notável no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, centrada na garantia de práticas de cuidados que respeitam integralmente os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, guiada pelas normas legais, princípios éticos e deontologia profissional. Destaca-se pela abordagem ética e respeitosa, fundamentada num amplo conhecimento teórico-prático, e provando-se essencial na gestão de decisões complexas. Prioriza de igual forma o bem-estar e as preferências do utente, envolvendo-o ativamente no processo de tomada de decisão, liderando e aconselhando em questões éticas da sua especialidade. Além disso, o EE é comprometido com a proteção dos direitos humanos, enfatizando a confidencialidade, a privacidade e a autodeterminação dos utentes, respeitando as suas crenças e valores. Na gestão dos cuidados, promove a segurança, privacidade e dignidade das pessoas, adotando medidas preventivas contra riscos e gerindo proativamente incidentes para evitar a sua recorrência.

Através de uma avaliação contínua, o EE assegura uma melhoria constante dos cuidados, contribuindo para o desenvolvimento profissional e para a qualidade do atendimento ao utente. O ENPMII, portanto, não serviu apenas como uma oportunidade prática de aprendizagem, mas também como um meio para reforçar as competências éticas e deontológicas da Enfermagem num contexto de especialidade, demonstrando a sua importância no avanço da qualidade dos cuidados. Posto isto, ciente da responsabilidade do EE perante a sociedade, ao longo do ENP, desenvolveram-se competências baseadas no Código Deontológico do Enfermeiro e no REPE, visando a defesa dos direitos humanos e a excelência na prática profissional.

5.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No limiar de um novo paradigma em saúde, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem emerge como um pilar fundamental na construção de um sistema de saúde resiliente e centrado no utente. Neste contexto, a Enfermagem Perioperatória não se limita à execução de procedimentos técnicos; transforma-se numa arte que combina competência, empatia e uma incessante busca pela excelência. Reconhecendo a complexidade e a dinâmica dos ambientes cirúrgicos, os enfermeiros são constantemente desafiados a melhorar as suas competências, adotar práticas baseadas em evidências e cultivar uma cultura de segurança que priorize o bem-estar do utente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) delineia critérios fundamentais para a prestação de serviços de saúde de qualidade, estabelecendo diretrizes que ressoam com a efetividade, segurança, centralidade nas pessoas, oportunidade, equidade, integração e eficiência. Segundo esses princípios, a qualidade dos serviços de saúde é medida pela eficácia, garantindo que os cuidados se baseiem na melhor evidência disponível para todos os que deles necessitam. Além disso, a segurança é um imperativo, visando evitar danos aos destinatários dos cuidados. A centralidade nas pessoas destaca a importância de prestar cuidados que atendam às necessidades e valores individuais, enquanto a oportunidade se traduz na necessidade de redução dos tempos de espera, assegurando uma resposta rápida e eficaz. A equidade, por sua vez, assegura que a qualidade dos cuidados é incondicional, independentemente das características individuais, como género, etnia, religião, entre outros. A integração é promovida através da coordenação efetiva de cuidados em todos os níveis e por todos os prestadores, enquanto a eficiência visa a otimização e maximização dos recursos disponíveis, evitando desperdícios. Esses princípios, alinhados com as exigências contemporâneas, formam a base para a oferta de serviços de saúde verdadeiramente qualificados e abrangentes (OMS, 2020).

No que concerne o domínio da melhoria contínua qualidade, o Regulamento nº 140/2019, no Artigo 6º, preconiza a aquisição de três competências, nomeadamente: “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”; e “garante um ambiente terapêutico e seguro” (p. 4747).

Considerando os Padrões para a Qualidade nos Cuidados de Enfermagem, delineados pela OE em 2001, é evidenciado que a melhoria da qualidade se fundamenta numa abordagem reflexiva relacionada com os enunciados descritivos, que englobam a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Neste seguimento, ao mobilizar conhecimentos avançados, o EE assegura uma contribuição significativa para a melhoria contínua da qualidade – além de uma compreensão profunda das diretivas nesse espectro, partilha experiências bem-sucedidas, promovendo ativamente a integração desses conhecimentos na prestação diária de cuidados. Desta forma, na orientação de projetos institucionais, desempenha um papel estratégico, porquanto não se limita a seguir procedimentos estabelecidos, mas colabora ativamente na conceção e implementação de projetos institucionais na área da qualidade, através da participação na definição de metas para a melhoria da qualidade a nível organizacional, agilizando análises e planeamentos estratégicos. A colaboração em atividades e protocolos da qualidade com outras instituições é uma demonstração do compromisso deste profissional com a partilha de melhores práticas e aprendizagem mútua (OE, 2015).

Aquando do ENPMII, foi possível a colaboração na avaliação da qualidade das práticas clínicas, conduzida com base em evidências científicas e normas específicas, utilizando indicadores e instrumentos apropriados, e incorporando auditorias clínicas para uma análise mais aprofundada. Esta avaliação criteriosa não apenas identificou áreas de melhoria, como também serviu de base para uma eventual revisão das práticas existentes. A aquisição desta capacidade surgiu da necessidade de um impulso dinâmico e atento, focado na melhoria dos serviços de saúde e na resolução de problemas observados na prática. Por isso, foi desenvolvida uma instrução de trabalho, em conjunto com a supervisora clínica, denominada "Transporte, Receção, Acondicionamento e Devolução de Sangue e Hemoderivados no Bloco Operatório". Esta medida emergiu como uma melhoria necessária, identificada através do exame atento das rotinas clínicas, e revelou-se fundamental na promoção de métodos de trabalho seguros, com base em fundamentação científica atual e assegurando padrões de qualidade para um ambiente de cuidado seguro. No Anexo I, a versão documentada encontra-se ainda em trabalho, porquanto aguarda uma finalização, com vista à reacreditação da unidade funcional.

A expertise e dinâmica do EE destacam-se igualmente no planeamento de programas de melhoria contínua – identificando oportunidades de melhoria, estabelecendo prioridades, selecionando estratégias eficazes e elaborando guias orientadores de boa prática, é demonstrado um compromisso com a promoção da qualidade na prática Perioperatória (OE, 2015). Neste contexto, visando um diagnóstico de situação e a implementação de práticas de qualidade com vista à segurança do utente cirúrgico e respetiva equipa multiprofissional, foi desenvolvido um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE) intitulado de “SilentCare: Estratégias para uma Prática mais Silenciosa”, direcionado, numa primeira fase, para a gestão do ruído intraoperatório na PSPE.

A segurança da PSPE encontra-se cada vez mais aliada à inovação científica e tecnológica. O ruído é uma preocupação que afeta o bem-estar das pessoas em várias situações do dia a dia, incluindo o ambiente hospitalar, nomeadamente, nas salas de operações. Ao longo dos anos, os níveis de ruído nestas salas têm aumentado, excedendo as recomendações da OMS (Busch-

Vishniac et al., 2005). O ruído intraoperatório é causado por várias fontes, como alarmes de equipamentos, conversas entre profissionais de saúde e movimentação de instrumentos cirúrgicos, tendo um impacto negativo na recuperação do utente, no desempenho da equipa e na segurança do procedimento cirúrgico (Ginsberg et al., 2013). Além disso, está associado a um maior risco de infeção da ferida cirúrgica e pode causar alterações fisiológicas, como aumento da frequência cardíaca e da pressão sanguínea (Kurmman et al., 2011).

O EE, como gestor de risco, tem como objetivo intervir nos fatores ambientais que contribuem para eventos adversos e promover um ambiente seguro na prestação de cuidados de enfermagem, através de uma cultura de segurança que incentiva a correção de falhas e o desenvolvimento profissional. Conforme estabelecido no Estatuto da OE, o EE tem a responsabilidade de analisar regularmente o seu trabalho, adaptar as normas de qualidade aos utentes, manter-se atualizado e assegurar condições de trabalho adequadas (Ministério da Saúde, 1998). O ruído é reconhecido como um fator importante para o bem-estar dos utentes e profissionais de saúde em ambientes hospitalares, constituindo-se, portanto, como uma preocupação relevante que faz parte do contexto conceitual e descritivo da enfermagem.

Considerando todos esses fatores, é fundamental abordar o problema do ruído intraoperatório e procurar soluções para reduzir o seu impacto negativo, garantindo um ambiente mais tranquilo e seguro para todos os envolvidos. Tal inclui a implementação de medidas para controlar o ruído, como a formação da equipa para reduzir conversas desnecessárias durante os procedimentos e uma consciencialização sobre os efeitos do ruído na saúde e no bem-estar dos utentes e profissionais de saúde (Grant et al., 2021).

Este projeto, inicialmente elaborado apenas para o âmbito académico, adquiriu uma aplicação mais ampla após apresentação do mesmo à chefia e supervisores clínicos do contexto de estágio, tendo sido demonstrado interesse na temática e na sua implementação. Desta forma, após aprovação, foi possível a realização de uma sessão de formação e disseminação do projeto à equipa de enfermagem do BO, tendo suscitado reflexão entre os presentes. SilentCare, primeira e unicamente focado no ruído dentro das SO, alargou o seu espectro de ação para os restantes setores do BO – nomeadamente, para a UCA, UCPA e zona de controlo –, porquanto existe interesse em tornar este projeto académico num projeto institucional. Neste sentido, à data de entrega deste relatório, o mesmo foi avaliado e aprovado pela administração hospitalar, aguardando aval para poder ser implementado no espaço de 15 meses, motivo pelo qual não foi possível a sua concretização total durante a componente de estágio. Por este motivo, e visando uma publicação futura, optou-se pela não inclusão do documento em anexo, encontrando-se disponível para prova aquando da defesa pública deste relatório.

Além do exposto, o EE assume um papel de comunicação vital ao cooperar na divulgação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade. Esta abordagem não garante apenas que a informação seja disseminada de maneira eficaz, mas também cria uma cultura de

transparência e aprendizagem contínua entre enfermeiros e gestores (OE, 2015). É com base nesta unidade de competência que, após conclusão do PMCQCE, se prevê a divulgação dos respetivos resultados, tanto a nível institucional, como a nível da comunidade científica.

A comunicação emerge como um fator indispensável para a segurança do utente, com especial destaque no contexto do BO. Ao longo da experiência de estágio, foi possível reforçar competências essenciais para assegurar um ambiente terapêutico seguro, com foco na transmissão eficaz de informações clínicas ao longo das distintas fases dos cuidados perioperatórios. A utilização de métodos padronizados, como o preconizado pela OE (2017), através do método ISBAR, permaneceu como a abordagem preferencial na transmissão de cuidados, garantindo uma comunicação precisa e uniforme e contribuindo significativamente para a redução do risco de eventos adversos. No que diz respeito à transmissão de informações do intraoperatório para a UCPA, conforme estabelecido no Parecer do Conselho de Enfermagem nº 275/2023, a responsabilidade recai sobre o enfermeiro de anestesia, em colaboração com o enfermeiro circulante quando pertinente (OE, 2023).

Ademais, durante o ENPMII, emergiu um compromisso com a criação de um ambiente terapêutico e seguro, indissociável de uma prestação de cuidados de qualidade. A abordagem envolveu uma gestão proativa do ambiente, reconhecendo-o como crucial para a eficácia terapêutica e a prevenção de incidentes, com destaque na promoção de um ambiente seguro que inclui sensibilidade cultural, consciência psicossocial e respeito pelas necessidades espirituais, inclusive na envolvência de familiares e outros. Neste contexto, justifica-se a pertinência do tema do projeto individual de desenvolvimento de competências, elaborado no ENPMI e que norteou esta prática clínica, bem como do PMCQCE desenvolvido durante a *praxis*.

No âmbito da segurança na administração de substâncias terapêuticas, aquando em funções na área anestésica, foram aplicados princípios ergonómicos e tecnológicos para evitar danos, assegurando a segurança tanto dos profissionais, como dos utentes. No que diz respeito à gestão do risco, houve uma colaboração ativa na definição de recursos adequados e o estímulo à participação dos colaboradores na prevenção de riscos ambientais. A organização do trabalho foi estrategicamente orientada para reduzir a probabilidade de erros humanos, enquanto que a implementação de planos de manutenção preventiva, a coordenação de medidas de prevenção e controlo de infeção e a contribuição para planos de emergência evidenciaram um compromisso abrangente com a segurança e qualidade no ambiente perioperatório.

No alvorecer de uma nova era na saúde, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem Perioperatória surge como um farol de excelência, orientando profissionais dedicados na otimização constante das práticas clínicas. Reconhece-se que a qualidade dos cuidados reflete diretamente a competência e o compromisso ético dos enfermeiros, e, considerando a importância da integração de tecnologias avançadas e práticas baseadas em evidências, o objetivo é desvendar os mecanismos que permitam elevar a prática da

Enfermagem Perioperatória. Inspirada na necessidade de uma cultura de segurança do utente e de aprendizagem contínua, procurou-se explorar estratégias que não apenas se adaptassem às mudanças, mas que também antecipassem proactivamente, garantindo cuidados não só eficazes, mas também humanizados e sensíveis às necessidades individuais dos utentes. Nesse sentido, a melhoria contínua da qualidade emergiu não como um objetivo a ser alcançado, mas como uma jornada contínua de desenvolvimento profissional, inovação e excelência nos cuidados de Enfermagem, tendo estado presente durante todo o percurso de estágio, com continuação para a prática profissional.

5.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

No âmbito das competências especializadas, a gestão dos cuidados assume um papel crucial, representando um conjunto de competências que não só asseguram a qualidade dos cuidados, mas também garantem a segurança dos utentes. O EE desempenha atividades orientadas para a organização do trabalho e dos recursos humanos, visando criar condições propícias para uma prestação de cuidados eficiente tanto para os utentes, como para os profissionais de saúde. Ao assumir uma abordagem proativa na gestão dos cuidados, o EE busca otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, evidenciando um compromisso intrínseco com a segurança e qualidade das tarefas delegadas, consolidando assim uma prática profissional robusta.

No contexto do ambiente perioperatório, caracterizado pela convergência de tecnologia avançada, procedimentos cirúrgicos complexos, interação de equipas multidisciplinares, desafios financeiros e uma crescente ênfase na qualidade e segurança dos cuidados, os EE desempenham um papel crucial, porquanto são instigados a fomentar uma cultura organizacional adaptada aos exigentes padrões de qualidade, apta a responder eficazmente às contínuas inovações e às mudanças regulamentares nas políticas de saúde (Taylor, 2014).

A OE sublinha de forma explícita o papel transformador dos enfermeiros gestores, reconhecendo-os como agentes de mudança que conferem valor à profissão e às organizações. Ao adotarem estratégias de liderança, estes profissionais garantem avanços tanto a nível individual como organizacional, assumindo a responsabilidade primordial pela promoção do desenvolvimento profissional e organizacional, além de zelarem pela segurança e qualidade nos cuidados de enfermagem. O papel destes enfermeiros vai além da retenção e desenvolvimento dos colegas de profissão, estendendo-se à promoção de uma visão coletiva e à liderança eficaz de mudanças necessárias para aprimorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados tanto para os pacientes, como para os profissionais de saúde (OE, 2018a).

Referente ao domínio da gestão dos cuidados, o Regulamento nº 140/2019 antevê a aquisição de duas competências: “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa

e a articulação na equipa de saúde” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p. 4748).

No que concerne a otimização do processo de cuidados, o EE atua ao nível da tomada de decisão, disponibilizando assessoria aos enfermeiros e à equipa. A colaboração nas decisões da equipa de saúde é uma constante, e a melhoria da informação para a tomada de decisão no processo de cuidar é uma prioridade reconhecida. Destaca-se ainda pela capacidade de reconhecer quando deve "negociar com" ou "referenciar para" outros prestadores de cuidados de saúde, evidenciando uma visão abrangente na gestão dos casos clínicos. Ao otimizar o trabalho da equipa, o EE demonstra um entendimento profundo das políticas, procedimentos e legislação inerentes à gestão de cuidados, através da implementação de métodos organizacionais apropriados e da coordenação eficiente da equipa, com uma capacidade de negociação de recursos necessários para assegurar a qualidade dos cuidados, evidenciando uma visão estratégica na gestão de recursos (Fischer, 2017).

Relativamente à supervisão das tarefas delegadas, o EE assume um papel orientador, decisivo na tomada de decisão sobre as tarefas a delegar. A criação de guias orientadores, o uso de uma variedade de técnicas diretas ou indiretas, como a instrução ou a demonstração prática, e a avaliação criteriosa da execução das tarefas delegadas refletem uma abordagem sistematizada e eficaz na gestão dos cuidados. Neste contexto, o EE emerge não apenas como executor de tarefas, mas como um gestor competente, com capacidade de ajustar a liderança e a gestão de recursos de acordo com as situações e o contexto específico, contribuindo de forma significativa para a eficiência operacional e a qualidade dos cuidados no ambiente perioperatório (OE, 2015).

No decorrer desta experiência, foi possível realizar uma observação detalhada das atividades coordenadas pelos supervisores clínicos na gestão da equipa de urgência. Sob a sua liderança, ocorreu a coordenação eficiente dos enfermeiros e de outros profissionais, com delegação de competências, orientação e supervisão dos assistentes operacionais. Durante esse período, foram analisados de perto diversos aspetos, incluindo o processo de comunicação intra e interequipa, a interligação com os serviços de internamento e apoio clínico, estratégias de resolução de problemas, negociação e tomada de decisões.

Tornou-se evidente que o enfermeiro gestor desempenha um papel essencial na gestão e compromisso com a equipa e os utentes, com foco na melhoria da qualidade dos cuidados. Contudo, dada a responsabilidade e desafios inerentes a essa função, é comum a colaboração com um ou mais enfermeiros responsáveis, que assumem responsabilidades durante o turno, gerindo recursos humanos, materiais e a dinâmica da equipa.

Na gestão dos recursos humanos, surgiu a oportunidade de acompanhar a enfermeira responsável de turno, pelo que foi possível participar na gestão operacional da equipa, na alocação de enfermeiros, na gestão do material clínico para o plano cirúrgico, na preparação de dispositivos médicos e na coordenação dos stocks para o próximo turno, além da supervisão e

colaboração nas decisões da equipa multidisciplinar. Neste contexto, foram implementadas diversas estratégias, incluindo a elaboração de planos mensais de trabalho, coordenação das férias e distribuição diária dos profissionais no plano operacional, tendo especial atenção nas áreas de atuação, responsabilidades e a experiência em contexto perioperatório, bem como a afinidade com diferentes especialidades cirúrgicas. Desta forma, destaca-se a atuação dos enfermeiros coordenadores de turno, que assumem um papel crucial na organização do BO, porquanto garantem o cumprimento das dotações seguras, asseguram a continuidade e qualidade dos cuidados, juntamente com a gestão criteriosa de recursos materiais e stocks. A identificação proativa e a gestão dos riscos existentes, juntamente com a implementação de medidas corretivas quando necessário, foram elementos essenciais desta abordagem. Estas tarefas possibilitaram uma visão abrangente sobre a dinâmica operacional do BO e uma análise detalhada das particularidades envolvidas na sua gestão, que engloba cirurgias ambulatoriais, procedimentos eletivos e urgentes, além de envolver aproximadamente 180 profissionais de enfermagem e 60 assistentes operacionais.

A OE (2019b) sugere que os cálculos das dotações seguras devem considerar a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar, segundo o disposto no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, para estabelecer condições essenciais nas orientações e regras necessárias para a realização segura, qualitativa e adequada dos cuidados de enfermagem. A distribuição das dotações seguras nas equipas de enfermagem é considerada no planeamento diário de trabalho, visando a promoção da qualidade e segurança na prestação de cuidados, alinhada com as melhores práticas e recomendações internacionais.

Não obstante a importância da gestão de recursos humanos, o EE deve reconhecer as competências profissionais como fator impactante nas equipas. Essa compreensão implica assegurar períodos de integração adequados para novos membros da equipa, garantindo a aquisição das competências necessárias. O exercício especializado reconhece a formação como fundamental para a qualidade e segurança dos cuidados, destacando que a dotação apropriada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências são elementos cruciais para alcançar índices elevados de segurança e qualidade nos cuidados de saúde (OE, 2019b). Além disso, destaca-se a importância do planeamento e execução de formação contínua em serviço, adaptada às necessidades dos contextos de cuidados, bem como a divulgação, implementação e monitorização das normas e procedimentos institucionais.

O EE deve ser dotado de uma maior sensibilidade para compreender o clima organizacional, ajustando o seu estilo de liderança conforme as nuances do ambiente de trabalho, com destaque para a capacidade de reconhecer os papéis interdependentes e as funções dos membros da equipa, promovendo um ambiente propício à excelência. Utilizando estratégias motivacionais adaptadas à maturidade dos colaboradores, evidencia uma abordagem proativa, empregando processos de mudança para introduzir inovações na prática especializada. Numa

visão holística, reflete não apenas a gestão eficiente de recursos, mas também a liderança motivacional, criando um ambiente propício à excelência nos cuidados perioperatórios. Neste contexto, o EE desempenha um papel fundamental na garantia da qualidade, destacando-se pela abordagem adaptativa e orientada para o desenvolvimento contínuo, compreendendo a complexidade de uma liderança que promove um ambiente propício à prática segura, crítica construtiva e inovação. Estas competências são cruciais para liderar o processo de análise e compreensão da prática clínica, fortalecendo a equipa de enfermagem e estimulando a prática baseada em evidências e uma cultura de segurança abrangente (OE, 2015).

No desfecho deste estágio, emerge a clara compreensão da importância vital da gestão de cuidados no papel do enfermeiro especialista. A experiência revelou a necessidade de coordenar eficazmente práticas, gerir recursos humanos e materiais, e fomentar ambientes seguros. A capacidade de liderar reflexões sobre a prática, promover a evidência e internalizar a segurança torna-se fundamental. Assim, a integração destas competências é imperativa para garantir a excelência na prestação de cuidados perioperatórios, pelo que o acompanhamento próximo destas funções proporcionou uma compreensão profunda da complexidade da gestão em saúde, destacando a importância de uma organização eficaz e de uma gestão estratégica de recursos.

5.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Neste domínio, o EE é desafiado a cultivar o autoconhecimento e a assertividade, promovendo uma abordagem reflexiva que contribua para o desenvolvimento pessoal e profissional. Além disso, destaca-se a relevância de uma prática clínica especializada em evidência científica, sublinhando a necessidade de incorporar o conhecimento mais atualizado e fundamentado em pesquisa na prestação de cuidados perioperatórios (OE, 2015).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE evidencia uma postura reflexiva e uma atenção particular ao autoconhecimento e assertividade, componentes essenciais na construção de relações terapêuticas e no trabalho interdisciplinar em contexto perioperatório, com destaque na capacidade de desenvolver uma consciência profunda de si mesmo, compreendendo como este conhecimento influencia as relações com os utentes e a equipa multidisciplinar. Ao otimizar o autoconhecimento, o EE facilita a identificação de fatores que possam interferir nas interações profissionais, contribuindo para a construção de processos de ajuda mais eficazes. A dimensão de Si e a relação com o Outro são sublinhadas, mostrando que o EE lida de forma hábil com as suas idiossincrasias na construção das relações profissionais (OE, 2015). Reconhecer os limites pessoais e profissionais, assim como a consciencialização da influência pessoal na dinâmica profissional, são facetas que caracterizam o enfermeiro enquanto especialista e que foram possíveis trabalhar durante o estágio.

No que respeita à adaptabilidade individual e organizacional, o EE demonstra uma congruência entre a percepção de si e a forma como é percebido pelos outros. A gestão eficaz de sentimentos e emoções, mesmo em situações de pressão, atesta a capacidade de manter uma resposta eficiente e adequada às exigências do ambiente perioperatório. Além disso, o EE revela uma perspicácia para reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade, utilizando técnicas de resolução de conflitos de forma apropriada, o que contribui para um ambiente de trabalho harmonioso, essencial no contexto de cuidados perioperatórios, onde a coordenação eficaz e a gestão de relações interpessoais são cruciais (Fischer, 2017). De igual forma, as diversas situações vivenciadas aquando do ENPMII e a convivência com uma equipa multidisciplinar de grande dimensão, criaram um ambiente propício a um crescimento pessoal e profissional, de grande enriquecimento no desenvolvimento destas competências de comunicação e gestão emocional.

Contudo, não obstante a importância das relações interpessoais, para assegurar a qualidade no desempenho profissional, o EE assume a responsabilidade de manter uma constante atualização dos seus conhecimentos, demonstrar competência na utilização das tecnologias e empenhar-se na formação e desenvolvimento contínuo nos domínios das ciências humanas (OE, 2015). A melhoria contínua do exercício profissional engloba a necessidade de explorar e dominar o campo teórico, através da investigação, e o prático, que exige a aplicação dos conhecimentos teóricos na prática clínica, juntamente com as capacidades relacionais apropriadas tanto para os utentes como para os colegas (Broeiro, 2015).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens, o EE, ao incorporar uma prática clínica especializada, destaca-se pela fundamentação sólida em evidência científica. Enquanto facilitador nos processos de aprendizagem, assume-se como agente ativo no campo da investigação, fortalecendo a base do seu conhecimento e contribuindo para o avanço da Enfermagem Perioperatória. Demonstra uma responsabilidade marcante como facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, atuando como formador oportuno, diagnosticando necessidades formativas, gerindo programas e dispositivos formativos que favorecem o desenvolvimento de conhecimento e competências dos colegas de profissão, além de promover momentos de partilha e discussão dos cuidados entre os pares. A avaliação do impacto da formação destaca-se como um elemento essencial, assegurando que as intervenções educativas se traduzam em benefícios tangíveis na prática clínica (Dias & Fernandes, 2022).

No suporte da prática clínica em evidência científica, o EE não só atua como dinamizador na incorporação do novo conhecimento, mas também identifica lacunas no conhecimento, oportunidades de pesquisa relevantes e colabora ativamente em estudos de investigação, possuindo conhecimentos abrangentes de Enfermagem e de outras disciplinas relevantes para a prática especializada. Destaca-se ainda pela capacidade de rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, analisando proativamente situações clínicas, com aplicação de tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. A interpretação, organização e divulgação dos

resultados provenientes da evidência científica são fundamentais para contribuir para o desenvolvimento contínuo da prática clínica especializada, evidenciando o compromisso com a excelência na prática clínica e assegurando a formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento contínuo (Fortin et al., 2009).

Neste contexto, é imperativo que o EE adote uma prática fundamentada na evidência mais recente. Procura-se, portanto, não apenas a aplicação teórica, mas a integração prática da evidência nos cuidados de enfermagem, através das normas institucionais, emanadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS), e das orientações provenientes de associações profissionais, tais como a *Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses* (AESOP), a *European Operating Room Nurses Association* (EORNA) e a *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN), que servem como balizadores que direcionam a prática em diversas áreas, nomeadamente na segurança cirúrgica dos indivíduos em situação perioperatória.

Durante o ENPMII, houve um empenho na integração efetiva na equipa multidisciplinar, através de uma colaboração ativa e disponibilidade nos momentos pertinentes, numa procura constante de novas aprendizagens, delineando claramente os objetivos relativos ao processo de formação e desenvolvimento de competências. A equipa, por sua vez, mostrou-se interessada na implementação do projeto de desenvolvimento profissional, com especial menção à dinamização e incorporação de novos conhecimentos na gestão do ruído no contexto da prática profissional, tendo sido realizada uma ação de formação neste âmbito, para melhorar as práticas e a segurança dos clientes. Neste percurso, cultivou-se um espírito de análise e reflexão sobre o trabalho e a profissão, atribuindo valor à investigação como contributo essencial para o avanço da Enfermagem e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

É com base nas unidades de competências mencionadas que, após conclusão do PMCQCE, se prevê a realização de um estudo de investigação com base nos dados recolhidos, a ser posteriormente publicado e divulgado em revistas científicas, bem como apresentado em congressos da área. Para aquisição de conhecimentos na área do desenvolvimento do projeto delineado, frequentou-se um curso de formação, promovido pela Associação Sindical Portuguesa dos Enfermeiros (ASPE), no dia 29 de novembro de 2023, sobre a elaboração de projetos de melhoria contínua em Enfermagem (Anexo II).

Adicionalmente, participou-se como primeira autora num trabalho de investigação em grupo e efetuou-se a apresentação da comunicação livre intitulada "Uso de Aplicações Móveis e Autogestão de Sintomas da Pessoa em Situação Pós-Operatória: Uma Revisão Integrativa", nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem Perioperatória Oncológica, no IPO do Porto, nos dias 16 e 17 de fevereiro de 2024, que mereceu uma menção honrosa pelo terceiro lugar atingido. Nos anexos III a IV podem ser consultados o certificado de participação e o certificado de menção honrosa. Este envolvimento possibilitou a aquisição de capacidades pessoais no domínio da investigação, na elaboração de projetos e estudos, bem como na produção e partilha de conhecimento.

No decorrer da implementação do projeto individual de desenvolvimento de competências clínicas, conforme mencionado, procedeu-se à elaboração de um trabalho de investigação através da construção de uma *scoping review* na área da gestão do ruído, intitulado de “Ruído no Bloco Operatório – Intervenção Especializada de Enfermagem na Segurança e Qualidade dos Cuidados”, com base na evidência científica de diversas bases de dados, na consulta de livros científicos e linhas de consenso/orientações nacionais e internacionais, seguindo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e PRISMA-ScR. A seleção deste tipo de revisão deve-se à sua capacidade de mapear conceitos-chave que sustentam uma área de pesquisa e esclarecer definições de trabalho e/ou limites conceituais de um tópico. O objetivo era realizar uma síntese da evidência, que é uma interpretação de estudos individuais dentro do contexto de conhecimento global para um determinado tópico, de forma a fornecer uma base de conhecimento rigorosa e transparente para traduzir resultados de pesquisas em tomadas de decisão, sendo, pois, consideradas a unidade básica de conhecimento usada em ferramentas como um resumo de política ou uma diretriz de prática clínica (Mak & Thomas, 2022). A pesquisa debruçou-se sobre a identificação das melhores estratégias para mitigar o problema em questão, nas diversas áreas que compõem um BO, pelo que a realização de uma *scoping review* sobre esta temática permitiu inferir uma prática com maior consciência cirúrgica e segurança para o utente e para os profissionais de saúde. À semelhança do projeto SilentCare, optou-se pela não inclusão do trabalho em anexo, porquanto se objetiva a sua apresentação em congressos da área e publicação em revista científica.

A criação dos estudos de caso proporcionou uma análise aprofundada da prática, enfatizando as características únicas associadas à intervenção independente da enfermagem, particularmente em procedimentos invasivos. A consideração da conceção de cuidados tornou-se incontornável, uma vez que é nesse âmbito que se fundamenta a essência da enfermagem.

Reconhece-se que a função de EE abarca uma jornada de constante melhoria e desenvolvimento, pelo que se acredita que foram alcançadas as competências comuns do EE, conforme delineadas no Regulamento nº 140/2019, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

5.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

A existência de um referencial teórico é crucial, uma vez que proporciona uma base sólida para a prática clínica e a tomada de decisões. Este referencial orienta a interpretação e compreensão dos fenómenos observados, auxilia na definição do foco e dos objetivos do estágio e fornece um alicerce para a avaliação dos resultados. Adicionalmente, pode potenciar a qualidade dos cuidados prestados, promovendo uma gestão mais eficaz das transições dos utentes e um maior conforto durante o processo perioperatório. Assim, um referencial teórico é imprescindível para assegurar uma prática de enfermagem eficiente, reflexiva e fundamentada em evidências. A seleção da Teoria das Transições de Afaf Meleis e da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba como referenciais teóricos em Enfermagem Perioperatória é justificada pela pertinência destas teorias para os cuidados à PSPE.

A Teoria das Transições de Meleis centra-se nas alterações e adaptações que as pessoas vivenciam ao longo da vida, oferecendo uma perspetiva única sobre as mudanças e adaptações que as pessoas experienciam durante o processo perioperatório. No âmbito da Enfermagem Perioperatória, os utentes atravessam diversas transições, desde o diagnóstico até à recuperação pós-operatória. Estas transições podem ser físicas, emocionais e psicológicas, e requerem uma gestão cuidadosa para assegurar que o utente mantém o seu bem-estar e recupera de forma eficaz. Esta teoria reconhece que cada pessoa é única e que as transições que experiencia são influenciadas por uma variedade de fatores, incluindo o seu estado de saúde, o seu ambiente e as suas experiências passadas. Ao compreender estas transições, os enfermeiros podem desenvolver estratégias de cuidados mais eficazes e personalizadas, de forma a apoiar os utentes durante este processo (Malley et al., 2015).

Por outro lado, a Teoria do Conforto de Kolcaba é particularmente relevante para a Enfermagem Perioperatória, visto que o conforto do utente é uma preocupação central neste contexto. Esta teoria propõe que o conforto pode ser alcançado através de intervenções de enfermagem que abordam as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais da pessoa. No contexto perioperatório, isto pode envolver a gestão da dor, o apoio emocional, a facilitação da comunicação com a família e a equipa médica, e o respeito pelas crenças e valores do utente. A utilização desta teoria pode ajudar os enfermeiros a desenvolverem planos de cuidados holísticos que promovam o conforto e a recuperação da pessoa (Silva & Nascimento, 2023).

Ambas as teorias de médio alcance oferecem uma estrutura valiosa para a Enfermagem Perioperatória ao orientar a prática clínica e a tomada de decisões. Enquanto referenciais teóricos, podem auxiliar os enfermeiros na melhoria da qualidade dos cuidados e na promoção de melhores resultados para os pacientes. Neste sentido, justifica-se a utilização de ambas as teorias não só em contexto prático, como também no âmbito da elaboração deste relatório.

A conceção de Enfermagem Perioperatória, conforme definida pela AORN em 1969, abrange todas as ações de enfermagem realizadas antes, durante e após o processo cirúrgico do utente, focando-se nas suas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais para elaborar e executar um plano de cuidados personalizado, baseado em conhecimentos das ciências naturais e comportamentais, visando a manutenção da saúde e bem-estar do mesmo. Paralelamente, a EORNA (2019) e a AESOP (2006) destacam o papel integral do enfermeiro perioperatório, não só como defensor do utente, mas também como um profissional especializado capaz de atuar de maneira interdependente e autónoma dentro de uma equipa de saúde, aplicando um conhecimento teórico-prático através de um processo bem estruturado que visa reconhecer, atender com precisão e segurança às necessidades da pessoa e avaliar a eficácia dos cuidados.

A Enfermagem Perioperatória engloba um conjunto abrangente de atividades realizadas pelos enfermeiros, destinadas a satisfazer as necessidades dos utentes ao longo das fases pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória. A primeira fase, pré-operatória, começa com a decisão pela intervenção cirúrgica e estende-se até o momento em que o utente é posicionado na mesa de operações, sendo um período crucial para a preparação física e emocional do mesmo, que varia conforme a urgência do procedimento. Durante a fase intraoperatória, desde o transporte do utente para a mesa operatória até a sua transferência para a UCPA, a atenção do enfermeiro foca-se na monitorização da pessoa, na execução segura do procedimento, na prevenção de infeções e na resposta às necessidades provocadas pela anestesia e pelo procedimento cirúrgico. A última fase, o pós-operatório, que vai desde a admissão na UCPA até a completa recuperação da pessoa, é marcada pelo acompanhamento das funções fisiológicas e pelo apoio à adaptação do utente e das pessoas significativas para o regresso ao domicílio, abordando possíveis complicações cirúrgicas (Spry, 2009).

A Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória é uma especialização que se destina a prestar cuidados a indivíduos e respetivas famílias durante procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Esta abordagem visa não apenas a realização técnica do procedimento, mas também a promoção da saúde, prevenção de complicações e o tratamento das condições de saúde subjacentes (OE, 2018b). A prestação de cuidados perioperatórios situa-se num dos âmbitos mais exigentes e sofisticados do setor da saúde, caracterizando-se pela intervenção de equipas de elevada formação e competência. Neste cenário, os diversos profissionais colaboram de forma sinérgica, apoiando-se em tecnologias de ponta para enfrentar desafios de grande risco, cumprindo o objetivo primordial de satisfazer as exigências dos utentes. Face a este grau de especialização e à intrincada natureza deste ambiente, os enfermeiros que atuam na área perioperatória são instigados a possuir uma formação avançada e experiência aprofundada, estando aptos a integrar e contribuir eficazmente para as equipas multidisciplinares, de modo a superar os obstáculos apresentados por tais contextos desafiantes (AESOP, 2006).

Neste espectro, o Enfermeiro Especialista possui um papel vital que abrange várias etapas do processo perioperatório, atuando desde a fase pré-operatória, passando pela fase intraoperatória, e culminando na fase pós-operatória, desempenhando funções específicas nas áreas de consulta pré-operatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos, evidenciando a complexidade e a especialização requerida nesta área. A assistência fornecida ao longo destas três etapas deve ser coesa e contínua, visando a saúde integral da pessoa, a prevenção de complicações e o acompanhamento ao longo de todo o processo de transição (Ferrito, 2014). É fundamental destacar que, conforme indicado pela AESOP (2013), a atuação perioperatória não se limita apenas ao ambiente do BO, mas abrange também as unidades de cirurgia de ambulatório, endoscopia, cateterismo cardíaco e imagiologia, adicionalmente incluindo os departamentos de esterilização e radiologia intervencionista nesta lista, segundo a EORNA (2019).

É importante salientar que, ao escolher submeter-se a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, a pessoa aceita conscientemente os riscos associados e coloca-se numa situação de vulnerabilidade física e emocional. A vulnerabilidade durante o período perioperatório refere-se à incapacidade da pessoa de lidar autonomamente com os riscos envolvidos. A consciência cirúrgica, por sua vez, é um princípio ético que guia o profissional de enfermagem na prática perioperatória, orientando-o a agir sempre em benefício do utente, independentemente de supervisão externa. Neste sentido, o Enfermeiro Perioperatório, com competências especializadas, assume a responsabilidade de garantir a segurança do utente em conformidade com os princípios éticos da consciência cirúrgica (OE, 2018b).

A especialidade de Enfermagem Perioperatória abrange competências direcionadas às necessidades particulares das pessoas que enfrentam processos de saúde ou doença que requerem intervenção cirúrgica e anestésica, com o intuito de assegurar cuidados de qualidade e segurança, durante um momento de vulnerabilidade física e emocional do utente, visando a manutenção, melhoria e recuperação do estado de saúde ou qualidade de vida. O ambiente perioperatório, caracterizado pela sua complexidade, tecnologia avançada, e necessidade de comunicação eficaz e controlo ambiental rigoroso, apresenta riscos significativos, incluindo erros de procedimento e complicações que podem afetar a segurança do utente. A Enfermagem Perioperatória envolve um processo padronizado de boas práticas para oferecer proteção, promover a autonomia e capacitar a pessoa e os seus familiares. Este exercício profissional requer uma abordagem proativa na identificação e antecipação dos riscos, pautando-se pela responsabilidade e prudência na tomada de decisões, para garantir a eficácia e segurança dos cuidados prestados (AORN, 2021).

A criação de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela OE (2017), focados na PSPE, constitui um pilar fundamental para fomentar uma evolução constante na prestação destes cuidados, demarcando um nível de excelência para a atuação profissional, mas também guiando a reflexão crítica e a decisão clínica neste campo

específico. Estes padrões servem igualmente de base para a criação de indicadores que facilitam a avaliação do impacto dos cuidados de Enfermagem Perioperatória na saúde dos utentes, reforçando assim a sua importância na obtenção de resultados de saúde positivos, pelo que este enquadramento se torna essencial para o desenvolvimento de práticas que garantam a qualidade, a segurança e a eficácia dos cuidados prestados ao utente perioperatório, desde a fase pré até à fase pós-operatória.

Os Cuidados de Enfermagem Perioperatórios estão fundamentados em cinco pilares essenciais que delineiam a prática do EE nesta área. O Reconhecimento do Outro e a Capacitação como base da intervenção e do processo de enfermagem, criando uma relação interpessoal onde cada pessoa é única, capaz de desenvolver conhecimento e autoconsciência, com liberdade de escolha e autonomia. A Vulnerabilidade da PSPE é reconhecida pela impossibilidade de lidar autonomamente com os riscos associados aos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, exigindo proteção e acompanhamento. A Responsabilidade de Cuidado é um compromisso em promover resultados positivos e alcançar o máximo bem-estar para o utente, assegurando excelência nos cuidados perioperatórios. A Prudência e a Gestão de Risco são competências essenciais, com o enfermeiro atuando com consciência cirúrgica, precaução e vigilância antecipatória para prevenir eventos adversos. E, por fim, a Consciência Cirúrgica enquanto princípio ético e moral que guia o enfermeiro na prática, assegurando o bem-estar da pessoa e atuando sempre em seu benefício, não obstante qualquer situação de controlos externos (OE, 2017).

Considerando estes princípios, torna-se imperativo identificar um modelo conceptual ou teoria de enfermagem que fundamente devidamente a prática do enfermeiro neste contexto. A AORN, reconhecendo a necessidade de basear os cuidados perioperatórios num modelo que abordasse as particularidades deste cenário, desenvolveu o *Perioperative Patient Focused Model* ou, em português, Modelo Perioperatório centrado no Doente (MPD), que delineia os cuidados perioperatórios considerando o doente como o seu foco central (AORN, 2021).

Fundamentando-se em premissas teóricas, o MPD serve como estrutura conceptual e modelo da prática de enfermagem perioperatória, conforme ilustrado na Figura 3. Este modelo, com um foco claro e enfático no doente, torna visível o conceito de cuidado à PSPE em todas as variáveis do âmbito cirúrgico. Independentemente do contexto, localização geográfica ou natureza da população, o cuidado à pessoa é central para o enfermeiro perioperatório. Além disso, o modelo direciona-se para os resultados, representando o "mundo real" da prática dos enfermeiros perioperatórios, sendo útil para profissionais na prática, ensino e investigação. No seu todo, ilustra a dinâmica da experiência do doente perioperatório e a presença ativa do enfermeiro durante esse processo (Beyea, 2011).

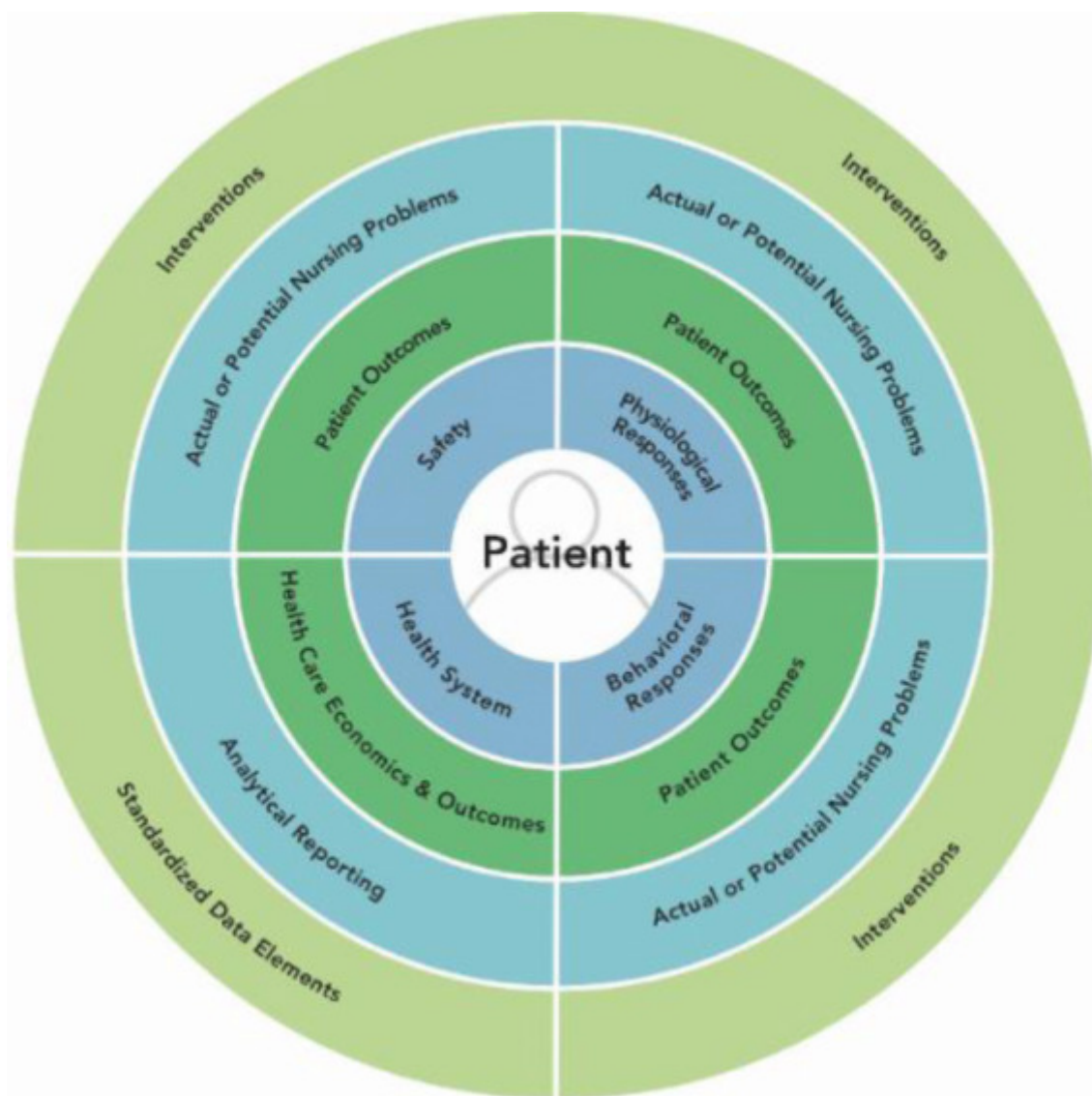


Figura 1 - Modelo Perioperatório centrado no Doente (MPD)

O modelo apresenta uma estrutura composta por quatro domínios, sendo que três deles têm o foco centrado no cliente, conforme discutido por Rothrock e Smith (2000) e Van Wicklin (2020). O domínio da segurança do cliente abrange a ausência de sinais e sintomas de lesões físicas não intencionais em procedimentos cirúrgicos ou invasivos, destacando a proteção ao longo do continuum perioperatório. Já o domínio das respostas fisiológicas engloba as reações físicas, bioquímicas e funcionais esperadas aos procedimentos, com a intervenção do enfermeiro focada em manter essas respostas alinhadas com o padrão individual do utente. As respostas comportamentais compreendem as dimensões psicológicas, sociológicas e espirituais da pessoa e da sua família/pessoa significativa, incorporando o conhecimento sobre o procedimento e a experiência perioperatória. A dimensão do sistema de saúde explora os elementos estruturais do ambiente de prática, onde os enfermeiros perioperatórios desempenham o seu papel.

A centralização nos resultados é expressa visualmente por meio de um semicírculo concêntrico que representa este subdomínio, localizado em estreita proximidade aos três domínios centrados no cliente, neste caso, segurança, respostas fisiológicas e respostas comportamentais, tendo adjacente dois semicírculos exteriores que delineiam os subdomínios relacionados aos diagnósticos e intervenções de Enfermagem.

Os fundamentos subjacentes a esta teoria sustentam que o doente e a sua família são elementos centrais no modelo, conferindo-lhe o foco primordial nos cuidados de enfermagem perioperatória. Este modelo destaca e evidencia o conceito de cuidado ao doente em todas as variáveis do contexto cirúrgico. A atuação colaborativa do enfermeiro, em conjunto com outros profissionais de saúde e o próprio doente, é crucial para estabelecer resultados, identificar diagnósticos e implementar os cuidados de enfermagem. Assumindo um papel ativo no sistema de saúde, o enfermeiro desempenha um papel fundamental ao auxiliar o doente na consecução dos resultados desejados durante a experiência perioperatória (Van Wicklin, 2020).

O modelo ressalta de uma implementação de intervenções específicas de enfermagem para otimizar os resultados ao longo do processo perioperatório, incorporando uma abordagem de enfermagem sistemática que leve em consideração as mudanças culturais, avanços tecnológicos e evoluções no conhecimento, sendo que a prática baseada em evidências visa assegurar a segurança dos utentes e promover respostas fisiológicas e comportamentais ideais durante o período perioperatório. Além disso, o modelo destaca a visibilidade do conceito de cuidado ao doente em todas as variáveis do ambiente cirúrgico, enfatizando a colaboração com outros profissionais de saúde e o próprio doente. Essa abordagem permite aos enfermeiros identificar diagnósticos, estabelecer resultados e oferecer cuidados de enfermagem, intervindo no contexto do sistema de saúde para auxiliar o doente a atingir os resultados desejados ao longo da experiência perioperatória (AORN, 2021).

Mediante o exposto e atendendo ao Artigo 5º do Regulamento 429/2018 (OE, 2018b), as competências específicas do EEEPSE prendem-se com “cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa” e “maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica”. Dado o exposto, destaca-se a importância de adquirir estas competências especializadas, proporcionando um domínio científico e técnico que permita fornecer cuidados distintos. Isso possibilita uma resposta mais eficiente, segura e personalizada, promovendo assim uma recuperação mais ágil por parte do utente. Este foco no desenvolvimento de competências específicas destaca-se como essencial para garantir uma prática clínica especializada, segura e de qualidade, sustentada por evidências científicas e em total consonância com os princípios éticos e legais da profissão e com base nas necessidades específicas da pessoa a experienciar um processo de transição em situação perioperatória.

5.2.1. Cuida da Pessoa em Situação Perioperatória e Respetiva Família/Pessoa Significativa

De acordo com o Regulamento 429/2018, no que concerne a primeira competência específica do EEEMCPSPE, o respetivo descritivo refere “considerando a especificidade das necessidades da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social” (OE, 2018b, p. 19366).

O papel do enfermeiro perioperatório destaca-se no compromisso holístico com os utentes ao longo de todo o processo cirúrgico, considerando não apenas a dimensão física, mas também os aspetos psicológicos, sociais, culturais e espirituais da condição humana, com vista a melhorar a qualidade de vida da pessoa. O EEEMCPSPE assume um papel central no cuidado à pessoa e à sua família/pessoa significativa durante o processo cirúrgico. Reconhecendo a singularidade das necessidades neste contexto, o EE mobiliza conhecimentos e competências para proporcionar cuidados abrangentes e personalizados (Mata et al., 2013).

De acordo com os Enunciados Descritivos dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem à PSPE, o EEEMCPSPE, na procura pela excelência profissional, visa alcançar elevados níveis de satisfação nos utentes e respetiva família ou pessoa significativa, refletindo-se em diversas práticas, tais como o respeito pelas características individuais da pessoa, a promoção da empatia nas interações, o estabelecimento de parcerias e envolvimento dos conviventes no planeamento dos cuidados. A gestão eficaz da comunicação, a capacitação para a autodeterminação, o empoderamento nas tomadas de decisão e a consideração da vulnerabilidade da pessoa são aspetos cruciais. Além disso, a avaliação contínua das expectativas do utente, a criação de condições para o acompanhamento pela família ao longo do processo cirúrgico e a implementação de sistemas de avaliação da satisfação destacam-se como práticas fundamentais neste contexto especializado (OE, 2017).

Na fase pré-operatória, destaca-se a capacitação da pessoa e da sua família para a gestão da experiência cirúrgica. Identificam-se as necessidades, elabora-se um plano de intervenção e estabelece-se uma relação de ajuda, promovendo uma comunicação expressiva de emoções e estratégias para alívio da ansiedade. O EE assegura que a pessoa compreende as informações relevantes, garantindo o respeito pelas recomendações legais e éticas, incluindo o consentimento informado. Além disso, prepara-a para potenciais alterações na autoimagem e competências, promovendo a capacitação, autogestão e recuperação (Dawson, 2009), com vista ao desenvolvimento das capacidades cognitivas, comportamentais e emocionais que permitam lidar eficazmente com novas situações, facilitando o processo de transição (Meleis, 2012).

A experiência cirúrgica impacta significativamente o utente e a família, desencadeando stress psicológico e fisiológico, o que representa uma potencial ameaça à integridade corporal. A ansiedade pré-operatória é uma reação normal, relacionada com a antecipação de vários desafios pós-operatórios., desde a dor pós-operatória à alteração da imagem ou funções corporais, sendo que essa ansiedade se intensifica quanto mais grave a situação for. A cirurgia, sendo um evento desencadeador, afeta emocionalmente os indivíduos, gerando preocupações e ansiedade, especialmente naqueles com pouca experiência no contexto cirúrgico. A falta de informação sobre o procedimento, a anestesia e seus potenciais riscos contribui para o aumento da ansiedade (Maya, 2022).

A consulta pré-operatória, ao ser uma atividade autónoma do enfermeiro perioperatório, desempenha um papel crucial no início dos cuidados perioperatórios, visando reduzir a ansiedade e complicações pós-operatórias. Nesse momento, os enfermeiros obtêm dados relevantes através de entrevistas, permitindo a identificação e o início da sistematização dos cuidados. A consulta pré-operatória é essencial para o planeamento de cuidados individualizados, oferecendo a oportunidade de conhecer o utente e a sua família, fazendo uso de intervenções que estabelecem uma relação de confiança e proporcionam um ambiente propício à expressão de preocupações (Ferrito, 2014). A ausência desta consulta na prática, apesar de valorizada, muitas vezes limita o tempo e espaço para a construção de uma relação significativa, sendo uma lacuna a ser refletida e superada para fortalecer a Enfermagem Perioperatória. Neste sentido, o acolhimento no BO, sendo breve no tempo, constitui-se como o primeiro contacto do enfermeiro com a PSPE, revelando a necessidade de abordar individual e atempadamente eventuais défices de conhecimento do utente, com vista a reduzir a ansiedade associada a este momento desafiador (Breda & Cerejo, 2021).

O foco primordial do enfermeiro perioperatório é garantir o bem-estar da pessoa, sobretudo num momento em que a ansiedade pode estar elevada. O acolhimento no BO, realizado pouco antes da cirurgia, é uma prática essencial que visa humanizar as intervenções nesse ambiente, proporcionando conforto ao cliente durante o período intraoperatório. O enfermeiro perioperatório deve realizar uma receção cuidadosa, preenchendo uma checklist de validação da preparação pré-operatória, conforme a norma da OMS (Ferrito, 2014). Nessa fase, o ambiente do BO pode gerar tensão e medo na pessoa, tornando-se fundamental para o enfermeiro aplicar práticas humanizadas que visem diminuir o stress e a ansiedade, focando-se na singularidade do indivíduo. Empatia, escuta ativa e atenção às necessidades imediatas contribuem para criar um ambiente mais reconfortante e reduzir o medo. O enfermeiro perioperatório, desempenhando um papel essencial na humanização dos cuidados, coloca o utente e as suas necessidades no centro da prática (Jesus & Abreu, 2014).

Adicionalmente, além de envolver a receção e a checklist, o acolhimento no BO é marcado pela empatia, escuta ativa, respeito, vínculo e diálogo entre o enfermeiro e a PSPE. Essa intervenção torna-se indispensável para compreender os sintomas, patologias, angústias e medos do

indivíduo, contribuindo para estabelecer uma relação de confiança. O acolhimento abrange várias fases, desde o acesso até à escuta, diálogo, apoio e estabelecimento de vínculo, promovendo segurança e confiança durante o processo perioperatório (Jesus & Abreu, 2014).

Durante o ENP, o momento de acolhimento revelou-se crucial para compreender as emoções e necessidades da PSPE, possibilitando a explicação dos procedimentos, gestão de ansiedade e stress, e fornecimento de estratégias como técnicas de relaxamento. Em alguns casos, a ansiedade estava ligada ao procedimento ou ao pós-operatório, enquanto outros apresentavam dúvidas sobre o diagnóstico e prognóstico cirúrgico, tendo sido encaminhados para esclarecimentos com o cirurgião ou anestesiológista. A capacitação do utente, frequentemente realizada no BO devido à ausência de consulta pré-operatória, focou-se na familiarização com o ambiente e circuito cirúrgico, identificação pessoal, avaliação de expectativas, transmissão de informações e preparação ativa do mesmo para participação no seu cuidado.

Outrossim, a preparação pré-operatória envolveu informações claras sobre cuidados necessários, objetivos, riscos e benefícios, ambiente da SO, estado pós-operatório e antecedentes médicos relevantes. Foram abordados aspetos como jejum, remoção de próteses, adornos e maquilhagem, banho pré-operatório e toma de medicação no dia da cirurgia, visando uma gestão controlada do utente em todo o processo (Ferrito, 2014).

Reconhece-se a dificuldade em promover a centralidade da pessoa sem a articulação dos momentos pré, intra e pós-operatório, conforme preconizado pelo *Perioperative Patient Focused Model* (Rothorck & Smith, 2000). O enfermeiro especialista deve evitar desviar-se da centralidade do utente de forma a não reduzir a enfermagem perioperatória a cuidados direcionados ao procedimento, negligenciando a pessoa.

Uma abordagem integral na identificação das necessidades da pessoa e da família durante o período perioperatório é crucial para o papel fundamental do EE. Segundo a AORN (2021), este deve identificar as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo. Embora a consulta pré-operatória de enfermagem seja ideal para esta identificação, o estágio foi realizado no BO Central, com destaque para as áreas de enfermagem de anestesia, circulação e instrumentação, sem contemplar a referida consulta. Contudo, considerando a importância do período pré-operatório para a PSPE, foi solicitado à supervisora clínica a presença numa consulta pré-operatória, ministrada por um anestesiológista e um enfermeiro, pelo que foi possível averiguar como se desenrola esse processo nesta instituição.

O EE, ao avaliar as necessidades psicossociais da pessoa e da família, procura identificar recursos de apoio, como assistência social e aconselhamento psicológico, reconhecendo a importância dessa avaliação na recuperação e continuidade de cuidados. A identificação dinâmica das necessidades durante o período perioperatório, com uma abordagem centrada no utente, destaca o papel fundamental do enfermeiro em fornecer cuidados individualizados, atendendo às dimensões físicas, emocionais e psicossociais. Com base neste processo, o

enfermeiro elabora e implementa um plano personalizado, visando restabelecer ou conservar a saúde do indivíduo antes, durante e após a cirurgia. Tal identificação resulta na formulação de diagnósticos, que representem problemas reais ou potenciais, evidenciando a importância das intervenções apropriadas (Ferrito, 2014).

Por sua vez, com base na formulação dos diagnósticos, foram estabelecidos objetivos e delineado um plano de intervenção. O EE, de acordo com estas orientações, planeia, implementa e avalia intervenções para atender às necessidades das pessoas e famílias, utilizando métodos de vigilância, monitorização e terapêutica, com o propósito de detecção, estabilização, manutenção e recuperação de situações complexas, prevenindo complicações e eventos adversos. Os planos elaborados compreenderam intervenções autónomas, realizadas exclusivamente pelos enfermeiros de acordo com as suas qualificações, e intervenções interdependentes, efetuadas em conjunto com outros profissionais, integrados em equipas multidisciplinares, seguindo planos de ação predefinidos e orientações formais (OE, 2015).

Durante o percurso no ENP, foi possível uma seleção de casos para intervenção, gerindo ativamente a aprendizagem em colaboração com os supervisores clínicos. A ênfase foi dada ao acompanhamento de pessoas submetidas a cesariana, alinhando-se com os objetivos iniciais do projeto individual de desenvolvimento de competências. Destacou-se também a atenção dedicada à cirurgia urgente em especialidades diversas, como cirurgia geral, cirurgia vascular, neurocirurgia, ortopedia, traumatologia e urologia. Esta abordagem abrangente proporcionou uma visão mais dinâmica e holística da PSPE. O desenvolvimento de competências nas funções de enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista nessas intervenções permitiu uma resposta otimizada em situações imprevisíveis e complexas, aplicáveis a diversos procedimentos. Além disso, a avaliação desses utentes contribuiu para a compreensão dos sinais e sintomas relevantes em cada intervenção, fornecendo dados para a identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, fundamentadas no conhecimento especializado, evidência científica e experiência profissional.

Na abordagem aos cuidados perioperatórios, a segurança emerge como um pilar fundamental na prática clínica, contribuindo para a eficiência dos sistemas de saúde. O BO é reconhecido como um ambiente intrincado, influenciado pela tecnologia específica de cada procedimento cirúrgico e pela necessidade de colaboração multidisciplinar entre anestesistas, cirurgiões, enfermeiros e outros técnicos. Dada a complexidade do serviço, aumenta a probabilidade de ocorrência de incidentes e eventos adversos, sendo crucial implementar políticas e estratégias para a sua redução, reconhecidas internacional e nacionalmente como vantajosas para a saúde (Ramos et al., 2021). A Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 2006 e 2009, lançou o programa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" com o objetivo de aprimorar a segurança cirúrgica, prevenir erros e efeitos adversos.

Em Portugal, a Direção-Geral de Saúde (DGS, 2013) formalizou a implementação da Lista de Verificação Segurança Cirúrgica (LVSC), derivada desse programa, visando otimizar práticas cirúrgicas e anestésicas, diminuir infeções e melhorar a comunicação entre as equipas no BO. Esta lista define dez objetivos cruciais para a segurança cirúrgica, abrangendo desde a operação no local correto até à vigilância epidemiológica de rotina.

Na instituição de prática clínica, a LVSC é de implementação obrigatória e realizada no sistema informático em uso pelo enfermeiro circulante e anestesista. Quando bem executada, promove uma comunicação eficaz, aumenta a cultura de segurança e favorece a prevenção e deteção precoce de eventos adversos (Sotto et al., 2021). Além disso, pode antecipar necessidades intraoperatórias e reduzir complicações pós-operatórias. A verificação da identidade do cliente, do procedimento e da região a intervir, realizada em momentos específicos, é uma prática colaborativa crucial para garantir a segurança da pessoa (Matos et al., 2021).

No que concerne o período intraoperatório, que inicia com a entrada do utente na SO e termina na UCPA, é crucial na prática cirúrgica. O enfermeiro desempenha um papel fundamental na coordenação de diversas atividades, incluindo a preparação do ambiente físico, transferência e posicionamento da PSPE, assepsia correta e manutenção de um ambiente seguro, física e psicologicamente. As áreas de atuação do EE englobam a segurança do cliente, gestão do procedimento, prevenção de complicações e atendimento das necessidades após a anestesia e cirurgia (AESOP, 2006).

Neste período, a equipa multidisciplinar organiza-se para o desenvolvimento do procedimento cirúrgico-anestésico, com funções específicas atribuídas aos diversos enfermeiros: enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista. O enfermeiro de anestesia domina as técnicas anestésicas, agentes anestésicos e monitorização, mantendo uma vigilância intensiva sobre a PSPE, detetando sinais de complicações e agindo em emergências. Por sua vez, o enfermeiro circulante coordena as atividades na sala, prevenindo quebras de assepsia, assistindo o instrumentista e documentando o ato cirúrgico, garantindo a continuidade dos cuidados. Com responsabilidades específicas na segurança, ambiente e gestão de riscos no BO, também gere a organização da SO. Já o enfermeiro instrumentista, integrado na equipa cirúrgica e assética, assume responsabilidade individual e de equipa, prevendo, organizando, utilizando, gerindo e controlando a instrumentação para garantir a segurança durante a cirurgia, pelo que é essencial dominar conhecimentos e técnicas específicas para um desempenho ajustado (AESOP, 2006).

Perante situações de urgência, imprevisibilidade e complexidade, o EE executa intervenções em conformidade. Em cirurgias urgentes e emergentes, monitoriza continuamente o estado geral dos utentes, interpretando sinais e sintomas para prevenir riscos maiores e emergentes. Responde prontamente às solicitações da equipa de anestesia e cirúrgica, administra fármacos seguindo indicações médicas, monitoriza a eficácia terapêutica e garante a segurança física da PSPE e da equipa (AESOP, 2013).

O ENPMII proporcionou o desenvolvimento de competências na promoção de cuidados em cirurgia obstétrica, uma área complexa com vários intervenientes, desde a grávida ao recém-nascido, incluindo o pai e outros profissionais. Lidar com cirurgias de urgência exigiu uma gestão eficaz de stress, trabalho em equipa, pesquisa, articulação interdisciplinar e comunicação eficaz. As cesarianas emergentes demandaram intervenções rápidas e eficazes, desde a preparação de fármacos, à identificação de colheitas do cordão umbilical, exigindo uma coordenação precisa na equipa multidisciplinar e uma relação de ajuda para diminuir a ansiedade das clientes. No âmbito desta área cirúrgica, foi possível a concretização das três funções inerentes à prática perioperatória, na área anestésica e cirúrgica, tendo desempenhado funções de enfermeira anestesta, circulante e instrumentista, em momentos distintos.

Durante o ENP, não houve oportunidade para desenvolver competências na consulta pré-operatória, conforme já mencionado. Enfatizou-se a atuação pertinente na área de anestesia, adquirindo e aplicando conhecimentos em diversas técnicas, fármacos e monitorização. Cuidados específicos foram tomados para prevenir, reduzir e controlar riscos, promovendo um ambiente seguro e garantindo o bem-estar da PSPE.

Na área de circulação, enquanto enfermeira circulante, responsável pela gestão organizacional, aplicaram-se conhecimentos de segurança da PSPE e do ambiente cirúrgico. Verificaram-se planos cirúrgicos, gestão de dispositivos médicos, colaboração na contagem de compressas e controlo das condições ambientais. Além disso, envolveu o acolhimento do cliente, participação no posicionamento, resposta a situações de urgência, promoção da segurança e registo da atividade cirúrgica, pelo que foram demonstradas competências no âmbito do controlo da infeção, gestão de riscos e organização da sala.

No que concerne a atuação como enfermeira instrumentista, as atividades incluíram gestão do material cirúrgico, colaboração com a equipa médica, controlo da infeção, responsabilidade sobre o material cirúrgico e contagem de compressas e corto-perfurantes. Abordaram-se, ainda, temas como desinfeção cirúrgica, preparação de dispositivos médicos e mesas cirúrgicas, contagem de produtos orgânicos, garantindo a assepsia e conhecimento dos tempos cirúrgicos.

O período pós-operatório, que engloba as fases imediata e tardia, inicia-se na admissão do utente na UCPA e termina na alta e consulta de seguimento (Ferrito, 2014). No contexto do BO central com cirurgia convencional, concentramo-nos no pós-operatório imediato, exigindo competências específicas do enfermeiro para manter os sistemas fisiológicos e gerir eficazmente as mudanças no estado de saúde do cliente. As UCPA são unidades especializadas com recursos humanos competentes, destinadas à monitorização intensiva e cuidados críticos após a intervenção cirúrgica. Durante esse período crítico, a PSPE está vulnerável, e o enfermeiro desempenha um papel crucial de vigilância, suporte e intervenção rápida, se necessário (Martins, 2013).

Ao focar na melhoria do conhecimento do enfermeiro no pós-operatório imediato, são analisadas competências relacionadas com a comunicação, desenvolvimento profissional e liderança clínica. No acompanhamento, as atenções de enfermagem incluem avaliação e otimização da via aérea, sistema cardiovascular, consciência, acesso vascular, balanço hídrico, farmacologia perioperatória, gestão da dor, náuseas e vômitos (Martins, 2013). Neste sentido, aquando do desempenho de funções na UCPA, o foco consistiu na prevenção de complicações, deteção e tratamento, vigilância das funções vitais, promoção do bem-estar físico e psicológico. A monitorização foi adaptada ao tipo de anestesia, mantendo-se uma vigilância intensiva em parâmetros hemodinâmicos, temperatura, gasimetrias, perfusão e integridade cutânea, sendo que algumas intervenções eram apoiadas por escalas verificadas, como a Escala de Bromage para avaliação da reversão de um bloqueio motor, a Escala de Agitação-Sedação de Richmond para avaliar o grau de sedação dos utentes e a Escala de Aldrete para avaliação das condições para a alta anestésica, entre outras.

Não menos importante, a gestão da dor afigura-se como crucial na prestação de cuidados de saúde, destacando-se como prioridade e contribuindo para a humanização do atendimento. Os enfermeiros perioperatórios desempenham um papel fundamental nesse contexto, intervindo para garantir uma gestão adequada da dor, aproveitando a proximidade regular com os clientes e aplicando competências essenciais na avaliação e abordagem da dor. A dor é uma experiência multidimensional desagradável, incorporando componentes sensoriais e emocionais, muitas vezes associada a lesões tecidulares concretas ou potenciais. O controlo eficaz da dor é essencial para a qualidade contínua dos cuidados de saúde, impactando o curto e longo prazo na recuperação e qualidade de vida do cliente (DGS, 2003).

No intraoperatório, destaca-se a importância do controlo da dor, preconizando uma abordagem multimodal com diferentes classes de fármacos ou métodos analgésicos. A analgesia pós-operatória segue uma abordagem multimodal, minimizando o uso de opiáceos por rotina e visando promover a mobilização precoce enquanto reduz os efeitos adversos associados a esses medicamentos (Machado, 2013). A DGS instituiu a "dor como o 5º sinal vital," promovendo o registo sistemático da intensidade da dor em escalas validadas internacionalmente. O EEEMCPSPPE desempenha um papel vital na avaliação, prevenção e tratamento da dor, utilizando escalas e estando atento a sinais e sintomas, além de administrar terapêutica analgésica e promover ambientes calmos e seguros (AESOP, 2006). Ao longo do ENP, a colaboração na gestão da dor envolveu o reconhecimento de sinais e sintomas, a administração adequada de terapêutica prescrita e a promoção do conforto do cliente por meio de técnicas não farmacológicas. A reflexão sobre protocolos específicos e a observação dos ensinamentos na UCA contribuíram para a continuidade dos cuidados à PSPE e respetivo cuidador neste contexto.

A gestão eficaz dos processos comunicacionais é fundamental na prática dos cuidados de enfermagem, especialmente no perioperatório, onde a interação com a equipa multidisciplinar e pares é crucial. O suporte teórico possibilitou intervenções assertivas, ganhando a confiança dos

intervenientes para promover a partilha, reflexão e implementação de medidas corretivas quando necessário, sempre no melhor interesse da PSPE (Sequeira, 2016). Para garantir a compreensão da informação pelo utente e promover a sua autodeterminação, adotou-se uma comunicação funcional, utilizando uma linguagem simples e acessível, pelo que a informação foi apresentada de forma rigorosa, flexível e adaptada ao contexto, com vista a abordar as preocupações específicas da pessoa e validar constantemente a compreensão.

Uma abordagem ética e deontológica foi mantida para assegurar o cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com o consentimento informado. O respeito pela autonomia da pessoa foi enfatizado, seguindo as orientações já mencionadas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. O EE, ao identificar falta de informação adequada por parte do cliente sobre o procedimento cirúrgico e anestésico, deve garantir que os esclarecimentos necessários são fornecidos pelos profissionais responsáveis, assegurando a compreensão para que o cliente possa tomar uma decisão autónoma (Jesus & Abreu, 2014). O processo de acolhimento incluiu a validação do consentimento informado, proporcionando contato com profissionais adequados para esclarecimentos adicionais em caso de dúvidas, sempre respeitando a dignidade e os direitos fundamentais da PSPE.

Ainda no contexto de uma abordagem holística e de respeito pela PSPE, a aquisição de competências é essencial para gerir eficazmente as complexidades decorrentes de intervenções cirúrgicas, como mudanças na autoimagem ou limitações de capacidades, impactando negativamente as perspetivas futuras. A preparação para tais alterações, comuns em determinados procedimentos invasivos, exige uma abordagem cuidadosa, considerando o conhecimento, expectativas e estado emocional da pessoa. A comunicação de notícias desafiadoras deve ocorrer num ambiente tranquilo, respeitando a privacidade e permitindo a expressão de emoções, enquanto se oferecem perspetivas positivas.

Foram elaborados planos de instrução, ensino e treino para capacitar, fomentar a autogestão e facilitar a recuperação, abrangendo a avaliação das necessidades específicas da pessoa, condições pré-existentes, cirurgias realizadas, capacidades físicas e cognitivas, orientação para cuidados pós-operatórios, administração de medicamentos, restrições alimentares, gestão da dor e prevenção de complicações. Durante a permanência na UCA, durante um turno, e na prestação de cuidados na UCPA, assegurou-se o suporte necessário e acompanhamento conforme a legislação e políticas institucionais para pessoas vulneráveis.

Para assegurar uma prestação de cuidados cirúrgicos contínua, é essencial a sistematização dos cuidados e uma comunicação eficaz, desde a admissão até ao pós-operatório. Os registos de enfermagem assumem um papel crucial nesse contexto, constituindo uma componente vital para uma prática segura. A documentação padronizada desempenha um papel fundamental na sistematização da informação, minimização de erros e promoção da segurança do cliente, especialmente em ambientes como o BO (Pinheiro & Costa, 2014).

Contudo, a documentação de cuidados de enfermagem, embora realizada nos sistemas de informação em uso na instituição, ainda enfrenta desafios. Os sistemas informáticos, como Glintt e PatientCare, não são totalmente integrados, exigindo esforços adicionais no registo e procura de informação para garantir a continuidade dos cuidados. A colaboração entre o Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (CIDESI-ESEP) e a OE procura superar essas lacunas, através do desenvolvimento de uma Ontologia de Enfermagem. Esta ontologia, segundo Bastos et al. (2021), fornece uma base para a descrição do cuidado, apoia o processo de tomada de decisão e promove a interoperabilidade semântica.

A Ontologia de Enfermagem, aprovada e mantida pela OE, é essencial para sistemas de informação interoperáveis, garantindo o processamento de informações de maneira semântica (OE, 2021b). Além de formalizar o conhecimento, identificar necessidades de pesquisa e facilitar a produção de indicadores, proporciona um controlo interno sobre a linguagem profissional dos enfermeiros. As vantagens adicionais incluem a promoção da formalização do conhecimento disciplinar, a evolução de sistemas de documentação para apoio à conceção de cuidados e uma produção de indicadores nacionais. Como destacado pela ESEP e pela Ordem dos Enfermeiros (2021b), a documentação deve seguir essa ontologia, abrangendo a avaliação, diagnóstico, objetivos e intervenções, à semelhança das etapas do processo de enfermagem para garantir uma base sólida na conceção e implementação de cuidados.

A Ontologia de Enfermagem não só ajuda na documentação padronizada, como também se revela crucial para representar o conhecimento e a ação da enfermagem perioperatória. Durante o ENP, dois estudos de caso foram apresentados, evidenciando a sua aplicação prática. Estes casos clínicos exploraram domínios relevantes, como segurança, processos corporais e psicológicos, destacando a importância da avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados perioperatórios. O estágio não apenas permitiu o desenvolvimento de competências específicas do EEPSPE, mas também evidenciou a integração dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso de mestrado na prática clínica em contexto de estágio.

No âmbito da intervenção interprofissional, procurou-se estabelecer uma colaboração interdependente entre os vários profissionais envolvidos, desde cirurgiões a assistentes operacionais, com o objetivo comum de proporcionar cuidados seguros à PSPE. A integração na equipa multidisciplinar foi facilitada pelo princípio da complementaridade funcional, reconhecendo a atuação específica de cada profissão. A comunicação eficaz entre os profissionais, destacando-se os EE como elementos centrais nesse processo, foi enfatizada para garantir a segurança cirúrgica. A gestão do trabalho em equipa foi evidenciada pela partilha de reflexões sobre os cuidados e pela implementação de medidas corretivas quando necessário, promovendo um ambiente harmonioso e a prevenção de eventos adversos.

Neste contexto e considerando a organização dos cuidados, a transição de informações adota protocolos como indicado pela DGS (2017), sendo a técnica ISBAR fundamental. Esta mnemónica abrange a identificação de profissionais, PSPE e motivo da comunicação, descrição de antecedentes e factos relevantes, avaliação do estado da pessoa e estratégias terapêuticas, culminando em recomendações e num plano terapêutico.

Durante o estágio, a reflexão sobre a prática clínica evidenciou a necessidade de uma abordagem analítica, levando à realização de um estudo sobre a gestão do ruído no BO, com o objetivo de melhorar os cuidados à PSPE, identificando atividades com impacto na redução da ansiedade e aumento da satisfação. Uma formação em serviço foi ministrada aos enfermeiros para abordar riscos e estratégias de mitigação do ruído intraoperatório, alinhando os dados apresentados com a evidência científica. Uma *scoping review* acerca da temática mencionada foi realizada para contextualizar o estudo, fundamentar a reflexão e promover a conscientização entre os colegas, aguardando publicação para impulsionar mudanças nas práticas clínicas perioperatórias.

No desempenho do papel crucial durante o processo cirúrgico, o EEEMCP SPE assume a responsabilidade pela segurança e bem-estar da PSPE, assegurando conforto, integridade e comunicação eficaz com a equipa interdisciplinar, com destaque na promoção da saúde durante a experiência perioperatória, capacitando a pessoa e a família. Enquanto futura especialista, foi demonstrado um compromisso na prevenção de complicações, implementando estratégias para mitigar riscos, garantindo eficiência e segurança nos cuidados, refletindo um rigor técnico-científico e um compromisso constante com a excelência na Enfermagem Perioperatória.

5.2.2. Maximiza a Segurança da Pessoa a Vivenciar a Situação Cirúrgica e da Equipa Pluridisciplinar, Congruente com a Consciência Cirúrgica

O descritivo da segunda competência específica, presente no Regulamento 429/2018, menciona “Considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, particularmente da ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional” (OE, 2018b, 19367).

O EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no contexto da segurança da PSPE, atua em diversas frentes. Tal inclui a promoção de um ambiente seguro, a gestão de risco com medidas corretivas e preventivas, análise epidemiológica de eventos adversos, programas de vigilância epidemiológica para monitorização de capacidade, volume cirúrgico e resultados, garantia de

dotações seguras, prevenção de danos pela administração de terapêutica, evitando complicações na mobilização e posicionamento cirúrgico, prevenção de retenção inadvertida de itens no local cirúrgico, gestão de tecidos e fluidos para análise, colheita, transplante e eliminação, prevenção e controlo de infeções no local cirúrgico, e gestão de dispositivos médicos (OE, 2018b).

A realidade no BO apresenta desafios à segurança da PSPE, devido à interação da equipa multiprofissional, à complexidade dos cuidados, à tecnologia envolvida e a uma população idosa com elevada comorbilidade submetida a procedimentos cirúrgicos diferenciados. Os doentes cirúrgicos são mais propensos a eventos adversos, representando a maioria dos eventos adversos hospitalares, pelo que cuidados seguros e a proteção dos doentes são direitos dos cidadãos e prioridades nas políticas de saúde para alcançar cobertura universal (Pereira, 2019).

O risco é constante na situação clínica perioperatória, exigindo uma intervenção constante da equipa de enfermagem para minimizar riscos e promover a segurança cirúrgica. A manutenção de um ambiente seguro depende do enfermeiro perioperatório, que deve manter padrões morais, legais, de formação, autonomia, responsabilidade, tomada de decisão, ética, gestão e liderança (Alexandre & Carreiro, 2019).

A segurança do cliente e da equipa é fundamental na atuação dos enfermeiros perioperatórios, que colaboram com outros profissionais, necessitando de conhecimentos científicos e relacionais para assegurar uma colaboração organizacional eficaz. O enfermeiro perioperatório, integrado numa equipa dinâmica, destaca-se pelas suas capacidades clínicas e de comunicação, focando-se na segurança do cliente e em cuidados centrados no cliente, contribuindo significativamente para a equipa perioperatória (AESOP, 2006).

O Modelo Perioperatório centrado no Doente identifica a segurança da PSPE como um dos seus quatro pilares, defendendo a ausência de sinais de lesão física não relacionados com os efeitos terapêuticos da cirurgia, enfatizando a responsabilidade do enfermeiro perioperatório na prevenção das lesões (Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020). O EEEMCEPSPE é reconhecido por maximizar a segurança da pessoa, da equipa e do ambiente, alinhando-se com as diretrizes da AORN que colocam a segurança como responsabilidade central dos enfermeiros perioperatórios (AORN, 2019).

A EORNA (2019) propõe a *"Theory of Anticipatory Vigilance - a Theory for Perioperative Nurses"*, descrevendo estratégias de enfermagem para minimizar riscos, destacando a importância da visão abrangente e conhecimento do enfermeiro especialista em EMCPSPE na gestão da complexidade da segurança cirúrgica. No âmbito nacional, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 estabelece metas-chave, incluindo a cultura de segurança, o envolvimento do utente e da família, a comunicação, o compromisso da liderança e a pesquisa, fundamentais para enfermeiros especializados, guiando o desenvolvimento de competências (DGS, 2022a). No decorrer do ENP, procurou-se uma postura ética e deontológica, não apenas

no cuidado à PSPE, mas também nas relações interpessoais com a equipa, promovendo uma consciência cirúrgica para um ambiente seguro no período perioperatório.

Na prática clínica, o EEEMCEPSP é guiado pelo princípio fundamental da consciência cirúrgica, uma noção ética que destaca a responsabilidade moral de preservar a assepsia cirúrgica e a segurança do cliente. Apesar das instituições promoverem uma cultura de segurança, a efetiva segurança do utente continua a depender da ação individual dos profissionais. Assim, a consciência cirúrgica é reafirmada como um imperativo ético e garantia de segurança, sendo um processo construtivo no desenvolvimento do EE no perioperatório (AORN, 2021). Segundo a AESOP (2013), o desenvolvimento dessa consciência exige conhecimentos teóricos, práticos e competência profissional, envolvendo a autodisciplina na assepsia, antecipação de necessidades, maturidade para lidar com diversas circunstâncias e consistência na prática, independentemente da observação, enquanto os supervisores atuam como modelos de referência na promoção de uma cultura de consciência cirúrgica em benefício da PSPE.

No domínio da Enfermagem Perioperatória, a atenção recai na prestação de cuidados de excelência, visando a prevenção de complicações e a garantia da segurança do cliente, dada a multiplicidade de riscos inerentes a este contexto. Diante do elevado risco envolvido nos cuidados perioperatórios, o EE deve aplicar os seus conhecimentos e competências para assegurar a segurança da pessoa, dos profissionais e do ambiente, em conformidade com os princípios éticos da profissão. A gestão de risco, crucial na área perioperatória, enfrenta desafios significativos, especialmente no BO, devido a fatores ambientais, técnicas utilizadas e uso extensivo de dispositivos médicos, expondo clientes e profissionais a riscos potenciais elevados (Reis & Silva, 2014).

O EE desempenha um papel vital na gestão de risco, abordando tanto as preocupações clínicas, como consentimento informado e monitorização do utente, quanto as não clínicas, como a segurança de instalações e equipamentos. Identificar, compreender e atenuar esses riscos é essencial, envolvendo a implementação de medidas preventivas e de redução do risco. Na avaliação de risco das instalações e equipamentos, é crucial seguir planos de manutenção, verificar regularmente equipamentos como desfibrilhadores e frigoríficos de medicamentos, e garantir a funcionalidade de ventiladores, aparelhos de eletrocirurgia, monitores e sistemas de aspiração (Alexandre & Carreiro, 2019). Adicionalmente, as práticas de limpeza, desinfeção e esterilização desempenham um papel central na prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), com formação específica e supervisão contribuindo para a eficácia dessas medidas (Rodrigues, 2019). O EE pode desempenhar um papel fundamental na formulação de normas, auditorias, coordenação de equipas de manutenção e na condução de formações especializadas nessas áreas. No contexto do ENP, verificou-se que estas funções eram realizadas na prática, dentro dos prazos estipulados, pelos enfermeiros detentores de uma especialidade e com competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção.

A EORNA (2019) sublinha o direito dos indivíduos submetidos a cirurgias invasivas ou procedimentos anestésicos de receberem cuidados de pessoal qualificado num ambiente seguro durante o período perioperatório. Assim, a preparação do ambiente ganha importância crucial para assegurar a segurança e eficiência dos cuidados, iniciando-se com a obtenção de informações detalhadas na avaliação de risco da PSPE e promovendo uma comunicação eficaz entre os sistemas de informação para a transição e transferência de cuidados.

A administração de fármacos, com uma dupla responsabilidade de garantir a segurança dos utentes e otimizar os efeitos terapêuticos, exige do enfermeiro perioperatório um amplo conhecimento sobre medicação. Este deve seguir regras rigorosas, verificando a correta identificação da pessoa, medicamento, dosagem, via de administração e horários, enquanto se atenta especialmente ao uso de medicamentos de alto risco e à prevenção de erros associados a medicamentos LASA, isto é, *Look-Alike* e *Sound-Alike* (DGS, 2022a). Estratégias e medidas de segurança foram implementadas de modo a evitar danos decorrentes da administração de terapêutica e procedimentos anestésicos.

No ambiente operatório, a intervenção do enfermeiro perioperatório é vital para garantir a ausência de infeção pós-operatória e a segurança dos profissionais. Este profissional atua na gestão do ambiente e assegurando o uso adequado de fardamento cirúrgico para promover a proteção individual. Todos os fatores ambientais são monitorizados e registados para garantir o bom funcionamento do ambiente operatório. Além disso, é responsabilidade do enfermeiro perioperatório supervisionar a equipa no cumprimento dos princípios, normas e procedimentos relacionados com o controlo ambiental. A atuação inclui a gestão da temperatura da SO, EPI, controlo de entradas e saídas e garantia das dotações seguras de enfermeiros, considerando as qualificações e competências (AESOP, 2013). Colaborou-se na organização do processo cirúrgico para otimizar a experiência da PSPE, aplicando conhecimentos teóricos e práticos no reconhecimento, planeamento, execução e avaliação dos cuidados perioperatórios.

A prevenção e controlo de infeção no perioperatório é crucial para assegurar a segurança dos clientes, atendendo às falhas nos sistemas, processos de cuidados e comportamentos dos profissionais. O Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), em colaboração com um enfermeiro do BO, implementa medidas para controlar infeções, incluindo precauções básicas e normas, vigilância epidemiológica e auditorias, com foco na melhor evidência científica (Ferreira, 2019).

No ambiente cirúrgico, a assepsia progressiva é essencial, definindo áreas restritas, semirestritas e livres, com circulação controlada de pessoas, materiais e ar, contribuindo para a prevenção de infeções. A técnica assética cirúrgica é aplicada rigorosamente, abrangendo o transporte do utente, entrada de materiais, vestuário estéril, desinfeção das mãos, utilização de campos impermeáveis e a limitação da movimentação da equipa estéril para manter a esterilidade durante os procedimentos cirúrgicos (AESOP, 2013).

Nas SO, é imperativo manter ambientes rigorosamente controlados e isentos de microrganismos, seguindo as recomendações para o uso de EPI e fardamento específico, como fatos de circulação, toucas, calçado específico, máscaras, luvas cirúrgicas, batas e proteções oculares. Deve-se evitar o uso de joias e adornos devido ao potencial acolhimento de microrganismos, comprometendo a eficácia da lavagem das mãos. A adoção de roupa exclusiva é crucial para manter elevados padrões de higiene e controlar a contaminação no ambiente cirúrgico, com circuitos específicos para processamento e transporte de roupa contaminada, seguindo normas rigorosas para prevenir contaminação. Os EE desempenham um papel vital na promoção da consciência cirúrgica, fornecendo formação sobre os princípios básicos de proteção e assegurando a sua adesão por todos os membros da equipa envolvidos nas intervenções cirúrgicas (Gago & Martins, 2014a).

Garantiu-se a adesão rigorosa aos princípios de preparação pré-cirúrgica das mãos e à utilização de barreiras protetoras, em conformidade com as recomendações e normas de boas práticas. Reconhecendo as mãos como o principal meio de transmissão de infeções nosocomiais, a lavagem das mãos destaca-se como a medida primordial de controlo, removendo sujidade e reduzindo a flora transitória a níveis seguros (Gago & Martins, 2014a). Na preparação pré-cirúrgica, destaca-se a lavagem assética, que remove a flora transitória e residente antes de procedimentos asséticos, seguida pela desinfeção alcoólica. A lavagem cirúrgica incorpora componentes mecânicas e químicas, essenciais para remover sujidade, microrganismos transitórios e inibir a proliferação da flora residente. O enfermeiro perioperatório desempenha um papel crucial na supervisão e cumprimento destes princípios, assegurando a segurança do cliente, reduzindo morbilidade, mortalidade e custos associados a tratamentos infecciosos.

No âmbito da redução das IACS e resistências aos antimicrobianos, destaca-se a implementação prioritária do "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico da DGS (2022b) em instituições de saúde, evidenciando a sua constante aplicação ao longo do ENP. O EE, em colaboração com o anestesista e cirurgião, desempenha um papel crucial na coordenação do plano cirúrgico para utentes colonizados, assegurando a conformidade com as normas de segurança na utilização de dispositivos médicos.

No BO, os Planos de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde abordam diversos aspetos, como a gestão de clientes com cateter venoso, higiene ambiental, entre outros temas emergentes, promovendo a reflexão entre os membros da equipa. A preparação cuidadosa da pele do utente antes da cirurgia e a desinfeção adequada do campo operatório são medidas essenciais para minimizar as infeções do local cirúrgico, que têm implicações significativas em termos de morbilidade, mortalidade e custos associados ao sistema de saúde (DGS, 2022b). A prevenção da ILC, uma condição multifatorial, requer a implementação integrada de medidas ao longo dos períodos pré, peri e pós-operatório.

Uma dessas medidas é a atenção aos cuidados com a pele antes da intervenção cirúrgica, incluindo a limpeza prévia com clorhexidina e o banho no dia anterior à cirurgia. Em relação à tricotomia, esta é realizada na sala de indução para preservar a privacidade da pessoa. A antisepsia da pele antes da incisão segue protocolos específicos, com atenção às recomendações sobre antissépticos, técnicas de aplicação e registos apropriados (Gago & Martins, 2014b). Adicionalmente, a duração da intervenção cirúrgica e a utilização de eletrocoagulação monopolar são fatores de risco que requerem a experiência profissional do enfermeiro perioperatório para reduzir o tempo cirúrgico e minimizar o traumatismo celular. Neste sentido, a profilaxia antibiótica, administrada nos 60 minutos anteriores à incisão, é implementada conforme os protocolos institucionais e normas da DGS (2022b), contribuindo para a prevenção eficaz da ILC.

No âmbito da prevenção das ILC, a norma da DGS (2022b) sublinha a importância de assegurar a homeostasia pré e intraoperatória da pessoa, com destaque para a manutenção da normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$). A gestão cuidada da temperatura perioperatória é essencial não apenas para evitar a ILC, mas também para prevenir complicações decorrentes da hipotermia perioperatória inadvertida, um fenómeno incidente em 60 a 90% das cirurgias com duração superior a 60 minutos. Esta complicação, associada aos efeitos secundários dos agentes farmacológicos anestésicos e à exposição física ao ambiente frio da SO, pode comprometer o mecanismo de regulação térmica, levando à hipotermia (Machado, 2013).

O comprometimento da temperatura corporal é agravado por fatores como a administração de grandes volumes de fluidoterapia, a baixa temperatura ambiental das SO e a movimentação do ar ambiente. Esses elementos contribuem significativamente para a perda de fluidos corporais e intensificam as alterações térmicas causadas por fármacos anestésicos e sedativos. Os mecanismos fisiopatológicos associados à hipotermia podem resultar em complicações, como instabilidade hemodinâmica, recuperação anestésica prolongada e impacto na função cognitiva, afetando diversos indicadores clínicos e aumentando custos (Machado, 2013).

A prevenção da hipotermia perioperatória está correlacionada a resultados em saúde favoráveis, incluindo maior satisfação dos utentes, redução de ansiedade, diminuição de perdas sanguíneas, necessidades transfusionais reduzidas, menor tempo de permanência pós-anestesia e custos totais de anestesia reduzidos. Intervenções como monitorização e pré-aquecimento no acolhimento ao BO e no pré-operatório, avaliação contínua da temperatura intraoperatória e utilização de mantas de aquecimento contribuem para manter a normotermia, garantindo um ambiente térmico adequado ao conforto e segurança do cliente (AESOP, 2013).

Ainda dentro das estratégias para a prevenção das ILC, é sublinhado pela norma da DGS (2022b) a necessidade de se assegurar a manutenção dos níveis de glicemia abaixo ou iguais a 180 mg/dl, assim como garantir que a saturação periférica de oxigénio (SpO₂) se mantenha em 95% ou acima. Estas diretrizes visam promover uma recuperação otimizada e segura do utente

no decorrer do período intraoperatório. Igualmente, a fase que sucede a intervenção cirúrgica exige uma atenção rigorosa à homeostasia do paciente, incluindo a manutenção de uma normotermia, o controlo adequado dos níveis de glicemia nas primeiras 24 horas após a operação, e a aplicação de oxigenoterapia, especialmente após procedimentos que envolvam anestesia geral e intubação endotraqueal em pessoas com função pulmonar não comprometida. Estas medidas são cruciais para mitigar riscos de complicações, assegurando uma recuperação estável e prevenindo desfechos adversos, constituindo-se como pilares fundamentais na manutenção da estabilidade da PSPE e contribuindo para uma experiência cirúrgica com resultados positivos e uma menor incidência de ILC (DGS, 2022b).

No contexto clínico do ENP, enfrentou-se o desafio de realizar procedimentos cirúrgicos em pacientes com infeções confirmadas, exigindo estratégias rigorosas de isolamento e descontaminação. A preparação das salas operatórias era meticulosa, removendo-se equipamentos desnecessários e cobrindo-se os essenciais com plástico, enquanto se reforçava o uso de equipamentos de proteção individual. Além disso, um enfermeiro circulante externo, papel que assumi várias vezes devido ao meu conhecimento das rotinas e procedimentos, era responsável por gerir o material cirúrgico e prestar apoio logístico, garantindo a segurança e eficiência do processo. A limpeza das salas seguia normas específicas, com uma atenção particular à eliminação de riscos de contaminação.

Por sua vez, na UCPA, as medidas de proteção e higiene eram igualmente rigorosas. Os monitores e equipamentos eram protegidos, e o pessoal utilizava vestuário de proteção adequado. Após a alta de cada paciente, procedia-se a uma limpeza exaustiva da unidade, que incluía a substituição de cortinas e a higienização de paredes e chão, seguindo protocolos específicos para casos de alto risco de infeção. A supervisão dessa limpeza, feita em colaboração com os supervisores clínicos de estágio, sublinhava o compromisso com a manutenção de um ambiente seguro e estéril para pacientes e profissionais de saúde.

Os enfermeiros que atuam no perioperatório, como os enfermeiros circulantes e instrumentistas, assumem responsabilidades significativas na gestão e controlo dos dispositivos médicos usados durante as intervenções. Essas responsabilidades incluem assegurar a correta utilização, manutenção, conservação, e verificação da esterilidade desses equipamentos, o que sublinha a importância da sua formação e competência específica nesta área. Estes profissionais devem estar bem informados sobre as normas que regulamentam a aquisição e uso de dispositivos médicos, especificamente o Decreto-Lei n.º 145/2009 (Ministério da Saúde, 2009), sendo encorajados a participar ativamente na seleção desses dispositivos.

Os dispositivos médicos são categorizados em dois tipos principais: os de uso múltiplo, que podem ser reprocessados e reutilizados conforme as indicações do fabricante sem que haja prejuízo para as suas características físicas ou mecânicas, e os de uso único, desenhados para serem utilizados apenas uma vez num único paciente. A classificação dos dispositivos médicos,

baseada no risco potencial de infeção, divide-se em material crítico, semicrítico, e não crítico, conforme estabelecido por entidades como a AESOP (2013). Esta classificação é essencial para determinar o tratamento de cada dispositivo, desde a esterilização até à lavagem. O reprocessamento refere-se ao conjunto de procedimentos aplicados a dispositivos usados para permitir a sua reutilização segura, incluindo limpeza, desinfeção, esterilização, entre outros testes e ajustes necessários para assegurar a segurança técnica e funcional do dispositivo.

Durante a experiência no perioperatório, participou-se ativamente no reprocessamento de dispositivos, desde a sua remoção em contentores até a realização de limpezas iniciais em materiais delicados, como cabos usados em cirurgia laparoscópica ou o fibroscópio usado na anestesia. Após pedido, foi possível visitar o serviço de esterilização e conhecer as rotinas deste serviço imprescindível ao BO, percorrendo o mesmo circuito que o material percorre desde que é utilizado em SO até ser armazenado novamente. A visita ao serviço de esterilização, enquanto futura EEEMCEPSPE, revelou-se uma experiência fundamental para aprofundar o conhecimento sobre os protocolos e técnicas de esterilização, essenciais para garantir a segurança do utente e a eficácia dos procedimentos cirúrgicos. Esta imersão permitiu uma compreensão da complexidade e da importância do processo de esterilização, desde a limpeza, desinfeção, até à preparação final dos dispositivos médicos, enfatizando o papel crítico que a gestão de materiais estéreis desempenha na prevenção de infeções hospitalares. Esta experiência enriqueceu a prática profissional, reforçando a importância da colaboração interdisciplinar e do rigor nos processos de controlo de infeção, para além de evidenciar a necessidade de uma constante atualização e formação na área.

No término de cada procedimento cirúrgico, procedeu-se à retirada dos dispositivos médicos da SO, acomodando-os em contentores fechados, prontos para o processo de descontaminação. Este processo crucial abrange limpeza, desinfeção, e esterilização, começando pela limpeza para eliminar matéria orgânica e possibilitar uma manipulação segura. Destaca-se a transição do método manual para o mecânico, que alia limpeza e desinfeção — térmica ou química — e secagem, particularmente recomendada para instrumentos delicados ou com estruturas complexas. A desinfeção tem como alvo agentes infecciosos, recorrendo-se a produtos químicos específicos, enquanto a esterilização, adaptada ao tipo de material, visa eliminar todos os microrganismos, utilizando métodos como calor húmido ou óxido de etileno para dispositivos termorresistentes ou termosensíveis, respetivamente (Sousa, 2019).

A manutenção da esterilidade dos dispositivos, após a sua esterilização, é influenciada por uma multiplicidade de fatores, tal como evidenciado por Sousa (2019). Os enfermeiros perioperatórios desempenham um papel vital, monitorizando condições ambientais como humidade e temperatura e assegurando práticas de armazenamento e manipulação que previnam a contaminação. A gestão cuidadosa de stocks por EE, em colaboração com os departamentos de aprovisionamento e laboratórios, é essencial para evitar excessos e garantir a disponibilidade de materiais cirúrgicos necessários. Asseguram ainda que os dispositivos

esterilizados são transportados e armazenados adequadamente, enfatizando a importância da organização e da rotatividade de stocks.

A importância do EE estende-se para além da gestão de materiais, ocupando um papel central na coordenação e validação das práticas de higiene no transporte de material esterilizado. Este responsável verifica as condições dos carros de transporte, certificando-se de que são adequados para a função e contribui para a manutenção da integridade dos dispositivos até à sua utilização. A colaboração com os enfermeiros supervisores clínicos no processo de verificação e organização de stocks é fundamental para uma gestão eficiente, garantindo que os dispositivos médicos estão disponíveis, em condições ideais, para cada procedimento cirúrgico, conforme destacado pela AESOP (2013).

Aquando de um procedimento cirúrgico, antes do seu início, eram escolhidos e preparados os dispositivos médicos necessários, seguindo a confirmação da técnica cirúrgica com o cirurgião. Esta etapa era crucial para minimizar a manipulação desnecessária dos materiais e garantir a preservação da esterilidade dos instrumentos, os quais eram selecionados e validados pela enfermeira instrumentista e a enfermeira circulante, assegurando que apenas os dispositivos essenciais estavam presentes na sala. A integridade das embalagens, a data de validade e o método de esterilização eram verificados antes da sua utilização, numa colaboração com os supervisores clínicos para a escolha e validação dos dispositivos.

A rastreabilidade dos dispositivos médicos, desde a sua aquisição até à sua eventual eliminação, era um procedimento rigoroso que permitia monitorizar cada instrumento utilizado, garantindo assim um controlo exaustivo sobre a sua utilização e localização. Este registo detalhado, mantido pela enfermeira circulante, era essencial para assegurar a segurança e confiança no processo cirúrgico (Sousa, 2019). A reflexão sobre a eficácia dos métodos de registo existentes apontava para a necessidade de uma evolução para sistemas de informação mais avançados, uma sugestão alinhada com as práticas já implementadas em outras instituições.

Finalmente, a gestão do risco associado à possibilidade de retenção inadvertida de itens quantificáveis na PSPE era uma responsabilidade partilhada por toda a equipa cirúrgica, realçada nas diretrizes da AESOP (2013). A implementação de práticas como o uso de “caixas de agulhas”, para um melhor acondicionamento dos materiais corto-perfurantes, era discutida como uma medida de melhoria. Estas práticas visavam prevenir acidentes com profissionais e garantir a segurança do utente, demonstrando a interdependência e a necessidade de colaboração entre todos os envolvidos no processo cirúrgico.

A equipa do BO era regularmente atualizada sobre protocolos e segurança na utilização de dispositivos médicos, com sessões formativas às sextas-feiras de manhã, em reunião de serviço. Apesar dos constrangimentos de agenda que não permitiam a presença nessas formações, posteriormente foram esclarecidas dúvidas com a equipa sobre novos dispositivos em uso.

No que toca à gestão de materiais orgânicos para análise, verificou-se o correto acondicionamento, identificação, registo e envio, seguindo os protocolos da instituição. Contudo, constatou-se que as amostras recolhidas à tarde e à noite ficavam demasiado tempo no local de armazenamento, pelo que se considera que deveria existir uma gestão diferente neste âmbito, algo que foi partilhado com os supervisores clínicos.

A interdisciplinaridade no perioperatório enfatiza a importância da gestão de cuidados e otimização dos recursos, visando a melhoria contínua da qualidade do atendimento (OE, 2018b). O cargo de responsável de turno exige especialização e um conhecimento profundo das dinâmicas do programa cirúrgico e da equipa, para adaptar e assegurar práticas seguras e eficazes. A comunicação eficiente e a gestão dos dispositivos médicos, segundo o Regulamento n.º 429/2018, são fundamentais neste contexto. A prática permitiu a participação em comissões de seleção de materiais clínicos, evidenciando a relevância da *expertise* do EE na escolha informada e na garantia da qualidade e segurança dos dispositivos utilizados no BO.

Conforme estabelecido no Anexo IV do Regulamento nº 429/2018, este profissional tem a responsabilidade e competência de assegurar os cuidados à PSPE. Isto envolve garantir o conforto, a integridade, a privacidade e o respeito pela vontade expressa do paciente, até que este possa fazê-lo por si mesmo. Isto é alcançado através de estratégias que facilitam a comunicação com a pessoa que enfrenta barreiras à comunicação. Além disso, o enfermeiro serve como um modelo de referência, promovendo uma cultura de consciência cirúrgica e um ambiente seguro para todos os participantes no período perioperatório (OE, 2018b). Isto é feito garantindo a implementação dos princípios tecnológicos para evitar danos aos profissionais e pacientes e promovendo a adesão à segurança e eficiência dos cuidados.

Como gestor de risco, o EEEMCEPSP procura intervir sobre os fatores ambientais que promovem a ocorrência de eventos adversos nas diversas áreas de atuação, favorecendo um ambiente seguro e de qualidade na prestação de cuidados, conseguido através de uma cultura de segurança que incentiva medidas corretivas e estimula a formação profissional (OE, 2018b).

De acordo com o Artigo 109º do Estatuto da OE (2015), o enfermeiro tem o dever de analisar regularmente o trabalho realizado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude. Deve procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa, manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias. Deve também assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados.

O ruído tem sido reconhecido como um fator crucial para o bem-estar e conforto dos utentes e profissionais de saúde nas instituições hospitalares, especialmente no contexto especializado do BO e na PSPE. Portanto, a sua relevância é evidente como uma questão pertinente que engloba o enquadramento conceitual e os enunciados descritivos da enfermagem.

Na prática clínica, emergiram competências distintivas no papel de EEPSPE, onde o foco incidiu vigorosamente na garantia da segurança e no bem-estar ao longo do período cirúrgico. Destaca-se a promoção de uma cultura profundamente enraizada de consciência cirúrgica, a gestão previdente de riscos, a meticulosa preparação do ambiente cirúrgico, o zelo no controlo de infeções, a administração competente de dispositivos médicos e a contribuição ativa para a organização dos cuidados de enfermagem. Além disso, focou-se a prática na promoção da formação contínua, no enriquecimento do desenvolvimento profissional e na procura incessante pela satisfação dos pares de enfermagem, consolidando, assim, um padrão excecional de segurança e qualidade nos cuidados perioperatórios.

5.3. Competências de Mestre em Enfermagem

Em Portugal, alcança-se o título de mestre após concluir com sucesso os estudos de segundo ciclo, como definido no Decreto-Lei nº 74/2006 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006), atualizado pelo Decreto-Lei nº 65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018). É exigido que os estudantes mostrem ter adquirido conhecimentos avançados e capacidade de compreensão que, assentes na formação de primeiro ciclo, lhes permitam não só aprofundar esses conhecimentos, mas também desenvolver competência em investigação. O objetivo é que os mestres sejam capazes de aplicar suas aprendizagens de forma eficaz em ambientes complexos e multidisciplinares, encontrando soluções inovadoras e eticamente responsáveis, particularmente em contextos que exigem consciência cirúrgica.

Segundo o regulamento da ESEP e o Artigo 20º do Decreto-Lei nº 74/2006 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006), o estágio profissional é crucial na consolidação de competências práticas em saúde, refletindo a importância da experiência no terreno, tal como demonstrado pelo relatório de estágio que inclui 420h teórico-práticas no Módulo I, e 840h no Módulo II, com uma forte componente presencial e orientações tutoriais. A conclusão de um estágio em ambiente profissional e a subsequente redação do relatório final correspondente são reconhecidos pela OE como os critérios necessários para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista, aplicando-se também à estrutura do ciclo de estudos que leva à obtenção do grau de Mestre, sendo o relatório final do estágio uma ferramenta essencial para avaliar e fomentar o desenvolvimento dos processos de aprendizagem e aquisição de competências (OE, 2021).

Ademais, o decreto enfatiza a importância da aprendizagem contínua e autónoma, preparando os profissionais para os desafios quotidianos na clínica. As competências especializadas adquiridas durante o mestrado permitem não só compreender a Enfermagem Perioperatória, mas também aplicar esse conhecimento na prática, algo que a investigação e metodologia científica, evidenciada pela realização de uma *scoping review*, reforçam significativamente.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O atual progresso da ciência, tecnologia e, conseqüentemente, da sociedade, requer da Enfermagem uma prática gradualmente mais complexa e especializada para responder às necessidades emergentes. A realização desta formação de segundo ciclo constituiu-se uma experiência singular e crucial na construção e aplicação integrada de um leque de conhecimentos, bem como na aquisição e consolidação de competências, no âmbito da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. À semelhança das personagens criadas por Stan Lee, que popularizou o provérbio, originalmente de Winston Churchill em 1906, *“With great power, comes great responsibility”*¹, o Enfermeiro Especialista pode ser visto como uma espécie de super-herói, cujo conhecimento acrescido implica uma maior responsabilidade e compromisso na prática clínica e com as pessoas sujeitas aos seus cuidados, porquanto assim impõe o mandato social da profissão.

O Estágio de Natureza Profissional, desde o Módulo I ao Módulo II, emergiu como uma valiosa oportunidade para desenvolver e adquirir competências especializadas em EMC, centrando-se, de forma particular, na EPSE. Durante esse período reflexivo sobre a prática profissional especializada, foram identificadas e exploradas situações peculiares, que proporcionaram não apenas novas aprendizagens, mas também reflexões profundas sobre a prática em si, contribuindo significativamente para o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo.

A integração harmoniosa na equipa multidisciplinar foi um fator dinâmico, proporcionando oportunidades enriquecedoras de aprendizagem e permitindo a partilha de experiências pessoais e profissionais. Durante todo o estágio, a conduta ética e o estrito cumprimento das normas de boa prática foram pilares essenciais, garantindo a prestação de cuidados com qualidade e segurança em todas as fases do processo perioperatório.

A par disso, o estabelecimento de relações de ajuda com os utentes revelou-se uma componente fundamental, com estratégias eficazes para aliviar ansiedade e medo, fortalecendo assim a comunicação interpessoal. A avaliação constante das necessidades de cuidados guiou não apenas o planeamento de intervenções, mas também a aplicação de conhecimentos e competências em novas e desafiadoras situações. Em paralelo, a segurança dos utentes permaneceu no epicentro das preocupações, com avaliações de riscos perioperatórios meticulosas e intervenções proativas para mitigar qualquer potencial ameaça identificada.

¹ “Com grandes poderes, vêm grandes responsabilidades”

Um aspeto particularmente destacado foi a atenção dedicada à gestão da informação do doente, onde se enfatizou a resposta às necessidades individuais e a sua fiel reflexão na documentação de cuidados utilizada na instituição. Em suma, o estágio não só proporcionou uma imersão prática no contexto perioperatório, mas como moldou uma abordagem abrangente, ética e centrada no utente, que certamente se traduzirá em benefícios significativos num exercício profissional especializado.

Durante o período de estágio, foi possível adquirir e explorar competências no âmbito dos cuidados à PSPE e respetivos familiares/significativos. Nesse contexto, a prática clínica, ao oferecer cuidados de maneira padronizada e sistemática aos clientes em diversas especialidades cirúrgicas, desempenhou um papel crucial no processo de aprendizagem e consolidação de conhecimentos. Isso é evidenciado pelos casos clínicos apresentados, destacando as experiências práticas em situações perioperatórias ao longo do estágio. A abordagem partiu da ontologia de enfermagem, combinada com a procura pelo conhecimento científico disponível, culminando na tomada de decisões e na representação do conhecimento e ação específicos da enfermagem perioperatória.

A conceção sistemática e padronizada dos cuidados representa a principal abordagem metodológica para a prática profissional avançada. A aplicação dessa metodologia na prática clínica permite ao enfermeiro estruturar o pensamento crítico, tomar decisões de forma autónoma e com base na melhor evidência disponível, além de documentar devidamente a prática realizada.

A aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis e da Teoria do Conforto de Kolcaba durante o ENP foi crucial. Estas teorias, ao serem aplicadas na prática clínica, proporcionaram uma estrutura sólida para a compreensão das necessidades dos utentes e para a conceção de cuidados eficazes. A Teoria das Transições permitiu desenvolver estratégias de cuidados mais eficazes e personalizadas, enquanto a Teoria do Conforto permitiu identificar áreas onde o conforto da pessoa poderia ser melhorado.

Durante a elaboração do relatório de estágio final, estas teorias serviram como pilares fundamentais, orientando o pensamento crítico sobre a prática clínica e as tomadas de decisão. A aplicação destas teorias permitiu uma reflexão mais aprofundada, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados prestados. A utilização destas teorias provou ser uma ferramenta valiosa para a Enfermagem Perioperatória, promovendo uma prática baseada em evidências e centrada na PSPE.

Considerando o teor prático de um projeto, foi salvaguardada, durante a sua elaboração, a possibilidade de alterações aquando da concretização no ENPMII, decorrentes de fatores externos que pudessem afetar a sua execução. A elaboração e apresentação de um PMCQCE acerca do ruído no BO, não apenas circunscrito a um tipo de cirurgia e ao contexto intraoperatório, constituiu-se como um elemento causador de mudança de tema no projeto

estruturado, devido ao interesse demonstrado pela equipa e respetiva chefia na sua implementação a nível institucional. Desta forma, o projeto individual de desenvolvimento de competências, inicialmente sob o título “Ruído intraoperatório: Intervenção especializada de enfermagem na segurança e qualidade dos cuidados” e direcionado para uma gestão do ruído intraoperatório na pessoa submetida a cesariana, passa a intitular-se de “Ruído no Bloco Operatório: Intervenção especializada de enfermagem na segurança e qualidade dos cuidados” e alarga o seu espectro de ação a todos elementos constituintes do BO – zona de controlo, SO, UCA e UCPA – e as todas as especialidades cirúrgicas. Esta transformação temática provou ser uma mais-valia no percurso de aquisição de competências pessoais e profissionais, não só pela melhoria da capacidade de adaptação a situações súbitas, como também pela oportunidade de trabalhar o tema em diversas especialidades e contextos, permitindo uma visão ampla daquilo que é a atuação profissional em todo o perioperatório. Portanto, não obstante a troca oportunista da temática, considera-se que as atividades propostas no projeto delineado foram concretizadas na prática clínica.

Neste sentido, considerando a caracterização do contexto clínico no segundo capítulo e a problemática explanada, identificou-se como problema alvo de intervenção a gestão do ruído no BO, face à PSPE. Durante o ENPMII, foi possível a observação de inúmeras cirurgias das mais variadas especialidades cirúrgicas, tanto em regime convencional, como em regime emergencial, percebendo a importância crucial do ruído e os riscos que podem advir, na ausência de uma avaliação adequada do utente, do ambiente e de um planeamento cuidadoso das intervenções.

Identificando o ruído como uma presença constante no ambiente de BO e que pode ter efeitos prejudiciais na experiência da PSPE, surgiu a necessidade de adquirir e desenvolver competências especializadas em Enfermagem nessa área, a fim de promover um maior conforto para os utentes. Uma das responsabilidades do EEEMCEPSPE, é estabelecer procedimentos para o controlo do ruído, garantindo assim um ambiente seguro para todos os envolvidos durante o período perioperatório. Tal atuação evidencia a capacidade do enfermeiro em maximizar a segurança tanto da PSPE, quanto da equipa multidisciplinar, o que está em consonância com uma abordagem cirúrgica consciente.

Tal preocupação conduziu ao desenvolvimento da ideia inicial, que resultou num PMCQCE, com foco na segurança cirúrgica do utente e dos profissionais de saúde, visando prevenir eventos adversos e complicações, bem como na qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, pode constituir-se um indicador de qualidade para as instituições de saúde, resultando em redução de custos relacionados às complicações associadas. Adicionalmente, a elaboração de uma *scoping review*, possibilitou um mapeamento da evidência científica acerca da temática trabalhada e das intervenções promotoras da segurança cirúrgica neste âmbito, evidenciando o papel fulcral da Enfermagem Perioperatória e dos Enfermeiros em contexto de BO, e identificando resultados interessantes com impacto na prática e na investigação.

Dessa forma, o decurso do ENPMII foi orientado pelo projeto cujo objetivo visava o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem orientadas para a promoção do conforto da PSPE por meio do controlo do ruído. As competências trabalhadas foram definidas considerando as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Perioperatória, pelo que a realização do ENPMII permitiu a aquisição e integração de conhecimentos, bem como o desenvolvimento de habilidades que resultaram em competências científicas, técnicas e humanas, possibilitando uma perspetiva renovada e um cuidado especializado à PSPE.

A execução prática no contexto clínico, a análise reflexiva associada e a base teórica apresentada ao longo deste documento proporcionam a validação da assimilação das competências comuns. Este processo é evidenciado pela capacidade de conceção, coordenação e supervisão de cuidados, juntamente com o suporte sólido prestado ao exercício especializado na esfera da formação e investigação, num contínuo de atualização e melhoria profissional. Dessa maneira, é seguro afirmar que as competências comuns do enfermeiro especialista foram adquiridas, abrangendo os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e promoção contínua do desenvolvimento profissional, bem como as competências específicas do EEMCEPSE, no que se refere ao cuidado à PSPE e família/pessoa significativa, bem como na maximização da segurança da PSPE e da equipa multidisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Foram encontradas algumas dificuldades durante este percurso, nomeadamente no que concerne a gestão do tempo entre a vida académica, pessoal e profissional. Além disso, apesar de se ter constituído como uma oportunidade de intervenção significativa na área, a elaboração e apresentação tardias do PMCQCE foram geradoras de maior stress, devido aos prazos temporais impostos. Ainda neste contexto, tendo por base a temática do projeto, que se mostrou um alvo de discussão entre a equipa multidisciplinar, considera-se que a resistência à mudança demonstrada por alguns profissionais possa ser um fator dificultador à adesão às intervenções propostas. Adicionalmente, o que inicialmente poderia ser visto como uma dificuldade, a ausência de experiência no contexto de BO revelou-se uma oportunidade única para a aquisição de conhecimentos e competências na área, porquanto a prática clínica decorreu com uma mente aberta e curiosa, aberta à aprendizagem e à reflexão. Um aspeto facilitador desta questão prende-se com o facto de ter sido dada a possibilidade de integrar os interesses e motivações pessoais nos objetivos de estágio, possibilitando a concretização de um percurso académico proveitoso e único. Não menos importante, devem ser destacados os papéis dos professores orientadores, bem como dos enfermeiros tutores, que se mostraram essenciais durante todo este processo.

Este documento serviu, portanto, como um registo das ações empreendidas e dos avanços alcançados, tanto a nível profissional como pessoal, ao longo do MEMCEPSE, espelhando as reflexões que surgiram durante este período, o esforço despendido e o crescimento alcançado.

Ademais, este relatório tem como intuito fomentar a realização de estudos e pesquisas futuras, tendo em conta a importância do tema e o impacto que este tem na qualidade e segurança dos cuidados perioperatórios. Espera-se, com a partilha e divulgação futura do estudo e PMCQCE elaborados, em revista científica, dar um contributo para uma Enfermagem Perioperatória mais rica e significativa para os que a operam e para os que dela usufruem.

No que diz respeito à gestão do ruído no BO, considera-se que existe um percurso moroso a ser feito, implicando um investimento na procura de conhecimento e na disposição para colocá-lo em prática. No entanto, é fundamental que a gestão e a liderança proporcionem os meios e recursos necessários para que a equipa multidisciplinar possa encontrar o foco e a motivação, porquanto os enfermeiros são empenhados na procura do conhecimento, porém a sua aplicação prática deve ser incentivada pelos órgãos superiores, através do exemplo, da criação de procedimentos e da discussão em serviço.

Considera-se que esta experiência formativa foi altamente proveitosa, proporcionando um momento de reflexão aprofundada sobre a prática clínica. O conhecimento adquirido sobre a dinâmica do serviço, os profissionais envolvidos e a organização permitiu questionar as práticas estabelecidas e amplamente aceites. É importante destacar que o desenvolvimento de competências clínicas especializadas é um processo contínuo e que requer educação, treino e atualização constantes. Aquando da concretização do projeto que delineou a prática clínica, pode-se dizer que existiu uma aquisição de competências especializadas na área da EPSPE, com vista a uma maior destreza na gestão dos desafios complexos e dinâmicos do cuidado perioperatório, resultando numa prática mais segura, eficiente e direcionada aos utentes e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

7. BIBLIOGRAFIA

Abbvie (1997). Sevorane: resumo das características do medicamento (aprovado em 30-05-1997 pelo INFARMED). Abbvie, Lda.

Abreu, M. (2007). Empreendedorismo em Enfermagem: da autonomia à definição de projetos de sucesso. Cadernos Sinais Vitais.

Accord Healthcare (2010). Paracetamol Accord: resumo das características do medicamento (aprovado em 09-03-2010 pelo INFARMED). Accord Healthcare, S.L.U.

Alexandre, R., & Carreiro, E. (2019). O Papel do Enfermeiro no Controlo da Infecção. Em Duarte, A., & Martins, O., Controlo da Infecção Hospitalar (p. 115-119). Lidel.

Alm El-Din, M. A., & Taghian, A. G. (2009). Breast conservation therapy for patients with locally advanced breast cancer. *Seminars in radiation oncology*, 19(4), 229-235. <https://doi.org/10.1016/j.semradonc.2009.05.005>

Assembleia da República (2019). Lei nº 95/2019 – Aprova a Lei de Bases da Saúde [...]. *Diário da República*, 1ª Série, 169 (setembro): 55-56

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

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP]. (2006). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados* (1a ed.). Lusodidacta.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP] (2013). *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório* (3ª ed.). AESOP.

Association of periOperative Registered Nurses [AORN] (2019). Position Statement on Perioperative Registered Nurse Circulator Dedicated to Every Patient Undergoing an Operative or Other Invasive Procedure. *AORN Journal*, 110(1), 82-85. <https://doi:10.1002/aorn.12741>

Association of periOperative Registered Nurses [AORN] (2021). *Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice*. Acedido a 28/02/2024. https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee_1

Association of periOperative Registeres Nurses [AORN] (1969). Definition and objective for clinical practice of professional operating room nursing. *AORN Journal*, 10, 43-47.

Atnahs Pharma (2000). Toradol: resumo das características do medicamento (aprovado em

09-02-2000 pelo INFARMED). Atnahs Pharma Netherlands B.V.

Barash, P.G., Cullen, B. F., Stoelting, R. K., Stock, M. C., Ortega, R. & Sharar, S.R. (2017). Fundamentos de anestesiologia clínica. Artmed.

Bastos, F., Morais, E., Campos, J., Oliveira, F., Machado, N., & Pereira, F. (2021). Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia de enfermagem. *Rev. ROL Enfermagem*, 44(11-12), 57-61. <https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/11/Representacao-do-Conhecimento-em-Enfermagem-do-Trabalho-na-ontologia.pdf>

Baxter Holding (2011). Propofol Baxter: resumo das características do medicamento (aprovado em 21-06-2011 pelo INFARMED). Baxter Holding BV

Beauchamp, T., & Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. (7th ed.). Oxford University Press.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.

Berghella, V, Grobman, W., & Barss, V. (2023). Cesarean birth: Postoperative care, complications, and long-term sequelae. In: UpToDate, Post TW (Ed), Wolters Kluwer.

Beyea, S. (2011). *Perioperative Nursing data Set* (3rd ed.). AORN.

Bhat, A., Jaffer, D., Keasler, P., Kamath, K., Kelly, J., & Singh, P. M. (2022). Uterine externalization versus in situ repair of hysterotomy during cesarean delivery: a systematic review, equivalence meta-analysis, and trial sequential analysis. *International journal of obstetric anesthesia*, 50, 103271. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2022.103271>

Bickenbach, K. A., Karanicolas, P. J., Ammori, J. B., Jayaraman, S., Winter, J. M., Fields, R. C., Govindarajan, A., Nir, I., Rocha, F. G., & Brennan, M. F. (2013). Up and down or side to side? A systematic review and meta-analysis examining the impact of incision on outcomes after abdominal surgery. *American journal of surgery*, 206(3), 400-409. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2012.11.008>

Blöndal, K., Sveinsdóttir, H., & Ingadottir, B. (2022). Patients' expectations and experiences of provided surgery-related patient education: A descriptive longitudinal study. *Nursing open*, 9(5), 2495-2505. <https://doi.org/10.1002/nop2.1270>

Bluemed (2001). Bupinostrum 0,5% Hiperbárica: resumo das características do medicamento (aprovado em 26-10-2001 pelo INFARMED). Bluemed, Unipessoal Lda.

Boterf, G. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *Revista Infad de Psicologia*.

- Boyle, A., Reddy, U. M., Landy, H. J., Huang, C. C., Driggers, R. W., & Laughon, S. K. (2013). Primary cesarean delivery in the United States. *Obstetrics and gynecology*, 122(1), 33-40. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182952242>
- Breda, L., & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5). <https://doi.org/10.12707/RV20088>
- Broeiro, P. (2015). Conhecimento e competência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31(2), 82-84.
- Busch-Vishniac, I. J., West, J. E., Barnhill, C., Hunter, T., Orellana, D., & Chivukula, R. (2005). Noise levels in Johns Hopkins Hospital. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 118(6), 3629-3645. <https://doi.org/10.1121/1.2118327>
- Butterworth, J.F., & Mackey D.C., & Wasnick J.D. (2018). *Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology* (6a ed.). McGraw Hill.
- Cao, J. Q., Olson, R. A., & Tyldesley, S. K. (2013). Comparison of recurrence and survival rates after breast-conserving therapy and mastectomy in young women with breast cancer. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 20(6), e593-e601. <https://doi.org/10.3747/co.20.1543>
- Carvalho, B., Sutton, C., Lepner, D., & Crowley, M. (2023). Post-cesarean delivery analgesia. In: *UpToDate*, Post TW (Ed), Wolters Kluwer. (Accessed on December 20, 2023.)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2017). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011. Last update: July 2017. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/bsiguideguidelines-H.pdf>
- Ceydeli, A., Rucinski, J., & Wise, L. (2005). Finding the best abdominal closure: an evidence-based review of the literature. *Current surgery*, 62(2), 220-225. <https://doi.org/10.1016/j.cursur.2004.08.014>
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2017). Parecer 95/CNECV/2017. Relatório e Parecer sobre a transmissão de informação relativa às diretivas antecipadas de vontade. <https://www.cnevc.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-n-o-95-cnevc-2017-sobre-a-transmissao-de-informacao-rela>
- CORONIS collaborative group, Abalos, E., Addo, V., Brocklehurst, P., El Sheikh, M., Farrell, B., Gray, S., Hardy, P., Juszczak, E., Mathews, J. E., Naz Masood, S., Oyarzun, E., Oyieke, J., Sharma, J. B., & Spark, P. (2016). Caesarean section surgical techniques: 3 year follow-up of the CORONIS fractional, factorial, unmasked, randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 388(10039), 62-72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00204-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00204-X)
- Darrah, D. M., Griebeling, T. L., & Silverstein, J. H. (2009). Postoperative urinary retention.

Anesthesiology clinics, 27(3). <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2009.07.010>

Dawson, S. (2009). Princípios de Preparação Pré-Operatória. Em Manley, K., & Bellman, L., Enfermagem Cirúrgica – Prática Avançada. Lusociência.

Dias, D., & Fernandes, S. (2022). A investigação e a enfermagem: uma reflexão sobre a sua utilidade na prática clínica. Revista AESOP, XXII (47), 10-13.

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2003). Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2013). Circular Normativa 02/2013: Cirurgia segura, salva vidas. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015). Norma 001/2015 - Registo de Indicações de Cesariana. Direção-Geral da Saúde. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_001_2015%2001.2015.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). Norma Clínica nº 001/2017 de 08/02/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2022). Norma Clínica 019/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2022). Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico.

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2022b). Norma Clínica: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022: “Feixe de intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0202015-de-15122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>

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

Duarte, A., & Martins, O. (2019). Controlo da Infecção Hospitalar. Lidel.

Entidade Reguladora da Saúde [ERS] (2023). Acesso e atividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetrícia - partos. Entidade Reguladora da Saúde. https://www.ers.pt/media/micix0ed/im_obstetrícia_02-2023.pdf

Eugia Pharma (1993). Oxitocina Generis: resumo das características do medicamento (aprovado em 02-11-1993 pelo INFARMED). Eugia Pharma (Malta) Limited.

European Operating Room Nurses Association [EORNA] (2019). EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing. Acedido 28/02/2024. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Common-Core-Curriculum-for-Perioperative-Nursing-Third-Edition-2019.pdf>

Ferreira, E. (2019). Vigilância das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. Em Duarte, A., & Martins, O., Controlo da Infecção Hospitalar (p. 183-196). Lidel.

Ferreira, J., Silva, M., Mussarelli, Y., Melo, A., & Torres, A. (2021). Cuidados humanizados no pós-operatório de cesárea: uma revisão integrativa. Revista Faculdades do Saber, 06(13), 952-962.

Ferrito, C. (2014). Conceitos Básicos de Enfermagem Perioperatória. Em Martins, O., & Duarte, A., Enfermagem em Bloco Operatório (p. 3-9). Lidel.

Fischer, S. (2017). Developing nurses' transformational leadership skills. Nursing Standard, 31(51). <https://doi.org/10.1111/jan.13049>

Fontanarosa, M., & Fontanarosa, N. (2008). Incision-to-delivery interval and neonatal wellbeing during cesarean section. Minerva ginecologica, 60(1), 23-27.

Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta.

Fresenius Kabi Pharma (2008). Brometo de Rocurónio Kabi: resumo das características do medicamento (aprovado em 21-06-2011 pelo INFARMED). Fresenius Kabi Pharma Portugal, Lda.

Fresenius Kabi Pharma (2010). Ropivacaína Kabi: resumo das características do medicamento (aprovado em 23-04-2010 pelo INFARMED). Fresenius Kabi Pharma Portugal, Lda.

Fresenius Kabi Pharma (2015). Levobupivacaína Kabi: resumo das características do medicamento (aprovado em 05-06-2015 pelo INFARMED). Fresenius Kabi Pharma Portugal, Lda.

Fresenius Kabi Pharma (2017). Dexametasona Kabi: resumo das características do medicamento (aprovado em 03-08-2017 pelo INFARMED). Fresenius Kabi Pharma Portugal, Lda.

Gago, C., & Martins, O. (2014a). Colocação da Bata e Antissepsia das Mãos. Em Martins, O., & Duarte, A., Enfermagem em Bloco Operatório (p. 137-141). Lidel.

Gago, C., & Martins, O. (2014b). Lavagem e Antissepsia da Pele na Área Operatória. Em Martins, O., & Duarte, A., Enfermagem em Bloco Operatório (p. 145-151). Lidel.

- Garcia, M. J. (2006). Protocolos em Analgesia Pós-Operatória. Permanyer Portugal.
- Gates, S., & Anderson, E. R. (2013). Wound drainage for caesarean section. The Cochrane database of systematic reviews, (12), CD004549. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004549.pub3>
- Giacalone, P. L., Daures, J. P., Vignal, J., Herisson, C., Hedon, B., & Laffargue, F. (2002). Pfannenstiel versus Maylard incision for cesarean delivery: A randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology*, 99(5 Pt 1), 745-750. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(02\)01957-9](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(02)01957-9)
- Ginsberg, S. H., Pantin, E., Kraidin, J., Solina, A., Panjwani, S., & Yang, G. (2013). Noise levels in modern operating rooms during surgery. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 27(3), 528-530. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2012.09.001>
- Goulart, A., & Martins, S. (2010). Íleo paralítico pós-operatório: Fisiopatologia, prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*, 7(2), 60-67
- Grant, L. C., Nicholson, P. F., Davidson, B., & Manias, E. (2021). 'Can you hear me?' barriers to and facilitators of communication in the presence of noise in ther operating room. *Journal of Perioperative Nursing*, 34(3). <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1132>
- Hameln Pharma GmbH (2018). Alfentanilo Hameln: resumo das características do medicamento (aprovado em 18-01-2018 pelo INFARMED). Hameln Pharma GmbH.
- Hernández, C., Gómez-Urquiza, J. L., Pradas-Hernández, L., Vargas Roman, K., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 77(8), 3274-3285. <https://doi.org/10.1111/jan.14827>
- International Council of Nurses [ICN] (s.d.). Retrieved December 20, 2023, from <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Ilias, E. J. (2006). Como diminuir o íleo pós-operatório?. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 52(1), 5-5. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302006000100006>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2020). Manual de suporte avançado de vida.
- Jesus, J., & Abreu, V. (2014). Humanização em Bloco Operatório. Em Martins, O., & Duarte, A., *Enfermagem em Bloco Operatório* (p. 39-47). Lidel.
- Kurmann, A., Peter, M., Tschan, F., Mühlemann, K., Candinas, D., & Beldi, G. (2011). Adverse effect of noise in the operating theatre on surgical-site infection. *The British journal of surgery*, 98(7), 1021-1025. <https://doi.org/10.1002/bjs.7496>
- Kwong, A., & Sabel, M. (2022). Mastectomy. In: UpToDate, Chen, W. (Ed), Wolters Kluwer. (Accessed on February 1, 2024.)

Labesfal (1990). Cloreto de Sódio 0,9% Labesfal: resumo das características do medicamento (aprovado em 11-06-1990 pelo INFARMED). Labesfal - Laboratórios Almiro, S.A.

Labesfal (1998). Clincina: resumo das características do medicamento (aprovado em 15-05-1998 pelo INFARMED). Labesfal - Laboratórios Almiro, S.A.

Labesfal (2001). Ondansetrom Labesfal: resumo das características do medicamento (aprovado em 10-02-2001 pelo INFARMED). Labesfal - Laboratórios Almiro, S.A.

Laboratórios Basi (2007). Morfina Basi: resumo das características do medicamento (aprovado em 24-04-2007 pelo INFARMED). Laboratórios Basi - Indústria Farmacêutica, S.A.

Laboratórios Basi (2011). Solução polieletrólítica Basi: resumo das características do medicamento (aprovado em 26-04-2011 pelo INFARMED). Laboratórios Basi - Indústria Farmacêutica, S.A.

Leavitt, B. G., Huff, D. L., Bell, L. A., & Thurnau, G. R. (2007). Placental drainage of fetal blood at cesarean delivery and feto maternal transfusion: a randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology*, 110(3), 608-611. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000277262.80793.0d>

Lima, D. (2013). Os cuidados de enfermagem no puerpério cirúrgico: Aplicação de um modelo de cuidado [Master's thesis].

Liu, K., Scott, J. B., Jing, G., & Li., J. (2021). Management of Postoperative Hypoxemia. *Respiratory Care*, 66(7), 1136-1149. <https://doi.org/10.4187/respcare.08929>

Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Acedido em 29/02/2024. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf

Ludwig, R. B., Paludo, J., Fernandes, D., & Scherer, F. (2013). Menor tempo de jejum pré-operatório E alimentação precoce no POS-operatório Sao seguros? *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 26(1), 54-58. <https://doi.org/10.1590/s0102-67202013000100012>

Lukasiewicz, S., Czezelewski, M., Forma, A., Baj, J., Sitarz, R., & Stanisławek, A. (2021). Breast Cancer-Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies-An Updated Review. *Cancers*, 13(17), 4287.

Luthra, G., Gawade, P., Starikov, R., & Markenson, G. (2013). Uterine incision-to-delivery interval and perinatal outcomes in transverse versus vertical incisions in preterm cesarean deliveries. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 26(18), 1788-1791. <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.811226>

Machado, H. (2013). Manual de Anestesiologia. Lidel.

Machado, H. (2019). Protocolos em Anestesiologia. Lidel.

Mackeen, A. D., Schuster, M., & Berghella, V. (2015). Suture versus staples for skin closure after cesarean: a metaanalysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 212(5), <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.12.020>

Mak, S., & Thomas, A. (2022). Steps for Conducting a Scoping Review. *Journal of graduate medical education*, 14(5), 565-567. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00621.1>

Malley, A., Kenner, C., Kim, T., & Blakeney, B. (2015). The role of the nurse and the preoperative assessment in patient transitions. *AORN journal*, 102(2), 181.e1-181.e1819. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.06.004>

Martins, A. A., Alves, C., & Pereira, L. (2013) Insuficiência Respiratória e outras Complicações Pós operatórias. In Machado, H., Manual de Anestesiologia (p. 641 a 642). Lidel.

Martins, F. (2013). Unidade de cuidados pós-anestésicos. In Machado, H. Manual de Anestesiologia. Lidel.

Mata, L., Ferreira, T. & Carvalho, E. (2013). Ações de Enfermagem no período peri operatório e pré-operatório da prostatectomia. *Revista Investigação Educação Enfermagem*, 31(3), 406-412.

Matos, F., Sales, L., Baquero, L., & Bilbao, M. (2021). Cirurgia segura. Em Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S., Guia Prático Para a Segurança do Cliente (p. 235-246). Lidel

Maya, A. (2022) Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. *Invest. Educ. Enferm.*, 40(2): e02. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>.

McLaughlin S. A. (2013). Surgical management of the breast: breast conservation therapy and mastectomy. *The Surgical clinics of North America*, 93(2), 411-428. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2012.12.006>

Medochemie (2019). Sontilen: resumo das características do medicamento (aprovado em 03-04-2019 pelo INFARMED). Medochemie Ltd

Meleis, A. (2012) *Theoretical Nursing Development & Progress* (5ª ed.). Lippincott William & Wilkins, Wolters Kluwer.

Menoita, E., & Sousa, D. (2021). Desafios para a Segurança do Doente: Prevenção e Controlo das Úlceras por Pressão no Adulto. Em Barroso, Sales & Ramos, Guia Prático para a Segurança do Doente (p. 289-306). Lidel.

Miller, M., Roxburgh, C. S., McCann, L., Connaghan, J., Van-Wyk, H., McSorley, S., & Maguire, R. (2020). Development of a remote monitoring application to improve care and support patients in the first 30 days following colorectal cancer surgery. *Seminars in Oncology Nursing*, 36(6),

151086. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2020.151086>

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2006). Decreto-Lei nº 74/2006 - Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1ª Série-A, 60 (março): 2242-2257. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>

Ministério da Saúde (2009). Estabelece as regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respectivos acessórios [...]. Diário da República, 1ª Série, 115 (junho): 3707 - 3765. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/145-2009-494558>

Ministério da Saúde (2021). Relatório Anual: Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2021. Ministério da Saúde.

Nixon, H., Leffert, L., Hepner, D., & Crowley, M. (2023). Anesthesia for cesarean delivery. In: UpToDate, Post TW (Ed), Wolters Kluwer. (Accessed on December 20, 2023.)

Nunes, L. (2007). Ética das Profissões de Saúde. Em Ética das Profissões. Faculdade de Filosofia.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual e Enunciados Descritivos. Acedido em 29/02/2024. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Lei n.º 156/2015 - [...] Estatuto da Ordem dos Enfermeiros [...]. Diário da República, 1ª Série, 181 (setembro): 8059-8105. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica [...]. Acedido em 29/02/2014. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento no 76/2018 - Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Diário da República, 2ª Série, 21 (janeiro): 3478-3487. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>

Ordem dos Enfermeiros (2018b). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2ª Série, 135 (julho): 19359-19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série, 26 (fevereiro): 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2ª Série, 184 (setembro): 128-155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros (2021a). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Acedido a 28/02/2024. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendacoes-para-estagio-e-relatorio-da-componente-clinica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2021b). Ontologia Enfermagem. Acedido em 29/02/2014. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-dos-enfermeiros-lanca-browser-ontologia-de-enfermagem/>

Ordem dos Enfermeiros (2023). Parecer do Conselho de Enfermagem nº 275/2023. Responsabilidades do Enfermeiro na transição de cuidados no intraoperatório, para a unidade de cuidados pós anestésicos. Acedido em 29/02/2024. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28634/parecer-ce-n%C2%BA-275-2023_responsabilidade-do-enfermeiros-na-transi%C3%A7%C3%A3o-de-cuidados-do-intraoperat%C3%B3rio-para-a-uc-posanestesicos_anonimizado.pdf

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2020). Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde. Acedido em 29/02/2024. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Orshan, S. (2010). Enfermagem na Saúde das Mulheres, das Mães e dos Recém-Nascidos. Artmed.

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

Pécora, M., Malbouisson, L. M., & Torres, M. L. (2009). Uso de oxigênio suplementar para prevenção de náuseas e vômitos pós-operatórios em cesarianas eletivas sob anestesia regional. Revista Brasileira de Anestesiologia, 59(5), 559-568.

Pek, C., Tey, J., & Tan E. (2016). Ambulatory surgery for the patient with breast cancer: current perspectives. Open Access Surgery, 9, 65-70

Penaforte, H., Sá, C., Seara, L., Costa, M., & Mendes, A. (2019). Normotermia no perioperatório: Perspetiva do enfermeiro. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 2(1), 7-17.

Pereira, A. (2019). Conceito de Infecção Hospitalar. Em Duarte, A., & Martins, O., Controlo da Infecção Hospitalar (p. 15-21). Lidel.

Pergialiotis, V., Mitsopoulou, D., Biliou, E., Bellos, I., Karagiannis, V., Papapanagiotou, A.,

- Rodolakis, A., & Daskalakis, G. (2021). Cephalad-caudad versus transverse blunt expansion of the low transverse hysterotomy during cesarean delivery decreases maternal morbidity: a meta-analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 225(2), 128.e1-128.e13. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.04.231>
- Pergialiotis, V., Prodromidou, A., Perrea, D. N., & Doumouchtsis, S. K. (2017). The impact of subcutaneous tissue suturing at caesarean section on wound complications: a meta-analysis. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 124(7), 1018-1025. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14593>
- Pinheiro, T., & Costa, I. (2014). Registos de Enfermagem no Bloco Operatório. Em Martins, O., & Duarte, A., *Enfermagem em Bloco Operatório* (p. 47-53). Lidel.
- Ramos, S., Sales, L. & Barroso, F. (2021) Segurança do Cliente: princípios e conceitos. Em Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S., *Guia Prático Para a Segurança do Cliente* (p. 3-9). Lidel
- Registo Oncológico Nacional (2023). Mama - Epidemiologia. <https://ron.min-saude.pt/pt/tumor/top5/mama/Epidemiologia/Toptumor.aspx>
- Reis, A., & Silva, A. (2014). Gestão de Risco. Em Martins, O., & Duarte, A., *Enfermagem em Bloco Operatório* (p. 195-207). Lidel.
- Ribeiro, A. (2023). Guia de Introdução “Estágio de Natureza Profissional Módulo II”. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ribeiro, J. (2014). Carcinoma da Mama. Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde.
- Rodrigues, L. (2019). Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: O Estado da Arte. Em Duarte, A., & Martins, O., *Controlo da Infecção Hospitalar* (p. 25-37). Lidel.
- Rothorck, J., & Smith, D. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN Journal*, 71(5), 1030-1037. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61552-4)
- Sabel, M. (2023). Breast-conserving therapy. In: UpToDate, Chen, W. (Ed), Wolters Kluwer. (Accessed on February 1, 2024.)
- Saldanha, L., Pinto, N., & Franco, S. (2013). Anestesia para Obstetrícia. In *Manual de Anestesiologia* (1st ed., pp. 565-589). Lidel.
- SanarMed (2023). Oxigenoterapia: Manual dos dispositivos de oxigenação. <https://www.sanarmed.com/oxigenoterapia-dispositivos-de-oxigenacao-yellowbook>
- Sandoz (2022). Sugamadex Sandoz: resumo das características do medicamento (aprovado em 02-03-2022 pelo INFARMED). Sandoz Farmacêutica, Lda.
- Sanofi (1996). Primperan: resumo das características do medicamento (aprovado em 26-02-1996 pelo INFARMED). Sanofi - Produtos Farmacêuticos, Lda.

- Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lidel.
- Sessler, C. N., Grap, M. J., & Brophy, G. M. (2001). Multidisciplinary management of sedation and analgesia in critical care. *Seminars in respiratory and critical care medicine*, 22(2), 211-226.
- Shastay, A. (2016). Evidence-based safe practice guidelines for I.V. push medications. *Nursing*, 46(10), 38-44. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000494641.31939.46>
- Sheehan, S. R., Montgomery, A. A., Carey, M., McAuliffe, F. M., Eogan, M., Gleeson, R., Geary, M., Murphy, D. J., & ECSSIT Study Group (2011). Oxytocin bolus versus oxytocin bolus and infusion for control of blood loss at elective caesarean section: double blind, placebo controlled, randomised trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, d4661. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4661>
- Shi, Z., Ma, L., Yang, Y., Wang, H., Schreiber, A., Li, X., Tai, S., Zhao, X., Teng, J., Zhang, L., Lu, W., An, Y., Alla, N. R., & Cui, T. (2011). Adhesion formation after previous caesarean section-a meta-analysis and systematic review. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 118(4), 410-422. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02808.x>
- Silva, A., & Nascimento, S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 6(13), 946-969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Smith, I., Kranke, P., Murat, I., Smith, A., O'Sullivan, G., Sreide, E., Spies, C., & In't Veld, B. (2011). Perioperative fasting in adults and children. *European Journal of Anaesthesiology*, 28(8), 556-569.
- Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2017). Recomendações da SPA para Manutenção de Normotermia no Período Perioperatório. Conselhos da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia.
- Sotto, K., Burian, B., & Brindle, M. (2021). Impact of the WHO Surgical Safety Checklist Relative to Its Design and Intended Use: A Systematic Review and Meta-Meta-Analysis. *Journal of the American College of Surgeons*, 233. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2021.08.692>
- Sousa, H. & Marques, O. (2014). Anestesia. In A. Duarte & O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 69 a 92). Lidel.
- Sousa, M., & Ambrósio, R. (2013). Anestesia do Neuroeixo. In *Manual de Anestesiologia* (1st ed., pp. 298-307). Lidel.
- Sousa, S. (2019). Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Materiais. Em Duarte, A., & Martins, O., *Controlo da Infecção Hospitalar* (p. 37-46). Lidel.
- Spry, C. (2009). *Essentials of perioperative nursing* (4ª ed.). Jones and Bartlett Publishers.
- Tavares, J. (2013) *Farmacologia Essencial para Anestesiologia*. In H. Machado, *Manual de Conceção de cuidados em contexto de perioperatório Anestesiologia* (pp. 74-81). Lidel.

Taylor, D. (2014). Perioperative leadership: managing change with insights, priorities, and tools. *AORN journal*, 100(1), 8-29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2013.06.013>

Turunen, E., Miettinen, M., Setälä, L., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). An integrative review of a preoperative nursing care structure. *Journal of clinical nursing*, 26(7-8), 915-930. <https://doi.org/10.1111/jocn.13448>

Van Wicklin, S. (2020). The perioperative patient focused model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 100083. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>

Vasković, J. (2022). Mama feminina. Kenhub GmbH. <http://www.kenhub.com/en/library/anatomy/breast>

Viatis Healthcare (1976). Brufen: resumo das características do medicamento (aprovado em 11-11-1976 pelo INFARMED). Viatis Healthcare, Lda.

Vieira, V., Marcos, A., Patuleia, D., & Lança, F. (2012). Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória - Recomendações Portuguesas para a Profilaxia e Tratamento das Náuseas e Vômitos no Pós-operatório em Cirurgia de Ambulatório.

8. ANEXOS

Anexo I

**TRANSPORTE, RECEÇÃO, ACONDICIONAMENTO E DEVOLUÇÃO
DE SANGUE E HEMODERIVADOS NO BLOCO OPERATÓRIO**

1. OBJETIVO

Descrever o circuito do sangue e hemoderivados no Bloco Operatório, abrangendo o transporte, recepção, armazenamento e devolução (quando aplicável).

2. ÂMBITO

Aplica-se aos Enfermeiros e Assistentes Operacionais do Bloco Operatório, e aos profissionais do Serviço de Imunohemoterapia.

3. RESPONSABILIDADES

Compete ao Enfermeiro Gestor do Bloco Operatório a implementação deste procedimento.

4. REFERÊNCIAS, DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E PALAVRAS CHAVE

AO – Assistente Operacional

IHT - Imunohemoterapia

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

Palavras Chave: Sangue; Hemoderivados.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Para garantir a prática segura do circuito do sangue e hemoderivados no Bloco Operatório, devem ser salvaguardados alguns passos, cumprindo as seguintes orientações:

5.1. Transporte

- O transporte e a distribuição de sangue e de componentes sanguíneos em todas as fases da cadeia de transfusão deve realizar-se em condições que mantenham a integridade do produto;
- A acompanhar a unidade a transfundir é enviado o IMP.093 – *Rastreabilidade do Sangue*, com dois autocolantes de identificação por cada unidade;
- O transporte do sangue e componentes é efetuado em mala de transporte isotérmico, fechado, no qual é colocado um acumulador de frio, de acordo com o número de unidades enviadas;
- A embalagem deve preservar a integridade e a temperatura de armazenamento do sangue e dos componentes sanguíneos durante a distribuição e o transporte;
- O transporte deverá ser realizado com o cuidado necessário para evitar agitação excessiva, evitando embates, acidentes e paragens desnecessárias;

**TRANSPORTE, RECEÇÃO, ACONDICIONAMENTO E DEVOLUÇÃO
DE SANGUE E HEMODERIVADOS NO BLOCO OPERATÓRIO**

- O tempo de transporte não deverá exceder os 15 minutos (30 minutos, tempo que medeia entre a saída do Serviço de IHT e o início da administração);
- Os componentes sanguíneos não devem ser deixados dentro da mala de transporte aquando da chegada ao Bloco Operatório;
- A mala de transporte isotérmico deve ser arrumada aberta, vazia e em local próprio.

5.2. Receção

- Ao receber as unidades de sangue, o AO do Controlo verifica se os componentes correspondem ao pedido, regista a hora da receção e rubrica no IMP.093 – *Rastreabilidade do Sangue*, dando prioridade ao acondicionamento ou (entrega) distribuição das unidades.
- Caso seja administrada de imediato, entrega a unidade de sangue à sala operatória, conforme indicação do enfermeiro que o solicitou;
- Caso não seja administrada de imediato, a unidade de sangue deve ser conservada adequadamente num frigorífico específico, na UCPA.

5.3. Acondicionamento

- O BO encontra-se dotado de refrigerador exclusivo para conservação do sangue e hemoderivados (com temperatura controlada entre +2°C e +6°C), com registo gráfico de temperatura e alarme sonoro, bem como de malas de transporte isotérmico;
- O sangue e os componentes sanguíneos autólogos, bem como os componentes sanguíneos colhidos e preparados para fins específicos, devem ser armazenados separadamente;
- As unidades devem ser aplicadas o mais cedo possível. Caso contrário, conservar os glóbulos rubros e plasma fresco no frigorífico a 4°C, e as plaquetas à temperatura ambiente com agitação;
- As unidades devem ser aplicadas o mais cedo possível. Caso tal não seja possível, a conservação dos componentes deve ser realizada nas seguintes condições:

Componente	Temperatura de armazenamento
Preparações de eritrócitos e de sangue total (se usado em transfusões como sangue total)	+ 2°C a + 6°C
Preparações de plaquetas	+ 20°C a + 24°C
Granulócitos	+ 20°C a + 24°C

- As preparações de eritrócitos e de sangue total mantêm a sua integridade fora das condições de conservação até um máximo de 30 minutos;
- O armazenamento é efetuado no frigorífico da UCPA, cumprindo as condições de conservação;
- Diariamente, é efetuado controlo quatro vezes, em diferentes períodos, sendo verificada a presença de unidades de sangue que tenham sido pedidas para a rotina cirúrgica e que ficam armazenadas no frigorífico da UCPA, e registado no IMP.BOP. 051 – *Verificação de Sangue e outros Hemoderivados*

**TRANSPORTE, RECEÇÃO, ACONDICIONAMENTO E DEVOLUÇÃO
DE SANGUE E HEMODERIVADOS NO BLOCO OPERATÓRIO**

- *Frigorífico UCPA*, para assegurar a devolução ao Serviço de Sangue aquando da saída do doente para o internamento.

5.4. Devolução

- No caso de as unidades não serem administradas, a devolução deve obedecer os seguintes requisitos:
 - As unidades, o IMP.093 – Rastreabilidade do Sangue e os autocolantes mantêm-se no bloco, armazenadas em frigorífico próprio e devem ser devolvidas aquando da saída do doente para o internamento.
 - Cada componente devolvido deverá ter uma ficha individual de devolução totalmente preenchida, com o motivo da devolução;
 - Os componentes devem ser devolvidas respeitando as condições de armazenamento em mala de transporte isotérmico.

5.3. Outros

- Entre as 21:00h e 08:00h, e por razões de segurança/estruturais/logística, o envio de pedidos de transfusão deve ser previamente precedido de contacto telefónico através da extensão 13107;

6. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- IMP.BOP.051 - Verificação de Sangue e outros Hemoderivados no Frigorífico da UCPA;
- PRO.140 - Requisição a Administração de Transfusão de Sangue e Componentes;
- IMP.IHEM.005 – Pedido de Transfusão Urgentes e Não Urgentes dos Serviços e para a Rotina Cirúrgica;
- IMP.093 – Rastreabilidade do Sangue.

Referências Bibliográficas:

- Ministério da Saúde. *Regime jurídico da qualidade e segurança do sangue humano e dos componentes sanguíneos, respectivas exigências técnicas, requisitos de rastreabilidade e notificação de reacções e incidentes adversos graves e as normas e especificações relativas ao sistema de qualidade dos serviços de sangue, com vista a assegurar um elevado nível de protecção da saúde pública*. Decreto-lei 267/2007, de 24 de Julho. Diário da República n.º 141/2007, Série I de 2007-07-24.

ELABORADO/ REVISTO

[Função]
[Nome]

VALIDADO

[Função]
[Nome]

APROVADO

[Função]
[Nome]

Anexo II

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **Cátia Raquel da Costa Pinto**, nascida/o a 03/01/1997, nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Cartão de Cidadão nº 15350507 9 ZX9, participou na acção de formação/**Webinar** subordinado ao tema Projetos de Melhoria Contínua, com a duração de 2 Horas, no dia 29/11/2023.

Ovar, 04 de dezembro de 2023

(A Presidente da Associação Sindical Portuguesa dos Enfermeiros)

ASSOCIAÇÃO SINDICAL PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS

Anexo III

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que, Cátia Raquel da Costa Pinto, participou no Congresso "I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia do IPO-Porto - Diferenciação da Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade, futuro e desafios?" que decorreu no Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., entre os dias 2024-02-16 e 2024-02-17 com 10 horas de duração.

Comissão Organizadora

Comissão Organizadora

Comissão Científica

Comissão Científica

EPOP

Diretor da EPOP

PROGRAMA

- Sessão de abertura

- A Transição do conhecimento da academia à prática clínica

Supervisão Clínica em contexto perioperatório: Que Modelo de concretização?

Impacto do MEMC à Pessoa em Situação Perioperatória no exercício profissional do enfermeiro: Qual a perspetiva?

Unidades de Investigação em Enfermagem: Contributos para o exercício da enfermagem perioperatória

- Enfermagem perioperatória em oncologia: Que diferenciação?

STOP infeção versão 2.0- Infeção do local cirúrgico

Avaliação da competência para o autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal: intervenção do enfermeiro perioperatório

O enfermeiro perioperatório em cirurgia de ambulatório: atuação no processo de transição saúde/doença da pessoa

- Comunicações Livres

- Sessão de Posters

- Inovação em Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade e perspetivas

A sustentabilidade ambiental em bloco operatório: qual o caminho?

Quimioterapia intraperitoneal: avanços no contexto perioperatório

Cirurgia Robótica e os desafios da inovação para a enfermagem

- Qualidade e segurança em ambiente perioperatório

Impacto da cultura organizacional na qualidade e segurança nos cuidados

Ambientes de prática de enfermagem e a segurança do doente em bloco operatório

Gestão de risco em bloco operatório: reflexo na segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem

- Gestão e Liderança na Humanização dos Cuidados de enfermagem perioperatória

Idoneidade Formativa em contexto Perioperatório: Um percurso...

Humanização dos Cuidados de Enfermagem Perioperatoria - "Projeto Humanizar +"

Liderança e inteligência Emocional: Como desenvolver competências?

- Entrega de prémios

- Sessão de Encerramento

Anexo IV

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que foi apresentada a Comunicação Oral sobre o tema "USO DE APLICAÇÕES MÓVEIS E AUTOGESTÃO DE SINTOMAS DA PESSOA EM SITUAÇÃO PÓSOPERATÓRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA", da autoria de Cátia Raquel da Costa Pinto; [REDACTED]; no evento "I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia do IPO-Porto - Diferenciação da Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade, futuro e desafios", realizado no Instituto Portugues de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., entre os dias 2024-02-16 e 2024-02-17. Este trabalho foi distinguido com a atribuição de "Menção Honrosa" pela Comissão Responsável.

Comissão Organizadora

Comissão Organizadora

Comissão Científica

Comissão Científica

EPOP

Diretor da EPOP