

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

### **EDUPOP – APP MÓVEL COMO INTERVENÇÃO EDUCATIVA PERIOPERATÓRIA EM CLIENTES SUBMETIDOS A TIROIDECTOMIA EM REGIME AMBULATORIO**

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

### **EDUPOP – MOBILE APP AS A PERIOPERATIVE EDUCATIONAL INTERVENTION FOR CLIENTS UNDERGOING THYROIDECTOMY ON AN OUTPATIENT BASIS**

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

**Orientador**

**Profª Drª Cristina Maria Correia Barroso Pinto**

**Co-Orientador**

**Profª Maria de Fátima Segadães Moreira**

**Autor**

**Ana Carolina Duarte Nogueira da Silva Cortez**



**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**

**EDUPOP - APP MÓVEL COMO  
INTERVENÇÃO EDUCATIVA  
PERIOPERATÓRIA EM CLIENTES  
SUBMETIDOS A TIROIDECTOMIA  
EM REGIME AMBULATÓRIO**

**Orientador(es)**

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

Maria de Fátima Segadães Moreira  
*Professor Adjunto, Mestre*

**Autor**

Ana Carolina Duarte Nogueira da Silva Cortez

**Porto, 2024**



## RESUMO

O presente documento, realizado no âmbito da conclusão do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, preconiza a análise crítica do processo de aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Este processo de aquisição e desenvolvimento de competências resulta de uma relação simbiótica entre a componente teórica, decorrente das unidades curriculares que constam do plano de estudos deste curso, e a componente prática, decorrente dos estágios de natureza profissional, realizados em contexto de Unidade de Cirurgia de Ambulatório e de Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. A metodologia utilizada consiste na descrição e reflexão sobre as atividades desenvolvidas, com base em evidência científica.

As competências relacionadas com a conceção de cuidados são espelhadas no desenvolvimento dos casos clínicos "Tiroidectomia Total" e "Faloplastia com retalho antebraquial esquerdo", elaborados na plataforma E4Nursing. O primeiro caso clínico relaciona-se diretamente com o projeto de desenvolvimento profissional elaborado, nomeado de "*EduPOp - App móvel como intervenção educativa perioperatória em clientes submetidos a tiroidectomia em regime ambulatório*". O segundo caso clínico surge da emergência de aquisição de conhecimento e competências nesta área cirúrgica.

As aplicações móveis, como intervenções educativas perioperatórias, podem melhorar o nível de conhecimento e a satisfação dos clientes, a adesão à medicação, os resultados clínicos e os resultados em saúde, constituindo uma solução económica e altamente acessível a clientes que aguardam cirurgia.

Assim, com base na observação das práticas no primeiro contexto clínico, surgiu a temática para o meu projeto de desenvolvimento profissional. Propus-me estudar a viabilidade de uma aplicação móvel como intervenção educativa perioperatória, que vise capacitar e empoderar o cliente para a gestão da sua experiência cirúrgica, através de vídeos explicativos que beneficiam de uma abordagem multidisciplinar. O projeto é direcionado para uma cirurgia em específico: a tiroidectomia. A escolha desta cirurgia constituiu um desafio pela sua complexidade e possibilidade de incluir contributos de vários especialistas.



## **ABSTRACT**

This document, carried out as the conclusion of the Master Degree in Nursing for the Person in Perioperative Situation, at Escola Superior de Enfermagem do Porto, advocates a critical analysis of the process of acquisition and development of skills in this area.

This process of acquiring and developing skills results from a symbiotic relationship between the theoretical component, resulting from the curricular units included in the syllabus of this course, and the clinical component, resulting from professional internships, carried out in the context of an Ambulatory Surgery Unit and a Post-Anesthetic Care Unit. The methodology used consists in describing and reflecting about the activities developed, based on scientific evidence.

The skills related to care design are reflected in the development of the clinical cases "Total Thyroidectomy" and "Phalloplasty with left antebrachial flap", carried on E4Nursing platform. The first clinical case is directly related with the professional project developed, named "EduPOp - Mobile app as a perioperative educational intervention for clients undergoing thyroidectomy on an outpatient basis". The second clinical case arises from the emergency need of acquisition of knowledge and skills in this surgical area.

Mobile applications, as perioperative educational interventions, can improve the client knowledge level and satisfaction, medication adherence, clinical outcomes and health outcomes, providing an affordable and highly accessible solution for clients awaiting surgery.

Thus, based on observation of practices in the first clinical context, the theme for my professional project emerged. I aimed to study the feasibility of a mobile application as a perioperative educational intervention, which aims to teach and empower the client to manage their surgical experience, through explanatory videos that benefit from a multidisciplinary approach. The project focuses on a specific surgery: thyroidectomy. The choice of this surgery was a challenge due to its complexity and the possibility of including contributions from several specialists.



## **ABREVIATURAS**

**AESOP** - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

**AORN** - Association of Perioperative Registered Nurses

**ATA** - American Thyroid Association

**BOC** - Bloco Operatório Central

**CA** - Cirurgia de Ambulatório

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CVP** - Cateter Venoso Periférico

**CD** - Código Deontológico

**DGS** - Direção-Geral da Saúde

**IAAS** - International Association for Ambulatory Surgery

**IACS** - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

**IEP** - Intervenção Educativa Perioperatória

**MS** - Ministério da Saúde

**NVPO** - Náuseas e Vômitos Pós-Operatórios

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PNSD** - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**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) .....	15
3. TIROIDECTOMIA TOTAL .....	19
3.1. Enquadramento teórico .....	19
3.2. Clientes .....	24
3.3. Medicação .....	24
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	25
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	27
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	31
3.5. Domínios .....	35
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	36
3.6. Conceção de Cuidados .....	46
3.7. Especificação das intervenções .....	51
3.8. Síntese relativa ao caso .....	53
4. FALOPLASTIA COM RETALHO ANTEBRAQUIAL RADIAL ESQUERDO .....	55
4.1. Enquadramento teórico .....	55
4.2. Clientes .....	57
4.3. Medicação .....	58
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	58
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	60
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	65
4.5. Domínios .....	68
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	69
4.6. Conceção de Cuidados .....	78
4.7. Síntese relativa ao caso .....	83
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	85
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	117
7. BIBLIOGRAFIA .....	119
ANEXOS .....	133



## ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

### TABELAS

**Tabela 1** - Critérios de admissão sociais e clínicos para CA (Adaptado: IAAS, 2014)

### FIGURAS

**Figura 1** - Processo Assistencial Integrado da UCA (Fonte: própria)

**Figura 2** - Vista frontal da glândula tiroideia (Seeley, 2011, p.636)

**Figura 3** - Abordagem cirúrgica na tiroidectomia (Fonte: própria)

**Figura 4** - Exemplo de dimensão da ferida cirúrgica, no caso de tiroidectomia total (Fonte: própria)

**Figura 5** - Exemplo de aplicação de penso da ferida cirúrgica, em caso de tiroidectomia (Fonte: própria)

**Figura 6** - Hiperextensão cervical, característica do procedimento intra-operatório de tiroidectomia (Fonte: <https://relatosdocbc.org.br>)

**Figura 7** - Dimensões da sexualidade humana (Adaptado de Henriques, 2021)

**Figura 8** - Apresentação principal da *app* móvel (Fonte: própria)

**Figura 9** - Apresentação secundária da *app* móvel (Fonte: própria)



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular "Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo II", inserida no ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Este documento espelha os contributos do projeto de desenvolvimento profissional para o desenvolvimento das competências clínicas especializadas, bem como de outras atividades desenvolvidas em contexto de estágio, onde se salienta a reflexão sobre a conceção de cuidados de enfermagem e o contributo para a melhoria da sua qualidade.

O relatório final de estágio constitui um instrumento crucial na avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências, uma vez que se espera uma reflexão crítica, objetiva, contextualizada e fundamentada, ancorada à investigação produzida (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021).

A "pessoa em situação perioperatória" é qualquer pessoa que, ao longo do seu ciclo de vida, necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos (OE, 2017). O aumento da esperança média de vida e consequentes taxas de morbilidades, aliados à evolução tecnológica, exigem uma prestação de cuidados cada vez mais complexa e diferenciada a estes clientes.

Por outro lado, a cirurgia de ambulatório (CA) assume um forte crescimento a nível global. Este regime cirúrgico caracteriza-se por inúmeras vantagens, como a diminuição de taxas de complicações pós-operatórias, dor pós-operatória e risco de tromboembolismo, em virtude da deambulação precoce, diminuindo o risco de exposição a infeções nosocomiais, associados à hospitalização (Despacho n.º 1380/2018).

Face aos dados conhecidos, a preocupação com a melhoria contínua da qualidade neste contexto assume-se de particular importância. As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (Regulamento n.º 429/2018), referem "cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa". Para que o enfermeiro perioperatório exerça esta competência, a intervenção educativa perioperatória (IEP) é indispensável. A IEP permite o envolvimento da família/pessoa significativa/cuidador no processo de cuidados que antecedem o procedimento cirúrgico, bem como o desenvolvimento de um "plano de instrução, ensino e treino que promova a capacitação, autogestão e recuperação operatória". Também importa referir que o enfermeiro é o principal agente facilitador nas transições dos clientes e suas pessoas significativas, atuando sobre as mudanças e exigências que se refletem no

quotidiano das mesmas (Meleis et al., 2000).

Inevitavelmente, a CA requer uma maior aprendizagem num menor período de tempo, com a agravante de apenas uma quantidade limitada de informações ser memorizada, após o contacto com o profissional de saúde (Willems et al., 2021; Guven et al., 2020). A dificuldade de memorização deve-se, em parte, ao facto de a cirurgia constituir um momento de *stress* para os clientes (Seeman, 2019). O tempo limitado de contacto com os enfermeiros envolvidos neste processo constitui outro fator dificultador (Alacadag & Cilingir, 2018). Assim, os enfermeiros devem dirigir a sua atenção para uma educação perioperatória mais efetiva. Neste sentido, surgem as aplicações móveis associadas à saúde, que têm o potencial de melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir os custos em saúde, como reiterado por Timmers et al. (2020) e Liebner (2015), que referem que este tipo de IEP pode melhorar: o nível de conhecimento dos clientes e a sua satisfação; a adesão à medicação; os resultados clínicos; os resultados em saúde. Outra das suas vantagens é a facilidade de acesso, em qualquer altura e em qualquer lugar.

Atualmente, na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) do hospital onde foi realizado o estágio de natureza profissional, a verificação dos critérios sociais de admissão e a consulta pré-operatória de enfermagem são realizadas por via telefónica. Dada a quantidade de informação a transmitir, bem como a individualidade de cada cliente, por vezes é difícil estabelecer uma comunicação efetiva. Também o momento da alta é, uma vez mais, dotado de transmissão de uma grande quantidade de informação, com a necessidade de entrega de múltiplos documentos em papel.

Com base na observação das práticas do contexto clínico e, numa tentativa de oferecer a melhor experiência ao cliente, empoderando-o e acompanhando o rápido avanço das novas tecnologias, propus-me estudar a viabilidade de uma aplicação móvel como IEP, que vise capacitar o cliente para a gestão da sua experiência cirúrgica, através de vídeos explicativos que beneficiam de uma abordagem multidisciplinar. O projeto foi direcionado para uma cirurgia em específico: a tireoidectomia total. A escolha desta cirurgia constituiu um desafio pela sua complexidade, resultando na inclusão de contributos de uma equipa multidisciplinar.

O presente documento encontra-se dividido em sete capítulos e anexos. No primeiro capítulo, é realizada a introdução ao relatório. O segundo capítulo preconiza a caracterização dos contextos clínicos de estágio. No terceiro e quarto capítulos, são apresentados os casos desenvolvidos no âmbito da conceção de cuidados, na plataforma e4nursing. No quinto capítulo, reflete-se sobre os contributos para o desenvolvimento de competências, onde se inclui o projeto de desenvolvimento profissional. O sexto capítulo preconiza a síntese final e, por fim, no sétimo capítulo, é apresentada a bibliografia.

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

O presente capítulo tem como objetivo caracterizar os contextos clínicos que serviram de base ao desenvolvimento de competências especializadas. Esta etapa é fundamental para compreender o contexto em que as minhas atividades foram desenvolvidas, bem como as particularidades de cada local.

A unidade curricular dividiu-se em dois momentos de estágio que decorreram em contextos distintos: o primeiro, que decorreu entre 18 de setembro e 19 de dezembro de 2023, foi realizado na UCA de um hospital da região centro e, o segundo, que decorreu entre 3 e 26 de janeiro de 2024, foi realizado na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) do mesmo hospital, perfazendo um total de 340 horas presenciais. A introdução aos contextos clínicos iniciou-se no ano letivo 2022/2023, com um total de 180 horas presenciais, essenciais para a minha integração nos contextos e para a conceção do projeto de desenvolvimento profissional.

### **UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO**

A UCA é uma unidade funcional autónoma do hospital onde se insere, visando contribuir para a excelência dos cuidados em saúde. Encontra-se em funcionamento desde 2012 e acreditada desde 2016. Está direcionada para a prestação de cuidados no âmbito da CA - anestésicos, cirúrgicos e de enfermagem altamente diferenciados e protocolados, objetivando o máximo conforto e a ausência de complicações.

Esta unidade presta cuidados diferenciados a clientes com idade igual ou superior a 18 anos, que necessitem de procedimentos cirúrgicos nas várias especialidades: cirurgia geral, cirurgia maxilo-facial, cirurgia plástica, cirurgia vascular, estomatologia, ginecologia, neurocirurgia, oftalmologia (inclui oculoplástica), ortopedia, otorrinolaringologia e urologia.

A UCA rege-se por um processo assistencial integrado, representado na **Figura 1**. Os processos assistenciais integrados visam situar o cliente, as suas necessidades e expectativas no centro do sistema. Desta forma, a continuidade e coordenação entre os diferentes níveis de cuidados são fulcrais para garantir que o cliente recebe os melhores cuidados de saúde, atempados e efetivos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013).



**Figura 1** - Processo Assistencial Integrado da UCA (Fonte: própria)

A unidade foi construída, de base, com duas salas operatórias. No entanto, com o acréscimo de tempos operatórios que se tem verificado, teve necessidade de expandir a sua atividade diária para o espaço físico do bloco operatório central (BOC).

Os recursos humanos são constituídos por uma equipa multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica e técnicos de manutenção, sendo que apenas os enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais constam da equipa residente da UCA. A equipa de enfermagem é constituída por 35 enfermeiros, sendo cinco deles especialistas (quatro em enfermagem médico-cirúrgica). No que respeita à gestão da unidade, a UCA é constituída por um diretor, uma enfermeira gestora e uma enfermeira coordenadora.

A cirurgia programada é realizada de segunda a sexta, com a entrada dos clientes a partir das 07.45h e saída até às 21.00h. Quando há necessidade de pernoita, por não estarem reunidos todos os critérios cirúrgicos e/ou anestésicos para a alta, como são exemplo as cirurgias realizadas com anestesia geral nos tempos operatórios da tarde, os clientes ficam na UCA Pernoita, dispondo esta de oito unidades.

Uma particularidade interessante deste serviço, que contribui em grande escala para a sua excelência, é a existência de uma plataforma de gestão documental que visa agregar toda a informação relevante à UCA. É notório o investimento e envolvimento da equipa de enfermagem na área de investigação e formação, resultando em vários grupos de trabalho (como é exemplo o “Grupo da Qualidade e Segurança do Doente”) e em planos de formação anuais que almejam a melhoria contínua dos cuidados.

Durante o primeiro momento, colaborei na prestação direta de cuidados de enfermagem, perfazendo um total de 110 horas presenciais. Este período foi suficiente para reconhecer o serviço, o circuito do cliente e as atividades diárias dos profissionais, algo que só foi possível pela recetividade e disponibilidade da equipa. Foi também, com base neste contexto clínico, que estabeleci o tema para o meu projeto de desenvolvimento profissional.

No decorrer do segundo momento, foquei-me no desenvolvimento do projeto planeado anteriormente, pelo que a colaboração no período pré-operatório e pós-operatório foi fundamental. De forma a compreender como é gerida uma unidade hospitalar, foi-me dada a oportunidade de contactar, pela primeira vez, com este tipo de gestão, assimilando a sua complexidade, nomeadamente no que respeita à gestão de recursos humanos e materiais. Por fim, presenciei dois momentos de formação distintos, com temáticas muito pertinentes à melhoria contínua da qualidade dos cuidados. De momento, a unidade encontra-se em transição para um novo sistema de informação em enfermagem, tendo-me permitido refletir criticamente sobre os registos essenciais à segurança do cliente e à continuidade de cuidados, facilitando o desenvolvimento dos casos clínicos a incluir no presente documento.

Os contributos específicos da UCA para o desenvolvimento das minhas competências serão explorados e aprofundados no capítulo "Contributos para o desenvolvimento de competências".

### **UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS**

A UCPA define-se como um espaço físico equipado com meios técnicos e humanos adequados e destinado à vigilância do cliente em período de recobro pós-anestésico. Neste período, de duração variável, preconiza-se a recuperação do estado fisiológico pré-operatório do cliente, incluindo a recuperação completa dos reflexos protetores da via aérea, a estabilização dos sinais vitais e eventual reversão de bloqueio regional, caso exista (Xavier & Carrilho, 2014).

A UCPA divide-se em duas unidades: norte e sul. A unidade norte tem capacidade para acolher oito clientes e a unidade sul pode acolher até cinco clientes. As unidades dispõem de todo o material de monitorização invasiva e não invasiva necessário a cada cliente, bem como um carro de apoio e um carro de emergência com desfibrilhador.

Embora adjacente ao BOC, este serviço é constituído por uma equipa própria de enfermeiros e de assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é constituída por 24 elementos, sendo oito especialistas (quatro em enfermagem médico-cirúrgica). Existe sempre um médico anesthesiologista alocado à unidade, em cada turno.

As unidades acolhem clientes no período pós-operatório imediato de cirurgia programada e de urgência, bem como clientes submetidos a intervenções em blocos operatórios periféricos e que necessitem de vigilância mais restrita. O serviço acolhe também clientes entubados e ventilados e oferece todos os cuidados inerentes a clientes admitidos para eletroconvulsivoterapia (inclusive apoio anestésico). A unidade norte funciona 24 horas por dia, sete dias por semana. A unidade sul funciona das 10.00h às 22.00h, de segunda a sexta-feira.

No primeiro momento, foquei-me em reconhecer o serviço e a dinâmica dos cuidados de enfermagem, com o objetivo de assegurar todos os cuidados de enfermagem a um único cliente por turno, quando concluídas as 70 horas de estágio presenciais.

Contra todas as minhas expectativas, pude observar a realização de provas de morte cerebral

neste contexto clínico. Esta foi, sem sombra de dúvida, a experiência que exigiu uma maior gestão de emoções da minha parte. Tendo em conta a situação, foi permitida a visita da família. Assim, contemplei a abordagem da equipa de enfermagem, que foi exímia durante todo o processo, facultando inclusive apoio espiritual personalizado às crenças da família em questão.

Todas estas características tornam a UCPA num local rico em experiências e conhecimento. Como enfermeira que atua exclusivamente em contexto intra-operatório, compreender as necessidades dos clientes no período pós-operatório desperta-me para a prevenção de ocorrência de eventos adversos, que dificilmente poderia prever no meu contexto de trabalho.

No segundo momento, direcionei o meu foco para as complicações pós-anestésicas relacionadas com a via aérea. Dado que o projeto desenvolvido não tem aplicabilidade na UCPA e, na tentativa de retribuir algum do conhecimento absorvido, realizei uma sessão de reflexão *online*, após discussão com a enfermeira tutora sobre as temáticas mais pertinentes e necessidades formativas da equipa de enfermagem.

Os contributos específicos da UCPA para o desenvolvimento das minhas competências serão explorados e aprofundados no capítulo "Contributos para o desenvolvimento de competências".

### 3. TIROIDECTOMIA TOTAL

Mulher, 69 anos. Recorre a consulta em junho de 2023, por queixas de "engasgamento fácil". Antecedentes pessoais: Bócio Multinodular; Hipertensão arterial; Depressão; Dislipidemia. Medicação habitual: Losartan 50 mg; Sertralina 100 mg; Alprazolam 0,5 mg. Após exames complementares de diagnóstico, foi-lhe proposta tiroidectomia total. Vive com o marido, de 70 anos, que será a sua pessoa de referência na unidade de cirurgia de ambulatório.

#### 3.1. Enquadramento teórico

A prática clínica dos enfermeiros perioperatórios tem como principal foco de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa que necessitam de procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos. Os cuidados perioperatórios são projetados para a pessoa e família/pessoa significativa, tendo como áreas de intervenção: a promoção da saúde; a prevenção de eventos adversos e respetivo tratamento da doença (Regulamento nº 429/2018).

A intervenção do enfermeiro especialista perioperatório abrange cinco áreas de atuação, nomeadamente: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos, durante as três fases (pré, intra e pós-operatório) do perioperatório. Estas áreas de atuação constituem a base para a conceção de cuidados de enfermagem ao cliente submetido a tiroidectomia total, em regime de CA. Ao enfermeiro perioperatório é exigido um conjunto de competências especializadas durante os cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória, tendo sempre como principal objetivo a excelência dos cuidados de enfermagem com evidência e que garantam a segurança durante a gestão da experiência cirúrgica (OE, 2018).

A análise deste caso clínico irá ter em conta o projeto de desenvolvimento profissional realizado em contexto de estágio de natureza profissional: *"EduPOp - App móvel como intervenção educativa perioperatória em clientes submetidos a tiroidectomia em regime ambulatório"*.

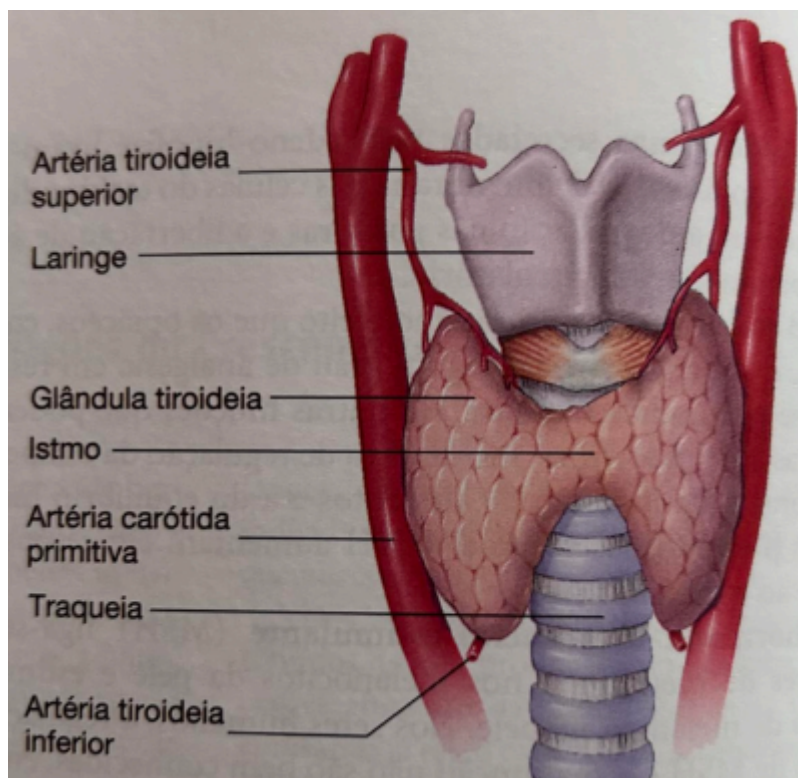
### TIROIDECTOMIA TOTAL EM REGIME DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

#### GLÂNDULA TIROIDEIA - DEFINIÇÃO E FUNÇÕES

O conhecimento profundo sobre a glândula tiroideia (GT), uma das maiores glândulas

endócrinas existentes no corpo humano, é crucial pois permite minimizar a incidência de complicações suscitadas pela tireoidectomia, nomeadamente a lesão das glândulas paratiróides e dos nervos laríngeos (Melo, 2011).

A GT assemelha-se à forma de uma borboleta, constituída por dois lobos ligados por tecido tiroideu (istmo), que se encontram justapostos lateralmente imediatamente abaixo da laringe. É profundamente vascularizada, o que lhe confere um aspeto mais avermelhado que os tecidos circundantes (Seeley, 2011, p.635).



**Figura 2** - Vista frontal da glândula tiroideia (Seeley, 2011, p.636)

Esta glândula é composta por folículos tiroideus e células parafoliculares. Os folículos tiroideus sintetizam e secretam as hormonas tiroideias: tri-iodotironina (T3) e tetra-iodotironina (T4). Estas hormonas são responsáveis pelo aumento da atividade metabólica e assumem um papel essencial no processo de crescimento e maturação. Por sua vez, as células parafoliculares secretam calcitonina, fulcral na diminuição da taxa de destruição do osso pelos osteoclastos e na prevenção de um aumento muito marcado de níveis de cálcio no sangue (Seeley, 2011, p.635).

A GT encontra-se muito próxima dos nervos laríngeo recorrente e superior e das glândulas paratiróides. Estas estruturas são frágeis e funcionalmente indispensáveis. A identificação e preservação das mesmas é extremamente relevante durante a intervenção cirúrgica, pois a iatrogenia resultante é responsável por desequilíbrios metabólicos (no caso da excisão iatrogénica das paratiróides) e por alterações vocais devido à lesão dos nervos (Melo, 2011).

## BÓCIO MULTINODULAR

O bócio multinodular é o tipo de endocrinopatologia mais comum, caracterizando-se pelo desenvolvimento e crescimento anormal de múltiplos nódulos na glândula tiróide (Unlu et al., 2022).

No que respeita à sua etiologia, Schwartz (1999) definiu alguns tipos:

- Bócio familiar - defeito hereditário a nível das enzimas transmitido de forma autossómica recessiva;
- Bócio endémico - frequente nos habitantes de determinado local;
- Bócio esporádico - quando não é possível identificar a causa.

As manifestações clínicas são assintomáticas, mas pode ocorrer: presença de massa com sensação de compressão cervical; disfagia; dispneia e dor súbita com irradiação (Schwartz, 1999).

## CIRURGIA DE AMBULATÓRIO E CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Nas últimas décadas, a CA foi desenvolvida em muitos países, com a finalidade de aumentar a satisfação dos clientes e a redução de custos hospitalares. O desenvolvimento da CA ocorreu por vários motivos, tais como: a melhoria dos instrumentos cirúrgicos, possibilidade de procedimentos cirúrgicos menos invasivos, evolução das técnicas anestésicas e de controlo da dor, a necessidade de reduzir os custos em saúde e as listas de espera para cirurgia (Cassinotti et al., 2008).

A CA é definida como “a intervenção cirúrgica programada que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, é realizada em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas, em instalações próprias e condições de segurança de acordo com a atual prática clínica, incluindo a CA no mesmo dia ou a CA com pernoita” (Ministério da Saúde [MS], 2015). A intervenção cirúrgica pode ser realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local (MS, 2012).

Atualmente são diversos os tipos de cirurgias que são realizadas em regime ambulatorio. No entanto, é importante que os cuidados prestados aos clientes correspondam às reais necessidades dos mesmos. Os clientes devem ser criteriosamente selecionados tendo em conta critérios clínicos e sociais, representados na **Tabela 1**. Assim, deve reconhecer-se que nem todos os clientes podem ser candidatos à CA. Estes critérios podem sofrer adaptações considerando as características de cada instituição de saúde, o tipo de cirurgia a realizar e a experiência dos profissionais envolvidos (International Association for Ambulatory Surgery [IAAS], 2006, 2014). Ressalva-se que o conteúdo do trabalho preconiza a integração destes critérios (por exemplo os critérios sociais são confirmados pelos enfermeiros na consulta pré-operatória e no momento da alta), pelo que foram tidos em conta para a elaboração do mesmo.

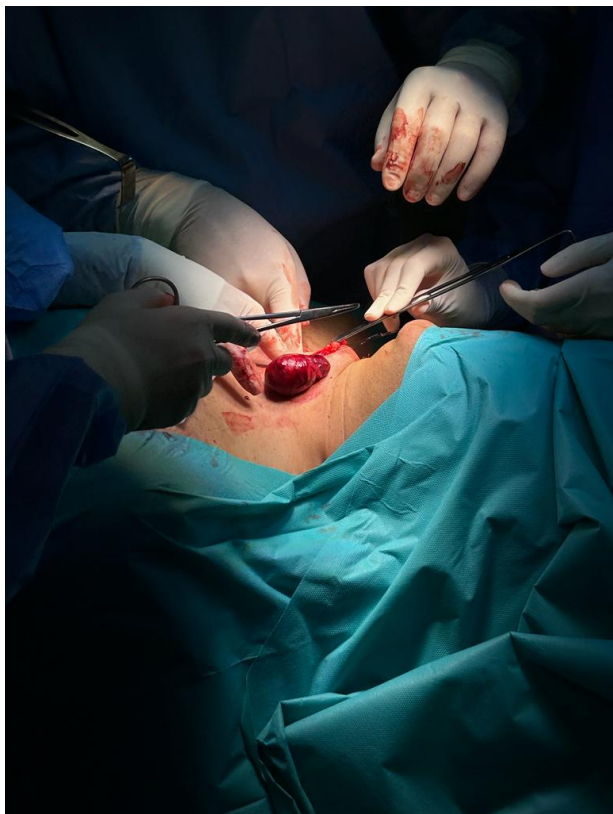
CRITÉRIOS SOCIAIS	CRITÉRIOS CLÍNICOS
Concordância em ser operado neste regime cirúrgico;	Idealmente ASA I ou ASA II;
Transporte garantido em veículo automóvel;	
Área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância da instituição hospitalar;	Estabilidade clínica;
Condições de adequada habitabilidade do local de pernoita;	Intervenção que se prevê de curta duração (aproximadamente 60 min);
Acesso fácil a comunicações (exemplo: telefone e /ou telemóvel);	Dor no pós-operatório controlada com medicação via oral;
Assegurar companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas.	Baixo risco de hemorragia.
	<b>Nota:</b> dependendo da situação clínica, tipo de cirurgia e anestesia, poderão ser admitidos clientes com ASA III ou ASA IV, bem como procedimentos cirúrgicos até 90 minutos de duração.

**Tabela 1** - Critérios de admissão sociais e clínicos para cirurgia de ambulatório (Adaptado: IAAS, 2014)

### TIROIDECTOMIA TOTAL - ABORDAGEM CIRÚRGICA E ANESTÉSICA

A tiroidectomia é comumente realizada sob anestesia geral balanceada com intubação endotraqueal. Após a indução anestésica, o cliente é posicionado em decúbito dorsal, com hiperextensão cervical e com o tronco ligeiramente elevado, de forma a diminuir a pressão venosa cervical e, conseqüentemente, a diminuição da hemorragia.

Segundo Santos (2006), após desinfecção do local a operar e colocação dos campos operatórios, a incisão cutânea é feita 2 cm acima da fúrcula esternal. De seguida, o retalho superior é abatido para cima até à cartilagem tiroideia e a aponevrose cervical é incisada na linha média até ao limite do retalho inferior. A GT fica visível aquando da retração para fora dos músculos pré tiroideus, esternotiroideu e esterno-hioideu, sendo libertada da fascia envolvente. Após laqueação e dissecção de alguns vasos, prevenindo-se a lesão do nervo laríngeo superior, inicia-se a dissecção da tiróide, removendo-a. Procede-se novamente à laqueação de alguns vasos e é suturada a incisão da aponevrose superficial, o cuticular do pescoço e da pele.



**Figura 3** - Abordagem cirúrgica na tiroidectomia (Fonte: própria)

### **TIROIDECTOMIA TOTAL - COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS**

As complicações pós-operatórias podem ter resultados catastróficos, razão pela qual a tiroidectomia foi considerada, durante muito tempo, como um procedimento que exige internamento e monitorização cuidada. Exemplos de complicações pós-operatórias são a paralisia das cordas vocais ou o hematoma cervical, que podem comprometer as vias aéreas, exigindo intervenção emergente. Outro exemplo é a hipocalcemia, que requer a ingestão de suplementos e monitorização rigorosa. A tiroidectomia total é, expectavelmente, a que apresenta maior taxa de lesão do nervo laríngeo recorrente e de hipocalcemia (Lee et al., 2017; Orosco et al., 2015).

### **NECESSIDADES EDUCATIVAS DOS CLIENTES SUBMETIDOS A TIROIDECTOMIA TOTAL EM REGIME DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO**

Terris et al. (2013) determinou que a educação perioperatória constitui um elemento fulcral para os clientes submetidos a tiroidectomia em regime ambulatorio. Nesse âmbito, os profissionais de saúde podem disponibilizar vários tipos de materiais educativos, tais como: folheto informativo, *website* que aborde os diferentes aspetos da cirurgia, etc. Os materiais, independentemente da sua tipologia, devem incluir um contacto claro e fácil de localizar em caso de emergência ou de uma complicação pós-operatória. A educação perioperatória a este tipo de clientes deve ainda enfatizar os sinais e sintomas das possíveis complicações pós-operatórias, a uma maior extensão do que os clientes que são monitorizados por profissionais

de saúde durante todo o internamento.

Um estudo realizado por Temiz et al. (2016), aplicado a 251 clientes submetidos a tiroidectomia em regime ambulatorio, concluiu que as maiores necessidades educativas referidas pelos clientes se prendem com: cuidados a ter com a ferida cirúrgica; impacto da cirurgia nas atividades de vida diária; medicação a tomar e possíveis reações alérgicas; complicações que possam ocorrer depois da cirurgia.

Após a cirurgia, preocupações relacionadas com a aparência estética, perda da voz ou qualidade da voz prejudicada, além da falta de conhecimento dos clientes e suas pessoas significativas, podem conduzir a novos medos sobre tudo o que foi dito previamente à intervenção cirúrgica (Temiz et al., 2016).

## 3.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 69 anos | Feminino

### Cuidador

10-10-2023 07:15

10-10-2023 07:15 - Parentesco: cônjuge.

10-10-2023 07:15 - Coabita com a pessoa dependente.

10-10-2023 07:15 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

10-10-2023 07:15 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

10-10-2023 07:15 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

### 3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-09 08:00:00	Polieletrólítico Simples 500 ml iv (solução de perfusão)	
2023-10-09 09:15:00	Cefazolina 2g iv	
2023-10-09 09:15:00	Fentanilo 0,15 mg iv	
2023-10-09 09:15:00	Propofol 120 mg iv	
2023-10-09 09:15:00	Sevoflurano 2% em O2 (via inalatória)	
2023-10-09 09:15:00	Brometo de Rocurônio 40 mg iv	
2023-10-09 09:15:00	Ondansetron 4 mg iv	
2023-10-09 09:15:00	Dexametasona 4 mg iv	
2023-10-09 09:15:00	Paracetamol 1g iv	
2023-10-09 09:15:00	Cetorolac 30 mg iv	
2023-10-09 09:15:00	Sugammadex 200 mg iv	
2023-10-09 10:30:00	Tramadol 100 mg iv	
2023-10-10 07:15:00	Levotiroxina 50 mcg (via oral)	

#### 3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

As presentes considerações sobre a medicação têm por base os fármacos utilizados durante o processo anestésico/cirúrgico e a recuperação da cliente, mas também a medicação habitual da mesma (losartan, sertralina e alprazolam), pelas possíveis implicações no processo anestésico.

Tendo em conta a medicação habitual da cliente, surge um foco de atenção: a possibilidade de resistência aumentada ao indutor anestésico, pela toma de sertralina e alprazolam. O conhecimento sobre os fármacos a administrar no período intra-operatório, comorbilidades e medicação habitual dos clientes permite antecipar e prevenir potenciais danos. Neste caso, o enfermeiro perioperatório deve confirmar que o anestesiológista também conhece o histórico clínico da cliente. Deve ainda preparar-se para a eventual necessidade de administrar uma maior quantidade de indutor anestésico, garantindo que está munido dos recursos necessários para tal.

A anestesia geral balanceada é uma combinação de fármacos utilizada para atingir a tríade: perda de consciência (hipnose), analgesia (arreflexia) e relaxamento muscular, constituindo a técnica anestésica de eleição para a cirurgia selecionada (Duarte & Martins, 2014, p. 70). Os aspectos de enfermagem a considerar, relativamente à medicação prescrita neste âmbito, estão relacionados maioritariamente com os efeitos que os fármacos podem desencadear, pelo que o enfermeiro deve ter conhecimento sobre os mesmos.

O **Fentanilo** é um dos fármacos mais utilizados para a obtenção de analgesia nos

procedimentos anestésicos. Os efeitos secundários mais comuns incluem depressão respiratória dose dependente, náusea, bradicardia e retenção urinária (Machado, 2018, p. 240).

O **Propofol** é o fármaco endovenoso mais utilizado na fase de indução anestésica, devido à sua estabilidade hemodinâmica. Os efeitos colaterais mais comuns são a hipotensão associada à vasodilatação e a apneia transitória. A dor no local de administração, principalmente em veias de menor calibre, é outro dos efeitos comuns (Duarte & Martins, 2014, p. 70).

O **Sevoflurano** é o fármaco inalatório que irá permitir a manutenção da hipnose. Em concentrações mais elevadas, este fármaco também pode desencadear hipotensão e bradicardia (Duarte & Martins, 2014, p. 72).

O **Rocurónio** é um agente bloqueador neuromuscular que permite a paralisia temporária de todos os movimentos musculares esqueléticos voluntários e reflexos durante a cirurgia, para além de garantir condições cirúrgicas ideais, facilitar a entubação traqueal enquanto diminui o potencial de trauma das cordas vocais e facilitar o controlo total da função respiratória do cliente (Raval et al., 2020; The APSF Committee on Technology, 2022). Assim, os relaxantes musculares são fundamentais, pois evitam a necessidade de recorrer ao aumento da profundidade anestésica. Atualmente, o Rocurónio é usualmente o fármaco eleito, pelo seu tempo de início de ação rápido e por estar praticamente desprovido de efeitos secundários (Machado, 2018).

Os analgésicos são importantes para atenuar a resposta ao estímulo durante a cirurgia e permitir que seja utilizada uma menor concentração do agente hipnótico, tendo um papel importante na redução da dor pós-operatória (Gwinnutt & Gwinnutt, 2013).

O **Paracetamol** é um analgésico eficaz na dor leve a moderada, tendo também efeito antipirético (Machado, 2018, p. 264). Pode causar lesões hepáticas, caso a dose diária recomendada seja excedida (Wilson & Ballisat, 2016).

O **Cetorolac** é o anti-inflamatório não esteróide (AINE) com maior potência analgésica. Não deve ultrapassar a dose diária de 120 mg e não deve ser administrado em períodos superiores a 5 dias (Machado, 2018, p. 262). Pode despoletar reações gastrointestinais, zumbido, broncospasmo, retenção de líquidos e inibição plaquetária (Wilson & Ballisat, 2016).

O **Tramadol** é um opióide bem tolerado, que não produz habituação e praticamente sem depressão respiratória, mas pode produzir náuseas e vômitos (Machado, 2018, p.270).

As náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) representam uma complicação comum e muito desagradável, constituindo um indicador de insatisfação dos doentes. A incidência de NVPO é cerca de três vezes superior no sexo feminino. A ausência de hábitos tabágicos parece também ser um fator preditivo independente de NVPO (Vieira et al., 2012). De acordo com o Score de Apfel Simplificado, a cliente apresenta risco de 40% de NVPO. Assim, uma abordagem

multimodal é ideal, com a administração endovenosa de: Dexametasona 4 mg, antes ou durante a indução; Ondansetron 4 mg no final da cirurgia (Machado, 2018, p.373).

A **Dexametasona** pode causar dispepsia e hiperglicemia.

O **Ondansetron** tem como efeitos secundários hipotensão, cefaleias e rubor (Wilson & Ballisat, 2016).

A **Cefazolina** é um antimicrobiano de primeira escolha para cirurgia limpa e para a maioria das cirurgias limpas-contaminadas. A sua administração deve ser efetuada nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, de modo a assegurar níveis tecidulares adequados na altura da incisão cirúrgica, devendo estar completa antes da incisão (DGS, 2013).

A **Levotiroxina** é um fármaco utilizado como terapia de reposição ou suplementação hormonal em clientes com hipotireoidismo (produção insuficiente de hormonas pela glândula tiróide) de qualquer causa. Em casos de tireoidectomia total, trata-se de uma medicação que acompanha o cliente para o resto da sua vida e cuja explicação foi fornecida à cliente no período pré-operatório. No momento da primeira administração (4ª sessão), foi avaliada a evolução da cliente na autogestão do regime medicamentoso, tendo esta adotado comportamentos de autogestão e referido satisfação com a mesma.

### 3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

#### Atitudes terapêuticas

06-10-2023 10:30

##### **06-10-2023 10:30 - Procedimento invasivo**

09-10-2023 10:30 - Tipo de procedimento invasivo: Tireoidectomia Total: Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos - Período pós-operatório imediato.

09-10-2023 09:15 - Tipo de procedimento invasivo: Tireoidectomia Total: Sala operatória - Indução anestésica.

10-10-2023 07:15 - Tipo de procedimento invasivo: Tireoidectomia Total: Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos - Preparação para a alta.

09-10-2023 08:00 - Tipo de procedimento invasivo: Tireoidectomia Total: Acolhimento de enfermagem.

06-10-2023 10:30 - Tipo de procedimento invasivo: Tireoidectomia Total: Consulta pré-operatória de enfermagem (via telefónica).

06-10-2023 10:30 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, identificação do doente.

09-10-2023 08:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

10-10-2023 07:15 - Perda sanguínea  
10-10-2023 07:15 - Pescoço: Sem perda sanguínea aparente [MELHOROU].

09-10-2023 10:30 - Perda sanguínea  
09-10-2023 10:30 - Pescoço: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

10-10-2023 07:15 - Localização do Pulso  
10-10-2023 07:15 - Tórax  
10-10-2023 07:15 - Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.

09-10-2023 09:15 - Localização do Pulso  
09-10-2023 09:15 - Tórax  
09-10-2023 09:15 - Frequência do pulso: 71 pulsações por minuto.

09-10-2023 10:30 - Localização do Pulso  
09-10-2023 10:30 - Tórax  
09-10-2023 10:30 - Frequência do pulso: 76 pulsações por minuto.

09-10-2023 08:00 - Localização do Pulso  
09-10-2023 08:00 - Tórax  
09-10-2023 08:00 - Frequência do pulso: 88 pulsações por minuto.

09-10-2023 10:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea  
09-10-2023 10:30 - Membro superior Direita(o)  
09-10-2023 10:30 - Pressão sanguínea sistólica: 132 mmHg.  
09-10-2023 10:30 - Pressão sanguínea diastólica: 76 mmHg.

09-10-2023 09:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea  
09-10-2023 09:15 - Membro superior Direita(o)  
09-10-2023 09:15 - Pressão sanguínea sistólica: 108 mmHg.  
09-10-2023 09:15 - Pressão sanguínea diastólica: 66 mmHg.

10-10-2023 07:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea  
10-10-2023 07:15 - Membro superior Direita(o)  
10-10-2023 07:15 - Pressão sanguínea sistólica: 132 mmHg.  
10-10-2023 07:15 - Pressão sanguínea diastólica: 74 mmHg.

09-10-2023 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea  
09-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o)  
09-10-2023 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 131 mmHg.  
09-10-2023 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 84 mmHg.

10-10-2023 07:15 - Temperatura corporal periférica  
10-10-2023 07:15 - Ouvido: 36.20 °C.

09-10-2023 10:30 - Temperatura corporal periférica  
09-10-2023 10:30 - Ouvido: 36.20 °C.

09-10-2023 09:15 - Temperatura corporal periférica  
09-10-2023 09:15 - Ouvido: 36.10 °C.

09-10-2023 08:00 - Temperatura corporal periférica  
09-10-2023 08:00 - Ouvido: 36.00 °C.

**09-10-2023 09:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo [FIM] 10-10-2023 07:15**  
09-10-2023 09:15 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [FIM] 10-10-2023 07:15

09-10-2023 09:15 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 10-10-2023 07:15

**06-10-2023 10:30 - Promover autogestão: procedimento invasivo**

06-10-2023 10:30 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

10-10-2023 07:15 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

**06-10-2023 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo**

*06-10-2023 10:30 - Ensinar sobre circuito [FIM] 09-10-2023 08:00*

*06-10-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo*

*06-10-2023 10:30 - Ensinar sobre procedimento anestésico [FIM] 09-10-2023 09:15*

*06-10-2023 10:30 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico [FIM] 09-10-2023 09:15*

*10-10-2023 07:15 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico*

*10-10-2023 07:15 - Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo*

**10-10-2023 07:15 - Promover papel do cuidador: gestão do procedimento invasivo**

10-10-2023 07:15 - Conhecimento do cuidador sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**10-10-2023 07:15 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo**

*10-10-2023 07:15 - Ensinar cuidador sobre procedimento anestésico*

*10-10-2023 07:15 - Ensinar cuidador sobre procedimento cirúrgico*

**06-10-2023 10:30 - Repouso no leito [RESOLVIDO] 10-10-2023 07:15**

**06-10-2023 10:30 - Promover adesão: repouso no leito [FIM] 10-10-2023 07:15**

06-10-2023 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.

09-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: facilitador [MELHOROU].

**06-10-2023 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito [RESOLVIDO] 09-10-2023 08:00**

08:00

*06-10-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito [FIM] 09-10-2023 08:00*

*06-10-2023 10:30 - Ensinar sobre necessidade de manter-se em repouso no*

*leito [FIM] 09-10-2023 08:00*

*09-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da adesão ao repouso no leito [FIM]*

*10-10-2023 07:15*

**06-10-2023 10:30 - Regime de nada pela boca [RESOLVIDO] 09-10-2023 08:00**

**06-10-2023 10:30 - Promover adesão: regime de nada pela boca [FIM]**

09-10-2023 08:00

06-10-2023 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.

09-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: facilitador [MELHOROU].

**06-10-2023 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [RESOLVIDO] 09-10-2023 08:00**

*06-10-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [FIM] 09-10-2023 08:00*

*06-10-2023 10:30 - Ensinar sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [FIM] 09-10-2023 08:00*

09-10-2023 10:30

**09-10-2023 10:30 - Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 10-10-2023 07:15**

09-10-2023 10:30 - Débito de oxigênio: 2.00 L/min.

**09-10-2023 10:30 - Assegurar oxigenoterapia [FIM] 10-10-2023 07:15**

*09-10-2023 10:30 - Manter oxigenoterapia [FIM] 10-10-2023 07:15*

10-10-2023 07:15

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

09-10-2023 08:00

**09-10-2023 08:00 - Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 10-10-2023 07:15**

09-10-2023 09:15 - Localização do cateter venoso periférico

09-10-2023 09:15 - Mão Esquerda(o)

09-10-2023 09:15 - Características do dispositivo: 18G.

09-10-2023 09:15 - Ausência de rubor.

09-10-2023 09:15 - Ausência de tumefação.

09-10-2023 09:15 - Ausência de exsudado.

09-10-2023 09:15 - Ausência de infiltração.

09-10-2023 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

09-10-2023 08:00 - Mão Esquerda(o)

09-10-2023 08:00 - Características do dispositivo: 18G.

09-10-2023 08:00 - Ausência de dor.

09-10-2023 08:00 - Ausência de calor.

09-10-2023 08:00 - Ausência de rubor.

09-10-2023 08:00 - Ausência de tumefação.

09-10-2023 08:00 - Ausência de exsudado.

09-10-2023 08:00 - Ausência de infiltração.

**09-10-2023 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter [FIM]**

10-10-2023 07:15

09-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [FIM] 10-10-2023 07:15

**09-10-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter** [FIM] 10-10-2023 07:15

09-10-2023 08:00 - Otimizar cateter venoso periférico [FIM] 10-10-2023 07:15

**09-10-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico** [FIM] 10-10-2023 07:15

09-10-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [FIM] 10-10-2023 07:15

**09-10-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico** [FIM] 10-10-2023 07:15

09-10-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [FIM] 09-10-2023 09:15

09-10-2023 09:15

**09-10-2023 09:15 - Tubo endotraqueal** [RESOLVIDO] 09-10-2023 10:30

09-10-2023 09:15 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

09-10-2023 09:15 - Cavidade oral: 21.00 cm.

09-10-2023 09:15 - Presença de cuff

09-10-2023 09:15 - Traqueia: Com cuff.

09-10-2023 09:15 - Pressão do cuff: 26 cmH2O.

09-10-2023 09:15 - Características do dispositivo: TET simples nº 7.

**09-10-2023 09:15 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal** [FIM]

09-10-2023 10:30

09-10-2023 09:15 - Otimizar tubo endotraqueal [FIM] 09-10-2023 10:30

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

O Regulamento do Exercício Profissional (REPE) contempla que os enfermeiros devem trabalhar em complementaridade funcional com os restantes profissionais de saúde, desenvolvendo assim intervenções de cariz interdependente, mas dotadas de idêntica dignidade e autonomia (OE, 2015).

De forma a facilitar a compreensão da análise realizada, os aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica serão divididos pelos focos de atenção identificados e respetivas sessões. Ressalva-se que os aspetos que se seguem são considerados no âmbito das intervenções de carácter interdependente. Os aspetos a considerar relacionados com a intervenção autónoma do enfermeiro, nomeadamente no que respeita à intervenção educativa perioperatória, serão abordados no próximo subcapítulo.

O presente plano de conceção de cuidados é dividido em cinco sessões:

- 1ª Sessão: Consulta Pré-Operatória de Enfermagem (via telefónica)
- 2ª Sessão: Acolhimento de Enfermagem
- 3ª Sessão: Sala operatória - Indução anestésica
- 4ª Sessão: Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos - Período Pós-Operatório Imediato
- 5ª Sessão: Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos - Preparação para a alta.

## ATITUDES TERAPÊUTICAS

### Procedimento Invasivo

O período pré-operatório inicia-se quando o indivíduo e o cirurgião decidem pela cirurgia, pelo que o procedimento invasivo constitui o ponto de partida para a conceção de cuidados perioperatórios.

Na 1ª sessão, algumas das verificações pré-operatórias foram primariamente identificadas (antecedentes clínicos, alergias, identificação do doente), na medida em que:

- A verificação da identificação do cliente deve ser realizada em todas as fases do período perioperatório, pois pode acarretar danos fatais ou irreversíveis, quando em não conformidade;
- O conhecimento prévio de antecedentes clínicos e alergias são essenciais para a promoção de um ambiente seguro, permitindo a preparação adequada da equipa, das infraestruturas e de outros recursos eventualmente necessários (por exemplo: alergia conhecida ao látex implica a preparação atempada da sala operatória).

Na 2ª sessão, verifica-se novamente: identificação do doente, antecedentes clínicos e alergias. As restantes verificações são também confirmadas: consentimento informado; toma de medicação pré-operatória; próteses; preparação pré-operatória. Nesta fase, o enfermeiro perioperatório deve garantir que todas as dúvidas são esclarecidas. Realiza-se também a primeira avaliação dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, oximetria, temperatura corporal periférica e dor), permitindo estabelecer valores de referência prévios à cirurgia. Esta avaliação irá manter-se até ao fim das sessões, pois a monitorização contínua dos sinais vitais em contexto perioperatório é mandatária.

**Nota:** Futuramente, sugere-se a inclusão de "verificação do procedimento a realizar" e "verificação do local a operar" (quando aplicável) na plataforma e4nursing, pois constituem validações essenciais à segurança cirúrgica.

Na 4ª sessão, identifica-se inevitavelmente a perda sanguínea inerente ao procedimento cirúrgico. A cirurgia em questão decorreu sem incidentes, com perda sanguínea em pequena

quantidade. Surge, ainda assim, o objetivo: "Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo", através da avaliação de evolução de sinais de hemorragia e da temperatura corporal, pois a hemorragia constitui uma complicação pós-operatória. O hematoma constitui também uma complicação pós-operatória, pelo que é outro aspeto a ter em consideração na vigilância da cliente. Dado não ser possível realizar estas avaliações na 3ª sessão (correspondente à indução anestésica), estes focos são identificados apenas na 4ª sessão. Nesta fase, a cliente apresenta ausência de hematoma no pescoço, pelo que não foram estabelecidas intervenções neste âmbito.

### **Repouso no leito**

O repouso no leito deve ser respeitado, tendo em conta a cirurgia e anestesia subjacente, promovendo assim a hemostase das lesões causadas durante o procedimento (Batista, 2010). Esta atitude terapêutica restringe-se à 4ª sessão: Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos - Período Pós-Operatório Imediato. Após "ensinar sobre necessidade de manter-se em repouso no leito" nesta fase, a cliente não teve dificuldade em aderir a este repouso.

### **Regime de nada pela boca**

A presente atitude terapêutica foi identificada, na 1ª sessão, no âmbito do ensino relativo ao jejum pré-operatório. Posteriormente, na 2ª sessão, foi avaliada a evolução deste conhecimento e respetiva adesão. A cliente verbalizou jejum pré-operatório de 6 horas, pelo que o "Regime de nada pela boca" se restringe a estas duas sessões.

### **Oxigenoterapia**

Após uma intervenção cirúrgica sob anestesia geral balanceada, o cliente apresenta efeitos residuais de agentes anestésicos, com desequilíbrios metabólicos resultantes da própria intervenção. Tal poderá desencadear a ocorrência de complicações anestésicas, como é exemplo a depressão cardiorrespiratória (Welte et al., 2016).

Desta forma, a prevenção da hipoxemia é desejável, podendo o seu risco ser minimizado com oxigenoterapia no período pós-operatório imediato. Esta atitude terapêutica diminui o risco de infeção da ferida cirúrgica e a incidência de náuseas e vômitos (Maciel et al., 2017).

A oxigenoterapia consiste na administração de O<sub>2</sub>, em concentrações maiores do que a existente no ar ambiente. Pode ser realizada através de vários dispositivos, tais como óculos

nasais ou máscara de Venturi. Como tal, é fundamental que o enfermeiro conheça os dispositivos disponíveis, as razões para a sua eleição, as vantagens e desvantagens de cada um e os cuidados inerentes (Alves, 2018).

Assim, iniciou-se oxigenoterapia a 2L/min por óculos nasais, na 4ª sessão.

## **SONDAS, DRENOS E CATETERES**

### **Cateter Venoso Periférico**

#### **2ª Sessão - Acolhimento de Enfermagem**

Nesta sessão, procede-se à inserção do cateter venoso periférico (CVP), tendo em conta as necessidades e preferências da cliente.

A cateterização venosa periférica é uma prática comum, principalmente na prestação de cuidados de enfermagem em contexto perioperatório. O enfermeiro é responsável por executar, avaliar e acompanhar o processo de cateterização venosa periférica, assim como por manter o acesso para cumprimento dos objetivos definidos (Santos, 2014). O enfermeiro deve também administrar a terapêutica prescrita, identificando os seus efeitos e atuando em conformidade. Em caso de emergência, deve responder de acordo com os conhecimentos que detém, com vista a manter ou recuperar as funções vitais.

Esta atitude terapêutica implica, assim, um conjunto de intervenções, que foram devidamente identificadas no plano de conceção de cuidados. No presente caso clínico, a cliente foi puncionada com um CVP 18G, que deve manter-se permeável durante todo o procedimento cirúrgico e até à sua alta clínica (da 2ª até à 5ª sessão).

### **Tubo Endotraqueal**

#### **3ª Sessão - Sala Operatória: Indução Anestésica**

O cliente submetido a uma anestesia geral necessita de um tubo endotraqueal, de forma a

manter a via aérea permeável ao longo de toda a intervenção cirúrgica (Hayden & Cowman, 2011). Assim, o enfermeiro deve objetivar o funcionamento do tubo endotraqueal, a prevenção de complicações e a determinação de sinais de complicações relacionados com o mesmo, através de múltiplas intervenções interdependentes. A comunicação com o anestesiológista deve ser clara, direta e fechada, de forma a assegurar a segurança do cliente e o sucesso do procedimento cirúrgico. O tubo endotraqueal restringe-se à 3ª sessão.

## Sonda de Oxigénio - Óculos Nasais

### 4ª Sessão - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos: Período Pós-Operatório Imediato

Os óculos nasais constituem um dispositivo fortemente indicado para administração de oxigénio de baixo fluxo (<4 l/min), sem necessidade de humidificação na maioria dos casos. Além disso, são confortáveis para a pessoa, permitindo que esta consiga falar, comer ou beber, dotando também de facilidade de fixação (Ribeiro et al., 2018).

Como referido na atitude terapêutica "Oxigenoterapia", iniciou-se oxigenoterapia a 2L/min por óculos nasais, restrita à 4ª sessão.

**Nota:** Por lapso, "Sonda de Oxigénio - Óculos Nasais" não foi identificado no plano de conceção de cuidados.

## 3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
06-10-2023 10:30	Emoção	09-10-2023 10:30
06-10-2023 10:30	Atitudes terapêuticas	
09-10-2023 08:00	Consciência	10-10-2023 07:15
09-10-2023 08:00	Sistema respiratório	10-10-2023 07:15
09-10-2023 08:00	Sistema cardiovascular	
09-10-2023 08:00	Metabolismo	10-10-2023 07:15
09-10-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	10-10-2023 07:15
09-10-2023 08:00	Pele e mucosas	
09-10-2023 09:15	Termorregulação	10-10-2023 07:15
09-10-2023 09:15	Procedimento Anestésico	10-10-2023 07:15
09-10-2023 10:30	Deglutição	10-10-2023 07:15
09-10-2023 10:30	Digestão	10-10-2023 07:15

<b>Início</b>	<b>Domínios</b>	<b>Fim</b>
09-10-2023 10:30	Eliminação urinária	10-10-2023 07:15
09-10-2023 10:30	Autogestão do regime medicamentoso	10-10-2023 07:15

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

Este capítulo segue a metodologia do anterior, de forma a facilitar a compreensão da análise realizada. Pretende-se refletir sobre a atuação diferenciada do enfermeiro perioperatório, relacionando com o quadro teórico de cada um dos domínios identificados.

#### **Procedimento Invasivo**

As atitudes terapêuticas são inerentes às funções de qualquer enfermeiro perioperatório, tipicamente caracterizadas por intervenções de carácter interdependente. No entanto, no âmbito das intervenções educativas perioperatórias realizadas pelo enfermeiro, este domínio permite o reconhecimento dos profissionais de enfermagem como os profissionais de saúde mais capacitados para a educação do cliente em contexto perioperatório. Assim, embora constitua uma atitude terapêutica, inclui-se o "Procedimento Invasivo" como um dos domínios a analisar.

O período perioperatório só termina quando o cliente se encontra totalmente recuperado da cirurgia (Ferrito, 2014). Preconizando a manutenção da mestria da cliente, a evolução da autogestão poderá ser avaliada na chamada telefónica de follow-up do dia seguinte, considerando-se este futuro contacto um momento de continuidade de cuidados e avaliação dos mesmos.

A consulta de enfermagem em CA constitui um elemento fulcral na prestação de cuidados, pois permite informar, identificar e responder às expectativas e necessidades do cliente, melhorando o conforto e promovendo a segurança (Lima & Pinto, 2014). Neste momento, o enfermeiro deve avaliar as necessidades do cliente, descrever o circuito na unidade, as atividades inerentes ao procedimento anestésico e cirúrgico, desde a admissão até à alta, bem como os cuidados pré e pós-operatórios a ter em conta.

Inevitavelmente, a CA requer uma maior aprendizagem num menor período de tempo, pelo que os enfermeiros devem dirigir a sua atenção para uma educação perioperatória mais efetiva (Güven et al., 2020). Após a consulta com o profissional de saúde, apenas uma quantidade limitada de informações é memorizada (Willems et al., 2021) e vários são os fatores que podem afetar a retenção de informação, tais como: quantidade de informação; oportunidade para dar

informação; relevância; método de comunicação e barreiras à comunicação, como por exemplo a ansiedade e o stress associados a este processo de transição (Malster & Parry, 2009).

As apps móveis associadas à saúde têm o potencial de melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir os custos em saúde. Uma das suas vantagens é a facilidade em aceder à app, em qualquer altura e em qualquer lugar. O uso de mensagens, vídeos, imagens e animações são os recursos de eleição no desenvolvimento de apps móveis como intervenção educativa perioperatória (Machado et al., 2020).

Durante a 1ª sessão, a cliente refere não ter conhecimento sobre: o circuito da unidade; o procedimento anestésico e o procedimento cirúrgico. Assim, deteta-se que o conhecimento precisa de ser melhorado, existindo potencial para tal, pelo que se procede aos ensinamentos.

Informa-se a cliente sobre a existência da app móvel "EduPOp", como intervenção educativa perioperatória, que reúne vários vídeos informativos sobre as temáticas em questão e à qual pode aceder em qualquer momento. Encoraja-se também a cliente a contactar a instituição, se surgirem dúvidas sobre a utilização da app móvel ou sobre o seu conteúdo.

A 2ª sessão é pautada pelo estabelecimento de uma relação empática e terapêutica, entre o enfermeiro e a cliente. A avaliação da evolução do conhecimento é realizada na 2ª sessão e na 4ª sessão. Na 4ª sessão, a cliente refere sentir-se satisfeita com o conhecimento adquirido e capaz de "autogestão do procedimento invasivo", enfatizando o papel fundamental da app móvel neste processo. Realça ainda que, entre a 1ª e a 2ª sessão, foram surgindo dúvidas que facilmente foram esclarecidas após consulta da app móvel.

A intervenção "Ensinar sobre procedimento cirúrgico" surge novamente na 5ª sessão, face a algumas dúvidas aquando da preparação para a alta. Também nesta sessão é identificado "Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo", com as intervenções "Ensinar sobre procedimento cirúrgico" e "Ensinar sobre procedimento anestésico", de forma a que a pessoa de referência (esposo) se sinta confortável e capaz de apoiar a cliente. Não é identificada a avaliação da evolução do conhecimento, pois a 5ª sessão trata-se também da última sessão.

## **Emoção**

Este domínio pode ser descrito como: "*Processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stress ou com a doença*" (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], 2015).

De acordo com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP)

(2012), o cliente vivencia a iminência da intervenção cirúrgica de forma intensa e dolorosa. A perspectiva do procedimento cirúrgico, como algo desconhecido e do qual sente medo, pode preocupar mais o cliente do que a própria doença/cirurgia, provocando níveis elevados de ansiedade pré-operatória.

A respiração diafragmática constitui uma técnica de relaxamento que visa diminuir a ansiedade, impedindo a hiperventilação e diminuindo a tensão muscular (Willhelml et al., 2015).

Esta técnica consiste em:

1. Prestar atenção à própria respiração;
2. Identificar os movimentos de inspiração e expiração, colocando a mão sobre o abdômen e a região peitoral;
3. Respirar lenta e pausadamente, inspirando por três segundos, segurando a respiração por mais três segundos e soltando a respiração pela boca por seis segundos.

Na 1ª sessão, a cliente verbaliza ansiedade. Como tal, foi identificado o foco de atenção "Ansiedade", identificado o potencial para melhorar conhecimento/capacidade sobre estratégias de autocontrole de ansiedade e implementadas várias intervenções, entre elas "Ensinar sobre estratégias de autocontrole da ansiedade" e Informar sobre técnica de relaxamento: respiração diafragmática".

## **Consciência**

A CIPE (2015) entende consciência como: *"resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior"*.

A principal problemática relacionada com o sistema nervoso central, observada na UCPA, é a alteração do estado de consciência. Por norma, corresponde ao período pós-operatório imediato e está diretamente relacionada com a anestesia (Machado, 2018). O cliente pode apresentar um quadro de agitação, sonolência excessiva, ou ambos alternadamente (Sampaio et al., 2016).

Se, por um lado, esta sonolência poderá corresponder a um *"adormecimento não natural"*, por outro, a agitação poderá resultar de *"descarga de tensão nervosa associada com ansiedade; medo ou stress mental"* (CIPE, 2015).

Nos clientes submetidos a tiroidectomia, a sonolência pode ser não só associada ao efeito dos fármacos utilizados para a indução anestésica, mas também a complicações pós-operatórias que afetam o sistema respiratório, originando hipóxia. Face à necessidade de administração de maior quantidade de indutor anestésico, justificada pela medicação habitual da cliente, este domínio é fundamental. Além disso, a consciência constitui um dos parâmetros a avaliar na aplicação da Escala de Aldrete (ajuda à tomada de decisão de alta). Embora a alta clínica seja

realizada pelo anestesiológico, o enfermeiro é o profissional de saúde mais capacitado para a aplicação eficaz desta escala, dada a vigilância contínua do cliente.

De forma a monitorizar as alterações de consciência, a Escala de Coma de Glasgow constitui um método de avaliação neurológica, preconizando determinar o nível de consciência e repostas motoras através do score obtido (Sousa & Santos, 2021). O score varia entre 3 e 15 e resulta de observações de atividades espontâneas e da aplicação de estímulos verbais e dolorosos, composta por três indicadores: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora (Sousa & Santos, 2021; Farias et al., 2021; Melo et al., 2019).

No 1º contacto com o cliente, é importante que o enfermeiro identifique a presença de sinais de alteração de consciência, como referência para o período pós-operatório. Assim, este foco de atenção foi identificado na 2ª sessão, correspondente ao 1º contacto presencial com a cliente. Expectavelmente, na 3ª sessão foi identificado "Consciência comprometida", derivada da indução anestésica. Nas restantes sessões, a cliente apresentou um *score* de 15 pontos na Escala de Coma de Glasgow.

**Nota:** Onde se lê "Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência: Aplicar Escala de Comas de Glasgow", deve ler-se "Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência: Monitorizar consciência, através da aplicação da Escala de Coma de Glasgow".

## Sistema Respiratório

A função principal do sistema respiratório é fornecer quantidades suficientes de oxigénio aos tecidos, para oxidação dos substratos respiratórios (hidratos de carbono, lípidos e proteínas), de forma a criar energia e remover os metabolitos (dióxido de carbono e água) produzidos através deste processo de respiração tecidular. Os fármacos utilizados na indução e manutenção anestésica, podem reduzir substancialmente a capacidade ventilatória, associada à hipóxia e hipercapnia no período pós-operatório (Field, 2009).

Field (2009) refere ainda que as complicações respiratórias, particularmente a atelectasia e a pneumonia, constituem uma das principais causas de morbidade e mortalidade pós-operatória.

Assim, revela-se mandatário o reconhecimento e prevenção deste tipo de complicações, através da compreensão da fisiopatologia e dos fatores de risco, permitindo a implementação de intervenções adequadas.

O diagnóstico "Ventilação comprometida" inicia-se na 3ª sessão, inerente à indução anestésica e entubação endotraqueal, prolongando-se até à 4ª sessão, com a necessidade de oxigenoterapia.

**Nota:** Por lapso, o diagnóstico "Ventilação comprometida" foi identificado apenas na 4ª sessão. No que respeita à intervenção "Avaliar evolução da ventilação", esta pode ser mais específica:

Vigiar e detetar precocemente sinais de ventilação inadequada (por exemplo: diminuição da saturação de oxigénio; cianose).

O enfermeiro deve ter em atenção as possíveis complicações pós-operatórias da tiroidectomia (nomeadamente no que reporta à obstrução das vias aéreas). A oxigenoterapia poderá ser necessária no período pós-operatório imediato (4ª sessão).

A 5ª sessão, caracterizada pela preparação para a alta, deve garantir a ausência de complicações pós-operatórias e pós-anestésicas a nível do sistema respiratório, como a verificação da presença de reflexo de tosse eficaz e saturação de oxigénio dentro de parâmetros adequados.

### **Sistema Cardiovascular**

A função do sistema cardiovascular consiste na distribuição de oxigénio, nutrientes e outras substâncias a todas as células sanguíneas, removendo produtos nocivos ao metabolismo celular. Os fatores mais comuns que influenciam a circulação, em contexto perioperatório, são: hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, doença vascular, distúrbios de coagulação e desidratação (Edwards, 2009).

Torna-se imperativo que o enfermeiro perioperatório compreenda a circulação periférica e sistémica e os mecanismos que as influenciam, bem como as alterações fisiopatológicas das doenças mais comuns destes sistemas.

Na 1ª sessão, a cliente confirma a hipertensão arterial como antecedente pessoal, controlada através da sua medicação habitual. Tendo em conta que, nas monitorizações realizadas a partir da 2ª sessão, a cliente sempre se encontrou normotensa, a "Hipertensão" não foi um foco de atenção identificado.

A dor constitui o quinto sinal vital, é um diagnóstico muito comum no pós-operatório imediato e pode ter várias etiologias, tais como: incisão operatória; trauma inerente ao procedimento cirúrgico; desconforto causado pela entubação traqueal; drenos; imobilidade no leito. O controlo da dor é importante pelo seu efeito negativo na homeostasia, prejudicando a evolução cicatricial da ferida cirúrgica (Gomes, 2017; Clemente et al., 2016; Ponce & Mendes, 2015; Baehring et al., 2012).

Face à importância da dor, garante-se a avaliação da mesma na 2ª sessão (acolhimento de enfermagem) e reforça-se o ensino sobre a escala numérica da dor. Na 4ª sessão, na admissão na UCPA, a cliente referiu dor de grau 4, de acordo com a escala numérica da dor (0-10), contínua, aguda e do tipo pontada, no pescoço. Após referenciação ao anestesiológico da unidade, foi prescrito e administrado Tramadol. Na última sessão, a cliente não referiu qualquer

tipo de dor nos locais intervencionados.

O domínio "Sistema Cardiovascular" permite ainda identificar como focos de atenção a "Hemorragia" e o "Hematoma". Os ensinamentos sobre a vigilância dos sinais de alarme, relacionados com estes focos, incluem-se na intervenção "Ensinar sobre procedimento cirúrgico". A app móvel também contém vídeos informativos sobre a temática.

## **Metabolismo**

A infeção do local cirúrgico é multifatorial, relacionando-se com a condição do doente, com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico envolvido. Os fatores de risco modificáveis são: administração do antimicrobiano se e quando indicado, monitorização e manutenção da glicemia e temperatura normais, regulação da tricotomia, oxigenação dos tecidos, entre outros (DGS, 2013).

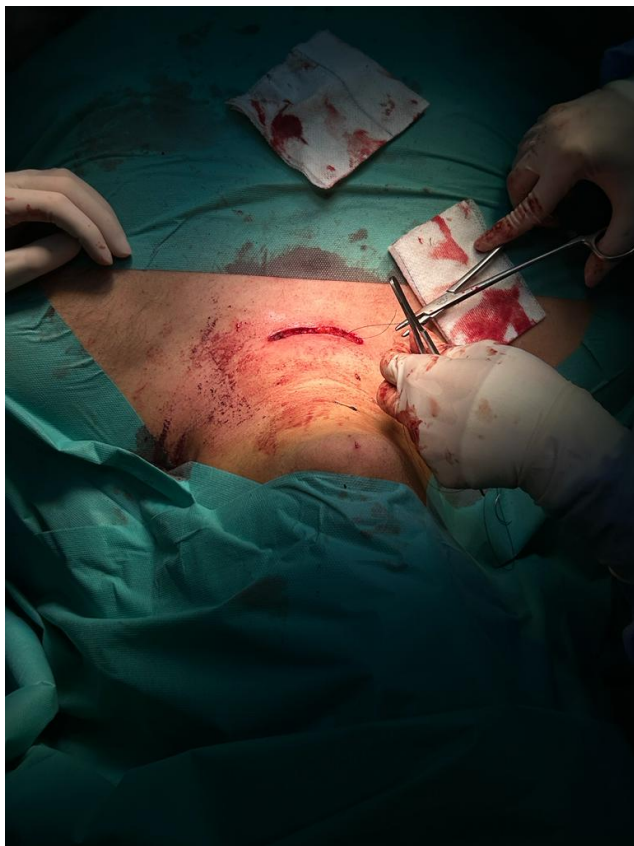
Este domínio foi identificado na 2ª sessão, pela avaliação de glicémia capilar necessária ao período perioperatório. A cliente manteve a normoglicemia. Tendo em conta que se trata de um contexto cirúrgico, diretamente relacionado com jejum prolongado e potenciais complicações, optou-se por manter o domínio até à última sessão.

## **Pele e Mucosas**

Segundo Baltazar (2021), a ferida cirúrgica é caracterizada por rutura intencional da integridade epitelial da pele e das estruturas subjacentes.

O processo de cicatrização da ferida cirúrgica limpa consiste em quatro fases contínuas: hemostase, inflamação, proliferação e remodelação. Existem vários fatores (locais e sistémicos) que podem conduzir a uma deficiente cicatrização de feridas. Alguns dos fatores locais são a oxigenação e a infeção (British Columbia Provincial Nursing Skin and Wound Committee, 2011). Os fatores sistémicos estão relacionados com o estado geral do cliente, tais como a idade, a obesidade ou a nutrição. Os fatores locais e sistémicos estão interrelacionados, pois os fatores sistémicos alteram os locais e afetam o processo de cura das feridas (Leal & Carvalho, 2014).

Este domínio é identificado na 1ª sessão, com o objetivo de detetar eventuais alterações de integridade dos tecidos prévias à cirurgia. A "Ferida Cirúrgica" é identificada na 4ª sessão. Pretende-se o alcance da mestria no que respeita ao conhecimento sobre a promoção da cicatrização da ferida cirúrgica, pelo que se reforça os ensinamentos já planeados no "Ensinar sobre procedimento cirúrgico". Assim, o "Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica" é identificado na 5ª sessão.



**Figura 4** - Exemplo de dimensão da ferida cirúrgica, no caso de tiroidectomia total (Fonte: própria)



**Figura 5** - Exemplo de aplicação de penso da ferida cirúrgica, em caso de tiroidectomia (Fonte: própria)

própria)

## **Termorregulação**

Este domínio deve acompanhar o cliente desde o primeiro contacto presencial com o enfermeiro. A necessidade da promoção e manutenção de uma temperatura corporal adequada é, muitas vezes, considerada secundária à cirurgia (Ward & Morris, 2009). A monitorização da temperatura corporal fornece-nos dados que permitem estabelecer intervenções de enfermagem, de modo a prevenir a hipotermia e a alcançar/manter a normotermia.

A prevenção da hipotermia ajuda a reduzir algumas complicações (como a infeção do local cirúrgico) e melhora a experiência do cliente, pois este não experiêcia o *shivering* pós-operatório e a desconfortável sensação de frio.

Na 2ª sessão, a cliente apresentava-se normotérmica. A avaliação da evolução da temperatura corporal foi mantida até à última sessão, sem alterações significativas. Ainda assim, na 3ª sessão, correspondente à sessão com exposição de maior superfície corporal, optou-se pela colocação da manta de aquecimento para maior conforto da cliente.

## **Procedimento Anestésico**

O procedimento anestésico compreende a avaliação pré-anestésica, a anestesia em si, o período de recuperação anestésica, bem como a analgesia pós-operatória (Macedo, 2022; Carvalho & Bianchi, 2016).

Face à necessidade de objetivos e intervenções relacionados com o procedimento anestésico, no período intra-operatório e no período pós-operatório, este foi um dos domínios identificados.

## **Período pré-operatório**

Na 1ª sessão, que poderá corresponder à avaliação pré-anestésica, uma das intervenções do enfermeiro é "Ensinar sobre procedimento anestésico: Informar sobre necessidade/relevância de cateter venoso periférico; Informar sobre necessidade/relevância de tubo endotraqueal", sendo que esta se encontra incluída no "Procedimento Invasivo".

## Período intra-operatório

### No que respeita, especificamente, à intervenção "Posicionar para prevenir úlcera de pressão":

Embora a CA acarrete menor risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, pela curta duração da intervenção e deambulação precoce (Malster & Parry, 2009), de forma a deixar clara a importância de um adequado posicionamento intra-operatório, inclui-se esta intervenção.

O posicionamento intra-operatório é um ato complexo, que consiste na capacidade de colocar, mover e manter o corpo do cliente numa posição que permita a melhor exposição cirúrgica, associada a compromisso mínimo das funções fisiológicas, com o objetivo de evitar lesões (Almeida & Pacheco, 2014).

Na tireoidectomia, o cliente é posicionado em decúbito dorsal, com hiperextensão cervical e com o tronco ligeiramente elevado, de forma a diminuir a pressão venosa cervical.



**Figura 6** - Hiperextensão cervical, característica do procedimento intra-operatório da tireoidectomia (Fonte:

<https://relatosdocbc.org.br/detalhes/183/tireoidectomia-endoscopica-pelo-acesso-transvestibular--toetva->)

## Período pós-operatório

De acordo com Gonçalves (2023), existem várias escalas para avaliar a recuperação anestésica, sendo que uma das mais utilizadas é a Escala de Aldrete Modificada. Esta escala preconiza orientar a decisão de alta da UCPA e baseia-se em cinco variáveis - estado de consciência, atividade muscular, respiração, circulação e saturação de oxigênio.

O enfermeiro que presta cuidados de enfermagem na UCPA tem como objetivo garantir uma recuperação segura do cliente, incluindo a prevenção e deteção precoce de complicações que possam advir do procedimento anestésico-cirúrgico (Gomes, 2017).

Como tal, urge a necessidade de identificação deste domínio, com o objetivo "Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento anestésico" e a intervenção "Avaliar evolução de sinais de complicações relacionadas com o procedimento anestésico". Este domínio deve estender-se até à 5ª sessão (alta da UCPA).

**Nota:** Por lapso, o domínio foi identificado unicamente como "Procedimento Anestésico: Recuperação Anestésica". O objetivo seria identificar o foco "Anestesia Geral Balanceada", no período intra-operatório, e o foco "Recuperação Anestésica" no período pós-operatório. Deveria também ter sido identificado o objetivo "Determinar evolução da resposta à anestesia após cirurgia" e a intervenção "Avaliar evolução da resposta à anestesia após cirurgia".

## **Deglutição**

A identificação deste domínio é fulcral nos clientes submetidos a tiroidectomia total, pois a dificuldade em deglutir poderá significar, além do efeito residual de bloqueadores neuromusculares, compromisso das vias aéreas, suscetível de complicação pós-operatória. Assim, a mesma deve ser avaliada desde a chegada à UCPA até ao momento da alta. Os dados referentes a este domínio foram identificados apenas na 4ª sessão, pois não existiram alterações posteriores.

A deglutição é um dos ensinamentos que consta da intervenção "Ensinar sobre procedimento cirúrgico: Informar sobre sintomas e sinais de alarme, no período pós-operatório". A app móvel também contém vídeos informativos sobre a temática.

## **Digestão**

Como descrito anteriormente, as NVPO representam uma complicação comum e muito desagradável, estando associada a piores resultados em saúde, aumento de custos e do tempo de internamento, além de riscos mais elevados de desidratação, desequilíbrio eletrolítico, deiscência de sutura, hemorragia e compromisso das vias aéreas (Vieira et al., 2012).

Este domínio foi identificado na 4ª sessão. A cliente não apresentou náuseas durante a recuperação anestésica, mantendo-se assim até à alta. Como tal, este domínio engloba apenas os dados relativos à ausência de sensação de enjoo ou vômito.

**Nota:** Onde se lê: "09-10-2023 10:30 - Sem sensação de enjoo; 09-10-2023 10:30 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos; 09-10-2023 10:30 - Sem vômitos", deve ler-se "09-10-2023 10:30 - Sem sensação de enjoo; 09-10-2023 10:30 - Sem vômitos". Tendo em conta o jejum pré-operatório, não seria expectável o refluxo de alimentos deglutidos.

### **Eliminação Urinária**

A eliminação urinária constitui um domínio necessário à recuperação cirúrgica de qualquer cliente, pois a etiologia da retenção urinária pós-operatória está relacionada com o uso de fármacos anticolinérgicos e analgésicos. De forma a garantir a segurança do cliente, a necessidade de definir critérios que avaliem o grau de preparação do cliente para a alta é incontornável. Um desses critérios é a presença de débito urinário (Malster & Parry, 2009). O enfermeiro é responsável por avaliar a evolução da eliminação urinária.

Este domínio foi identificado na 4ª sessão, à falta de uma sessão intermédia entre a admissão na UCPA e a preparação para a alta. Desta forma, pretende-se evidenciar que a cliente apresentou micção espontânea, com características normais, não oferecendo obstáculo à sua alta clínica.

### **Autogestão do Regime Medicamentoso**

Este domínio foi identificado no âmbito da orientação da cliente para a mestria. Sem uma autogestão rigorosa do regime medicamentoso, os clientes submetidos a tiroidectomia poderão estar mais suscetíveis ao aparecimento de complicações pós-operatórias. Optou-se por apenas incluir os dados referentes à autogestão do regime medicamentosa, na medida em que, uma vez mais, este ensino inclui-se na intervenção "Ensinar sobre procedimento cirúrgico: Informar sobre cuidados nas atividades de vida diária, no período pós-operatório".

## **3.6. Conceção de Cuidados**

### **Consciência**

09-10-2023 08:00

09-10-2023 08:00 - Consciente.

**09-10-2023 08:00 - Determinar sinais de alteração da consciência [FIM]** 10-10-2023 07:15

*09-10-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [FIM]*

10-10-2023 07:15

09-10-2023 09:15

09-10-2023 09:15 - Com indícios de comprometimento da consciência.

**09-10-2023 09:15 - Consciência comprometida** [RESOLVIDO] 09-10-2023 10:30

09-10-2023 10:30 - Abertura dos olhos: espontânea.

09-10-2023 10:30 - Resposta verbal: orientada.

09-10-2023 10:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

**09-10-2023 09:15 - Determinar evolução da consciência** [FIM] 09-10-2023 10:30

*09-10-2023 09:15 - Avaliar evolução da consciência* [FIM] 09-10-2023 10:30

09-10-2023 10:30

09-10-2023 10:30 - Consciente.

### **Sistema respiratório**

09-10-2023 08:00

09-10-2023 08:00 - Frequência respiratória: 13 ciclos/min.

09-10-2023 08:00 - Saturação do oxigênio no sangue

09-10-2023 08:00 - Periférico(a): 98 %.

09-10-2023 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.

09-10-2023 08:00 - Não comunica falta de ar.

09-10-2023 09:15

09-10-2023 09:15 - Frequência respiratória: 13 ciclos/min.

09-10-2023 09:15 - Ritmo respiratório regular.

09-10-2023 09:15 - Movimento respiratório simétrico.

09-10-2023 09:15 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

09-10-2023 09:15 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

09-10-2023 09:15 - Saturação do oxigênio no sangue

09-10-2023 09:15 - Periférico(a): 99 %.

09-10-2023 09:15 - Coloração da mucosa: rosada.

09-10-2023 10:30

09-10-2023 10:30 - Saturação do oxigênio no sangue

09-10-2023 10:30 - Periférico(a): 95 %.

09-10-2023 10:30 - Coloração da mucosa: rosada.

09-10-2023 10:30 - Reflexo da tosse: presente.

**09-10-2023 10:30 - Ventilação comprometida** [RESOLVIDO] 10-10-2023 07:15

**09-10-2023 09:15 - Determinar evolução da ventilação** [FIM] 10-10-2023 07:15

*09-10-2023 09:15 - Avaliar evolução da ventilação* [FIM] 10-10-2023 07:15

**09-10-2023 10:30 - Melhorar ventilação** [FIM] 10-10-2023 07:15

*09-10-2023 10:30 - Posicionar para otimizar a ventilação* [FIM] 10-10-2023 07:15

*09-10-2023 10:30 - Iniciar oxigenoterapia* [FIM] 10-10-2023 07:15

### **Sistema cardiovascular**

09-10-2023 08:00

09-10-2023 08:00 - Localização da dor

09-10-2023 08:00 - Corpo

09-10-2023 08:00 - Intensidade da dor - sem dor.

**09-10-2023 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea** [FIM] 10-10-2023

07:15

09-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [FIM] 10-10-2023 07:15

09-10-2023 09:15

**09-10-2023 09:15 - Hemorragia** [RESOLVIDO] 10-10-2023 07:15

**09-10-2023 10:30 - Determinar evolução de sinais de hemorragia** [FIM]

10-10-2023 07:15

09-10-2023 10:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [FIM] 10-10-2023 07:15

**10-10-2023 07:15 - Promover autogestão: hemorragia** [FIM] 10-10-2023 07:15

10-10-2023 07:15 - Conhecimento sobre hemorragia: facilitador.

10-10-2023 07:15 - Conhecimento sobre autovigilância de hemorragia: facilitador.

10-10-2023 07:15 - Capacidade para tratar hemorragia: facilitadora.

09-10-2023 10:30

09-10-2023 10:30 - Localização da dor

09-10-2023 10:30 - Pescoço

09-10-2023 10:30 - Intensidade da dor - 4.

09-10-2023 10:30 - frequência da dor - contínua.

09-10-2023 10:30 - duração da dor - aguda.

09-10-2023 10:30 - dor de tipo - pontada.

**09-10-2023 10:30 - Hematoma** [RESOLVIDO] 10-10-2023 07:15

09-10-2023 10:30 - Localização do hematoma

09-10-2023 10:30 - Pescoço

09-10-2023 10:30 - Sem hematoma.

10-10-2023 07:15 - Localização do hematoma

10-10-2023 07:15 - Pescoço

10-10-2023 07:15 - Sem hematoma.

**09-10-2023 10:30 - Determinar evolução do hematoma** [FIM] 10-10-2023 07:15

09-10-2023 10:30 - Avaliar evolução do hematoma [FIM] 10-10-2023 07:15

10-10-2023 07:15

10-10-2023 07:15 - Localização da dor

10-10-2023 07:15 - Pescoço

10-10-2023 07:15 - Intensidade da dor - sem dor.

### **Deglutição**

09-10-2023 10:30

09-10-2023 10:30 - Sem indícios de compromisso da deglutição.

### **Digestão**

09-10-2023 10:30

09-10-2023 10:30 - Sem sensação de enjojo.

09-10-2023 10:30 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

09-10-2023 10:30 - Sem vômitos.

### **Eliminação urinária**

09-10-2023 10:30

09-10-2023 10:30 - Urina em moderada quantidade.

09-10-2023 10:30 - Cor da urina: âmbar.

- 09-10-2023 10:30 - Cheiro da urina: "sui generis".
- 09-10-2023 10:30 - Transparência da urina: Límpida.
- 09-10-2023 10:30 - Frequência da eliminação urinária: normal .
- 09-10-2023 10:30 - Reconhece a vontade de urinar.
- 09-10-2023 10:30 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.
- 09-10-2023 10:30 - Sem globo vesical.
- 09-10-2023 10:30 - Eliminação urinária involuntária ausente.

### **Pele e mucosas**

09-10-2023 08:00

- 09-10-2023 08:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

#### **09-10-2023 08:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

*09-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos*

09-10-2023 09:15

- 09-10-2023 09:15 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

09-10-2023 10:30

- 09-10-2023 10:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

#### **09-10-2023 10:30 - Ferida cirúrgica**

10-10-2023 07:15 - Localização da ferida cirúrgica

10-10-2023 07:15 - Pescoço

10-10-2023 07:15 - Ausência de exsudado.

10-10-2023 07:15 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

10-10-2023 07:15 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

10-10-2023 07:15 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

09-10-2023 10:30 - Localização da ferida cirúrgica

09-10-2023 10:30 - Pescoço

09-10-2023 10:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 8.00 cm.

09-10-2023 10:30 - Largura da lesão tegumentar: 3.00 cm.

09-10-2023 10:30 - Ausência de exsudado.

09-10-2023 10:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

09-10-2023 10:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

09-10-2023 10:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

09-10-2023 10:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 8.

#### **09-10-2023 10:30 - Determinar evolução da ferida cirúrgica**

*09-10-2023 10:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica*

**09-10-2023 10:30 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica [FIM]** 10-10-2023 07:15

#### **10-10-2023 07:15 - Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica**

10-10-2023 07:15 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

#### **10-10-2023 07:15 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica**

*10-10-2023 07:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da*

*cicatrização da ferida cirúrgica*

10-10-2023 07:15 - *Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica*

10-10-2023 07:15 - *Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica*

10-10-2023 07:15

10-10-2023 07:15 - Alterações da integridade dos tecidos.

### **Metabolismo**

09-10-2023 08:00

09-10-2023 08:00 - Glicemia capilar: 99 mg/dl.

**09-10-2023 08:00 - Glicemia** [RESOLVIDO] 10-10-2023 07:15

**09-10-2023 08:00 - Determinar evolução da glicemia** [FIM] 10-10-2023 07:15

09-10-2023 08:00 - *Avaliar evolução da glicemia* [FIM] 10-10-2023 07:15

09-10-2023 10:30

09-10-2023 10:30 - Glicemia capilar: 106 mg/dl.

### **Termorregulação**

09-10-2023 09:15

**09-10-2023 09:15 - Hipotermia** [RESOLVIDO] 09-10-2023 10:30

**09-10-2023 09:15 - Determinar evolução da temperatura corporal** [FIM]

10-10-2023 07:15

09-10-2023 09:15 - *Avaliar evolução da temperatura corporal* [FIM] 10-10-2023 07:15

**09-10-2023 09:15 - Promover termorregulação** [FIM] 09-10-2023 10:30

09-10-2023 09:15 - *Aplicar manta de aquecimento* [FIM] 09-10-2023 10:30

### **Emoção**

06-10-2023 10:30

06-10-2023 10:30 - Verbaliza ansiedade.

**06-10-2023 10:30 - Ansiedade** [RESOLVIDO] 09-10-2023 10:30

**09-10-2023 08:00 - Determinar evolução da ansiedade** [FIM] 09-10-2023 10:30

09-10-2023 08:00 - *Avaliar evolução da ansiedade* [FIM] 09-10-2023 10:30

**06-10-2023 10:30 - Promover autocontrolo: ansiedade** [FIM] 09-10-2023 08:00

06-10-2023 10:30 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

06-10-2023 10:30 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

06-10-2023 10:30 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

**06-10-2023 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade** [RESOLVIDO] 09-10-2023 08:00

06-10-2023 10:30 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de*

*autocontrolo da ansiedade*

06-10-2023 10:30 - *Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade*

[FIM] 09-10-2023 08:00

**06-10-2023 10:30 - Potencial para melhorar capacidade para usar**

**estratégias de autocontrolo da ansiedade** [RESOLVIDO] 09-10-2023 08:00

06-10-2023 10:30 - *Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade*

06-10-2023 10:30 - *Instruir estratégias de relaxamento* [FIM] 09-10-2023 08:00

06-10-2023 10:30 - *Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade* [FIM]

09-10-2023 08:00

09-10-2023 08:00

09-10-2023 08:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

09-10-2023 10:30

09-10-2023 10:30 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

**Autogestão do regime medicamentoso**

09-10-2023 10:30

09-10-2023 10:30 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

09-10-2023 10:30 - Dispositivo: Lembrete de medicação - App telemóvel - Organiza a medicação conforme horário.

**Procedimento Anestésico**

09-10-2023 09:15

09-10-2023 09:15 - Cliente submetida a tiroidectomia total, sob anestesia geral balanceada.

**09-10-2023 09:15 - Recuperação Anestésica** [RESOLVIDO] 10-10-2023 07:15

**09-10-2023 09:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento anestésico** [FIM] 10-10-2023 07:15

09-10-2023 09:15 - *Avaliar evolução de sinais de complicações relacionadas com o procedimento anestésico* [FIM] 10-10-2023 07:15

**09-10-2023 09:15 - Prevenir complicações relacionadas com o procedimento anestésico e o procedimento invasivo** [FIM] 10-10-2023 07:15

09-10-2023 09:15 - *Posicionar para prevenir úlcera de pressão* [FIM] 10-10-2023 07:15

**09-10-2023 09:15 - Promover segurança cirúrgica** [FIM] 09-10-2023 10:30

09-10-2023 09:15 - *Verificar segurança e funcionamento dos equipamentos de anestesia* [FIM] 09-10-2023 10:30

09-10-2023 09:15 - *Confirmar identidade do cliente, cirurgia a realizar e potenciais preocupações cirúrgicas e anestésicas* [FIM] 09-10-2023 10:30

09-10-2023 09:15 - *Administrar antibiótico profilático, até 60 minutos antes da incisão na pele (por indicação médica)* [FIM] 09-10-2023 10:30

09-10-2023 09:15 - *Monitorizar cliente (pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigénio, temperatura corporal periférica, BIS)* [FIM] 09-10-2023 10:30

10:30

### 3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre necessidade de manter-se em repouso no leito

- Informar sobre necessidade de manter-se em repouso no leito, no período pós-operatório imediato

Ensinar sobre necessidade de manter regime de nada pela boca

- Informar sobre necessidade de jejum pré-operatório (6 horas para sólidos, 2 horas para líquidos claros)

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Informar sobre técnica de relaxamento: respiração diafragmática

Ensinar sobre circuito

- Informar sobre a localização exata do hospital e da Unidade de Cirurgia de Ambulatório
- Informar sobre as particularidades da Unidade de Cirurgia de Ambulatório
- Informar sobre o percurso do cliente na Unidade de Cirurgia de Ambulatório, desde a admissão até à alta
- Informar sobre a existência da aplicação móvel, EduPOp, onde poderá aceder a estas informações
- Providenciar contacto telefónico da Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Ensinar sobre procedimento anestésico

- Informar sobre necessidade/relevância de cateter venoso periférico
- Informar sobre necessidade/relevância de tubo endotraqueal
- Informar sobre a existência da aplicação móvel, EduPOp, onde poderá aceder a estas informações

Ensinar sobre procedimento cirúrgico

- Informar sobre cuidados de higiene específicos (ex: banho com clorexidina 2% na véspera e no dia da cirurgia)
- Informar sobre necessidade de remoção de próteses, adornos e maquilhagem
- Informar sobre cuidados com a ferida cirúrgica, no período pós-operatório
- Informar sobre cuidados nas atividades de vida diária, no período pós-operatório
- Informar sobre sintomas e sinais de alarme, no período pós-operatório
- Informar sobre escala numérica da dor
- Informar sobre a existência da aplicação móvel, EduPOp, onde poderá aceder a estas informações

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- Aplicar Escala de Comas de Glasgow

Posicionar para prevenir úlcera de pressão

- Permitir o máximo de conforto possível ao cliente

- Manter o alinhamento corporal do cliente
- Permitir a otimização da função respiratória e circulatória
- Permitir o acesso fácil ao cateter venoso periférico
- Evitar o compromisso de estruturas neuromusculares e vasculares
- Manter a integridade da pele
- Evitar lesões da córnea, realizando proteção ocular

### **3.8. Síntese relativa ao caso**

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, referem “cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa” (OE, 2018). Para que o enfermeiro perioperatório exerça esta sua competência, a intervenção educativa perioperatória constitui um momento indispensável.

A intervenção educativa perioperatória promove o envolvimento da família/pessoa significativa/cuidador no processo de cuidados, bem como o desenvolvimento de um “plano de instrução, ensino e treino que promova a capacitação, autogestão e recuperação operatória”. O presente caso clínico pretendeu enfatizar o papel do enfermeiro perioperatório nesta área de atuação, interligando-se diretamente com o projeto de desenvolvimento profissional desenvolvido durante o estágio de natureza profissional.

Em suma, com a análise deste caso clínico:

- Desenvolvi competências de conceção de cuidados de elevada complexidade, mobilizando fundamentos teóricos e associando-os com os domínios identificados;
- Refleti profundamente sobre o plano de conceção de cuidados elaborado inicialmente, realizando alterações que considerei pertinentes;
- Desenvolvi competências no âmbito da promoção de ambientes seguros, tendo sempre por base a segurança do cliente;
- Incorporei na ação profissional os aspetos éticos e deontológicos, através de intervenções que asseguravam a dignidade e o conforto da cliente;
- Desenvolvi competências em inovação, através da implementação, no plano de conceção de cuidados, de uma app móvel como intervenção educativa perioperatória a clientes submetidos a tiroidectomia;
- Reconheci o enfermeiro perioperatório como o profissional de saúde mais capacitado para a implementação de intervenções educativas perioperatórias eficazes.



## 4. FALOPLASTIA COM RETALHO ANTEBRAQUIAL RADIAL ESQUERDO

Homem, 25 anos. Transição de género F/M. Antecedentes pessoais: Disforia de género; Hipotireoidismo; Asma. Antecedentes cirúrgicos: Mastectomia subcutânea bilateral com enxerto do complexo aerolomamilar (2020); Anexectomia bilateral + Histerectomia total via laparoscópica (2020). Medicação habitual: Levotiroxina 0,025 mg; Enantato de testosterona 250 mg (3 em 3 semanas); Salbutamol (suspensão pressurizada para inalação), em SOS. Vive com a noiva, 26 anos, com a qual considera manter uma relação forte. Após consulta médica, decidiu realizar faloplastia com retalho antebraquial radial esquerdo.

### 4.1. Enquadramento teórico

Estudos relatam que as pessoas transgénero estão sujeitas a múltiplas barreiras no acesso aos serviços de saúde, tais como: dominância, coerção, marginalização, exposição a diferentes formas de violência, estigma e discriminação. Inevitavelmente, estas barreiras impactam negativamente os determinantes sociais de saúde da população em causa.

Devido à falta de conhecimento e formação na área da identidade de género, muitos profissionais de saúde ainda adotam comportamentos questionáveis, comprometendo significativamente os resultados em saúde (Shrivastava, 2023), como comprovado num estudo realizado por Houssayni (2018), em que mais de 30% das pessoas transgénero foram sujeitas a discriminação como resultado do acesso a cuidados de saúde.

Em Portugal, os resultados são alarmantes. Num estudo realizado por Rodrigues (2020), aplicado a 71 pessoas transgénero, metade da população que recorreu aos três ambientes do Serviço Nacional de Saúde (urgência, cirurgia e medicina geral e familiar), confessou sentir-se discriminada por pelo menos um profissional de saúde, em pelo menos um dos episódios. O uso de linguagem preconceituosa foi o episódio de perceção de discriminação mais frequente.

De acordo com Tollinche et al. (2018), as pessoas transgénero possuem taxas mais elevadas de ansiedade e depressão. Esta problemática é frequentemente agravada por cirurgias e internamentos prolongados.

Assim, face à minha inexperiência com estes clientes, urge a necessidade de procura de conhecimento e formação nesta área, desafiando-me à sua complexidade, almejando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

No local do estágio de natureza profissional, a equipa da UCPA difere da equipa do bloco operatório. Como tal e, tendo em conta o contexto onde o estágio foi realizado, o caso clínico que apresento aborda três momentos de contacto com o cliente em contexto de UCPA.

## Disforia de Género

A sexualidade humana é um conceito complexo que reflete um conjunto de várias dimensões: o sexo biológico, a identidade de género, a expressão de género e a orientação sexual (Henriques, 2021).

<b>SEXUALIDADE HUMANA</b>	
<b>SEXO BIOLÓGICO</b>	Hormonas e cromossomas primários, que se traduzem na anatomia e fisiologia do indivíduo. Apesar de, comumente, o sexo biológico ser dividido em "masculino" e "feminino", existe ainda o conceito "intersexo". Um dos exemplos de "intersexo" é possuir cromossomas XX, pénis e escroto ou, em contrapartida, possuir cromossomas XY, vagina e vulva.
<b>IDENTIDADE DE GÉNERO</b>	Perceção pessoal e individual como "mulher" ou "homem". Nos últimos tempos, as designações têm vindo a diversificar-se, surgindo novos termos (exemplo: não binário).
<b>EXPRESSÃO DE GÉNERO</b>	Modo como cada indivíduo se mostra (apresentação tipicamente mais feminina ou mais masculina).
<b>ORIENTAÇÃO SEXUAL</b>	Sentimento de atração romântica e/ou sexual por um determinado tipo de corpo ou identidade de género.

**Figura 7** - Dimensões da sexualidade humana (Adaptado de Henriques, 2021)

O termo "disforia de género" foi descrito pela primeira vez, em 1974, pelo Dr. Norman Fisk, referindo-se a pessoas que vivenciavam desconforto significativo com o seu sexo biológico, desejando uma nova atribuição de género (Osorio et al., 2022). A abordagem terapêutica de afirmação divide-se em várias componentes: acompanhamento em saúde mental, terapêutica hormonal de substituição e cirurgia de afirmação (Henriques, 2021).

De acordo com os censos de 2018, a população mundial de pessoas transgénero atingia 1-2% da população total, totalizando aproximadamente 900 milhões de pessoas (Mishra, 2021).

**NOTA:** Após reflexão, neste caso clínico foi considerado o sexo "feminino", por se tratar do sexo biológico do cliente e este ainda se encontrar em processo de transição. Futuramente e, embora não diretamente relacionado com o presente caso, sugere-se a inclusão de outros termos (por

exemplo: "intersexo"), na plataforma e4nursing.

## **Transição de Género - Abordagem Cirúrgica e Anestésica**

A cirurgia de redesignação de género é uma intervenção cirúrgica de modificações corporais, em que as características sexuais/genitais de nascença de um indivíduo são modificadas para aquelas socialmente associadas ao género com que ele se reconhece. As cirurgias mais comuns são a vaginoplastia e a faloplastia (Morais, 2020).

Como referido no cenário inicial, o cliente já foi submetido a mastectomia bilateral, histerectomia total e anexectomia bilateral. Neste cenário, é submetido a faloplastia.

Cripps (2022) refere que, indiscutivelmente, a técnica mais realizada ou amplamente aceite é a faloplastia com retalho antebraquial radial. Nesta técnica, o tecido mole é transferido do antebraço juntamente com o seu suprimento vascular (artéria radial, veia braquial e veia cefálica) e os seus componentes neurais (nervos cutâneos antebraquiais laterais e mediais). Com a inclusão desses componentes, pode ser reconstruída a uretra e construído um pénis. Em intervenções cirúrgicas seguintes, pode ser realizada a reconstrução perineal e a colocação de dispositivos implantáveis. As desvantagens desta técnica incluem: local dador reconhecível ao longo do antebraço; possíveis sequelas urológicas adversas; necessidade de minuciosa habilidade microcirúrgica, por parte do cirurgião.

Independentemente da técnica utilizada, os objetivos gerais dependem das preferências do cliente: capacidade funcional em termos de micção em pé; capacidade de relação sexual com penetração; sensação tátil e erógena resoluto; estética desejável do falo; etc. (Cripps, 2022).

No caso em estudo, a faloplastia é realizada sob anestesia geral balanceada com entubação endotraqueal. Antes da indução anestésica, é recomendável testar o posicionamento, tendo em conta o conforto e segurança do cliente. Após a indução anestésica, o cliente é posicionado em litotomia, com os membros superiores em abdução, facilitando a exploração e intervenção ao local dador de retalho (antebraço).

## **4.2. Clientes**

### **Cliente**

Adulto | Idade: 25 anos | Feminino

### 4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-12 15:30:00	Solução de Perfusão: Polieletrólítico Simples 500 ml iv	
2024-01-12 15:30:00	Droperidol 0,625 mg iv	
2024-01-12 15:30:00	Tramadol 100 mg em 100 ml NaCl 0,9% iv (perfusão)	

#### 4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Como descrito anteriormente, o cliente em estudo tem como medicação habitual: levotiroxina (id); enantato de testosterona (3 em 3 semanas); salbutamol (SOS) via inalatória. Como tal, as considerações sobre a medicação têm por base os fármacos habituais do cliente e os fármacos utilizados durante o período intra-operatório e pós-operatório.

Não foram identificados, no plano de conceção de cuidados, os fármacos utilizados no período intra-operatório, dado que a primeira sessão corresponde à chegada à UCPA. No entanto, face aos seus potenciais efeitos na recuperação do cliente, os mesmos são também considerados neste capítulo.

A **Levotiroxina** é um fármaco utilizado como terapia de reposição ou suplementação hormonal em clientes com hipotireoidismo (produção insuficiente de hormonas pela glândula tiróide) de qualquer causa. O cliente toma diariamente, via oral, 0,025 mg.

O **Enantato de Testosterona** é uma versão sintética da testosterona humana, utilizado para hormonoterapia masculinizante. Envolve riscos provavelmente aumentados de: eritrocitose; ganho ponderal; acne; alopecia; apneia do sono; dislipidemia; doença cardiovascular; hipertensão arterial; diabetes mellitus tipo 2 (Santos, 2021). De 3 em 3 semanas, o cliente utiliza este fármaco para continuidade do processo de transição de género.

O **Salbutamol**, geralmente utilizado como inalador ou nebulizador, é um fármaco que promove a dilatação dos brônquios. Entre os efeitos adversos mais comuns estão tremores, cefaleias, taquicardia, tonturas e ansiedade. O cliente utiliza-o em SOS, para o tratamento da asma.

A anestesia geral balanceada é uma combinação de fármacos utilizada para atingir a tríade: perda de consciência (hipnose), analgesia (arreflexia) e relaxamento muscular, constituindo a técnica anestésica de eleição para a cirurgia selecionada (Duarte & Martins, 2014, p. 70). Os aspectos de enfermagem a considerar, relativamente à medicação prescrita neste âmbito, estão

relacionados maioritariamente com os efeitos que os fármacos podem desencadear, pelo que o enfermeiro deve ter conhecimento sobre os mesmos.

O **Fentanilo** é um dos fármacos mais utilizados para a obtenção de analgesia nos procedimentos anestésicos. Os efeitos secundários mais comuns incluem depressão respiratória dose dependente, náusea, bradicardia e retenção urinária (Machado, 2018, p. 240).

O **Propofol** é o fármaco endovenoso mais utilizado na fase de indução anestésica, devido à sua estabilidade hemodinâmica. Os efeitos colaterais mais comuns são a hipotensão associada à vasodilatação e a apneia transitória. A dor no local de administração, principalmente em veias de menor calibre, é outro dos efeitos comuns (Duarte & Martins, 2014, p. 70).

O **Rocurónio** é um agente bloqueador neuromuscular que permite a paralisia temporária de todos os movimentos musculares esqueléticos voluntários e reflexos durante a cirurgia, para além de garantir condições cirúrgicas ideais, facilitar a intubação traqueal enquanto diminui o potencial de trauma das cordas vocais e facilitar o controlo total da função respiratória do cliente (Raval et al., 2020). Assim, os relaxantes musculares são fundamentais, pois evitam a necessidade de recorrer ao aumento da profundidade anestésica. Atualmente, o Rocurónio é usualmente o fármaco eleito, pelo seu tempo de início de ação rápido e por estar praticamente desprovido de efeitos secundários (Machado, 2018).

O **Sevoflurano** é o fármaco inalatório que irá permitir a manutenção da hipnose. Em concentrações mais elevadas, este fármaco também pode desencadear hipotensão e bradicardia (Duarte & Martins, 2014, p. 72).

A **Cefazolina** é um antimicrobiano de primeira escolha para cirurgia limpa e para a maioria das cirurgias limpas-contaminadas. A sua administração deve ser efetuada nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, de modo a assegurar níveis tecidulares adequados na altura da incisão cirúrgica, devendo estar completa antes da incisão (DGS, 2013).

Os analgésicos são importantes para atenuar a resposta ao estímulo durante a cirurgia e permitir que seja utilizada uma menor concentração do agente hipnótico, tendo um papel importante na redução da dor pós-operatória (Gwinnutt & Gwinnutt, 2013).

O **Paracetamol** é um analgésico eficaz na dor leve a moderada, tendo também efeito antipirético (Machado, 2018, p. 264). Pode causar lesões hepáticas, caso a dose diária recomendada seja excedida (Wilson & Ballisat, 2016).

O **Tramadol** é um opióide bem tolerado, que não produz habituação e praticamente sem depressão respiratória, mas pode produzir náuseas e vômitos (Machado, 2018, p.270).

As NVPO representam uma complicação comum e muito desagradável, constituindo um indicador de insatisfação dos doentes. Assim, uma abordagem multimodal é ideal, com a administração endovenosa de: Dexametasona 4 mg, antes ou durante a indução; Ondansetron 4

mg no final da cirurgia (Machado, 2018, p.373).

A **Dexametasona** pode causar dispepsia e hiperglicemia.

O **Ondansetron** tem como efeitos secundários hipotensão, cefaleias e rubor (Wilson & Ballisat, 2016).

O **Droperidol** é um fármaco antidopaminérgico usado também como antiemético e antipsicótico. Atua na analgesia e na supressão dos reflexos do sistema nervoso autónomo, com manutenção da estabilidade cardiovascular (Carvalho & Bianchi, 2016).

O **Sugammadex** é o fármaco usado na reversão do bloqueio neuromuscular induzido pelo rocurónio. Em casos isolados, poderá conduzir a bradicardia acentuada (Machado, 2018).

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

##### Atitudes terapêuticas

12-01-2024 15:30

##### **12-01-2024 15:30 - Procedimento invasivo**

12-01-2024 16:30 - Tipo de procedimento invasivo: Faloplastia com retalho antebraquial radial esquerdo - permanência na UCPA.

12-01-2024 19:30 - Tipo de procedimento invasivo: Faloplastia com retalho antebraquial radial esquerdo - saída da UCPA.

12-01-2024 15:30 - Tipo de procedimento invasivo: Faloplastia com retalho antebraquial radial esquerdo - chegada à UCPA.

12-01-2024 19:30 - Perda sanguínea

12-01-2024 19:30 - Pénis: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade [MANTEVE].

12-01-2024 16:30 - Perda sanguínea

12-01-2024 16:30 - Pénis: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade [MANTEVE].

12-01-2024 15:30 - Perda sanguínea

12-01-2024 15:30 - Pénis: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

12-01-2024 19:30 - Antebraço Esquerda(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade [MANTEVE].

12-01-2024 16:30 - Antebraço Esquerda(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade [MANTEVE].

12-01-2024 15:30 - Antebraço Esquerda(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

12-01-2024 19:30 - Perna Direita(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade [MANTEVE].

12-01-2024 16:30 - Perna Direita(o): Perda sanguínea externa, em pequena

quantidade [MANTEVE].

12-01-2024 15:30 - Perna Direita(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

12-01-2024 15:30 - Localização do Pulso

12-01-2024 15:30 - Tórax

12-01-2024 15:30 - Frequência do pulso: 86 pulsações por minuto.

12-01-2024 19:30 - Localização do Pulso

12-01-2024 19:30 - Tórax

12-01-2024 19:30 - Frequência do pulso: 83 pulsações por minuto.

12-01-2024 16:30 - Localização do Pulso

12-01-2024 16:30 - Tórax

12-01-2024 16:30 - Frequência do pulso: 73 pulsações por minuto.

12-01-2024 15:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

12-01-2024 15:30 - Membro superior Direita(o)

12-01-2024 15:30 - Pressão sanguínea sistólica: 134 mmHg.

12-01-2024 15:30 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.

12-01-2024 19:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

12-01-2024 19:30 - Membro superior Direita(o)

12-01-2024 19:30 - Pressão sanguínea sistólica: 114 mmHg.

12-01-2024 19:30 - Pressão sanguínea diastólica: 67 mmHg.

12-01-2024 16:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

12-01-2024 16:30 - Membro superior Direita(o)

12-01-2024 16:30 - Pressão sanguínea sistólica: 110 mmHg.

12-01-2024 16:30 - Pressão sanguínea diastólica: 69 mmHg.

12-01-2024 19:30 - Temperatura corporal periférica

12-01-2024 19:30 - Ouvido: 36.50 °C.

12-01-2024 16:30 - Temperatura corporal periférica

12-01-2024 16:30 - Ouvido: 36.50 °C.

12-01-2024 15:30 - Temperatura corporal periférica

12-01-2024 15:30 - Ouvido: 35.80 °C.

**12-01-2024 15:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo**

*12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia (Antebraço Esquerda(o), Perna Direita(o), Pénis)*

*12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal*

**12-01-2024 16:30 - Promover autogestão: procedimento invasivo**

12-01-2024 16:30 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-01-2024 19:30 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador [MELHOROU].

**12-01-2024 16:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre**

**procedimento invasivo** [RESOLVIDO] 12-01-2024 19:30

*12-01-2024 16:30 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico [FIM] 12-01-2024 19:30*

12-01-2024 19:30 - Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo

**12-01-2024 15:30 - Repouso no leito** [RESOLVIDO] 12-01-2024 19:30

**12-01-2024 15:30 - Promover adesão: repouso no leito** [FIM] 12-01-2024 19:30

12-01-2024 15:30 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-01-2024 16:30 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: facilitador [MELHOROU].

**12-01-2024 15:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito** [RESOLVIDO] 12-01-2024

16:30

12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito [FIM] 12-01-2024 16:30

12-01-2024 15:30 - Ensinar sobre necessidade de manter-se em repouso no leito [FIM] 12-01-2024 16:30

12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução da adesão ao repouso no leito [FIM]

12-01-2024 19:30

**12-01-2024 15:30 - Oxigenoterapia** [RESOLVIDO] 12-01-2024 16:30

12-01-2024 15:30 - Débito de oxigênio: 3.00 L/min.

**12-01-2024 15:30 - Assegurar oxigenoterapia** [FIM] 12-01-2024 16:30

12-01-2024 15:30 - Manter oxigenoterapia [FIM] 12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30

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

12-01-2024 15:30

**12-01-2024 15:30 - Sonda de oxigênio** [RESOLVIDO] 12-01-2024 16:30

12-01-2024 15:30 - Características do dispositivo: Óculos nasais.

**12-01-2024 15:30 - Assegurar funcionamento da sonda** [FIM] 12-01-2024 16:30

12-01-2024 15:30 - Otimizar sonda de oxigênio [FIM] 12-01-2024 16:30

**12-01-2024 15:30 - Dreno**

12-01-2024 15:30 - Localização do dreno

12-01-2024 15:30 - Perna Direita(o)

12-01-2024 15:30 - Substância drenada: hemática.

12-01-2024 15:30 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 10 ml.

12-01-2024 15:30 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

12-01-2024 15:30 - Características do dispositivo: Dreno tubular multicapilar (na região femoral dta.).

12-01-2024 19:30 - Localização do dreno

12-01-2024 19:30 - Pénis

12-01-2024 19:30 - Tipo de dreno: fechado de sucção.

12-01-2024 19:30 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

12-01-2024 19:30 - Características do dispositivo: Dreno Jackson-Pratt (na loca da vaginectomia).

12-01-2024 16:30 - Localização do dreno

12-01-2024 16:30 - Pénis

12-01-2024 16:30 - Tipo de dreno: fechado de sucção.

12-01-2024 16:30 - Substância drenada: hemática.

12-01-2024 16:30 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 0 ml.

12-01-2024 16:30 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

12-01-2024 16:30 - Características do dispositivo: Dreno Jackson-Pratt (na loca da vaginectomia).

12-01-2024 19:30 - Perna Direita(o)

12-01-2024 19:30 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

12-01-2024 19:30 - Características do dispositivo: Dreno tubular multicapilar (na região femoral dta.).

12-01-2024 15:30 - Pénis

12-01-2024 15:30 - Tipo de dreno: fechado de sucção.

12-01-2024 15:30 - Substância drenada: hemática.

12-01-2024 15:30 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 10 ml.

12-01-2024 15:30 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

12-01-2024 15:30 - Características do dispositivo: Dreno Jackson-Pratt (na loca da vaginectomia).

12-01-2024 16:30 - Perna Direita(o)

12-01-2024 16:30 - Substância drenada: hemática.

12-01-2024 16:30 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 0 ml.

12-01-2024 16:30 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

12-01-2024 16:30 - Características do dispositivo: Dreno tubular multicapilar (na região femoral dta.).

**12-01-2024 15:30 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno**

*12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução da drenagem (Perna Direita(o), Pénis)*

**12-01-2024 15:30 - Assegurar funcionamento do dreno**

*12-01-2024 15:30 - Otimizar dreno (Perna Direita(o), Pénis)*

**12-01-2024 15:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o dreno**

*12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do dreno (Perna Direita(o), Pénis)*

**12-01-2024 15:30 - Cateter urinário**

12-01-2024 15:30 - Quantidade de urina: 310 ml.

12-01-2024 16:30 - Quantidade de urina: 60 ml.

12-01-2024 19:30 - Quantidade de urina: 250 ml.

12-01-2024 15:30 - Cor da urina: âmbar.

12-01-2024 16:30 - Cor da urina: âmbar.

12-01-2024 19:30 - Cor da urina: âmbar.

12-01-2024 15:30 - Transparência da urina: Límpida.

12-01-2024 16:30 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

12-01-2024 19:30 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

12-01-2024 15:30 - Características do dispositivo: Sonda Suprapúbica 12Fr.

12-01-2024 16:30 - Características do dispositivo: Sonda Suprapúbica 12Fr.

12-01-2024 19:30 - Características do dispositivo: Sonda suprapúbica 12Fr.

**12-01-2024 15:30 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário**

*12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário*

**12-01-2024 15:30 - Assegurar funcionamento do cateter**

*12-01-2024 15:30 - Otimizar cateter urinário*

**12-01-2024 15:30 - Determinar sinais de infecção do sistema urinário**

*12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução de sinais de infecção do sistema urinário*

**12-01-2024 15:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter urinário**

**12-01-2024 15:30 - Cateter venoso periférico**

12-01-2024 15:30 - Localização do cateter venoso periférico

12-01-2024 15:30 - Mão Direita(o)

12-01-2024 15:30 - Características do dispositivo: 16G.

12-01-2024 15:30 - Ausência de dor.

12-01-2024 15:30 - Ausência de calor.

12-01-2024 15:30 - Ausência de rubor.

12-01-2024 15:30 - Ausência de tumefação.

12-01-2024 15:30 - Ausência de exsudado.

12-01-2024 15:30 - Ausência de infiltração.

12-01-2024 16:30 - Localização do cateter venoso periférico

12-01-2024 16:30 - Mão Direita(o)

12-01-2024 16:30 - Características do dispositivo: 18G.

12-01-2024 16:30 - Ausência de dor.

12-01-2024 16:30 - Ausência de calor.

12-01-2024 16:30 - Ausência de rubor.

12-01-2024 16:30 - Ausência de tumefação.

12-01-2024 16:30 - Ausência de exsudado.

12-01-2024 16:30 - Ausência de infiltração.

12-01-2024 19:30 - Localização do cateter venoso periférico

12-01-2024 19:30 - Mão Direita(o)

12-01-2024 19:30 - Características do dispositivo: 18G.

12-01-2024 19:30 - Ausência de dor.

12-01-2024 19:30 - Ausência de calor.

12-01-2024 19:30 - Ausência de rubor.

12-01-2024 19:30 - Ausência de tumefação.

12-01-2024 19:30 - Ausência de exsudado.

12-01-2024 19:30 - Ausência de infiltração.

12-01-2024 15:30 - Mão Direita(o)

12-01-2024 15:30 - Características do dispositivo: 18G.

12-01-2024 15:30 - Ausência de dor.

12-01-2024 15:30 - Ausência de calor.

12-01-2024 15:30 - Ausência de rubor.

12-01-2024 15:30 - Ausência de tumefação.

12-01-2024 15:30 - Ausência de exsudado.

12-01-2024 15:30 - Ausência de infiltração.

12-01-2024 16:30 - Mão Direita(o)

12-01-2024 16:30 - Características do dispositivo: 16G.

12-01-2024 16:30 - Ausência de dor.

12-01-2024 16:30 - Ausência de calor.

12-01-2024 16:30 - Ausência de rubor.

12-01-2024 16:30 - Ausência de tumefação.

12-01-2024 16:30 - Ausência de exsudado.

12-01-2024 16:30 - Ausência de infiltração.

12-01-2024 19:30 - Mão Direita(o)

12-01-2024 19:30 - Características do dispositivo: 16G.

12-01-2024 19:30 - Ausência de dor.

12-01-2024 19:30 - Ausência de calor.

12-01-2024 19:30 - Ausência de rubor.

12-01-2024 19:30 - Ausência de tumefação.

12-01-2024 19:30 - Ausência de exsudado.

12-01-2024 19:30 - Ausência de infiltração.

**12-01-2024 15:30 - Determinar evolução da administração pelo cateter**

*12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico*

**12-01-2024 15:30 - Assegurar funcionamento do cateter**

*12-01-2024 15:30 - Otimizar cateter venoso periférico (Mão Direita(o))*

**12-01-2024 15:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

*12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico (Mão Direita(o))*

**12-01-2024 15:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**

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

O REPE contempla que os enfermeiros devem trabalhar em complementaridade funcional com os restantes profissionais de saúde, desenvolvendo assim intervenções de cariz interdependente, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas. Ainda assim, estas devem ser dotadas de idêntica dignidade e autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

De forma a facilitar a compreensão da análise realizada, os aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica serão divididos pelos focos de atenção/diagnósticos identificados.

## **Atitudes Terapêuticas**

### **Procedimento Invasivo**

O "Procedimento Invasivo" corresponde à intervenção cirúrgica que conduziu o cliente até à UCPA (faloplastia com retalho antebraquial radial esquerdo). Associado a este, surgem intervenções necessárias ao sucesso da cirurgia e à prevenção de complicações, como a avaliação da evolução de: pressão sanguínea, frequência cardíaca, saturação de oxigénio, temperatura corporal e sinais de hemorragia.

### **Repouso no Leito**

O repouso no leito deve ser respeitado, tendo em conta a cirurgia e anestesia subjacente, promovendo assim a hemóstase das lesões causadas durante o procedimento (Batista, 2010). Numa primeira fase, os clientes submetidos a faloplastia devem ficar em repouso absoluto, com elevação da cabeceira a  $\leq 20^\circ$ , de forma a evitar danos nos locais intervencionados (Rifkin et al., 2022).

### **Oxigenoterapia**

Após uma intervenção cirúrgica sob anestesia geral balanceada, o cliente apresenta efeitos residuais de agentes anestésicos, com desequilíbrios metabólicos resultantes da própria intervenção. Tal poderá desencadear a ocorrência de complicações anestésicas, como é exemplo a depressão cardiorrespiratória (Welte et al., 2016).

Desta forma, a prevenção da hipoxemia é desejável, podendo o seu risco ser minimizado com oxigenoterapia no período pós-operatório imediato. Esta atitude terapêutica diminui o risco de infeção da ferida cirúrgica e a incidência de NVPO (Maciel et al., 2017).

A oxigenoterapia consiste na administração de O<sub>2</sub>, em concentrações maiores do que a existente no ar ambiente. Pode ser realizada através de vários dispositivos, tais como óculos nasais ou máscara de Venturi. Como tal, é fundamental que o enfermeiro conheça os dispositivos disponíveis, as razões para a sua eleição, as vantagens e desvantagens de cada um

e os cuidados inerentes (Alves, 2018).

Na primeira sessão do presente caso clínico, foi iniciada oxigenoterapia a 3L/min, por óculos nasais.

## **Sondas, Drenos e Cateteres**

### **Sonda de oxigénio - Óculos nasais**

Os óculos nasais constituem um dispositivo fortemente indicado para administração de oxigénio de baixo fluxo (<4 l/min), sem necessidade de humidificação na maioria dos casos. Além disso, são confortáveis para a pessoa, permitindo que esta consiga falar, comer ou beber, dotando também de facilidade de fixação (Ribeiro et al., 2018).

### **Dreno**

De acordo com a OE (2019), o dreno cirúrgico é um dispositivo de material diverso, inserido durante a intervenção cirúrgica, localizado na loca cirúrgica ou na área circundante à mesma. Este dispositivo promove a eliminação de conteúdo, de modo a prevenir a infeção e a possibilidade de surgirem processos compressivos sobre os órgãos adjacentes. Funcionam por ação da gravidade (drenagem passiva) ou por baixa pressão (drenagem ativa). Os cuidados na execução do penso cirúrgico e processo de manipulação das drenagens cirúrgicas são da responsabilidade do enfermeiro.

No presente caso clínico, o cliente apresenta dois drenos:

- Dreno Jackson-Pratt, na loca da vaginectomia;
- Dreno tubular multicapilar, na região femoral direita.

### **Cateter urinário**

O cateterismo vesical é um procedimento invasivo em que se insere um cateter vesical por via uretral ou suprapúbica até à bexiga com o intuito de drenar urina (Cupido, 2022).

Brigas et al. (2021) refere que a cateterização vesical é uma das intervenções mais realizadas

em ambiente hospitalar. Estima-se que aproximadamente 25% dos doentes são algaliados em algum momento durante o internamento. Este tipo de ação está associada a um conjunto de potenciais complicações bem definidas, tais como: hematúria traumática, retenção urinária após a remoção do cateter urinário e infeções urinárias associadas ao mesmo.

Assim, face ao risco de infeção associado ao cateter urinário, cabe ao enfermeiro a implementação de boas práticas associadas à respetiva prevenção.

No presente caso clínico, o cliente apresenta cateter suprapúbico.

### Cateter venoso periférico

A cateterização venosa periférica é uma prática comum, principalmente na prestação de cuidados de enfermagem em contexto perioperatório. O enfermeiro é responsável por executar, avaliar e acompanhar o processo de cateterização venosa periférica, assim como por manter o acesso para cumprimento dos objetivos definidos (Santos, 2014). O enfermeiro deve também administrar a terapêutica prescrita, identificando os seus efeitos e atuando em conformidade. Em caso de emergência, deve responder de acordo com os conhecimentos que detém, com vista a manter ou recuperar as funções vitais.

No presente caso clínico, o cliente apresenta:

- CVP 18G: mão direita;
- CVP 16G: mão direita.

## 4.5. Domínios

<b>Início</b>	<b>Domínios</b>	<b>Fim</b>
12-01-2024 15:30	Consciência	12-01-2024 19:30
12-01-2024 15:30	Sistema respiratório	
12-01-2024 15:30	Sistema cardiovascular	
12-01-2024 15:30	Eliminação urinária	
12-01-2024 15:30	Pele e mucosas	
12-01-2024 15:30	Metabolismo	12-01-2024 19:30
12-01-2024 15:30	Termorregulação	
12-01-2024 15:30	Atitudes terapêuticas	
12-01-2024 15:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
12-01-2024 15:30	Procedimento Anestésico	12-01-2024 19:30
12-01-2024 15:30	Digestão	12-01-2024 16:30
12-01-2024 16:30	Autoconceito	

<b>Início</b>	<b>Domínios</b>	<b>Fim</b>
12-01-2024 16:30	Emoção	
12-01-2024 16:30	Pensamento	
12-01-2024 16:30	Memória	12-01-2024 19:30

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

Este capítulo segue a metodologia do anterior, de forma a facilitar a compreensão da análise realizada. Pretende-se refletir sobre a atuação diferenciada do enfermeiro perioperatório, relacionando o seu papel com o quadro teórico de cada um dos domínios identificados.

#### **Consciência**

A CIPE (2015) entende consciência como: "*resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior*".

A principal problemática relacionada com o sistema nervoso central, observada na UCPA, é a alteração do estado de consciência. Por norma, corresponde ao período pós-operatório imediato e está diretamente relacionada com a anestesia (Machado, 2018). O cliente pode apresentar um quadro de agitação, sonolência excessiva, ou ambos alternadamente (Sampaio et al., 2016).

Se, por um lado, esta sonolência poderá corresponder a um "*adormecimento não natural*", por outro, a agitação poderá resultar de "*descarga de tensão nervosa associada com ansiedade; medo ou stress mental*" (CIPE, 2015).

De forma a monitorizar as alterações de consciência, a Escala de Coma de Glasgow constitui um método de avaliação neurológica, preconizando determinar o nível de consciência e repostas motoras através do *score* obtido (Sousa & Santos, 2021). O *score* varia entre 3 e 15 e resulta de observações de atividades espontâneas e da aplicação de estímulos verbais e dolorosos, composta por três indicadores: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora (Sousa & Santos, 2021; Farias et al., 2021; Melo et al., 2019).

Como tal, o enfermeiro deve ser capaz de avaliar a evolução da consciência, monitorizando e identificando os sinais de alteração da mesma. Na primeira sessão, o cliente apresentava alteração do estado de consciência (Escala de Glasgow - 14 pontos), presumivelmente relacionada com o procedimento anestésico, pelo que é identificado "Consciência comprometida". Este domínio não deve ser descurado, pois poderá fornecer informações para a deteção de outras complicações. Preconizou-se a avaliação da evolução futura de consciência. Na última sessão, por cliente com 15 pontos na Escala de Glasgow, foi dado termo a este

domínio.

## **Sistema Respiratório**

De acordo com a CIPE (2015), o processo do sistema respiratório consiste em: "*Processo corporal: processo contínuo de troca molecular de oxigênio e dióxido de carbono dos pulmões para oxidação celular, regulada pelos centros cerebrais da respiração; receptores brônquicos e aórticos, bem como por um mecanismo de difusão*".

A função principal do sistema respiratório é fornecer quantidades suficientes de oxigênio aos tecidos, para oxidação dos substratos respiratórios (hidratos de carbono, lípidos e proteínas), de forma a criar energia e remover os metabolitos (dióxido de carbono e água) produzidos através deste processo de respiração tecidular (Field, 2009).

As complicações respiratórias pós-operatórias podem resultar de fatores de risco prévios, fatores cirúrgicos ou anestésicos, constituindo uma das principais causas de morbidade/mortalidade perioperatória e contribuindo para o aumento do tempo de internamento e reinternamentos, originando maiores gastos no serviço de saúde (Townsend, 2019; Ávila & Fenili, 2017; Clemente et al., 2016).

Estas complicações são, em geral, de gravidade leve a moderada e passíveis de resolução. No entanto, alguns indivíduos podem desenvolver distúrbios pulmonares graves, com necessidade de intubação e risco de óbito (Weihermann et al., 2021; Townsend, 2019).

Ferreira et al. (2017) definem como complicações respiratórias no período pós-operatório imediato:

- Obstrução da via aérea: causa mais comum de complicação respiratória;
- Hipoxémia: complicação que pode derivar de hipoventilação, desequilíbrio entre ventilação/perfusão, hipóxia de difusão, diminuição da pressão venosa mista, entre outros.

Como indicadores destas complicações, o cliente poderá apresentar sinais como dispneia, alteração do ritmo, frequência e profundidade da respiração, taquicardia e coloração da pele (Clemente et al, 2016). A hipoxemia pós-anestésica associa-se à maior incidência de eventos cardiovasculares no período pós-operatório imediato (Ascari et al., 2021).

Assim, revela-se mandatório o reconhecimento e prevenção deste tipo de complicações, através da compreensão da fisiopatologia e dos fatores de risco, permitindo a implementação de intervenções adequadas. O enfermeiro deve:

- Monitorizar continuamente os sinais vitais;
- Manter a cabeceira do cliente elevada;

- Garantir um posicionamento adequado do cliente;
- Garantir a otimização de oxigênio suplementar;
- Incentivar o doente à inspiração profunda, bocejo e tosse, prevenindo a atelectasia.

À chegada à UCPA, o cliente encontrava-se sonolento, com 93% de saturação de oxigênio no sangue (periférica). Face a estes dados, associados à patologia prévia (asma) e baixa frequência respiratória, como explanado por Clemente et al. (2016), foi identificado o diagnóstico "Ventilação comprometida" e iniciada oxigenoterapia a 3L/min, por óculos nasais. Durante a permanência na UCPA, foi dado termo a este diagnóstico. Não foi dado termo ao domínio por apenas ser possível registar a saturação de oxigênio no sangue nos dados referentes ao mesmo. Além disso, preconiza-se que, no internamento, seja dada continuidade a esta avaliação.

**Nota:** Por lapso, não foram incluídos os dados referentes ao ritmo, frequência e profundidade respiratória, em nenhuma das sessões.

## Sistema Cardiovascular

A função do sistema cardiovascular consiste na distribuição de oxigênio, nutrientes e outras substâncias a todas as células sanguíneas, removendo produtos nocivos ao metabolismo celular. Os fatores mais comuns que influenciam a circulação, em contexto perioperatório, são: hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, doença vascular, distúrbios de coagulação e desidratação (Edwards, 2009). Assim, torna-se imperativo que o enfermeiro perioperatório compreenda a circulação periférica e sistémica e os mecanismos que as influenciam, bem como as alterações fisiopatológicas das doenças mais comuns destes sistemas.

Alguns dos riscos de complicações cardiovasculares emergem de: perda sanguínea real ou potencial, proveniente da própria cirurgia; efeitos colaterais da anestesia; desequilíbrios hidroeletrólíticos e depressão dos mecanismos normais de regulação da circulação. Assim, o enfermeiro deve: avaliar o ritmo e a frequência cardíaca, a pressão arterial e o pulso. A pressão arterial decrescente e o aumento da frequência de pulso no cliente pós-operatório são relevantes, pois podem auxiliar na deteção de hemorragia ou choque (Rossini & Ascari, 2021; Passos, 2012).

Segundo os mesmos autores, a hipotensão é talvez a complicação cardiovascular mais comumente observada no período pós-operatório imediato. O enfermeiro deve: observar atentamente a coloração da pele e mucosas do cliente, avaliar regularmente a temperatura e a sudorese.

A hemorragia pode ter origem em vários fatores, seja por homeostasia cirúrgica deficiente ou decorrente de eventuais coagulopatias (Ascari et al., 2021; Ponce & Mendes, 2015).

Assim, o enfermeiro é responsável por avaliar a evolução de sinais de hemorragia, sinais de choque hipovolémico (incluindo taquicardia e taquipneia), hipotensão arterial, aumento da agitação ou da fadiga e redução do débito urinário. Deve também realizar uma avaliação abrangente da circulação periférica, avaliar o estado de consciência do cliente, avaliar a evolução dos pensos cirúrgicos e respetivos drenos e registar ou comunicar alterações (Ascari et al., 2021; Baehring et al, 2012). Por risco deste tipo de complicação, foi identificado "Hemorragia" como foco de atenção.

No que respeita ao procedimento invasivo em análise, o compromisso vascular do neo-falo, embora raro (cerca de 3,6%), constitui a complicação mais receada. O compromisso vascular tardio é ainda mais raro (cerca de 1,2%), mas pode implicar perda parcial ou total do retalho (Quinta et al., 2009).

**Nota:** Por não existirem dados compatíveis com o diagnóstico, não foi identificado "Processo neurovascular comprometido". No entanto, pelo risco que esta problemática acarreta na intervenção em questão, o enfermeiro deve "Determinar evolução do processo neurovascular" e "Avaliar evolução de sinais de compromisso neurovascular".

A dor constitui o quinto sinal vital, é um diagnóstico muito comum no pós-operatório imediato e pode ter várias etiologias, tais como: incisão operatória; trauma inerente ao procedimento cirúrgico; desconforto causado pela entubação endotraqueal; drenos; imobilidade no leito. O controlo da dor é importante pelo seu efeito negativo na homeostasia, prejudicando a evolução cicatricial da ferida cirúrgica (Gomes, 2017; Clemente et al, 2016; Ponce & Mendes, 2015; Baehring et al, 2012).

Na primeira sessão, à chegada à UCPA, o cliente referiu dor de grau 6, de acordo com a escala numérica da dor (0-10), contínua, aguda e lacerante, no antebraço esquerdo. Após referenciação ao anesthesiologista da unidade, foi prescrito e administrado Tramadol. Na segunda e terceira sessão, o cliente não referiu qualquer tipo de dor nos locais intervencionados.

## **Eliminação Urinária**

A eliminação urinária constitui um domínio necessário à recuperação cirúrgica de qualquer cliente, pois a etiologia da retenção urinária pós-operatória está relacionada com o uso de fármacos anticolinérgicos e analgésicos e administração de grandes volumes de fluidos, com maior incidência no período pós-operatório (Ferreira & Simões, 2019; Malster & Parry, 2009).

O enfermeiro é responsável por avaliar a evolução da eliminação urinária. No caso em questão, o cliente encontra-se com um cateter suprapúbico. Face às particularidades desta intervenção cirúrgica, o enfermeiro deve estar especialmente atento ao débito urinário e às características

da urina.

## **Pele e Mucosas**

A CIPE (2015) descreve a ferida cirúrgica como: "*corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo; ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus*".

Segundo Baltazar (2021), a ferida cirúrgica é caracterizada por ruptura intencional da integridade epitelial da pele e das estruturas subjacentes.

Algumas das complicações mais comuns da ferida cirúrgica, durante o processo de cicatrização, são: hematoma, infeção e deiscência (British Columbia Provincial Nursing Skin & Wound Committee, 2011).

De acordo com Leal e Carvalho (2014), os fatores que conduzem a uma cicatrização deficiente da ferida dividem-se em:

- Fatores locais: hipoxia, tecido desvitalizado, infeção/contaminação, condições inflamatórias, ferida de maiores dimensões, *stress*/trauma mecânico contínuo;
- Fatores sistémicos: idade avançada ou muito jovem, *stress* psicológico, existência de doença crónica prévia (diabetes; obesidade; doença renal; doença hepática/icterícia; doença respiratória crónica; distúrbios do tecido conjuntivo e imunossupressão); terapêutica (corticosteroides, radioterapia, quimioterapia); abuso de substâncias (tabagismo, alcoolismo); desnutrição; fraca adesão a planos terapêuticos.

No âmbito da prevenção da infeção do local cirúrgico, a DGS (2013) implementou um conjunto de intervenções para a fase pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória. No que ao período pós-operatório diz respeito, as intervenções são as seguintes:

- Garantir homeostasia pós-operatória do doente: manter normotermia; manter normoglicemia; manter SpO2 igual ou superior a 95%, após anestesia geral com entubação endotraqueal em doente com função pulmonar normal;
- Cumprir técnica asséptica na realização do penso.

Neste caso clínico, o cliente apresenta:

- Ferida cirúrgica: Antebraço esquerdo;
- Ferida cirúrgica: Perna direita;
- Ferida cirúrgica: Pénis.

O enfermeiro tem um papel de destaque no acompanhamento da evolução do processo de cicatrização das feridas, constituindo o profissional de saúde mais capacitado para a gestão das

mesmas. É responsável por avaliar a evolução das feridas cirúrgicas e promover a cicatrização das mesmas. No que respeita à vigilância, alguns dos aspetos a considerar são: exsudado, coloração, temperatura e tumefação.

O tempo de preenchimento capilar e a sensibilidade das extremidades também poderão fornecer informações sobre a adequada perfusão do retalho.

A avaliação realizada à entrada na UCPA (1ª sessão) manteve-se até à saída (3ª sessão). O domínio identificado deve manter-se até à cicatrização completa da ferida cirúrgica.

## **Metabolismo**

O metabolismo é: "*Conjunto de processos corporais: somatório de todos os processos químicos que levam ao crescimento, produção de energia, eliminação de desperdícios e regulação das funções corporais relacionadas com a distribuição dos nutrientes no sangue após a digestão, aumento do metabolismo basal devido ao exercício, elevação da temperatura corporal, atividade hormonal ou digestão*" (CIPE, 2015).

A infeção do local cirúrgico é multifatorial, relacionando-se com a condição do doente, com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico envolvido. Os fatores de risco modificáveis são: administração do antimicrobiano se e quando indicado, monitorização e manutenção da glicemia e temperatura normais, regulação da tricotomia, oxigenação dos tecidos, entre outros (DGS, 2013).

De acordo com a minha realidade profissional e, reiterando a norma da DGS (2013), este domínio foi identificado. O foco de atenção foi "Glicemia". O cliente manteve a normoglicemia durante todo o período na unidade.

**Nota:** No plano de conceção de cuidados, o domínio tem o seu término na última sessão. Após reflexão, considera-se que este deveria permanecer identificado, pois a monitorização de glicemia só irá terminar aquando da alta clínica do hospital.

## **Termorregulação**

Segundo a CIPE (2015), a hipotermia é definida como: "*Termorregulação comprometida: diminuição da capacidade para regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloereção associada a exposição prolongada ao frio, disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino em condições de frio ou introdução artificial de*

*temperaturas corporais anormalmente baixas, por razões terapêuticas".*

A hipotermia é um risco a que todos os clientes cirúrgicos submetidos a anestesia estão sujeitos (Steelman & Graling, referido por Lopes, 2020), devendo ser prevenido pelo impacto que pode ter no bem-estar do doente. Numa revisão da literatura, Knaepel (2012) estimou que a hipotermia tinha uma incidência de 70%. As consequências deste fenómeno podem ser nefastas, levando a:

- Aumentar o risco de infeção do local cirúrgico no período pós-operatório;
- Triplicar o risco de ocorrência de um evento cardíaco;
- Causar coagulopatia;
- Aumentar o tempo de atuação dos bloqueadores neuromusculares;
- Atrasar a recuperação do doente.

Na primeira sessão, o cliente apresentava 35,8°C. Identificou-se o foco de atenção "Hipotermia" e foi promovida a termorregulação, através de aplicação de manta de aquecimento, sendo este calor distribuído de forma uniforme pelo corpo do cliente. Nas restantes sessões, o cliente apresentou-se normotérmico.

Conforme reforçado por Lopes (2020), a monitorização da temperatura é uma intervenção essencial à manutenção da normotermia, pelo que a ocorrência da elevação da temperatura pode também estar presente. Como tal, no âmbito da continuidade de cuidados, não foi dado termo a este domínio.

### **Procedimento Anestésico**

O procedimento anestésico compreende a avaliação pré-anestésica, a anestesia em si, o período de recuperação anestésica, bem como a analgesia pós-operatória (Macedo, 2022; Carvalho & Bianchi, 2016).

De acordo com Gonçalves (2023), existem várias escalas para avaliar a recuperação anestésica, sendo que uma das mais utilizadas é a Escala de Aldrete Modificada. Esta escala preconiza orientar a decisão de alta da UCPA e baseia-se em cinco variáveis – estado de consciência, atividade muscular, respiração, circulação e saturação de oxigénio.

O enfermeiro que presta cuidados de enfermagem na UCPA tem como objetivo garantir uma recuperação segura do cliente, incluindo a prevenção e deteção precoce de complicações que possam advir do procedimento anestésico-cirúrgico (Gomes, 2017).

Como tal, urge a necessidade de identificação deste domínio, com o objetivo "Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento anestésico" e a intervenção "Avaliar evolução de sinais de complicações relacionadas com o procedimento anestésico". Foi dado

termo a este domínio na segunda sessão, dado que a recuperação anestésica se encontrava concluída. No entanto, entende-se que este domínio poderia ser estendido até à terceira sessão, momento da alta da UCPA.

**Nota:** Poderia também ser identificado o objetivo "Determinar evolução da resposta à anestesia após cirurgia" e a intervenção "Avaliar evolução da resposta à anestesia após cirurgia".

## **Digestão**

As NVPO constituem complicações comuns no período pós-operatório. São complicações de carácter multifatorial, tais como: sexo, idade, obesidade, dor e medo. Quando não controladas, podem evoluir para desidratação, alcalose metabólica, hipocalcemia e aspiração pulmonar. A profilaxia, por meio da administração de antieméticos, diminui a sua incidência entre 20% e 30% (Rossini & Ascari, 2021).

Vieira et al. (2012) reforça que estas complicações estão associadas a piores resultados em saúde, aumento de custos e do tempo de internamento, além de riscos mais elevados de desidratação, desequilíbrio eletrolítico, deiscência de sutura, hemorragia e compromisso das vias aéreas.

À chegada à UCPA, o cliente apresentava-se nauseado (sem vômito). Foi gerido o ambiente, nomeadamente a elevação da cabeceira até 20º. Foi também comunicada a situação ao anestesiológista. Após prescrição médica, foi administrado Droperidol. Nas seguintes sessões, o cliente não apresentou náusea. A presença de NVPO é um dos critérios a ter em conta na decisão da alta clínica do cliente. Como tal, face à sua ausência, foi dado termo a este domínio.

## **Autoconceito**

Segundo Sequeira, como referido por Chemela (2018), o autoconceito é "*o conceito que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico e espiritual ou moral. A formação do autoconceito indica a capacidade do ser humano tem de se construir como objeto da própria observação e abstrair dos seus comportamentos específicos de todos os dias e igualmente dos comportamentos dos outros em relação a si*". Em suma, o autoconceito reflete o conjunto de avaliações que os outros fazem da pessoa, o que o indivíduo imagina e o que os outros pensam dele.

A insatisfação com a imagem corporal, juntamente com as dificuldades inerentes à aceitação social da pessoa trans, pode gerar intenso sofrimento psíquico (Barros et al., 2019).

A identificação do diagnóstico "Autoconceito comprometido", na segunda sessão, teve origem nos dados:

- Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho;
- Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

Tendo em conta que o cliente apresentava défice de conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito, foi identificado o diagnóstico "Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito" e as intervenções: "Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito", "Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito" e "Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito".

No que respeita às estratégias promotoras de autoconceito, algumas das técnicas utilizadas são o relaxamento e a utilização de terapias expressivas (Santos, 2021). Face ao tempo disponível e, tendo em conta o ambiente de prestação de cuidados em causa, foi apenas realizada uma breve explicação sobre as mesmas. Ainda assim, na terceira sessão, o cliente demonstrou conhecimento sobre estas.

Este domínio deve manter-se como um foco de atenção na continuidade dos cuidados de enfermagem, através da determinação da evolução do autoconceito e da promoção do autocontrolo, no que respeita ao processo de pensamento relacionado com o autoconceito.

## **Emoção**

Este domínio pode ser descrito como: "*Processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stresse ou com a doença*" (CIPE, 2015).

Nos clientes com disforia de género, a angústia ou repulsa pelo corpo inadequado, associada à dificuldade na aceitação social, pode resultar em: depressão; automutilação; tentativa de suicídio; distúrbio alimentar (Barros et al., 2019).

Foi identificado o diagnóstico "Humor deprimido", por indícios de humor depressivo, com expressão de comportamentos de autodesvalorização. Considera-se que a intervenção mais significativa, associada a este diagnóstico, é "Executar escuta ativa".

Identificou-se também o diagnóstico "Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor". Algumas das estratégias que ajudam à promoção de equilíbrio do humor são a psicoeducação e a terapia cognitivo-comportamental (Bravo, 2016), pelo que foram explicadas brevemente.

Este domínio deve manter-se como um foco de atenção na continuidade dos cuidados de enfermagem, através da determinação da evolução do humor e da promoção da mudança no processo de pensamento relacionado com o humor.

### **Pensamento**

Este domínio foi identificado no âmbito do domínio "Emoção". Um estudo realizado nos Estados Unidos da América, com uma amostra de 6456 indivíduos transgéneros, evidenciou uma prevalência de 41% de tentativas de suicídio nesta população (Haas & Herman, 2014). No presente caso clínico, o cliente apresenta indícios de humor depressivo, pelo que a ideação suicida constitui um foco de atenção mandatário nesta situação, através da avaliação de evolução da mesma.

### **Memória**

A memória é identificada como "*Processo psicológico: atos mentais através dos quais são armazenadas e recordadas sensações, impressões e ideias; registo mental, retenção e recordação de experiências passadas, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos*" (CIPE, 2015).

Para que o enfermeiro possa implementar intervenções educativas perioperatórias efetivas, é necessário avaliar a capacidade de retenção e recuperação de informação, pelo que foi identificado o domínio "Memória". Após determinação desta capacidade, foi dado termo a este foco de atenção na terceira sessão de cuidados.

## **4.6. Conceção de Cuidados**

### **Consciência**

12-01-2024 15:30

12-01-2024 15:30 - Com indícios de compromisso da consciência.

**12-01-2024 15:30 - Determinar sinais de alteração da consciência** [FIM] 12-01-2024 19:30

*12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência* [FIM]

12-01-2024 19:30

**12-01-2024 15:30 - Consciência comprometida** [RESOLVIDO] 12-01-2024 19:30

12-01-2024 15:30 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

12-01-2024 16:30 - Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

12-01-2024 15:30 - Resposta verbal: orientada.

12-01-2024 16:30 - Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

12-01-2024 15:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

12-01-2024 16:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

**12-01-2024 15:30 - Determinar evolução da consciência** [FIM] 12-01-2024 19:30

*12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução da consciência [FIM] 12-01-2024 19:30*

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Consciente.

### **Sistema respiratório**

12-01-2024 15:30

12-01-2024 15:30 - Saturação do oxigênio no sangue

12-01-2024 15:30 - Periférico(a): 93 %.

12-01-2024 15:30 - Coloração da mucosa: rosada.

**12-01-2024 15:30 - Ventilação comprometida** [RESOLVIDO] 12-01-2024 16:30

**12-01-2024 15:30 - Determinar evolução da ventilação** [FIM] 12-01-2024 16:30

*12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução da ventilação [FIM] 12-01-2024 16:30*

**12-01-2024 15:30 - Melhorar ventilação** [FIM] 12-01-2024 16:30

*12-01-2024 15:30 - Posicionar para otimizar a ventilação [FIM] 12-01-2024 16:30*

*12-01-2024 15:30 - Iniciar oxigenoterapia [FIM] 12-01-2024 16:30*

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Saturação do oxigênio no sangue

12-01-2024 16:30 - Periférico(a): 99 %.

12-01-2024 16:30 - Coloração da mucosa: rosada.

12-01-2024 19:30

12-01-2024 19:30 - Saturação do oxigênio no sangue

12-01-2024 19:30 - Periférico(a): 99 %.

12-01-2024 19:30 - Coloração da mucosa: rosada.

### **Sistema cardiovascular**

12-01-2024 15:30

12-01-2024 15:30 - Localização da dor

12-01-2024 15:30 - Antebraço Esquerda(o)

12-01-2024 15:30 - Intensidade da dor - 6.

12-01-2024 15:30 - frequência da dor - contínua.

12-01-2024 15:30 - duração da dor - aguda.

12-01-2024 15:30 - dor de tipo - lacerante.

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Localização da dor

12-01-2024 16:30 - Antebraço Esquerda(o)

12-01-2024 16:30 - Intensidade da dor - sem dor.

**12-01-2024 16:30 - Hemorragia**

**12-01-2024 16:30 - Determinar evolução de sinais de hemorragia**

*12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia (Antebraço*

*Esquerda(o), Perna Direita(o), Pênis)*

**12-01-2024 16:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

*12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea*

12-01-2024 19:30

12-01-2024 19:30 - Localização da dor

12-01-2024 19:30 - Pénis

12-01-2024 19:30 - Intensidade da dor - sem dor.

12-01-2024 19:30 - Antebraço Esquerda(o)

12-01-2024 19:30 - Intensidade da dor - sem dor.

12-01-2024 19:30 - Perna Direita(o)

12-01-2024 19:30 - Intensidade da dor - sem dor.

**Digestão**

12-01-2024 15:30

12-01-2024 15:30 - Com sensação de enjoo.

12-01-2024 15:30 - Sem vômitos.

**12-01-2024 15:30 - Náusea [RESOLVIDO] 12-01-2024 16:30**

12-01-2024 15:30 - Gravidade da náusea: moderada.

**12-01-2024 15:30 - Determinar evolução da náusea [FIM] 12-01-2024 16:30**

*12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução da náusea [FIM] 12-01-2024 16:30*

*12-01-2024 15:30 - Referenciar náusea ao médico [FIM] 12-01-2024 16:30*

**12-01-2024 15:30 - Aliviar náusea [FIM] 12-01-2024 16:30**

*12-01-2024 15:30 - Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea [FIM] 12-01-2024 16:30*

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Sem sensação de enjoo [MELHOROU].

12-01-2024 16:30 - Sem vômitos.

**Eliminação urinária**

12-01-2024 15:30

**12-01-2024 15:30 - Determinar evolução da eliminação urinária**

*12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária*

**Pele e mucosas**

12-01-2024 15:30

12-01-2024 15:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

**12-01-2024 15:30 - Ferida cirúrgica**

12-01-2024 15:30 - Localização da ferida cirúrgica

12-01-2024 15:30 - Pénis

12-01-2024 15:30 - Ausência de exsudado.

12-01-2024 15:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

12-01-2024 15:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

12-01-2024 15:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

12-01-2024 15:30 - Antebraço Esquerda(o)

12-01-2024 15:30 - Ausência de exsudado.

12-01-2024 15:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

12-01-2024 15:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

12-01-2024 15:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

12-01-2024 15:30 - Perna Direita(o)

12-01-2024 15:30 - Ausência de exsudado.

12-01-2024 15:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

12-01-2024 15:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

12-01-2024 15:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

**12-01-2024 15:30 - Determinar evolução da ferida cirúrgica**

*12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica*

**12-01-2024 15:30 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica**

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

12-01-2024 19:30

12-01-2024 19:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

**Metabolismo**

12-01-2024 15:30

12-01-2024 15:30 - Glicemia capilar: 95 mg/dl.

**12-01-2024 15:30 - Glicemia [RESOLVIDO] 12-01-2024 19:30**

**12-01-2024 15:30 - Determinar evolução da glicemia** [FIM] 12-01-2024 19:30

*12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução da glicemia* [FIM] 12-01-2024 19:30

**Termorregulação**

12-01-2024 15:30

**12-01-2024 15:30 - Hipotermia [RESOLVIDO] 12-01-2024 16:30**

**12-01-2024 15:30 - Determinar evolução da temperatura corporal**

*12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal*

**12-01-2024 15:30 - Promover termorregulação** [FIM] 12-01-2024 16:30

*12-01-2024 15:30 - Aplicar manta de aquecimento* [FIM] 12-01-2024 16:30

12-01-2024 19:30

**12-01-2024 19:30 - Determinar evolução da temperatura corporal**

*12-01-2024 19:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal*

**Autoconceito**

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

12-01-2024 16:30 - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

**12-01-2024 16:30 - Autoconceito comprometido**

**12-01-2024 16:30 - Determinar evolução do autoconceito**

*12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito*

**12-01-2024 16:30 - Promover autocontrole: processo de pensamento relacionado com o autoconceito**

12-01-2024 16:30 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: facilitadora.

12-01-2024 19:30 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito:

facilitadora [MANTEVE].

12-01-2024 16:30 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-01-2024 19:30 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: facilitador [MELHOROU].

**12-01-2024 16:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito** [RESOLVIDO] 12-01-2024 19:30

*12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito [FIM]* 12-01-2024 19:30

*12-01-2024 16:30 - Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito [FIM]* 12-01-2024 19:30

*12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito*

12-01-2024 19:30

12-01-2024 19:30 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MANTEVE].

12-01-2024 19:30 - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MANTEVE].

**Emoção**

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Com indícios de humor depressivo.

**12-01-2024 16:30 - Humor depressivo**

12-01-2024 16:30 - Autodesvalorização.

12-01-2024 19:30 - Autodesvalorização [MANTEVE].

**12-01-2024 16:30 - Determinar evolução do humor**

*12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do humor depressivo*

**12-01-2024 16:30 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor**

*12-01-2024 16:30 - Executar escuta ativa*

**12-01-2024 16:30 - Promover autocontrolo: humor**

12-01-2024 16:30 - Conhecimento sobre humor depressivo: facilitador.

12-01-2024 19:30 - Conhecimento sobre humor depressivo: facilitador [MANTEVE].

12-01-2024 16:30 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-01-2024 19:30 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: facilitador [MELHOROU].

**12-01-2024 16:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor** [RESOLVIDO] 12-01-2024

19:30

*12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [FIM]* 12-01-2024 19:30

*12-01-2024 16:30 - Ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [FIM]* 12-01-2024 19:30

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do autocontrolo do humor

12-01-2024 19:30

12-01-2024 19:30 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

#### **Pensamento**

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Sem indícios de ideação suicida.

#### **12-01-2024 16:30 - Ideação suicida**

#### **12-01-2024 16:30 - Determinar evolução da ideação suicida**

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da ideação suicida

12-01-2024 19:30

12-01-2024 19:30 - Sem indícios de ideação suicida [MANTEVE].

#### **Memória**

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Sem dificuldade em reter nova informação.

12-01-2024 16:30 - Sem dificuldade em recuperar informação.

12-01-2024 16:30 - Sem desorientação face às pessoas.

12-01-2024 16:30 - Sem desorientação no espaço.

12-01-2024 16:30 - Sem desorientação no tempo [MELHOROU].

#### **Procedimento Anestésico**

12-01-2024 15:30

12-01-2024 15:30 - Cliente submetido a faloplastia com retalho antebraquial radial esquerdo, sob anestesia geral balanceada.

#### **12-01-2024 15:30 - Recuperação Anestésica [RESOLVIDO] 12-01-2024 16:30**

#### **12-01-2024 15:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento anestésico** [FIM] 12-01-2024 16:30

12-01-2024 15:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações relacionadas com o procedimento anestésico [FIM] 12-01-2024 16:30

## **4.7. Síntese relativa ao caso**

O presente caso clínico é focado na conceção de cuidados ao cliente transgénero com compromisso de processos mentais, como o autoconceito e a emoção. Num momento vulnerável como é o período pós-operatório imediato, os cuidados de enfermagem não devem cingir-se à componente técnica.

A humanização de cuidados implica empatia, respeito à identidade de género do cliente e compreensão das particularidades associadas a esta intervenção cirúrgica, pautada por elevado grau de complexidade. A criação de um ambiente seguro, respeitoso e digno para o cliente, é essencial.

Apesar da potencial sedação do cliente, à chegada à UCPA, os cuidados prestados devem refletir uma abordagem sensível às questões de género, incluindo: uso correto do nome preferido;

adoção de pronomes adequados; consideração das necessidades específicas relacionadas à transição de género; não participação em conversas/piadas de carácter discriminatório.

Regendo-se pelos Padrões de Qualidade de Enfermagem, o enfermeiro especialista tem o dever de atuar como modelo de referência, contribuindo para a satisfação do cliente e promoção do seu bem-estar e autocuidado. Face às estatísticas conhecidas em Portugal, abordadas no enquadramento teórico, urge a necessidade deste profissional promover a consciencialização dos seus pares, através de programas de formação ou sessões de sensibilização, baseados em evidência científica atual.

## 5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O conceito de competência é bastante fluido e pode assumir diferentes definições e interpretações, dependendo do contexto em que é utilizado (Sá & Paixão, 2013). Em diferentes áreas, assim como em diferentes culturas organizacionais, o termo pode adquirir significados distintos. Como tal, torna-se pertinente esclarecer este conceito, no ambiente em que se insere.

No presente contexto, a competência pode ser definida como a capacidade do enfermeiro atuar de forma responsável e eficaz numa determinada situação profissional, sujeita a avaliação. Para tal, é necessário que este seja capaz de selecionar, mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, informações, habilidades e recursos pertinentes, tendo em conta a sua própria experiência de vida, a sua formação educacional (saberes, valores e atitudes) e o seu percurso profissional. Em suma, a competência constitui a habilidade de tomar decisões e executar tarefas de forma eficiente e reconhecida dentro de um contexto específico (Amaral & Figueiredo, 2021).

As competências especializadas, afetas ao enfermeiro especialista, decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, concretizando-se em "competências comuns" (partilhadas por todos os enfermeiros especialistas) e em "competências específicas" (partilhadas pelos enfermeiros de cada área de especialidade) (Regulamento nº 140/2019).

Assim, de acordo com o REPE, o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade, além de cuidados de enfermagem gerais (Decreto-Lei n.º 161/96).

O presente capítulo preconiza a descrição e reflexão sobre as atividades desenvolvidas e metodologias adotadas, para o desenvolvimento das competências acima referidas.

### **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

As competências comuns do enfermeiro especialista caracterizam-se pela elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, por um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140/2019). Os domínios que integram estas competências são: Responsabilidade profissional,

ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Tendo em conta a relevância de cada um destes domínios, os mesmos serão abordados individualmente.

### **Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

No que respeita a este domínio, preconiza-se que o enfermeiro especialista seja capaz de desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº 140/2019). Neste âmbito, o enfermeiro especialista deve deter conhecimento aprofundado sobre os documentos que regem a profissão e ajudam à tomada de decisão.

O REPE, elemento fulcral à regulamentação da profissão, veio clarificar conceitos, proceder à caracterização dos cuidados de enfermagem, especificar a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e definir a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando dúvidas e prevenindo equívocos (Decreto-Lei n.º 161/96). O artigo 8º deste regulamento refere que os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. Reitera, ainda, que o exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

O REPE interliga-se inevitavelmente com o Código Deontológico (CD), que se foca na deontologia profissional do enfermeiro. Este último pretende agregar o conjunto de direitos e deveres dos enfermeiros. Neste documento, mais especificamente no artigo 97º, é referido que o enfermeiro se encontra obrigado a exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (Lei n.º 156/2015).

A *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, responsável pela criação do *Belmont Report* (1979), identificou os princípios básicos em bioética: princípio do respeito às pessoas, princípio da beneficência e princípio da justiça. Posteriormente, surge o livro *Principles of Biomedical Ethics* (Beauchamp & Childress, 1979), que inclui um quarto princípio: princípio da não maleficência. Por fim, como Bessa (2013) refere, surge o quinto e último princípio na era pós-genómica: princípio da precaução.

Também de acordo com a base 2 da Lei de Bases da Saúde (Lei nº 95/2019, p.56), a pessoa tem direito "à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade", "a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação,

com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde", entre outros.

Assim, dediquei especial atenção ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, com ênfase na área da humanização de cuidados, constituindo esta um dos eixos estruturantes do meu percurso.

A humanização pode ser definida como um leque de iniciativas que conciliam o acolhimento à utilização da melhor tecnologia disponível, valorizando a formação de vínculo e promovendo um cuidado mais direcionado, visando a oferta de melhores condições de vida à pessoa (Silveira & Contim, 2015).

De acordo com Barros (2021), o cuidado humanizado implica a compreensão da outra vida, isto é, a capacidade de se compreender a si mesmo e ao outro. A mesma autora refere que os cuidados humanizados vão além da prestação de cuidados à pessoa doente, envolvendo igualmente os profissionais de saúde, implicando uma implementação de raiz.

Na UCA, o cliente está desperto na maior parte do período entre a admissão e a alta. Como tal, ao contrário do que acontece em contexto intra-operatório (caso este implique anestesia geral), o cliente encontrar-se-á alerta em relação ao ambiente que o rodeia. Esse estado de alerta engloba a perceção e interpretação subjetiva da comunicação entre pares e com o próprio cliente. Por se tratar de uma unidade pautada por prestação de cuidados de elevada qualidade, esta eventual problemática foi reconhecida e discutida entre os colegas durante uma sessão de formação. Após exploração da temática com a enfermeira tutora, almejei a promoção da reflexão da equipa de enfermagem sobre as práticas de cuidados, com especial ênfase na componente comunicacional e baseando-me em evidência científica. Assim, realizei uma breve pesquisa na base de dados *B-On* e surgiu o e-poster "*O PODER DAS PALAVRAS: EXPERIÊNCIAS DOS CLIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA EM REGIME AMBULATÓRIO*" (Anexo I).

Também na UCPA, a estrutura física (*open space*) e padrão de prestação de cuidados poderão dar origem a comportamentos menos corretos. Desta vez, convidei a equipa de enfermagem a participar numa reunião via *Zoom*, com a apresentação "*HUMANIZAÇÃO DE CUIDADOS NA UCPA - REFLEXÕES ÉTICAS SOBRE A PRÁTICA*" (Anexo II), cujo objetivo seria promover a reflexão e discussão sobre comportamentos de (des)humanização de cuidados de enfermagem prestados em contexto de UCPA. Para tal, recorri a pesquisa em bases de dados sobre experiências de clientes em UCPA e perceções dos enfermeiros sobre as mesmas, discutindo os resultados com a equipa. Apelei ainda aos estímulos visual e auditivo, através da apresentação de um vídeo de um aparelho de monitorização de sinais vitais, cujo alarme ecoava, gradualmente, de forma cada vez mais preocupante. Questionei os colegas sobre as emoções que aquele vídeo despertava, ao imaginarem-se numa cama de hospital sem detenção de qualquer tipo de conhecimento sobre saúde. Como "*nas costas dos outros vemos as nossas*" e, como elemento

externo à equipa, foquei-me na auto-reflexão, realizando o jogo "Eu Nunca...", através de um vídeo em que me movo para a esquerda ou para a direita, consoante a conduta que já adotei ou não adotei. Esta metodologia obteve o resultado pretendido, pois gerou interação entre os colegas, promovendo a reflexão e discussão, pautando-se de especial interesse pelo facto de alguns elementos da equipa terem a perspetiva profissional e a perspetiva de cliente. O feedback foi bastante positivo.

No que à conceção de cuidados respeita, procurei optar por um caso clínico que me fizesse sair da zona de conforto. Escolhi abordar os cuidados de enfermagem ao cliente submetido a faloplastia com retalho antebraquial radial, por constituir uma realidade cada vez mais comum no meu contexto de trabalho e sobre o qual considero não deter conhecimento suficiente. Por todo o preconceito e estigma de que estas pessoas são alvo, evidente na literatura existente, tive oportunidade de explorar e refletir sobre algumas questões de foro ético associadas a estes casos.

Além das atividades acima referidas, reforcei atitudes e comportamentos que adoto na minha prática profissional diária, procurando o seu aperfeiçoamento. De seguida, menciono alguns exemplos dos mesmos, que divido e explico por áreas, correspondentes a alguns dos artigos do CD (Lei n.º 156/2015):

#### **- Artigo 102º - Dos valores humanos**

- Cuidei da pessoa sem qualquer tipo de discriminação, respeitando e fazendo respeitar as suas opções;
- Abstei-me de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa, não tentando impor-lhe os meus critérios e valores, como por exemplo aquando da diretiva antecipada de vontade de recusa de transfusão sanguínea.

#### **- Artigo 103º - Dos direitos à vida e à qualidade de vida**

- Protegi e defendi a vida humana em todas as circunstâncias, com especial atenção à vulnerabilidade inerente à pessoa submetida a anestesia geral em contexto intra-operatório;
- Respeitei a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, abstendo-me uma vez mais de juízos de valor e tendo em atenção as necessidades adaptadas à realidade de cada indivíduo;
- Participei nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida, através da observação e deteção de eventuais problemáticas, atuando sobre elas, bem como através do projeto de desenvolvimento profissional elaborado, cujo um dos objetivos é a melhoria na qualidade de vida dos clientes, após a cirurgia.

#### **- Artigo 104º - Do direito ao cuidado**

- Orientei a pessoa para o profissional de saúde adequado para responder ao seu problema, quando o pedido não era da minha área de competência, como por exemplo no que

respeita ao consentimento informado obrigatório à intervenção cirúrgica e anestésica ou a resultados de análises e exames efetuados durante a intervenção;

- Assegurei a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas, especialmente em contexto de UCPA, em que os registos são realizados em papel, sem apoio de sistemas de informação.

#### - Artigo 105º - Do dever de informação

- Informei a pessoa sobre os cuidados de enfermagem, bem como a sua pessoa significativa, quando possível, como por exemplo no momento de alta de enfermagem na UCA e durante a permanência na UCPA (quando autorizado pelo cliente);
- Respeitei, defendi e promovi o direito da pessoa ao consentimento informado, explicando a necessidade de cada intervenção de enfermagem e obtendo o seu consentimento para cada uma delas, direcionando-a para o profissional responsável em áreas que não eram da minha competência;
- Atendi com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem, informando-o sobre os recursos a que podia ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

#### - Artigo 106º - Do dever de sigilo

- Considerei confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que fosse a fonte, através de medidas como: adoção de uma política "*clean desk*", não deixando informação sensível no meu posto de trabalho; bloqueio do computador sempre que me ausentei do posto de trabalho; evicção de presença de informação confidencial em impressoras/fotocopiadoras;
- Partilhei a informação pertinente só com aqueles que estavam implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;
- Mantive o anonimato da pessoa sempre que o seu caso foi usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados, como são exemplos os casos clínicos elaborados na plataforma da escola, em que não foram usados nomes e se procedeu à alteração de dados pessoais, bem como aquando da realização do questionário *online* preliminar ao projeto desenvolvido e, ainda, da colheita de relatos, também *online*, referente a experiências globais de pessoas submetidas a tiroidectomia.

#### - Artigo 107º - Do respeito pela intimidade

- Respeitei a intimidade da pessoa e protegi-a de ingerência na sua vida privada e familiar, por exemplo: quando questionada, por outros clientes, sobre a sua situação pessoal, familiar ou clínica de outro cliente;
- Salvaguardei sempre, no exercício das minhas funções, e na supervisão das tarefas que deleguei, a privacidade e a intimidade da pessoa, por exemplo: na necessidade de assistência ao autocuidado da pessoa, através de cortinas (UCA) ou biombos (UCPA); na necessidade de tricotomia, no caso da UCA, através de uma sala fechada própria para realização da intervenção, imediatamente antes da transferência para a sala operatória;

na necessidade de prestação de informações no momento da alta de enfermagem, na UCA, ao cliente e sua pessoa significativa, utilizando uma sala própria para o efeito.

**- Artigo 109º - Da excelência do exercício**

- Analisei regularmente e criticamente o trabalho efetuado e reconheci falhas que mereciam mudança de atitude, procurando a atualização contínua dos meus conhecimentos e utilizando de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

**- Artigo 110º - Da humanização dos cuidados**

- Dei atenção à pessoa, como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, contribuindo para a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento das suas potencialidades, através da adoção de uma abordagem holística e medidas de promoção de autocuidado.

Para o desenvolvimento desta competência comum, além das atividades que resultaram do meu interesse na área em questão, realço os contributos das unidades curriculares "Epistemologia e Ética de Enfermagem" e "Relação e Comunicação Terapêutica em contexto de Situação Crítica", integradas neste ciclo de estudos.

Antes de *saber fazer*, é importante *saber ser*. Este percurso formativo, aliado à minha experiência profissional, vem reforçar a importância do *saber ser* em enfermagem, processo que deve iniciar-se desde cedo. Do meu ponto de vista, *saber ser* promove o cuidado centrado no cliente, conduz à construção de uma relação de confiança e, inevitavelmente, à melhoria da experiência do cliente, traduzindo-se em melhores resultados clínicos e em saúde. Como tal, concedo-lhe extrema importância, considerando fulcral que o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal surja como primeiro domínio nas competências comuns, servindo de base para todos os restantes.

**Domínio da melhoria contínua da qualidade**

No domínio da melhoria contínua da qualidade, preconiza-se que o enfermeiro especialista: garanta um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garanta um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019).

A qualidade é um conceito que acompanha a evolução da humanidade, adotando diferentes significados e conotações ao longo do tempo. Segundo a *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020* (Despacho n.º 5613/2015), qualidade em saúde implica a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um elevado padrão profissional e considerando os recursos disponíveis, enquanto se alcança a adesão e satisfação do cidadão. Essencialmente, significa que os cuidados devem ser adaptados às necessidades e expectativas dos cidadãos.

Num contexto económico, é imperativo melhorar a eficiência e efetividade na prestação de cuidados de saúde, pilares fundamentais da qualidade em saúde. Deste modo, a qualidade, estreitamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde em Portugal.

Embora sempre se tenha manifestado preocupação com a qualidade, em consequência da intensidade concorrencial entre organizações, a qualidade tornou-se uma arma de competitividade, levando a consumidores cada vez mais exigentes e críticos (Casimiro, 2015). Assim, a governação clínica assume um papel fundamental neste âmbito.

O conceito de governação clínica foi introduzido pelo Reino Unido, em 1998, no *National Health Service*. Definiu-se como uma iniciativa política importante para a melhoria da qualidade dos cuidados, dependente do desempenho do corpo clínico, desempenho esse que é determinado pelas políticas e práticas que definem o número de funcionários, as suas qualificações e as suas condições de trabalho (Som, 2007, como citado em Tolentino, 2020).

Segundo Casimiro (2015), o êxito de qualquer sistema de gestão da qualidade na área da saúde está intrinsecamente ligado ao compromisso efetivo de todos os profissionais de saúde e gestores, que devem partilhar responsabilidades e aspirar a excelência nos cuidados de saúde, assegurando a participação, satisfação e segurança dos clientes. Deste modo, todos contribuem para o desenvolvimento da governação clínica, integrando responsabilização, excelência, formação adequada, auditorias clínicas, investigação e inovação, bem como a efetividade dos cuidados e a gestão de riscos.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, que reúne o conhecimento mais atualizado no âmbito da segurança do cliente, assenta em cinco pilares: cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021).

Em Portugal, um dos referenciais mais importantes para a enfermagem, no âmbito da qualidade e sua melhoria contínua, é o documento "*Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*", publicado pela primeira vez, em 2001, pela OE. Por necessidade de nortear a prestação de cuidados de qualidade, por parte do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, surge o documento "*Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*" (OE, 2017).

Como tal, a análise das atividades desenvolvidas, bem como a descrição de atividades cujo desenvolvimento por enfermeiros especialistas considero pertinente, irão ter por base os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, não esquecendo os objetivos estratégicos do PNSD 2021-2026.

#### **- Satisfação do cliente**

- Gestão da comunicação interpessoal e da informação com a pessoa, criando um clima de confiança e facilitador da relação terapêutica: desenvolvido, maioritariamente, no momento da alta de enfermagem na UCA, com a utilização de um gabinete próprio para o efeito e aplicação de técnicas comunicacionais aprofundadas na unidade curricular "Relação e Comunicação Terapêutica em contexto de Situação Crítica"; promovido, através do projeto de desenvolvimento profissional, focado em *app* móvel como IEP (constituída por vídeos educativos, cuja escolha de conteúdo informativo teve em conta os pontos de vista da população geral e de indivíduos submetidos a tiroidectomia);
- Capacitação para a autodeterminação e a autogestão da situação de acordo com o projeto de saúde, garantindo o respeito pela singularidade, vontade e autonomia individual: promovido, uma vez mais, através do projeto de desenvolvimento profissional ("EduPOp - *App* móvel como IEP para clientes submetidos a tiroidectomia em regime ambulatorio"), sobre o qual irei falar posteriormente;
- Empoderamento da pessoa para a tomada de decisão no que concerne ao consentimento informado para os atos perioperatórios (ato cirúrgico e anestésico): promovido, tendo em conta o "Artigo 105º - Do dever de informação" do CD;
- Foco dos cuidados na pessoa considerando a sua vulnerabilidade, a instrumentalização do ambiente e a complexidade dos processos perioperatórios: demonstrado, através de realização de avaliações pré-operatórias completas, fornecimento de suporte emocional e estabelecimento de uma relação empática, bem como monitorização contínua de sinais vitais e planeamentos individuais de gestão de dor;
- Avaliação e ajuste das expectativas da pessoa face aos resultados inerentes ao processo cirúrgico: idealmente, esta avaliação deveria iniciar-se no momento da consulta pré-operatória. No entanto, na UCA, a consulta é realizada via telefónica desde a pandemia por COVID-19, não tendo sido retomado o contacto presencial, até à data. Como tal e, tendo em conta o curto espaço temporal entre a admissão e a alta, não foi possível atuar, de forma significativa, a este respeito. Por outro lado, procurei esclarecer todas as dúvidas apresentadas pelos clientes e fornecer informações adaptadas às suas realidades e necessidades. O *follow-up*, via telefónica, pode ainda contribuir para a satisfação dos clientes, neste âmbito. A avaliação e ajuste das expectativas são fundamentais para uma recuperação bem sucedida.
- Criação de condições que permitam o acompanhamento da pessoa pela família ou pessoa significativa ao longo do processo cirúrgico: como referido anteriormente, a companhia de um adulto responsável, no período pós-operatório, constitui um dos critérios sociais de admissão para CA. Assim, a UCA procura a inclusão destes acompanhantes, no plano de cuidados. Um dos exemplos desta inclusão é a presença do acompanhante no momento da alta. Também na UCPA é, por vezes, facilitada a presença da família ou pessoa significativa, como relatado anteriormente. Embora nem sempre seja possível a presença física, é sempre assegurada a comunicação de informações às pessoas significativas, quando confirmada a identidade destas e após autorização do cliente.
- Existência de um sistema de avaliação da satisfação da pessoa: na UCA, no momento da alta, é entregue aos clientes um questionário de satisfação de carácter anónimo. Posteriormente, estes questionários são analisados e utilizados para efeitos de melhoria contínua da qualidade da unidade.

### - Promoção da saúde

- Capacitação da pessoa e família/pessoa significativa na gestão da experiência perioperatória: o projeto de desenvolvimento profissional teve a sua origem na necessidade de capacitação da pessoa e família/pessoa significativa, face ao escasso tempo para fornecimento de informações;
- Otimização do processo adaptativo da pessoa e família/pessoa significativa ao longo da experiência perioperatória: o projeto também preconizou a otimização do processo adaptativo, através da implementação de estratégias de comunicação eficaz e colaboração interdisciplinar (endocrinologista e terapeuta da fala). Mais tarde, preconiza-se a inclusão de nutricionista e de outros profissionais de saúde, como por exemplo psicólogo;
- Otimização dos recursos, estruturas e processos para alcançar ganhos em saúde: neste sentido e, procurando acompanhar a evolução das inovações tecnológicas, o projeto adotou uma metodologia expositiva, através da apresentação de vídeos educativos por área de especialidade (medicina, enfermagem e terapia da fala). O projeto, em forma de *app* móvel, estará disponível para *Android*, de forma gratuita. Preconiza-se, futuramente, a sua expansão para outros sistemas operativos, bem como a inclusão de outras funcionalidades.

### - Prevenção de complicações

- Avaliação do risco inerente à situação clínica e procedimentos perioperatórios: a UCA e a UCPA de um BOC assumem papéis diferentes na avaliação do risco. Por um lado, a UCA atua, maioritariamente, de forma preventiva, promovendo a avaliação pré-operatória completa, a avaliação de suporte no domicílio e o rastreio de complicações pós-anestésicas. Por outro lado, a UCPA de um BOC lida, tendencialmente, com cirurgias de maior grau de complexidade e maior probabilidade de complicações, implicando uma vigilância/monitorização mais apertada e eventual necessidade de cuidados especializados (por exemplo, na presença de clientes ventilados);
- Prescrição de intervenções de enfermagem especializadas no sentido de minimizar o risco avaliado: além das mencionadas no ponto anterior, o risco pode também ser minimizado através de sessões de formação ministradas à equipa, partilha de experiências e sugestões de melhoria;
- Implementação de respostas em situações de imprevisibilidade, vulnerabilidade e complexidade: alcançado, por exemplo, através da participação na elaboração de protocolos de atuação. Na área de situações de imprevisibilidade, vulnerabilidade e complexidade, a unidade curricular "Emergências médicas, cirúrgicas e situações de exceção", integrante deste ciclo de estudos, foi profícua;
- Implementação de procedimentos para a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados perioperatórios: alcançado, por exemplo, através de protocolos padronizados para preparação pré-cirúrgica da pele, garantia de uso adequado de equipamentos de proteção individual, manipulação e esterilização corretas do instrumental cirúrgico, monitorização de taxas de infeção. Neste sentido, a unidade curricular "Planos de Prevenção e de Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)",

integrante deste ciclo de estudos, contribuiu para o desenvolvimento de competências nesta área;

- Supervisão das condições ambientais, fundamentais à segurança e eficiência, através da utilização de mecanismos de monitorização e intervenção adequados: alcançado, por exemplo, através da monitorização da temperatura e humidade das salas operatórias, identificação de desvios e aplicação de medidas corretivas, formação da equipa;
- Gestão de protocolos terapêuticos complexos no âmbito da anestesia, da intervenção cirúrgica e da recuperação pós operatória: assegurado, por exemplo, através de avaliação regular de protocolos existentes, procurando atualizá-los, de acordo com as melhores práticas e evidências;
- Utilização de estratégias de comunicação que assegurem a informação e documentação precisa e oportuna na equipa interdisciplinar e na continuidade de cuidados perioperatórios à pessoa: assegurado, por exemplo, através da utilização da mnemónica ISBAR, ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados (Norma nº 001/2017), adotada no meu exercício profissional e aprimorada durante o estágio de natureza profissional;
- Gestão de medidas de contenção, prevenção da transmissão e descontaminação, perante a pessoa com infeção documentada: assegurado, por exemplo, através da preparação da sala operatória, respetivo isolamento (de acordo com o microorganismo em causa) e identificação clara deste para o exterior, garantia de utilização adequada dos equipamentos de proteção individual e supervisão da limpeza/desinfecção da sala operatória. Na UCA, não assisti a cirurgias com necessidade de isolamento. No caso da UCPA, o isolamento é demarcado com fita vermelha e branca no chão, é tida em conta a distância de segurança e, sempre que possível, o enfermeiro alocado àquela unidade não fica responsável por mais nenhum cliente. Uma vez mais, a unidade curricular "Planos de Prevenção e de Controlo das IACS", integrante deste ciclo de estudos, contribuiu para o desenvolvimento de competências nesta área.

#### **- Bem-estar e autocuidado**

- Avaliação das necessidades de cuidados da pessoa em situação de vulnerabilidade e dependência ao longo do processo perioperatório: o enfermeiro especialista detém conhecimento aprofundado na sua área de atuação. Como tal, em contexto perioperatório, procurei realizar uma avaliação cuidada da pessoa, atendendo à sua condição de saúde, mas também aos fatores psicossociais e preferências individuais;
- Garantia do conforto, da integridade, da privacidade e do cumprimento da vontade expressa até que a pessoa tenha capacidade para as assegurar: demonstrado, conforme referido no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Prestação de cuidados e medidas de suporte ajustadas ao grau de dependência da pessoa em situação perioperatória: demonstrado, tendo em conta os diferentes contextos. Na UCA, procurei promover a autonomia e autodeterminação, empoderando o cliente, de acordo com o conhecimento e capacidade demonstrados pela pessoa. Na UCPA, dado o grau de complexidade das intervenções cirúrgicas, necessitei de substituir o cliente por

diversas vezes;

- Utilização de estratégias de alívio da ansiedade e do medo da pessoa em contexto perioperatório: a ansiedade e o medo, embora distintos, são estados emocionais complexos, comumente associados à experiência cirúrgica. O enfermeiro especialista, como profissional capacitado para prestação de cuidados especializados, deve comunicar empaticamente e proceder ao ensino de técnicas de relaxamento e respiração. Esta área foi abordada, brevemente, no caso clínico "Tiroidectomia total";
- Gestão diferenciada da dor associada aos processos perioperatórios: é consensual que a dor é subjetiva. Como tal, a sua gestão não é linear, encontrando-se dependente de vários fatores. Como enfermeiro especialista, é essencial o conhecimento aprofundado da medicação analgésica existente, colaboração na tomada de decisão (recordando que o enfermeiro é o profissional com quem o cliente mais contacta), avaliação da dor (utilizando instrumentos de avaliação próprios para o efeito) e, sempre que possível, privilegiando a comunicação com o cliente;
- Implementação de um plano de instrução, ensino e treino, visando a recuperação da pessoa e o autocuidado: além das estratégias adotadas na UCA, procurei capacitar e empoderar o cliente, através do projeto de desenvolvimento profissional.

#### - Readaptação funcional

- Procura de soluções que respondam às necessidades específicas da pessoa em situação perioperatória: demonstrado, por exemplo, através da elaboração do projeto de desenvolvimento profissional, para clientes submetidos a tiroidectomia em regime ambulatorio;
- Ensino, instrução e o treino da pessoa e família/pessoa significativa para adaptação promovendo a capacitação e autonomia: demonstrado na consulta de enfermagem pré-operatória via telefónica (UCA), na preparação pré-operatória do cliente (UCA), na UCPA (tanto da UCA como do BOC), no momento de alta de enfermagem (UCA), no *follow-up* via telefónica (UCA) e no projeto de desenvolvimento profissional;
- Encaminhamento para serviços que respondam às necessidades específicas de readaptação funcional da pessoa em situação perioperatória: além das orientações gerais, este momento constitui uma ótima oportunidade para a valorização da enfermagem, demonstrado, por exemplo, através da orientação para o enfermeiro especializado em tratamento de feridas, idealmente a exercer funções em unidades de cuidados de saúde primários.

#### - Organização dos cuidados de enfermagem

- Elaboração e atualização de procedimentos e recomendações baseadas na evidência científica e na evolução tecnológica: alcançado, por exemplo, através da aplicação do ciclo de *Deming*, caracterizado por quatro etapas fundamentais. São elas: planejar, executar, verificar e agir. Na primeira etapa, estabelecem-se as metas e os recursos/metodologia para as atingir. Na segunda etapa, executa-se o plano conforme previsto e recolhem-se dados para verificação. Na terceira etapa, comparam-se os resultados alcançados e as metas estabelecidas, onde as auditorias assumem um papel

fulcral. Na quarta etapa, identificam-se os desvios ao projeto planeado e executam-se medidas corretivas;

- Garantia de registos padronizados que evidenciem os ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem perioperatória e que permitam a monitorização da capacidade cirúrgica, do volume e dos resultados: demonstrado, por exemplo, através do meu interesse e procura incessante de rigor nos registos efetuados, no âmbito da recente implementação de um novo sistema de informação (UCA), tendo tido ainda oportunidade de dar resposta a algumas dificuldades dos colegas, neste sentido. Na UCPA, caracterizada por registos em papel (e, por isso, sujeitos a maior subjetividade), procurei compreender a informação incluída pelos colegas, refletindo criticamente sobre a mesma e, adotando na minha prática, a que considere pertinente na continuidade de cuidados, de forma a elaborar registos completos;
- Afetação de recursos humanos, de acordo com as “Dotações Seguras”, garantindo os cuidados, nas diferentes áreas de atuação o complementares entre si: circulação, anestesia, instrumentação e cuidados pós anestésicos: considera-se a existência de três enfermeiros na sala operatória: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia, sendo adequado que os enfermeiros que assumem estes postos de trabalho sejam enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (Regulamento n.º 743/2019). Como referido anteriormente, na UCA, existem apenas cinco enfermeiros especialistas (quatro deles em enfermagem médico-cirúrgica), pelo que não é possível que todos os elementos da sala operatória sejam especialistas. Na UCPA, recomenda-se a existência de, pelo menos, dois enfermeiros, preferencialmente especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, devendo o rácio ser de um enfermeiro por cada dois clientes em cirurgia convencional e um enfermeiro, por cada três clientes em CA, podendo o mesmo ser ajustado em função da complexidade dos cuidados e adequado às necessidades específicas dos clientes (Regulamento nº 743/2019). Dos oito enfermeiros especialistas da UCPA, quatro são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. Tal como se sucede na UCA, embora os rácios sejam cumpridos, não é possível garantir a presença de dois enfermeiros especialistas, em enfermagem médico-cirúrgica, em cada turno. Esta situação alerta para a necessidade de mais enfermeiros especialistas. Para tal, é necessário que sejam criadas condições, a nível nacional, que motivem os profissionais a procurar formação avançada e especializada;
- Existência de consulta de enfermagem perioperatória: como referido anteriormente, infelizmente, a consulta pré-operatória (UCA) é realizada via telefónica. De forma a otimizar este processo, mais especificamente no que respeita às IEP's, foi elaborado o projeto de desenvolvimento profissional;
- Garantia de um procedimento de acolhimento no bloco operatório, de acordo com os padrões de segurança: demonstrado, por exemplo, através da confirmação com o cliente, em vários momentos, do nome completo, da data de nascimento, da presença de próteses/adornos e alergias, da cirurgia a realizar e lateralidade (quando aplicável);
- Formação e treino promotores do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção da equipa interdisciplinar: alcançado, por exemplo, através de sessões de formação regulares. Em ambos os serviços, UCA e UCPA, estas atividades são

desenvolvidas regularmente. Durante o período de estágio, procurei estar presente em todos os momentos de formação, tendo colaborado na preparação da sessão de formação "Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem";

- Utilização de ferramentas que promovam a segurança dos cuidados de enfermagem perioperatórios: assegurado, por exemplo, através do cumprimento da lista de verificação de segurança cirúrgica, da existência de várias *checklists* (preparação de sala operatória, contagem de instrumentos cirúrgicos), protocolos de verificação de validade de medicação e materiais, etc. Tanto na UCA como na UCPA, foi possível compreender que estes procedimentos são cumpridos de forma exímia;
- Contributo para a organização e agilização do circuito da pessoa, potenciando a acessibilidade aos cuidados cirúrgicos e ambiente favorável à experiência cirúrgica: alcançado, por exemplo, através de avaliações regulares do circuito da pessoa e colaboração na decisão de investimento em novos equipamentos médicos, preconizando a melhoria contínua;
- Garantia da informação necessária para a continuidade dos cuidados: demonstrado, por exemplo, através da aplicação da mnemónica ISBAR e da correta utilização dos sistemas de informação em enfermagem, mas também de uma adequada comunicação interprofissional;
- Satisfação dos enfermeiros especialistas relativamente à qualidade do exercício profissional: os enfermeiros especialistas enfrentam várias dificuldades. A satisfação poderá ser alcançada, essencialmente, através do reconhecimento e valorização profissional, mas também de oportunidades de desenvolvimento profissional ou participação em tomadas de decisão.

### - Segurança da pessoa

- Conceção de um Plano de Segurança com base na evidência científica e na análise dos relatos de incidentes, que permita a minimização do risco: alcançado, por exemplo, através de identificação e registo de incidentes, análise da causa raiz, participação em equipas multidisciplinares, monitorização de indicadores de qualidade e segurança, implementação de medidas de prevenção e controlo e educação dos profissionais de saúde. Para tal, é necessário que o enfermeiro especialista se encontre a par das melhores práticas e evidência científica mais recente. Neste sentido, embora não tenha tido oportunidade de atuar nesta área, reconheço a importância das unidades curriculares "Investigação em Enfermagem", "Princípios de Gestão em Enfermagem Avançada" e "Segurança e Gestão de Risco Perioperatório", integrantes deste plano de estudos, no desenvolvimento das minhas competências;
- Cumprimento de práticas e normas de verificação conducentes à "Cirurgia Segura": demonstrado, por exemplo, através da confirmação do cliente e local a operar, do uso de métodos conhecidos para prevenir danos causados pela administração de anestésicos, do reconhecimento e preparação para o risco de vida resultante do compromisso da via aérea ou da função respiratória, do reconhecimento e preparação para o risco de grande perda de sangue, da evicção da indução de reação alérgica ou medicamentosa adversa reconhecida previamente, da utilização sistemática de métodos conhecidos para

- minimizar o risco de infecção do local cirúrgico, da prevenção de retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas, da identificação com segurança e precisão de todos os espécimes cirúrgicos e da comunicação efetiva e partilha de informação crítica para a condução segura da cirurgia. Destaca-se o contributo do trabalho de grupo realizado no âmbito da unidade curricular "Assistência de Enfermagem no Bloco Operatório", denominado "Impacto do enfermeiro perioperatório na segurança do cliente cirúrgico: práticas de prevenção de retenção inadvertida de itens quantificáveis";
- Promoção e implementação de procedimentos para a prevenção e controlo da infeção do local cirúrgico: assegurado, por exemplo, através de controlo de glicemia, métodos adequados de tricotomia, profilaxia antibiótica adequada, confirmação de assepsia da pele e instrumentos cirúrgicos, manutenção da técnica cirúrgica meticulosa e minimização do traumatismo tecidual, manutenção da normotermia durante a cirurgia, redução do tempo operatório e vigilância eficaz da ferida;
  - Gestão do ambiente e dos circuitos de acordo com os princípios de assepsia progressiva: assegurado, por exemplo, através da padronização dos circuitos e da implementação de medidas eficazes de gestão de resíduos;
  - Colaboração na vigilância epidemiológica de eventos adversos e eventos sentinela: assegurado, por exemplo, através da participação em grupos de trabalho de foro multidisciplinar;
  - Organização e verificação da disponibilidade, integridade, funcionalidade e finalidade dos dispositivos médicos e garantia da rastreabilidade: na UCA, a esterilização constitui um serviço independente da unidade. O serviço conta com um enfermeiro responsável, que deve supervisionar as atividades desenvolvidas. Na sala operatória, é verificada a integridade do instrumental através da presença e verificação do integrador químico alocado ao instrumental cirúrgico correspondente. Ao enfermeiro especialista acresce a responsabilidade de verificar a disponibilidade de instrumental cirúrgico e dispositivos/equipamentos médicos, bem como de registar e rastrear material submetido a empréstimos;
  - Promoção de uma cultura de segurança e de consciência cirúrgica coletiva: alcançado, por exemplo, através da implementação de *briefings* pré-operatórios ou de comunicação em circuito fechado;
  - Envolvimento da pessoa, enquanto parceira dos cuidados de saúde, na verificação da segurança: realizado, na medida do possível, sempre que o cliente se encontre acordado e consciente.

Assim, o domínio da melhoria contínua da qualidade surge como outro dos pilares na conceção de cuidados perioperatórios. A preocupação com a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados é uma constante na prática profissional, pelo que o enfermeiro especialista deverá atuar como "advogado" da pessoa, apelando à consciência cirúrgica, respeitando e fazendo respeitar o cumprimento de práticas seguras, independentemente dos fatores dificultadores.

### **Domínio da gestão dos cuidados**

A nível das competências do domínio da gestão dos cuidados, espera-se que o enfermeiro especialista seja capaz de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua

equipa e a articulação na equipa de saúde, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019).

Os enfermeiros desempenham um papel crucial em várias áreas além do cuidado direto ao cliente. Participam ativamente na gestão, pesquisa, ensino e assessoria para aprimorar continuamente os cuidados de enfermagem. Nestes domínios, inclui-se: garantir a alocação adequada de recursos humanos, estabelecer padrões de avaliação de desempenho, desenvolver protocolos e otimizar sistemas de informação para melhorar a prestação e o registo de cuidados. Além disso, colaboram na melhoria das instalações, materiais e equipamentos e colaboram nas estratégias de articulação entre instituições de saúde e instituições de ensino superior (Regulamento n.º 76/2018).

De forma a compreender melhor esta área, preconizando o desenvolvimento de competências já iniciado na unidade curricular "Princípios de Gestão em Enfermagem Avançada", tive oportunidade de observar, de perto, as atividades desenvolvidas em turnos de coordenação. Revelou-se interessante pela dimensão da responsabilidade associada a esta função, que desconhecia em contexto prático. O enfermeiro coordenador é responsável pela distribuição de tarefas, interação intra e inter-hospitalar, tomada de decisões (rápidas e eficazes), gestão de conflitos, organização e gestão de material e equipamentos médicos, entre outros. Pude ainda observar a realização de uma auditoria interna.

A CA é fulcral no aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, acarretando múltiplas vantagens, reconhecidas por todo o mundo. Além do impacto positivo para o cliente que, em menos de 24 horas, é intervencionado de forma programada, podendo recuperar num ambiente familiar, a CA possibilita uma organização da estrutura hospitalar no sentido de dedicar o internamento às situações mais complexas, racionalizando a despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares (Despacho n.º 1380/2018).

A gestão dos cuidados é fulcral para a efetividade, qualidade e eficiência mencionadas anteriormente. Como tal, uma gestão adequada dos cuidados implica, inevitavelmente, a sua organização.

Assim, no que concerne à organização dos cuidados de enfermagem, destacam-se quatro métodos de trabalho: o método funcional, o método de trabalho em equipa, o método individual e o método de enfermeiro responsável (Ventura-Silva et al., 2021). Neste sentido, importa definir os métodos de trabalho adotados nos locais de estágio.

Na UCA, o método de trabalho mais comum é o método de trabalho em equipa. O método individual é utilizado, maioritariamente, na consulta pré-operatória de enfermagem e no *follow-up* via telefónica. Nas restantes áreas de atuação, os enfermeiros entreadjudam-se entre si,

conforme a disponibilidade, tendo em vista a eficiência dos cuidados. O espírito de equipa é evidente nesta unidade, refletindo-se em relações de confiança entre os profissionais de saúde. Na UCPA, tendo em conta a complexidade e as particularidades dos clientes operados, visando a segurança dos mesmos, é adotado o método individual. Este método não invalida a cooperação entre colegas, também comum nesta unidade.

No que respeita às dotações seguras, estas foram abordadas no domínio anterior.

A liderança, como habilidade de indivíduos que possuem uma extraordinária aptidão de influenciar pessoas, promove vantagem competitiva para as organizações, pois constitui parte do capital humano e intelectual da organização, tornando-se determinante para a organização e seu funcionamento competitivo (Llapa-Rodriguez et al., 2015, como citado por André, 2022). Como líder, o enfermeiro possui competências e características cruciais para a função, tais como: autonomia, iniciativa, projeção e implementação de cuidados (objetivando a melhoria dos resultados de cuidados, a qualidade e a relação custo-eficácia), compaixão, inteligência e confiança (American Association of Colleges of Nursing, 2013).

Em suma, a liderança em enfermagem é crucial na promoção de uma cultura de segurança e excelência nos cuidados. Reconhecer e valorizar o papel do enfermeiro especialista na gestão dos cuidados é fundamental para o sucesso global dos serviços de saúde e o bem-estar dos clientes.

### **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O enfermeiro especialista demonstra capacidade de autoconhecimento, central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Alicerça, ainda, os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Regulamento nº 140/2019).

O autoconhecimento, conceito indispensável e que não se pode negligenciar, constitui a faculdade de tomar consciência de si mesmo, das suas capacidades e limitações, dos seus impulsos, dos seus valores e das próprias competências (Phaneuf, 2004; Moura, 2021). Um estudo realizado por Bratz & Sandoval-Ramirez (2018) concluiu que o profissional de saúde, mais do que qualquer outro profissional, é responsável por auto-reflexões constantes que permitam desenvolver e aprimorar a sua forma de pensar, agir, falar e relacionar-se.

Assim, podemos afirmar que a auto-reflexão contribui para o autoconhecimento. Esta metodologia foi adotada, de forma regular, com vista ao aperfeiçoamento profissional e, conseqüentemente, à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Dinamizei, inclusive, uma apresentação para a equipa de enfermagem da UCPA, que contou com uma auto-reflexão sobre cuidados humanizados (ANEXO II).

A formação e o desenvolvimento profissional constituem um pilar fundamental e determinante para a melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional e dos serviços prestados (Regulamento n.º 656/2021). Neste âmbito, o meu percurso académico foi sempre pautado por busca incessante de aprendizagem em várias áreas, direcionando-me gradualmente para a atual área de atuação. Paralelamente ao presente ciclo de estudos, participei num curso *online* sobre instrumentação cirúrgica e ainda concluí, com sucesso, o curso *Definitive Perioperative Nurses Trauma Care*, no passado mês de dezembro. Participei ainda nas sessões de formação dos serviços onde realizei estágio, com colaboração na dinamização de uma delas. Nas sessões de formação realizadas na UCA, foi-me dada a oportunidade de avaliar a satisfação dos formandos. O questionário de avaliação das sessões, de carácter anónimo, era realizado em papel. Posteriormente, contabilizava as respostas de acordo com a pontuação dada e organizava-as informaticamente, procedendo à atribuição de percentagens. Aliado ao percurso formativo, procurei marcar presença em congressos, jornadas e outros eventos científicos, com submissão e apresentação de alguns trabalhos, nomeadamente:

- Participação no *XX Congresso da AESOP*, como co-autora da comunicação livre "*Impacto do enfermeiro perioperatório na segurança do doente cirúrgico: práticas de prevenção de retenção inadvertida de itens quantificáveis*" e como co-autora da comunicação livre "*Impacto da intervenção educativa pré-operatória nos doentes submetidos a artroplastia da anca/joelho*", vencedora do prémio de 2ª melhor comunicação livre;
- Publicação, em co-autoria, do artigo "*Impacto da intervenção educativa pré-operatória nos doentes submetidos a artroplastia da anca/joelho*", na revista *AESOP* nº 49;
- Publicação, em co-autoria, do artigo "*Impact of the perioperative nurse on surgical patient safety: practices to prevent inadvertent retention of quantifiable items*", na revista *Health & Society* Vol.3;
- Participação no evento científico *NURSID SPRING SCHOOL 2023*, promovido pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, onde proferi o painel com o tema "*Prevenção da Retenção Inadvertida de Itens Quantificáveis*";
- Participação nas *I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia do IPO-Porto - Diferenciação da Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade, futuro e desafios...*

Comunicação em saúde eficaz, isto é, fazer chegar a mensagem à pessoa de quem se cuida, aumenta a adesão terapêutica e melhora os padrões de saúde. Como tal, o enfermeiro deve fazer uso de uma comunicação positiva, assertiva e com linguagem adequada à pessoa alvo de cuidados (Belim & Almeida, 2018; Pereira et al., 2018). Neste sentido, procurei desenvolver, ativamente, a minha assertividade. Recordo um caso em concreto, na UCPA. Face à presença de sonda vesical, um cliente alertava, continuamente, para a necessidade de urinar. Após verificação da eficácia da drenagem e sucessivas explicações sobre os motivos de tal desconforto, o cliente mostrava-se cada vez mais ansioso. Numa tentativa de o acalmar, desenhei o procedimento de algaliação e expliquei novamente a razão para o seu desconforto. Prontamente, o cliente sorriu para mim, mostrou-se esclarecido, agradeceu e manteve-se tranquilo durante o resto do período na UCPA. Esta situação reforçou que nem todas as

intervenções educativas são lineares. É necessário adaptá-las à realidade de cada indivíduo.

Na UCA, apresentei o projeto de desenvolvimento profissional à equipa, através do e-poster "*EDUPOP - APLICAÇÃO MÓVEL COMO INTERVENÇÃO EDUCATIVA PERIOPERATÓRIA PARA CLIENTES SUBMETIDOS A TIROIDECTOMIA EM REGIME AMBULATORIO*" (Anexo III) e, como já referido anteriormente, o e-poster "*O PODER DAS PALAVRAS: EXPERIÊNCIAS DOS CLIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA EM REGIME AMBULATORIO*".

Concomitantemente, fui realizando pesquisas em bases de dados científicas, tanto na UCA como na UCPA, de forma a colmatar dificuldades sentidas, acrescentar valor aos trabalhos anteriormente descritos e esclarecer dúvidas que surgiam no âmbito do estágio de natureza profissional. A procura de evidência científica recente, no âmbito da aquisição e partilha de novos conhecimentos, foi um dos marcos importantes neste percurso, para o qual contribuiu a unidade curricular "Investigação em Enfermagem", integrada neste ciclo de estudos.

Os estágios de natureza profissional, realizados na UCA e na UCPA, foram escolhidos pelo desvio à minha realidade laboral, isto é, pude conhecer novos contextos de prestação de cuidados perioperatórios, pois trabalho exclusivamente em contexto intra-operatório. Assim, em busca de maior conhecimento, desafiei-me a integrar novos ambientes, tendo esta decisão contribuído em grande escala para o desenvolvimento das minhas competências. A reciprocidade e disponibilidade de ambas as equipas constituiu o maior fator facilitador.

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

Os cuidados de enfermagem, na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, dirigem-se aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, visando a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença (Regulamento nº 429/2018).

As intervenções, nesta área de especialização, desenvolvem-se em cinco áreas de atuação complementares entre si (consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos) e englobam todo o período perioperatório (Regulamento nº 429/2018).

A pessoa submetida a procedimentos anestésicos e cirúrgicos, submete-se também a um estado de consciência alterado e aos riscos que daí advêm. Assim, torna-se notório o papel primordial do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, que deve ter em conta o estado de vulnerabilidade física e emocional da pessoa,

atuando com consciência cirúrgica (Regulamento nº 429/2018).

De acordo com estes princípios, surgem duas competências específicas, com várias unidades de competência. São elas:

- 1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família;
- 2. Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Com base nestas premissas e, de forma a desenvolver competências específicas na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, surgiu a ideia para o projeto de desenvolvimento profissional.

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

Até há relativamente pouco tempo, nomeadamente até à década de 60, as intervenções de enfermagem em bloco operatório restringiam-se à instrumentação de cirurgias, à resposta a solicitações da equipa médica e ao desenvolvimento de ações preventivas e promotoras de um ambiente perioperatório seguro. Gradualmente, o enfermeiro foi assumindo outras responsabilidades, resultando numa maior valorização da profissão, maior procura de conhecimento científico na área e consequente melhoria na prestação de cuidados (Lopes, 2020; Giordani et al., 2015). Recentemente, esta foi uma das áreas finalmente reconhecida como área de especialização.

Tendo em conta 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 (Regulamento nº 429/2018). Como tal, torna-se inegável o papel basilar do enfermeiro durante todo o período perioperatório, que inclui a fase pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória, bem como as suas cinco áreas de atuação.

Conforme descrito no subcapítulo anterior, através das atividades realizadas, tive oportunidade de desenvolver competências nestas áreas. Desta forma e, apelando ao pensamento crítico, procurei compreender qual ou quais das fases, no contexto de estágio, urgia de intervenção por parte do enfermeiro perioperatório, isto é, de que forma poderia contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Atualmente, na UCA, a verificação dos critérios sociais de admissão e a consulta pré-operatória de enfermagem são realizadas por via telefónica. Dada a quantidade de informação que necessita de ser transmitida, bem como a individualidade de cada cliente, por vezes é difícil estabelecer uma comunicação efetiva. Também o momento da alta é, uma vez mais, dotado de transmissão de uma grande quantidade de informação, com entrega de múltiplos documentos em papel.

A cirurgia, eletiva ou emergente, é um momento de stress para os clientes. Este fator contribui para que os clientes não se recordem de informações relevantes no que respeita à IEP, de acordo com o que é explanado em vários estudos (Seeman, 2019).

Numa tentativa de oferecer a melhor experiência ao cliente, empoderando-o e acompanhando o rápido avanço das novas tecnologias, surgiu a ideia de avaliar a viabilidade de uma aplicação móvel que vise capacitar o cliente e pessoas significativas para a gestão do processo cirúrgico. A cirurgia escolhida para este projeto foi a tiroidectomia, pelo desafio que representa ao permitir uma abordagem multidisciplinar e uma experiência mais completa para o cliente.

Surgiram então algumas questões. Quais as necessidades educativas dos clientes submetidos a cirurgia em regime ambulatorio? E as necessidades educativas da população em estudo? O que diz a literatura sobre aplicações móveis como IEP?

O objetivo geral deste projeto foi desenvolver competências avançadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, à pessoa submetida a tiroidectomia em regime de ambulatorio, com utilização de uma app móvel como IEP. Como objetivos específicos delineeii:

- 1) Contribuir para o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem, na área das IEP's, com utilização de uma *app* móvel;
- 2) Desenvolver uma *app* móvel como IEP para o cliente submetido a tiroidectomia em regime ambulatorio;
- 3) Contribuir para a melhoria da experiência cirúrgica do cliente submetido a tiroidectomia em regime ambulatorio;
- 4) Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em contexto de cirurgia ambulatoria.

Devido ao atraso na obtenção de autorização, por parte da Comissão Ética do hospital em questão, não foi possível concretizar o terceiro objetivo, focado na implementação da aplicação móvel.

O projeto contou com a adoção de várias estratégias metodológicas. Inicialmente, procedeu-se à recolha e análise de dados de um questionário *online* dirigido à população acima dos 18 anos. A análise dos resultados encontra-se em anexo (ANEXO IV). No mesmo espaço temporal, realizei uma *scoping review* sobre a utilização de *apps* móveis como IEP. De forma a facilitar a sua leitura e análise, foi estruturada em formato de artigo (ANEXO V).

Na fase de criação e desenvolvimento da *app*, utilizou-se o método interativo, através da gravação e edição de vídeos que serão o recurso principal da *app* móvel a utilizar pelos clientes. A metodologia de trabalho inerente a todo este projeto foi indubitavelmente a metodologia de trabalho em equipa, pois é a que melhor retrata a comunicação efetiva e a colaboração entre os vários profissionais, fatores absolutamente necessários à consecução do projeto.

A execução de um projeto não é possível sem a alocação adequada dos recursos inerentes a este. Para a elaboração deste projeto, foram necessários recursos físicos, materiais e humanos. Os recursos físicos são os espaços físicos já existentes no local de estágio, onde foram realizadas as reuniões com a enfermeira tutora. Os recursos materiais necessários foram: computador com acesso a internet; telemóvel com câmara, acesso a internet e capacidade para aplicações móveis; mesa; cadeira. Os recursos humanos a envolver foram vários, nomeadamente: enfermeira e estudante do mestrado de enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; enfermeira tutora especialista em enfermagem médico-cirúrgica e restantes enfermeiros do serviço em questão; professoras orientadora e co-orientadora; médico endocrinologista; terapeuta da fala; engenheiro informático; população que aceitou participar nos questionário realizado *online*; população submetida a tiroidectomia, que aceitou relatar brevemente a sua experiência.

### **Mas, afinal, quais são as necessidades educativas do cliente submetido a cirurgia em regime ambulatório?**

Como referido anteriormente, “cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa” constitui uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Para que o enfermeiro perioperatório exerça esta sua competência, a IEP constitui um momento indispensável. A IEP permite o envolvimento da família/pessoa significativa/cuidador no processo de cuidados que antecedem o procedimento cirúrgico, bem como o desenvolvimento de um “plano de instrução, ensino e treino que promova a capacitação, autogestão e recuperação operatória”.

Em alguns contextos, a IEP é realizada unicamente por enfermeiros. Noutros contextos, é realizada por vários profissionais numa abordagem multidisciplinar, onde se incluem outros profissionais de saúde (Louw et al., 2013; McDonald et al., 2014). Os enfermeiros devem concentrar-se num plano de intervenção que envolva as informações sobre o procedimento anestésico-cirúrgico, juntamente com questões relacionadas com a preparação pré-operatória, a recuperação pós-operatória, o controlo da dor e da ansiedade e o suporte do cuidador no domicílio (Breda & Cerejo, 2021).

De acordo com vários estudos encontrados, os clientes submetidos a cirurgia em regime ambulatório estão sujeitos a maiores níveis de ansiedade. Assim, estes indivíduos carecem de suporte emocional mais complexo e de assistência das suas famílias e amigos. Inevitavelmente, a cirurgia ambulatória requer uma maior aprendizagem num menor período de tempo, pelo que os enfermeiros devem dirigir a sua atenção para uma educação perioperatória mais efetiva (Guven et al., 2020).

Determinar não só as necessidades educativas dos clientes submetidos a cirurgia em regime ambulatório, mas também dos seus cuidadores, pode diminuir o número de readmissões

hospitalares causados por ansiedade e preocupações inerentes aos cuidados a ter no domicílio e a complicações pós-operatórias. Assim, Guven et al. (2020) concluíram que as necessidades educativas dos clientes e dos seus cuidadores são semelhantes e ambos requerem educação sobre cuidados e complicações, medicação e aspetos relacionados com as atividades de vida diária.

### **E as necessidades do cliente submetido a tiroidectomia em regime ambulatorio?**

Apesar da cirurgia da tiróide em regime ambulatorio ter sido descrita pela primeira vez em 1986, esta prática demorou a obter uma aceitação generalizada. Nos dias de hoje, existe evidência de que esta é uma económica solução para clientes saudáveis, desde que existam sistemas de suporte confiáveis, prevendo-se vantagens como taxas baixas de infeções nosocomiais e otimização da experiência perioperatória do cliente (Orosco, Lin & Bhattacharyya, 2015; Lee et al., 2017).

As complicações pós-operatórias podem ter resultados catastróficos, razão pela qual a tiroidectomia foi considerada, durante muito tempo, como um procedimento que exige internamento e monitorização cuidada. Exemplos de complicações pós-operatórias são a paralisia das cordas vocais ou o hematoma cervical, que podem comprometer as vias aéreas, exigindo intervenção emergente. Outro exemplo é a hipocalcemia, que requer a ingestão de suplementos e monitorização rigorosa. A tiroidectomia total e completa são, expectavelmente, as que apresentam maiores taxas de lesão do nervo laríngeo recorrente e de hipocalcemia (Orosco, Lin & Bhattacharyya, 2015; Lee et al., 2017).

A *American Thyroid Association* (ATA) (2013) determinou que a educação perioperatória constitui um elemento fulcral para os clientes submetidos a tiroidectomia em regime ambulatorio. Nesse âmbito, os profissionais de saúde podem disponibilizar vários tipos de materiais educativos, tais como: folheto informativo, site que aborde os diferentes aspetos da cirurgia, etc. Os materiais, independentemente da sua tipologia, devem incluir um contacto claro e fácil de localizar em caso de emergência ou de uma complicação pós-operatória.

A educação perioperatória a este tipo de clientes deve ainda enfatizar os sinais e sintomas das possíveis complicações pós-operatórias, a uma maior extensão do que os clientes que são monitorizados por profissionais de saúde durante todo o internamento (ATA, 2013).

Um estudo realizado por Temiz et al. (2016), aplicado a 251 clientes submetidos a tiroidectomia em regime ambulatorio, concluiu que as maiores necessidades educativas referidas pelos clientes se prendem com: cuidados a ter com a ferida cirúrgica; impacto da cirurgia nas atividades de vida diária; medicação a tomar e possíveis reações alérgicas; complicações que possam ocorrer depois da cirurgia.

Após a cirurgia, preocupações relacionadas com a aparência estética, perda da voz ou qualidade da voz prejudicada, além da falta de conhecimento dos clientes e suas pessoas significativas,

podem conduzir a novos medos sobre tudo o que foi dito previamente à intervenção cirúrgica (Temiz et al., 2016).

### **Qual será, então, o poder das aplicações móveis como IEP?**

As apps móveis associadas à saúde têm o potencial de melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir os custos em saúde. Uma das suas vantagens é a facilidade em aceder à app, em qualquer altura e em qualquer lugar. Por sua vez, após a consulta com o profissional de saúde, apenas uma quantidade limitada de informações é memorizada (Willems et al., 2021).

Estudos recentes demonstram que as intervenções educativas, providenciadas através do smartphone dos próprios clientes, podem melhorar: o nível de conhecimento dos clientes e a sua satisfação; a adesão à medicação; os resultados clínicos; os resultados em saúde (Timmers et al., 2020).

Um estudo realizado por Foley et al. (2016) concluiu que, quando comparadas, as apps móveis superam os meios tradicionais de disseminação de informação, como folhetos. Entre tais vantagens, destaca-se a quantidade de indivíduos que podem ser alcançados e beneficiados com as informações contidas nessas apps móveis, em qualquer lugar do mundo.

O uso de mensagens, vídeos, imagens e animações são os recursos de eleição no desenvolvimento de apps móveis como IEP (Machado et al., 2020). A *European Commission* (2012) estimou que a utilização destas tecnologias permite poupar cerca de 99 biliões de euros, tendo recomendado o seu desenvolvimento.

O *SurgeryDiary* é um dos exemplos de app móvel em saúde, permitindo que os clientes submetidos a gastrectomia possam: aceder a informações sobre o procedimento cirúrgico e registos clínicos perioperatórios; registar a monitorização da pressão arterial e da frequência cardíaca; enviar fotografias da ferida cirúrgica à equipa médica; entre outros (Wu et al., 2019).

De forma a mapear os conteúdos a incluir na app móvel *EduPOp*, e, como referido anteriormente, além da discussão com os profissionais envolvidos, foi realizada uma *scoping review* sobre a utilização de apps móveis como IEP (ANEXO V). Procurei, ainda, estabelecer contacto com os melhores intervenientes possíveis... os próprios clientes. Face à impossibilidade de realizar o estudo que pretendia, na UCA, pesquisei por fóruns e grupos *online* constituídos por pessoas submetidas a tiroidectomia, a partir dos quais expliquei o meu projeto e publiquei um questionário anónimo individual para que pudessem relatar as suas experiências. As respostas obtidas foram muito interessantes, alertando-me para dificuldades sentidas pelo meu público-alvo, para as quais não me encontrava desperta. As mesmas serão consideradas para melhoria do conteúdo a incluir na app.

Importa realçar que este projeto procurou basear-se no "*Perioperative Patient Focused Model*" da Association of Perioperative Registered Nurses (AORN), que contempla quatro domínios:

segurança do cliente, respostas fisiológicas, respostas comportamentais e sistemas de saúde (Rothrock & Smith, 2000), interligando-o com as unidades de competência "Capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica" e "Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional".

Como tal, a maturação da presente competência acrescida assentou, maioritariamente, no desenvolvimento do projeto de desenvolvimento profissional, que preconiza acompanhar a evolução do enfermeiro perioperatório, apresentando uma resposta inovadora às necessidades, em constante modificação, dos clientes submetidos a tiroidectomia em regime ambulatorio, melhorando as suas experiências e os resultados em saúde.

De forma a promover a acessibilidade daqueles que, por diversos motivos, não se encontrem familiarizados com este tipo de tecnologia, procurei uma abordagem simples e direta, com poucos tópicos (numa primeira fase). Ao iniciar a aplicação, o cliente depara-se com três opções, como representado na **Figura 8**. "Medicina" e "Terapia da fala" incluem vídeos de dois especialistas das respetivas áreas. No tópico "Medicina", o cliente pode assistir a três vídeos distintos. São eles: "O que é a tiróide?"; "O que é a tiroidectomia?"; "Preciso de tomar medicação para sempre?". No tópico "Terapia da fala", o cliente assiste a um vídeo que aborda complicações relacionadas com alterações da voz e da deglutição. O tópico "Enfermagem" pretende enfatizar a importância do enfermeiro perioperatório, constituindo o domínio mais extenso da aplicação móvel. Ao escolher "Enfermagem", o cliente depara-se com mais duas opções: "Pré-Operatório" e "Pós-Operatório" (**Figura 9**). Nesta área, o cliente pode assistir a vídeos sobre as seguintes temáticas: "O que é a cirurgia de ambulatório?"; "Circuito na UCA"; "O que devo levar no dia da minha cirurgia?"; "O que não devo levar no dia da minha cirurgia?"; "Cuidados pré-operatórios"; "Cuidados pós-operatórios"; "Sinais de alerta".



**Figura 8** - Apresentação primária da *app* (Fonte: própria)**Figura 9** - Apresentação secundária da *app* (Fonte: própria)

Ressalvo que foi tido em conta todo o conhecimento adquirido desde a conceção deste projeto (resultados obtidos na *scoping review*, discussões da temática com a enfermeira tutora e outros profissionais de saúde, bem como perceções da população geral e da população-alvo). Da mesma forma, mobilizei todos os esforços para que a comunicação fosse efetiva, atendendo ao tom de voz, expressões faciais e postura corporal, algo que não se revelou fácil. Referir ainda que, do meu ponto de vista, um dos aspetos mais pertinentes se prende com a inclusão de fotos dos espaços da unidade, no vídeo "Circuito na UCA". Em estudos anteriores, a familiarização do cliente com o espaço é referida como um fator facilitador da experiência cirúrgica.

No âmbito da unidade de competência "Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória", procurei evidenciar as minhas intervenções através dos casos clínicos desenvolvidos, deixando aqui alguns exemplos:

- Verificação da presença e/ou funcionalidade de todos os dispositivos, equipamentos e materiais necessários ao procedimento cirúrgico, antes da cirurgia;
- Confirmação de adequada preparação do cliente antes do procedimento, explicando o que esperar durante a cirurgia e respondendo a quaisquer perguntas ou preocupações;
- Manutenção da privacidade do cliente, garantindo a exposição exclusiva da área necessária à cirurgia e limitando a entrada, na sala operatória, de elementos externos à equipa cirúrgica;
- Garantia de posicionamento cirúrgico adequado, usando técnicas apropriadas para garantir conforto e estabilidade durante o procedimento e, sempre que possível, verificando com o cliente se este se encontra confortavelmente posicionado antes da indução anestésica;

- Informação detalhada sobre o procedimento cirúrgico, incluindo instruções pré e pós-operatórias;
- Monitorização contínua dos sinais vitais do cliente;
- Adaptação da comunicação à condição do cliente;
- Documentação precisa sobre os cuidados prestados.

### **Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica**

O enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, face ao elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, nomeadamente a ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional (Regulamento nº 429/2018).

A segurança do cliente pode ser definida como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (DGS, 2011) e constitui uma preocupação global, com tendência crescente ao longo dos anos. Ainda assim, parece inacreditável que esta temática tenha adquirido uma maior força apenas no início do século XXI, com a divulgação ao mundo do relatório americano “*To err is human*” (Institute of Medicine, 2000), em que se estimou a morte anual de 44 mil a 98 mil pessoas devido a erros médicos ocorrentes em hospitais. Já nesta altura, este número assustador ultrapassava o número anual de mortes por acidentes de viação, cancro da mama ou SIDA. Este relatório foi um marco crucial na conscientização sobre os erros médicos, focando-se não só na magnitude dos erros cometidos em contexto de prestação de cuidados, mas também na urgente necessidade de mudança e melhoria nos sistemas de saúde.

Além da importância dos resultados expostos, este documento apela à vulnerabilidade inerente a qualquer ser humano, lembrando-nos que não somos infalíveis. Como tal, é mandatória a transparência e a responsabilidade na prática clínica, encarando os erros como novas oportunidades de aprendizagem e de melhoria contínua, cumprindo o compromisso para com a profissão e almejando sempre a excelência nos cuidados.

Neste sentido, acredito que o reconhecimento dos nossos limites e a procura de ajuda são fulcrais, pelo que procuro aplicá-los na minha prática diária. Em contexto de estágio, tal como em contexto laboral, sempre questionei os colegas em momentos de dúvida, tanto na dimensão teórica como prática, procurando a melhor evidência existente quando possível. Reforço, uma vez mais, a apresentação interativa com a equipa de enfermagem da UCPA, em que realizei uma auto-reflexão sobre cuidados humanizados, também comprovativa das características pessoais acima referidas.

Várias foram as iniciativas que surgiram em resposta à problemática reportada pelo Institute of

Medicine, como a “Aliança mundial para a segurança do doente” (OMS, 2004). No entanto, uma década após o “*To err is human*”, apesar da implementação de estratégias recomendadas, como o relato e análise de incidentes para promover a aprendizagem através dos erros, os números de eventos adversos não diminuíram conforme esperado e desejado (Trindade & Lage, 2019).

Em 2015, o PNSD 2015-2020 (Despacho nº 1400-A/2015) visava atingir os seguintes objetivos estratégicos: Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; Aumentar a segurança da comunicação; Aumentar a segurança cirúrgica; Aumentar a segurança na utilização da medicação; Assegurar a identificação inequívoca dos doentes; Prevenir a ocorrência de quedas; Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

A 17 de setembro de 2019, a OMS marca, pela primeira vez, o *World Patient Safety Day*. Em 2023, reforça novamente a importância da temática, com mais dados surpreendentes, dos quais destaco:

- Uma em cada 10 pessoas é prejudicada nos serviços de saúde;
- Mais de 3 milhões de pessoas morrem, anualmente, devido a cuidados de saúde inseguros;
- Mais de 50% dos danos são evitáveis e metade destes são atribuídos a medicação;
- Os eventos adversos comuns que resultam em danos evitáveis para o cliente são: erros de medicação, procedimentos cirúrgicos inseguros, IACS, erros de diagnóstico, quedas, úlceras por pressão, identificação incorreta dos clientes, transfusões sanguíneas inseguras e tromboembolismos venosos;
- Os danos resultantes reduzem, potencialmente, o crescimento económico global em 0,7% por ano;
- À escala global, o custo indireto de danos ascende a biliões de dólares americanos, todos os anos.

O bloco operatório, devido ao seu alto nível tecnológico e funções complexas, é um lugar privilegiado para o surgimento de momentos de confusão, stress, tensões emocionais e relacionais (Cruz, 2021). Assim, como é possível entender, aliadas às características deste sistema, as estatísticas e objetivos estratégicos do PNSD supracitados apresentam-se intimamente ligados entre eles e a este meio, tornando evidente o potencial do enfermeiro perioperatório, através do seu papel diferenciado, dado que os eventos adversos mais comuns são passíveis de ocorrer neste ambiente e, como tal, ao alcance da nossa ação preventiva.

Segundo a DGS (2011), um incidente pode ser uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos, também denominado por evento

adverso. De acordo com a Classificação Internacional de Segurança do Doente (DGS, 2011), os incidentes podem ser divididos em 13 classes. São elas: administração clínica; processo/procedimento clínico; documentação; infeção associada aos cuidados de saúde; medicação/fluidos IV; sangue/hemoderivados; dieta/alimentação; oxigénio/gás/vapor; dispositivo/equipamento médico; comportamento; acidentes do doente; infraestrutura/edifício/instalações; recursos/gestão organizacional. A subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, pelo que é necessário melhorar, nas instituições prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro (Despacho nº 1400-A/2015).

Numa primeira instância, é possível identificar um fator facilitador à evicção dos vários tipos de incidentes, mesmo que subtilmente: a comunicação. A comunicação é um dos grandes pilares da segurança, como corroborado por Fragata (2010), quando refere que esta é uma das quatro áreas fundamentais, no que concerne aos fatores humanos em bloco operativo. Anteriormente, a *Joint Commission International* reportou o défice de comunicação como estando na base de 70% dos casos de eventos sentinela (Saufl, 2004). Literatura mais recente reforça, ainda, que em relação aos eventos adversos que decorrem das falhas de comunicação, cerca de 75% resultam na morte do cliente (Barry, 2014).

O PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021) contempla, uma vez mais, a cultura de segurança como primeiro pilar. Este conceito multidimensional constitui uma estratégia eficiente para melhorar a segurança do cliente e pode ser definido como um conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e organizacionais que determinam o compromisso, o estilo e a ação, contribuindo para a segurança do cliente (Bienassis & Klazinga, 2022). Em Portugal, os resultados do estudo piloto "*Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses*", respeitantes ao ano de 2014 e de 2016, demonstram que as dimensões da cultura de segurança do cliente que necessitam de intervenção nos hospitais são: resposta ao erro não punitiva, frequência da notificação, dotação de profissionais, apoio à segurança do cliente pela gestão, trabalho entre unidades, abertura na comunicação, comunicação e feedback acerca do erro, perceções gerais sobre a segurança do cliente e transições (Norma nº 005/2018).

Assim, face ao papel basilar da comunicação, várias são as iniciativas e estratégias dinamizadas neste sentido, que procurei compreender, aprofundar e aplicar na prática.

Muito se fala sobre a importância da adequada comunicação verbal na transição de cuidados. Por sua vez, a comunicação não verbal e a comunicação efetiva com o cliente são, muitas vezes, negligenciadas. Na década de 60, Watzlawick et al. (1967) apresentaram os cinco axiomas da comunicação. Hoje, de acordo com o primeiro dos axiomas, sabemos que é impossível não comunicar, mesmo quando optamos pelo silêncio.

A comunicação não verbal engloba aproximadamente 93% das possibilidades de expressão,

manifestando-se por sinais paralinguísticos (tais como a entoação da voz, a pronúncia, a tosse e o suspiro provocados por tensão) e por sinais corporais silenciosos (como os gestos, o olhar, a postura, a expressão facial, assim como as próprias características físicas) (Silva, 2002).

A comunicação efetiva entre enfermeiro e cliente durante o processo de hospitalização, no que respeita aos procedimentos e cuidados a serem realizados, resulta na diminuição do medo e da ansiedade do cliente (Guarilha et al., 2013). Como tal, importa realçar que o enfermeiro perioperatório deve ter em conta que *"one doesn't fit all"*, compreendendo que diferentes pessoas implicam, sempre, diferentes abordagens comunicacionais.

Face a um problema de saúde, a vulnerabilidade da pessoa aumenta, pelo que a satisfação das suas necessidades implica que o enfermeiro a escute atentamente, de forma que esta perceba e sinta a sua importância (Martins, 2014). A mesma autora reforça que escutar verdadeiramente o cliente não requer mais tempo, podendo inclusive acelerar o caminho dos cuidados.

Entre os profissionais de saúde, a mnemónica ISBAR constitui uma ferramenta de uniformização da comunicação, contribuindo para a rápida tomada de decisão, promoção de pensamento crítico, diminuição do tempo na transferência de informação e promoção de rápida integração de novos profissionais (Norma nº 001/2017). A diversidade dos contextos de estágio permitiu a sua aplicação a vários níveis: na UCA, do acolhimento para a sala operatória e da sala operatória para a UCPA; na UCPA, desta para o internamento. Em contexto de UCPA, face à complexidade das intervenções cirúrgicas e elevada quantidade de informação, mobilizei esforços para que esta transição fosse o mais eficiente possível. Tendo em conta o meu contexto laboral, exclusivamente intra-operatório, aproveitei a oportunidade para compreender a perceção dos enfermeiros da UCPA sobre a transição de cuidados entre a sala operatória e a UCPA. Assim, além de aprimorar competências comunicacionais durante o estágio, foi possível identificar dificuldades na minha prática diária, atuando sobre as mesmas, ambicionando a melhoria contínua da qualidade. Não obstante, sempre que possível, o cliente deve ser parte ativa do seu próprio plano de cuidados. O estabelecimento de uma comunicação efetiva, com este último, é o primeiro passo para que muitos dos incidentes sejam evitados.

Como futura enfermeira especialista, reconheço que os "Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde" (DGS, 2011) desempenham um papel crucial na garantia da segurança do cliente e na promoção de uma forte cultura de segurança, pelo que se revela fundamental para mim compreender e implementar todas as medidas recomendadas por esta norma, assegurando o mais alto nível de segurança e qualidade nos cuidados prestados aos clientes. Um dos aspetos que procurei modificar, neste âmbito, foi a indução de respostas, através de perguntas como: "chama-se João, não chama?"; "está em jejum, não está?", entre outros. Atualmente, procuro realizar questões como "pode dizer-me o seu nome completo?" ou "quando foi a última vez que comeu?". Assim, garanto que as informações são obtidas de forma eficaz e rigorosa.

A DGS (2017; 2019) define IACS como infeções adquiridas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde, que podem também afetar os profissionais durante a prestação de cuidados, associando-se aos seguintes principais fatores de risco: uso de antimicrobianos, gravidade da doença, cirurgia e dispositivos invasivos. Esta problemática constitui uma importante causa de morbimortalidade que resulta em aumento dos custos em saúde, merecendo atenção não só por parte dos profissionais de saúde, como também dos administradores, gestores, governantes e sociedade em geral (OE, 2013). Assim, é de fácil compreensão a forte ligação que as IACS estabelecem com o ambiente perioperatório, inclusive pela Norma nº 020/2015, que se foca somente na prevenção de infeção do local cirúrgico. Como tal, o enfermeiro perioperatório deve ser um elemento ativo na prevenção deste tipo de complicações. Neste sentido, respeitei e fiz respeitar os procedimentos de prevenção de IACS, nomeadamente através do cumprimento dos feixes de intervenção para a prevenção de infeção do local cirúrgico, em todo o período perioperatório, bem como do cumprimento rigoroso de assepsia. Tive oportunidade de acompanhar, brevemente, uma auditoria interna relacionada com a higienização das mãos dos profissionais de saúde em contexto intra-operatório. No entanto, infelizmente, não me foi possível acompanhar o processo na sua totalidade. Face à escassez de oportunidades nesta área, além do descrito, realço a importância do trabalho de grupo desenvolvido na unidade curricular "Planos de Prevenção e de Controlo das IACS", denominado "Plano de Prevenção e Controlo de Infeções Associadas à utilização de Laringoscópios".

Inerente à boa prática de cuidados perioperatórios, é impossível não referir o projeto "*Cirurgia Segura, Salva Vidas*". A lista de verificação de segurança cirúrgica, simples e aplicável em qualquer contexto, não acrescenta custos, melhorando a segurança cirúrgica e evitando mortes e complicações (DGS, 2013). Nem sempre as condições são favoráveis a esta verificação e, em ambiente de CA, a duração das intervenções é um fator concorrente a esta. No entanto, pude comprovar que a UCA é exímia no seu cumprimento. O reconhecimento desta excelência motivou-me a desenvolver a assertividade no meu contexto laboral, ultrapassando os fatores dificultadores ao cumprimento desta lista de verificação.

A maioria dos medicamentos utilizados em contexto anestésico e cirúrgico são considerados de alerta máximo, pois representam risco aumentado de provocar dano significativo ao doente, em consequência de falhas na sua utilização, pelo que uma estratégia simples, promotora de cultura de segurança, é a uniformização dos carros de anestesia (Diniz et al., 2022). Ambos os contextos apresentam carros de anestesia uniformizados, incluindo identificação adequada de medicamentos *look-alike* e *sound-alike*. Do meu ponto de vista, esta medida não só maximiza a segurança do cliente e dos profissionais, como representa um método de trabalho mais organizado, facilitando a integração de novos elementos e aumentando a satisfação dos profissionais envolvidos na preparação e administração de fármacos.

Embora as úlceras por pressão constituam um tipo de incidente frequente em contexto de bloco

operatório, reconhecido como um ambiente de alto risco para o seu desenvolvimento (*National Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2014*), esta é uma problemática de baixa incidência na UCA e na UCPA, dada a permanência de tempo nestas unidades. Ainda assim, os posicionamentos são otimizados com dispositivos próprios, maximizando o conforto do cliente e prevenindo este tipo de complicações.

Por sua vez, a queda em bloco operatório é considerada um incidente raro (Prielipp et al., 2017). No entanto, são realizados vários esforços no sentido da sua prevenção. Na UCPA, as camas encontram-se travadas, com grades elevadas e mantidas em plano baixo. Na UCA, além destas precauções, é realizada a avaliação do risco de queda no momento da admissão, através da aplicação da *Escala de Quedas de Morse*.

As temáticas que englobam a segurança do cliente são inúmeras, pelo que mencionei apenas algumas das que considero mais relevantes. Em suma e, após os momentos de aprendizagem decorrentes do ciclo de estudos e dos dois contextos de estágio, conclui-se que o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial na segurança e bem-estar do cliente durante toda a sua experiência cirúrgica, através do conhecimento e cumprimento rigoroso das normas e diretrizes existentes, mas também ao garantir uma abordagem holística e humanizada, sendo dotado de competências de coordenação de equipas, competências de comunicação eficaz e de tomadas de decisão essenciais à superação de desafios e sucesso dos cuidados perioperatórios.



## 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório demarca o fim da minha gratificante jornada no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, tendo alcançado o seu objetivo inicial.

Durante este percurso, deparei-me com diversos obstáculos, como a necessidade da aprovação da Comissão de Ética do hospital para o estudo proposto. Infelizmente, a resposta positiva não foi obtida dentro do prazo necessário, impossibilitando a avaliação da eficácia da aplicação móvel como IEP. Embora não tenha sido possível implementar o projeto, o meu compromisso com a construção e manutenção de uma ferramenta de qualidade manteve-se inalterado. Outro desafio depreendeu-se com a realização da *scoping review*, que exigiu esforço considerável, particularmente na pesquisa de evidência sobre a temática em estudo e na estruturação do artigo correspondente. No entanto, a perseverança e dedicação foram fundamentais para o progresso, permitindo uma análise mais aprofundada e abrangente da literatura disponível. Por fim, não posso deixar de mencionar a complexidade do equilíbrio entre a vida profissional, a vida pessoal e o compromisso com este ciclo de estudos. De forma a estabelecer harmonia entre todas estas áreas, mobilizei todos os esforços possíveis relativos à gestão de tempo e de prioridades, pelo que ambiciono que este relatório espelhe um pouco da minha persistência e dedicação à profissão mais nobre do mundo: a Enfermagem.

Orgulho-me dos resultados obtidos, na medida em que saí da minha zona de conforto e optei por caminhos mais desafiantes, como por exemplo através do caso clínico desenvolvido relacionado com transição de género, cujo conhecimento prévio na área era nulo. Este caso representa não apenas uma busca incessante por desafios, mas também o meu compromisso com a inclusão e sensibilidade às necessidades individuais dos clientes e populações específicas. Ressalva-se que o desenvolvimento destes casos clínicos, na plataforma E4Nursing, representa uma valiosa oportunidade para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista. A utilização da ontologia, além de permitir uma abordagem estruturada e precisa, facilitar a compreensão dos diagnósticos identificados e promover intervenções adequadas, prepara o enfermeiro especialista para desafios de saúde complexos, ao fomentar o desenvolvimento do raciocínio crítico, tomada de decisão e resolução de problemas, fulcrais a uma enfermagem de excelência, centrada no cliente.

Após a sua implementação, considero que o meu projeto de desenvolvimento profissional terá um impacto significativo na capacitação, preparação e recuperação dos clientes, resultando em melhores resultados cirúrgicos, maior satisfação dos clientes, melhoria dos cuidados de

enfermagem em contexto perioperatório e, por fim, melhores resultados em saúde.

Estou entusiasmada com a oportunidade de contribuir para a área da enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, ao optar por uma abordagem ainda pouco explorada em Portugal: a *app* móvel como IEP.

Por fim, o mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, ampliou os meus conhecimentos teóricos e práticos nesta área, estimulou e fortaleceu as minhas competências crítico-reflexivas e reforçou o meu compromisso com a excelência nos cuidados. Apesar das adversidades e obstáculos presentes no decorrer desta jornada, os objetivos foram atingidos, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional. Estou confiante de que as experiências e aprendizagens adquiridas durante este período serão inestimáveis para a minha prática. O enfermeiro perioperatório enfrenta um longo caminho, no âmbito do seu reconhecimento e valorização. No entanto, acredito firmemente que esse caminho começa aqui, com a Especialidade.

## 7. BIBLIOGRAFIA

Alacadag, M., & Cilingir, D. (2018). Presurgery Anxiety and Day Surgery Patients' Need for Information. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(5), 658-668. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.06.125>

Almeida, F. & Pacheco, C. (2014). Posicionamentos em cirurgia. In Duarte, A. & Martins, O. (Eds.). *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 93-101). Lidel.

Alves, J., Fank, A., Souza, L., & Lima, M. (2018). O papel do enfermeiro na oxigenoterapia: revisão narrativa da literatura. *Journal of Health and Biological Sciences*, 6(2): 176-181. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882716>

Amaral, G., & Figueiredo, A. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores : uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, V(5). <https://doi.org/10.12707/RV20036>

American Association of Colleges of Nursing (2013). *Competencies and Curricular Expectations for Clinical Nurse Leader Education and Practice*. <http://faculty.sites.uci.edu/ncrc/files/2016/01/60.pdf>

André, M. (2022). *Liderança clínica em enfermagem, dos enfermeiros em formação avançada* (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44508/1/MEGE\\_10440\\_reformulada.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44508/1/MEGE_10440_reformulada.pdf)

Ascari et al. (2021). *Complicações pós-operatórias*. Série Enfermagem na Atenção à Saúde. Udes, Florianópolis. <https://sistemabu.udesc.br/pergamumweb/vinculos/00008e/00008ec6.pdf>

Ávila, A., & Felini, R. (2017). Incidence and risk factors for postoperative pulmonary complications in patients undergoing thoracic and abdominal surgeries. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 44(3). <https://doi.org/10.1590/0100-69912017003011>

AESOP. (2012). *Enfermagem Perioperatória - da filosofia à prática dos cuidados*. Loures, Portugal. ISBN:978-972-8930-16-5

Baehring, E., & McCorkle, R. (2012). Postoperative complications in head and neck cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 16(6), E203-E209. <https://doi.org/10.1188/12.CJON.E203-E209>

Baltazar, M. (2021). *Avaliação da ferida cirúrgica: documentação de enfermagem* (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra

<https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/biblio-1353395>

Barros, A. (2021). *Humanização dos cuidados de enfermagem em contexto de urgência e emergência* (Relatório de estágio). Universidade Católica Portuguesa, Porto. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/34708/1/202743640.pdf>

Barros, L., Lemos, C., & Ambiel, R. (2019). Qualidade de vida e satisfação com a imagem corporal de transexuais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71, (1), 184-195. <https://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i1p.184-195>

Barry, M. (2014). Handoff Communication: Assuring the transfer of accurate patient information. *American Nurse Today*, 9(1). <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/AmericanNurseToday/Archive/2014-ANT/Jan14-ANT/Issues-up-close-Jan14.pdf>

Batista, R. (2010). *Patologia prostática - cuidados de enfermagem a doentes submetidos a cirurgia prostática* (Projeto de Graduação). Universidade Fernando Pessoa, Porto. [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2506/1/T\\_16864.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2506/1/T_16864.pdf)

Beauchamp, T., & Childress, J. (1979). *Principles of biomedical ethics*. New York, NY: Oxford University Press.

Belim, C., & Almeida, C. (2018). Healthy Thanks to Communication: A Model of Communication Competences to Optimize Health Literacy – Assertiveness, Clear Language, and Positivity. In V. E. Papalois, & M. Theodosopoulou, *Optimizing Health Literacy for Improved Clinical Practices* (pp. 124-152).

Bessa, M. (2013). *A densificação dos princípios da bioética em Portugal* (Tese de mestrado). Faculdade de Direito da Universidade do Porto, Porto.

Bienassis, K. & Klazinga, N. (2022). Developing international benchmarks of patient safety culture in hospital care: Findings of the OECD patient safety culture pilot data collection and considerations for future work. *OECD Health Working Papers*, No. 134. <https://doi.org/10.1787/95ae65a3-en>.

Bratz, J., & Sandoval-Ramirez, M. (2018). Ethical competences for the development of nursing care. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71, 1810-1814. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0539>

Breda, L., & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(5), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20088>

Brigas, D., Madeira, M., Abrantes, C., Santos, F., Mendes, G., Neves Marques, S., & Pedroso, E. (2021). Cateterização Vesical no Doente Internado: Reduzindo as Complicações Associadas ao

- Procedimento. *Medicina Interna*, 27(3), 213–218. <https://doi.org/10.24950/O/28/20/3/2020>
- British Columbia Provincial Nursing Skin & Wound Committee (2011). *Guideline: assessment and treatment of pressure injuries in adults & children*. <https://www.clwk.ca/buddydrive/file/guideline-surgical-wounds-primary-secondaryintention/>
- Carvalho, R., & Bianchi, E. (2016). *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação* (2ª ed). [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5581341/mod\\_resource/content/1/Livro%20Enfermagem%20em%20Centro%20Cir%C3%BArgico%20e%20Recupera%C3%A7%C3%A3o.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5581341/mod_resource/content/1/Livro%20Enfermagem%20em%20Centro%20Cir%C3%BArgico%20e%20Recupera%C3%A7%C3%A3o.pdf)
- Casimiro, S. (2015). *Padrões de qualidade na administração e gestão em enfermagem* (Relatório de estágio). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/10728>
- Cassinotti, E., Colombo, E. M., Di Giuseppe, M., Rovera, F., Dionigi, G., & Boni, L. (2008). Current indications for laparoscopy in day-case surgery. *International Journal of Surgery*, 6(SUPPL. 1), S93–S96. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2008.12.012>
- Chemela, A. (2018). *Promoção do autoconceito e da autonomia na pessoa em sofrimento psicológico* (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/25323>
- Clemente, E., Silva, B., Souza Neto, V., Dantas, S., Albuquerque, A., & Silva, R. (2016). Nursing diagnosis in postoperative cardiac surgery: integrative review. *Revista de Enfermagem UFPE Online* 10(7), 2679-2686. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i7a11329p2679-2686-2016>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: OE.
- Cripps C. (2023). Thinking outside the box: Alternative techniques for gender affirming phalloplasty. *Neurourology and urodynamics*, 42(5), 973–978. <https://doi.org/10.1002/nau.25104>
- Cruz, P. (2021). *Incidentes adversos no bloco operatório: que realidade?* (Tese de mestrado) Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu. [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6827/1/PaulaMariaMo%C3%A7oCruz\\_TPM.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6827/1/PaulaMariaMo%C3%A7oCruz_TPM.pdf)
- Cupido, L. (2022). *Infeção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical na Pessoa com Lesão Medular: conhecimento dos enfermeiros* (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1400931>
- Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel.
- Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, Pub. L. No. Diário da República, 1ª série, nº 205, 2959-2962. (1996). <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Despacho nº 9390/2021, de 24 de setembro, Pub. L. No. Diário da República, 2ª série, nº 187,

- 96-103. (2021). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho n.º 1380/2018, de 8 de fevereiro, Pub. L. No. Diário da República, 2ª série, n.º 28, 4511. (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1380-2018-114654436>
- Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, Pub. L. No. Diário da República, 2ª série, n.º 102, 13550-13553. (2015). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, Pub. L. No. Diário da República: 2ª série, n.º 28, 3882(2)-3882(10). (2015). <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Diniz, A., Diniz, M., Marques, S., & Hingá, C. (2022). Segurança do medicamento nos carros de anestesia: um projeto de melhoria em cirurgia de ambulatório. *Revista Ibero-Americana De Saúde E Envelhecimento*, 7(2), 178-193. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).505.178-193](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).505.178-193)
- DGS. (2022). *Norma n.º 020/2015, atualizada a 17/11/2022 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico*. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_020\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_inf\\_local\\_cirurgico.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf)
- DGS. (2019). *Norma n.º 007/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude/>
- DGS. (2017). *Norma n.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- DGS. (2018). *Norma n.º 005/2018 - Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/2452/i024431.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2452/i024431.pdf)
- DGS. (2015). *Norma n.º 020/2015 - "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_020\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_inf\\_local\\_cirurgico.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf)
- DGS. (2013). *Norma n.º 002/2013 - Cirurgia Segura, Salva Vidas*. <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>
- DGS. (2013). *Norma n.º 024/2013 - Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. [https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024\\_2013-Prevencao-da-Infeccao-do-Local-Cirurgico.pdf](https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024_2013-Prevencao-da-Infeccao-do-Local-Cirurgico.pdf)
- DGS. (2013). *Orientação n.º 002/2013 - Processos Assistenciais Integrados*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2015/10/Orientacao-Proc>

essos-Assistenciais-Integrados-DGS-2013.pdf

DGS. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente\\_Final.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf)

DGS (2011). *Orientação nº 018/2011 - Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. [https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient\\_018\\_2011.pdf](https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf)

Edwards, S. (2009). A manutenção da função circulatória. In Manley, K. & Bellman, L. (Eds.). *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada* (pp 509-537). Lusociência.

European Commission. (2012). eHealth Action Plan 2012–2020. *Innovative Healthcare for the 21st Century*. Bruxelles. [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/com\\_2012\\_736\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/com_2012_736_en.pdf)

Farias, E., Gatto, D., Romero, M., Evangelista, J., & Sassi, R. (2021). Processo de enfermagem Informatizado Apoiado por Sistema Especialista na Aplicação das Escalas Branden e de Glasgow. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 41(02), 44-53.

Ferreira, C., & Simoes, I. (2019). Validação de protocolo de enfermagem para avaliação e diagnóstico de retenção urinária no adulto. *Rev. de Enfermagem Referência*, 4(13), 153-164. [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=3300&id\\_revista=24&id\\_edicao=209](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3300&id_revista=24&id_edicao=209)

Ferreira, C., Simões, I., & Almeida, V. (2017). Abordagem da via aérea na unidade de cuidados pós-anestésicos. In Bernardino, A. (ed.). *Manual de Cuidados Pós-Anestésicos II*. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/84995558.pdf>

Ferrito, C. (2014). Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In Duarte, A. & Martins, O. (Eds.). *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 3-9). Lidel.

Field, D. (2009). Manter a função respiratória. In Manley, K. & Bellman, L. (Eds.). *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada* (pp 453-469). Lusociência.

Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 17-25. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-erros-e-acidentes-no-bloco-X0870902510898559>

Giordani, A., Sonobe, H., Ezaias, G., Valério, M., & Barra, M. (2015). Perfil de pacientes cirúrgicos atendidos em um hospital público. *Revista de enfermagem UFPE*, 9(1), 54-61. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10306>

Gomes, D. (2017). *Diagnósticos mais frequentes no pós-operatório imediato* (Relatório de estágio). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Disponível em: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/23814/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio\\_daniela%20gomes.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/23814/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio_daniela%20gomes.pdf)

Gonçalves, C. (2023). *Estágio em Anestesiologia com Ênfase na Orientação Clínica sobre Jejum Perioperatório em Pediatria* (Tese de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/150570/2/632088.pdf>

Guarilha, J., Andrade, M., Bueno, A., & Fassarella, C. (2013). Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 7(1).

Güven, B., Ibrahimoglu, O., & Elbuken, B. (2020). Learning Needs of Patients and Their Caregivers After Ambulatory Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(3), 283–287. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.10.012>

Gwinnutt, C., & Gwinnutt, M. (2013). *Clinical Anaesthesia - Lecture Notes* (4th ed.). Wiley-Blackwell

Haas, A., Herman, J., & Rodgers, P. (2014). Suicide Attempts Among Transgender and Gender Non-Conforming Adults. *UCLA: The Williams Institute*. <https://escholarship.org/uc/item/8xg8061f>

Hayden, P., & Cowman, S. (2011). Anaesthesia for laparoscopic surgery. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 11(5), 177–180. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkr027>

Henriques, A. (2021). *Disforia de género: uma revisão da literatura* (Tese de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/51187/1/AlexandraNHenriques.pdf>

Houssayni, S., & Nilsen, K. (2018). Transgender Competent Provider: Identifying Transgender Health Needs, Health Disparities, and Health Coverage. *Kansas journal of medicine*, 11(1), 1–18.

International Association for Ambulatory Surgery. (2006). *Day surgery: making it happen - Observatory Policy Brief*. European Observatory on Health Systems and Policies. [https://www.onedaysurgery.net/uploads/9/0/4/3/9043588/\\_\\_.pdf](https://www.onedaysurgery.net/uploads/9/0/4/3/9043588/__.pdf)

International Association for Ambulatory Surgery. (2014). *Ambulatory Surgery Handbook* (2nd edition). [https://www.oegari.at/web\\_files/dateiarchiv/editor/day\\_surgery\\_manual\\_iaas.pdf](https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/day_surgery_manual_iaas.pdf)

Institute of Medicine. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>.

Knaepel A. (2012). Inadvertent perioperative hypothermia: a literature review. *Journal of perioperative practice*, 22(3), 86–90. <https://doi.org/10.1177/175045891202200302>

Leal, E. & Carvalho, E. (2014). Cicatrização de feridas: o fisiológico e o patológico. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 9(3), 133-143. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/10/RPD-Vol-9-n%C2%BA-3-Setembro-2014-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-133-143.pdf>

Lee, D., Chin, C., Hong, C., Perera, S., & Witterick, I. (2018). Outpatient versus inpatient thyroidectomy: A systematic review and meta-analysis. *Head & neck*, 40(1), 192-202. <https://doi.org/10.1002/hed.24934>

Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, Pub. L. No. Diário da República, 1ª série, nº 169, 55-66. (2019). <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, Pub. L. No. Diário da República, 1ª série, nº 181, 8059-8105. (2015). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Liebner, L. (2015). I Can't Read That! Improving Perioperative Literacy for Ambulatory Surgical Patients. *AORN Journal*, 101(4), 416-427. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.01.016>

Lima, N. & Pinto, S. (2014). Cirurgia ambulatória. In Duarte, A. & Martins, O. (Eds.). *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 123-133). Lidel.

Lopes, M. (2020). *Padrão de documentação de cuidados de enfermagem no período intraoperatório* (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1177521>

Louw, A., Diener, I., Butler, D., & Puentedura, E. (2013). Preoperative education addressing postoperative pain in total joint arthroplasty: review of content and educational delivery methods. *Physiotherapy theory and practice*, 29(3), 175-194. <https://doi.org/10.3109/09593985.2012.727527>

Macedo, F. (2022). *Efeitos colaterais de anestésicos pós-cirurgia: uma revisão integrativa* (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Federal de Campina Grande, Brasil. <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/28819/1/FLAVIANA%20PONTES%20SOARES%20MACEDO%20-%20TCC%20BACHARELADO%20EM%20FARM%C3%81CIA%20CES%202022.pdf>

Machado, H. (2018). *Manual de Anestesiologia*. Lidel.

Machado, R., Turrini, R., & Sousa, C. (2020). Mobile applications in surgical patient health education: an integrative review. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 54, e03555. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018032803555>

Maciel, B., Nunes, F., Pereira, N., Nascimento, P., Periañez, C., Caetano, E., Nakagawa, L., Simino, G., & Mattia, A. (2017). Oxigenoterapia relacionada com a saturação periférica de oxigênio em pacientes na sala de recuperação anestésica. *Revista SOBECC*, 22(2), 60-67.

<https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700020002>

Malster, M. & Parry, A. (2009). Cirurgia ambulatória. In Manley, K. & Bellman, L. (Eds.). *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada* (pp 297-321). Lusociência.

Martins, P. (2014). *Escuta ativa nos cuidados de enfermagem: uma intervenção confortadora* (Relatório para obtenção do grau de mestre). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.  
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18342/1/203015380.pdf>

McDonald, S., Page, M., Beringer, K., Wasiaak, J., & Sprowson, A. (2014). Preoperative education for hip or knee replacement. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(5), CD003526.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003526.pub3>

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.  
<https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Melo, C. (2011). *Bases anatómicas da cirurgia da glândula tiróide* (Tese de mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/44248>

Melo, T., Borges, M., Rocha, L., Rodrigues, R., & Souza, L. (2019). Utilização da escala de coma de Glasgow para detecção precoce de complicações. In: *IX Congresso Gaúcho de Terapia Intensiva*, FAURGS, Gramado, RS.

Mishra, P., Nath, A., Kaushal, A., & Kain, R. (2021). Gender reassignment surgery - a narrative overview of anaesthetic considerations and implications. *Anaesthesiology intensive therapy*, 53(4), 343-349. <https://doi.org/10.5114/ait.2021.109446>

Morais, A., & Cortes, H. (2020). Cirurgia de redesignação sexual: implicações para o cuidado. (Portuguese). *Journal of Nursing & Health*, 10(3), 1-22.  
<https://doi.org/10.15210/jonah.v10i3.16773>

Moura, J. (2021). *A experiência portefólio reflexivo na formação inicial de estudantes de enfermagem: percepções dos principiantes acerca da metodologia* (Tese de doutoramento). Universidade da Beira Interior, Covilhã.  
<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/12086/1/Tese%20completa%20FINAL.pdf>

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). Belmont Report: *Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel (2014). *Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical practice guideline*. Cambridge Media

OE. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

OE. (2019). *Parecer do Conselho de Enfermagem nº 129/2019*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/12009/parecer-ce-n%C2%BA-129\\_2019\\_anonimizado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/12009/parecer-ce-n%C2%BA-129_2019_anonimizado.pdf)

OE. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidadeemc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf)

OE. (2013). *Parecer nº 06/2013 - Programa de Prevenção e controlo de antimicrobianos*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC\\_Parecer\\_6\\_2013\\_ProgramaPrevencao\\_e\\_controlo\\_de\\_antimicrobianos.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_6_2013_ProgramaPrevencao_e_controlo_de_antimicrobianos.pdf)

OMS (2004). *World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005*.  
<https://iris.who.int/handle/10665/43072>

Orosco, R., Lin, H., & Bhattacharyya, N. (2015). Ambulatory thyroidectomy: a multistate study of revisits and complications. *Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 152(6), 1017-1023.  
<https://doi.org/10.1177/0194599815577603>

Osorio, A., Tovar, H., Madero, A., Chahin, S., Mosquera, M., Cantini, J., Ibañez, D., Bayona, K., Alarcón, K., & Fajardo, J. (2022). Consensus on gender dysphoria or gender incongruence. *Revista Colombiana De Endocrinología, Diabetes & Metabolismo*, 9(1).  
<https://doi.org/10.53853/encr.9.1.734>

Passos, A. (2012). O cuidado da enfermagem ao paciente cirúrgico frente ao ato anestésico. *Biológicas & Saúde*, 2(6). <https://doi.org/10.25242/8868262012202>

Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O. & Nogueira, M. (2018). *Treino de Assertividade na Enfermagem de Saúde Mental*. IX Congresso Internacional ASPESM, Bragança.  
[https://www.researchgate.net/publication/337499714\\_Treino\\_de\\_Assertividade\\_na\\_Enfermagem\\_de\\_Saude\\_Mental](https://www.researchgate.net/publication/337499714_Treino_de_Assertividade_na_Enfermagem_de_Saude_Mental)

Phaneuf, M. (2004). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Ponce, P., & Mendes, J. (2015). *Manual de Medicina Intensiva*. Lidel - Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-070-9

Prielipp, R., Weinkauff, J., Esser, T., Thomas, B., & Warner, M. (2017). Falls from the O.R. or

procedure table. *Anesthesia & Analgesia*, 125(3), 846-851. <http://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002125>

Quinta, A., Zenha, H., Azevedo, L., Rios, L., Cardoso, A., & Costa, H. (2009). Faloplastia com retalho livre antebraquial radial. *Acta Urológica*, 26(3), 25-29. <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/10/falop-ret-liv.pdf>

Raval, A., Uyei, J., Karabis, A., Bash, L., & Brull, S. (2020). Incidence of residual neuromuscular blockade and use of neuromuscular blocking agents with or without antagonists: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Anesthesia*, 64, 109818. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2020.109818>

Regulamento n.º 656/2021, de 16 de julho, Pub. L. No. Diário da República, 2ª série, nº 137, 173-191. (2021). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/656-2021-167491874>

Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, Pub. L. No. Diário da República, 2ª série, nº 184, 128-155. (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, Pub. L. No. Diário da República, 2ª série, nº 26, 4744 - 4750. (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 429/2018, Pub. L. No. Diário da República, 2ª série, nº 135, 19359 (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro, Pub. L. No. Diário da República, 2ª série, nº 21, 3478-3487. (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>

Ribeiro, C., Franco, H., Amaral, G., Ramos, A., & Cerqueira, A. (2018). Promover respiração efetiva. In Cerqueira, A., & Ramos, A. (eds.). *Aprendizagens em contexto simulado*. Departamento de Enfermagem, Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/28347>

Rifkin, W., Daar, D., Cripps, C., Mars, G., Zhao, L., Levine, J., & Bluebond-Langner, R. (2022). Gender-affirming Phalloplasty: A Postoperative Protocol for Success. *Plastic and reconstructive surgery. Global open*, 10(6), e4394. <https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000004394>

Rodrigues, J., Lemos, C., & Figueiredo, Z. (2020). Discriminação e Barreiras ao Acesso ao Serviço Nacional de Saúde Percecionados por Pessoas Trans. *Revista Portuguesa De Psiquiatria E Saúde Mental*, 6(3), 98-108. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i3.152>

Rossini, A., & Ascari, R. (2021). Complicações pós-operatórias em um hospital público no extremo oeste de Santa Catarina, Brasil. In Ascari, R. (ed.). *Complicações pós-operatórias*. Série Enfermagem na Atenção à Saúde. Udes, Florianópolis. Disponível em: <https://sistemabu.udesc.br/pergamumweb/vinculos/00008e/00008ec6.pdf>

Rothrock, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN*

*Journal*, 71(5), pp. 1030-1037

Sampaio et al. (2016). Manual de cuidados pós-anestésicos (1ª ed.). [http://www.simcoimbra.org/files/cursos/04\\_29\\_16\\_02\\_manual\\_cpa.pdf](http://www.simcoimbra.org/files/cursos/04_29_16_02_manual_cpa.pdf)

Santos, D. (2014). *Cuidados de Enfermagem no Cateterismo Venoso Periférico: Impacte no Perfil Microbiológico* (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1418412>

Santos, J. (2006). In Pereira, C. A. & Henriques, J. (Eds.). *Cirurgia - Patologia e Clínica* (pp. 277-306). Madrid, McGraw-Hill Interamericana de España.

Santos, R. (2021). *Terapêutica Hormonal em Pessoas Trans: Conhecimento, Adequação, Adesão, Cumprimento de Metas e Efeitos Adversos* (Tese de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/134939/2/483682.pdf>

Saufl N. M. (2004). Universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, wrong person surgery. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 19(5), 348-351.

Sá, P., & Paixão, F. (2013). Contributos para a clarificação do conceito de competência numa perspetiva integrada e sistémica. *Revista Portuguesa De Educação*, 26(1), 87-114. <https://doi.org/10.21814/rpe.2985>

Schwartz, S. (1999). *Princípios de cirurgia: compêndio*. 7ª edição. Rio de Janeiro, McGraw-Hill

Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2011). *Anatomia & Fisiologia*. 8ª Edição. Lisboa: Lusodidacta

Seeman, K. (2019). The Importance of Quality Perioperative Patient Education. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 23(1), 94-101-101. <https://doi.org/10.1080/15398285.2019.1574525>

Shrivastava, S., & Shrivastava, P. (2023). Transgender Health and Medical Education: The Existing Gaps and the Need for Curricular Reforms - A Systematic Review. *Journal of the Scientific Society*, 50(2), 163-167. [https://doi.org/10.4103/jss.jss\\_56\\_22](https://doi.org/10.4103/jss.jss_56_22)

Silva, M. (2002). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 3 ed. São Paulo: Loyola.

Silveira, R., & Contim, D. (2015). Educação em saúde e prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva: estudo bibliométrico. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 2113-2122. <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750945032.pdf>

Sousa, L., & Santos, M. (2021). Application of the Glasgow coma scale: a bibliometric analysis of publications in the field of Nursing. *Research, Society and Development*, 10(14), e48101421643. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21643>

- Steelman, V. M., & Graling, P. R. (2013). Top 10 patient safety issues: what more can we do?. *AORN Journal*, 97(6), 679–701. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.04.012>
- Temiz, Z., Ozturk, D., Ugras, G., Oztekin, S., & Sengul, E. (2016). Determination of Patient Learning Needs after Thyroidectomy. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 17(3), 1479–1483. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2016.17.3.1479>
- ATA (2013). ATA statement on outpatient thyroidectomy. *Thyroid: official journal of the ATA*, 23(10), 1193–1202. <https://doi.org/10.1089/thy.2013.0049>
- The APSF Committee on Technology. (2022). APSF endorsed statement on revising recommendations for patient monitoring during anesthesia. *APSF Newsletter*, 37(1), 7–8.
- Timmers, T., Janssen, L., Kool, R., & Kremer, J. (2020). Educating Patients by Providing Timely Information Using Smartphone and Tablet Apps: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 22(4), e17342. <https://doi.org/10.2196/17342>
- Tolentino, M. (2020). *Governança clínica, gestão de risco e a segurança em cuidados de saúde para os doentes em Angola* (Tese de mestrado). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra. [https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/94762/1/Dissertacao\\_Marisa\\_Tolentino\\_final%20\(2\).pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/94762/1/Dissertacao_Marisa_Tolentino_final%20(2).pdf)
- Tollinche, L., Walters, C., Radix, A., Long, M., Galante, L., Goldstein, Z., Kapinos, Y., & Yeoh, C. (2018). The Perioperative Care of the Transgender Patient. *Anesthesia and analgesia*, 127(2), 359–366. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003371>
- Townsend, C. (2015). *Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna*. (21 ed.). Elsevier.
- Ward, K. & Morris, D. (2009). Princípios dos cuidados pós-operatórios. In Manley, K. & Bellman, L. (Eds.). *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada* (pp 431-451). Lusociência.
- Trindade, L. & Lage, M. in Sousa, P. & Mendes, W. (2019). *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Editora Fio Cruz. <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2019/09/seguranca-do-paciente--livro-1.pdf>
- Venkatraman, V., Ponder, M., Gellad, Z., Lad, S., Christy, E., Plichta, R., Harrison, J., Hughes, G., & Doberne, J. (2022). Feasibility study of a novel digital health platform for patients undergoing transcatheter aortic valve replacement. *Journal of cardiac surgery*, 37(7), 2017–2022. <https://doi.org/10.1111/jocs.16515>
- Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2). <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480>

Vieira, V., Marcos, A., Patuleia, D., Pinto, J., & Lança, F. (2012). *Recomendações portuguesas para a profilaxia e tratamento das náuseas e vômitos no pós-operatório em cirurgia de ambulatório*. Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. [https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes\\_nauseas.pdf](https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf)

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1967). *Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. Cultrix

Weihermann, A. (2021). Agravos respiratórios no pós-operatório e intervenções de enfermagem. In Ascari, R. (ed.). *Complicações pós-operatórias*. Série Enfermagem na Atenção à Saúde. Udes, Florianópolis. <https://sistemabu.udesc.br/pergamumweb/vinculos/00008e/00008ec6.pdf>

Welte, T., Vieira, L. & Fonseca, L. (2016). Avaliação da recuperação do paciente no pós-operatório na ausência de sala de recuperação anestésica. *Journal of Nursing UFPE*, 10(6): 2091-2099. ISSN: 1981-8963.

Willems, S., Coppieters, M., Pronk, Y., Diks, M., Heijden, K., Rooker, S., & Scholten-Peeters, G. (2021). A Clinical Journey Mobile Health App for Perioperative Patients: Cross-sectional Study. *JMIR human factors*, 8(1), e20694. <https://doi.org/10.2196/20694>

Willhelm, A., Andretta, I., & Ungaretti, M. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1), 79-86. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.81.08>

Wilson, J., & Ballisat, B. (2016). *Drug Formulary*. Oxford Handbook of Anaesthesia: 4th edition (pp. 1155-1218). Oxford University Press

Wu, J., Ho, T., Chang, Y., Hsu, C., Tsai, C., Lai, F., & Lin, M. (2019). Wearable-Based Mobile Health App in Gastric Cancer Patients for Postoperative Physical Activity Monitoring: Focus Group Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(4), e11989. <https://doi.org/10.2196/11989>

Xavier, F., & Carrilho, S. (2014). Cuidados pós-operatórios. In Duarte, A., & Martins, O. *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa: LIDEL



## **8. ANEXOS**



## Anexo I



# O PODER DAS PALAVRAS: EXPERIÊNCIAS DOS CLIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA EM REGIME AMBULATÓRIO

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

Ano Letivo – 2023-2024

Unidade Curricular – Estágio de Natureza Profissional (Módulo II)

Cortez, C. (carolinacortez840@gmail.com)

## Introdução

A “satisfação do cliente” constitui um dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Este conceito é complexo e depende de vários fatores, tais como: tempo de espera, infraestruturas hospitalares e expectativas pós-operatórias. No entanto, estudos referem que os maiores graus de satisfação dos clientes estão diretamente relacionados com a comunicação (Cozzaglio, 2022).

## Resultados

“A informação foi rápida. Passa por uma cirurgia, está tenso, pensa “o que é que encontraram?” (...). Isto aconteceu no corredor, com muitas pessoas a conversar. Se tivesse tido cinco minutos de privacidade, poderia ter feito algumas perguntas.” (Halding et al., 2021)

“Forneceram-nos informações escritas e orais, mas o desafio é entendermos e lembrarmos de tudo.” (Halding et al., 2021).

“Quando o médico disse “oh”, fiquei assustado. E depois começou a falar sobre coisas cirúrgicas que eu não entendia. Eu conseguia ouvir tudo, sabe...” (Obro et al., 2021).

## Conclusão

A comunicação é um dos pilares da arte do cuidar em enfermagem. Em contexto de cirurgia de ambulatório, esta revela-se ainda mais poderosa, pois o enfermeiro acompanha o cliente desde a admissão até à alta e, muitas das vezes, este encontra-se consciente durante todo o processo. De acordo com o 1º axioma da comunicação, sabemos que é impossível não comunicar, mesmo quando optamos pelo silêncio. Assim, o enfermeiro perioperatório desempenha um papel fulcral na utilização de estratégias de comunicação adequadas dirigidas ao cliente. Além da comunicação com o cliente, a comunicação estabelecida com os restantes profissionais de saúde deve preconizar a promoção da segurança do cliente, a valorização da sua dignidade e a humanização dos cuidados. Estas práticas implicam a evicção das chamadas “conversas paralelas” e de conflitos entre pares, na presença do cliente. Deste modo, contribuímos não só para a satisfação do cliente, mas também para a promoção do seu bem-estar e autocuidado. Os nossos clientes não nos escolhem, nós escolhemos “cuidar” deles.

## Objetivo

Promover a reflexão sobre as práticas de cuidados de enfermagem, com especial ênfase na componente comunicacional.

## Discussão

Em contexto de cirurgia de ambulatório, a atenção dirigida ao cliente é reduzida no tempo, pelo que devemos refletir sobre formas de melhorar a comunicação e a informação transmitidas aos clientes (Cozzaglio, 2022). Alguns clientes sentem-se angustiados com a audição de palavras constantes na prática diária do enfermeiro no período perioperatório, como “agulha” ou “bisturi” (Halding et al., 2021). Outros apreciam os profissionais de saúde que praticam a escuta ativa e valorizam a transmissão de informação clara, sentindo-se mais confiantes quando os profissionais se apresentam e conseguem dar resposta às suas questões (Hardy et al., 2021). Estes resultados evidenciam que cada pessoa vivencia o processo cirúrgico de forma única, moldado pelas suas características individuais, mas também pela relação estabelecida com os profissionais de saúde.

## Metodologia

Foi realizada pesquisa na *B-On*, com os termos: (“patient satisfaction (TI)” OR “patient experience (TI)”) AND (“ambulatory surgery (SU)” OR “outpatient surgery (SU)” OR “same day surgery (SU)”) AND (“nurs\* communication”), sendo selecionados para análise artigos com acesso a texto integral e limite temporal de 10 anos.





## **Anexo II**



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

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional II

Ano Letivo: 2023/2024

Autora: Carolina Cortez

Orientadores: Prof. Dra. Cristina Pinto; Prof. Fátima Segadães

Tutores: Enf. Ana Sousa; Enf. Susana Arzileiro



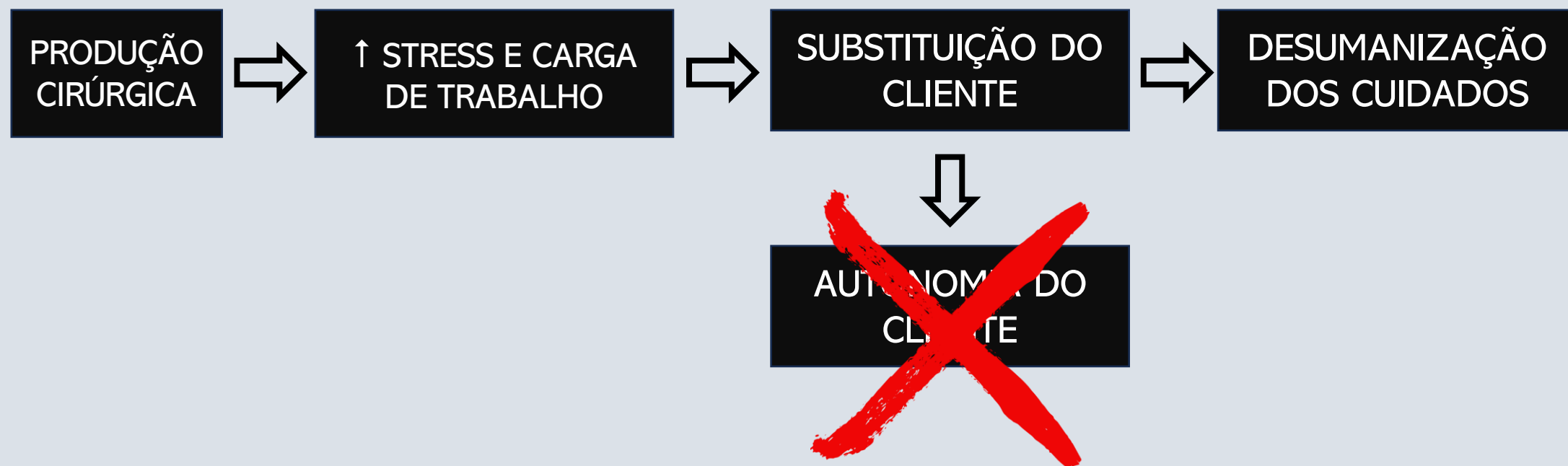
# Humanização de Cuidados na UCPSA

---

Reflexões éticas sobre a prática

# Introdução

A problemática...



# Introdução

A satisfação do cliente constitui um dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2017).



**Figura 1** – Enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

O que pode influenciar a satisfação do cliente no período  
perioperatório?



Infraestruturas hospitalares

Tempo de espera

Expectativas pós-operatórias

**COMUNICAÇÃO**

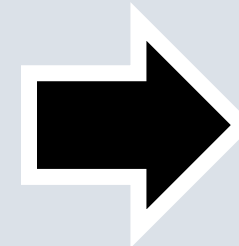
# Objetivo

Promover a reflexão e discussão sobre comportamentos de (des)umanização de cuidados de enfermagem prestados em contexto de UCPA.

# Metodologia

Realizada pesquisa na base de dados *PubMed*:

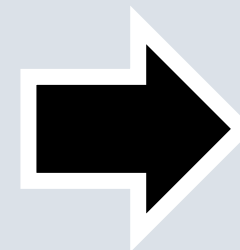
- “(postanesthesia nursing[MeshTerms]) AND (dehumanization)”
- “(postanesthesia care unit) AND (dehumanization)”



**0 RESULTADOS**

Realizada pesquisa na base de dados *PubMed*:

- “(dehumanization) AND (nurs\*)” → **261 RESULTADOS**



**0 RESULTADOS**

# Metodologia

Realizada pesquisa na base de dados do *Journal of Perianesthesia Nursing* :

- “(dehumanization)”





6 RESULTADOS



1 ARTIGO

**The Transition Between Surgery and Ward: Patients' Experiences of Care in a Postoperative Care Unit**

[Karuna Dahlberg, PhD, RN, CCN](#)   • [Maria Jaensson, PhD, RN, RNA](#) • [Ulrica Nilsson, PhD, RN, RNA](#) • [Karin Hugelius, PhD, RN, RNA](#)

**Open Access** • Published: October 24, 2023 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.08.022>

# Resultados

*“Então eu ouvi como começaram a falar, ouvi o meu nome e eles **diminuíram o som das suas vozes...** Claro que podiam estar a falar de outra pessoa com o mesmo nome, mas não me pareceu. **Parecia que estavam a falar sobre mim.** E foi muito estranho, dado que **ninguém me disse nada...** Então senti-me um pouco **sozinho, ali deitado com aquele monitor...** porque eles também não disseram nada sobre isso.”*



# Resultados

*“Era como se estivesse a ser **observado**, não exatamente **por pessoas**, mas por uma coisa tecnológica. Então sim... foi estranho. Teria sido **bom se alguém tivesse cuidado de mim**, simplesmente perguntando “Como está? Precisa de alguma coisa?”*



**FALTA DE INTERESSE**

**ABANDONO**

**SOLIDÃO**

**DESUMANIZAÇÃO**

Infant

08/08/2018 04:28 PM

Save

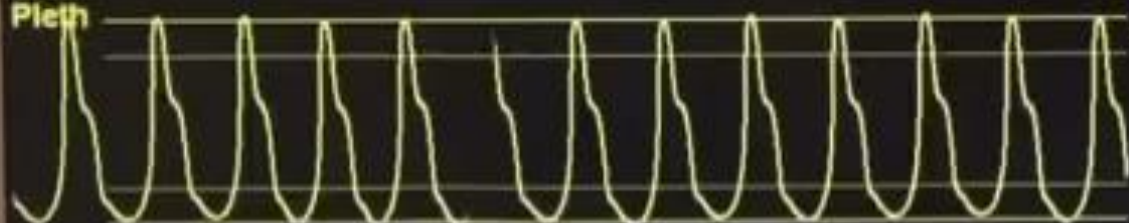


HR

180  
110

111

Pleth



SpO<sub>2</sub>

100  
91

98

CO<sub>2</sub> No Sensor

Touch when sensor connected

etCO<sub>2</sub>



-?-

NBP Manual



NBP No Cuff

Touch when cuff attached

Pulse

180  
110

111

ImCO<sub>2</sub>  
awRR



-?-

Tperi

42.0  
26.0

36.1



318551

MV/TV Alarms

Start/Stop Timer

Reset Timer

Off Control

# **PARTILHA DE EXPERIÊNCIAS**

**EU NUNCA...**

Eu já

Eu Nunca



Eu já subestimei o impacto das minhas palavras e do meu comportamento no conforto emocional de um cliente.

# Discussão de resultados

Miller et al. (2021) realizaram um estudo que pretendia explorar as percepções dos enfermeiros sobre a participação do cliente no seu próprio processo de cuidados, em contexto de UCPA.

**ENFERMEIRO:** *“É sobre ver a pessoa como um todo e não apenas as máquinas. Toda a pessoa... ter uma atitude humana... Vê a pessoa como um todo? Adota uma abordagem holística ou é apenas um braço partido?”*

**ENFERMEIRO:** *“Os clientes não estão mentalmente presentes quando chegam... É difícil fazer com que participem no próprio processo de cuidados se eles não estão acordados (...)”*

**ENFERMEIRO:** *“Não é da doença que tratamos, é do cliente.”*

**ENFERMEIRO:** *“Ensinam-nos a adotar um ponto de vista holístico e isso “segue-nos” fazemos o que fizemos. Mas há momentos em que as circunstâncias, a carga de trabalho e outros problemas nos forçam a comprometer os nossos standards (...). Neste momento (\*chegada do cliente à UCPA\*), é na componente física que tenho de me focar... e sim, aí tenho de baixar os meus standards, com respeito aos meus valores.”*

# Desafio...

**Eu já subestimei o impacto das minhas palavras e do meu comportamento no conforto emocional do cliente.**

**Eu nunca deixei de explicar ao cliente as intervenções que necessitava de realizar.**

**Eu nunca discriminei um cliente pelas suas crenças.**

**Eu já desvalorizei as queixas de dor de um cliente, achando que eram exageradas ou que procurava apenas obter atenção.**

**Eu já falei sobre a minha vida pessoal com outros colegas, enquanto ignorava o cliente.**

# Conclusão

A *desumanização* dos cuidados pode resultar em **experiências negativas**, afetando a qualidade dos cuidados e a relação entre o cliente e o profissional de saúde, conduzindo à insatisfação do cliente.

A verdadeira humanização caminha lado a lado com a dignidade, a autonomia e o bem-estar emocional do cliente.

Mas... **OS ENFERMEIROS TAMBÉM SÃO HUMANOS...**

Reconhecemo-nos como tal implica compreender que também cometemos erros, também temos momentos de exaustão e, por vezes, também agimos aquém do expectável.

Só assim, admitindo e refletindo sobre a nossa **humanidade**, é que poderemos contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

**OBRIGADA A TODOS!**



# Referências Bibliográficas

1. Cozzaglio, L., Monzani, R., Zuccarelli, A., Cananzi, F., Sicoli, F., Ruspi, L., & Quagliuolo, V. (2022). Quality of life and patient satisfaction in outpatient thyroid surgery. *Updates in surgery*, 74(1), 317–323. <https://doi.org/10.1007/s13304-021-01190-5>
2. Dahlberg, K., Jaensson, M., Nilsson, U., & Hugelius, K. (2023). The Transition Between Surgery and Ward: Patients' Experiences of Care in a Postoperative Care Unit. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, S1089-9472(23)00944-9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.08.022>
3. Miller, P. R., Guldager, R., & Herling, S. F. (2021). Nurses' Perceptions of Patient Participation in the Postanesthesia Care Unit-A Qualitative Focus Group Study. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 36(6), 656–663. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.02.005>
4. Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

## **Anexo III**



## Introdução

Estudos recentes demonstram que as intervenções educativas, providenciadas através do smartphone dos próprios clientes, podem melhorar: os níveis de conhecimento dos clientes; a adesão à medicação; a satisfação dos clientes; os resultados clínicos; os resultados em saúde (Timmers et al., 2020).

Assim, surgiu a ideia de criar uma aplicação móvel que vise capacitar o cliente e pessoas significativas para a gestão do processo cirúrgico. Escolheu-se a tiroidectomia, pelo desafio que representa ao permitir uma abordagem multidisciplinar e uma experiência mais ampla para o cliente.

## Resultados/Discussão

O questionário obteve um total de 162 respostas, entre 25 de abril e 25 de junho de 2023. A idade média da amostra é 30 anos. 53,7% da amostra já foi submetida a pelo menos uma intervenção cirúrgica e 84% refere uma utilização muito frequente de aplicações móveis. 93,8% “concorda totalmente” ou “concorda” que seria útil a aplicação móvel auxiliar na gestão da dor pós-operatória. 93,2% “concorda totalmente” ou “concorda” que seria útil a aplicação móvel incluir vídeos informativos relativos ao período pré e pós-operatório. 98,8% da amostra concordou que a aplicação móvel iria beneficiar de uma abordagem multidisciplinar. Embora os resultados apresentados na *Figura 1* sejam revigorantes, os mesmos podem não espelhar intervenções educativas perioperatórias adequadas ou suficientes. Esta hipótese é fortalecida pelos resultados obtidos na *Figura 2*.

Um estudo realizado por Foley et al. (2016) concluiu que, quando comparadas, as apps móveis superam os meios tradicionais de disseminação de informação, como folhetos. Entre tais vantagens, destaca-se a quantidade de indivíduos que podem ser alcançados e beneficiados, em qualquer parte do mundo. O uso de mensagens, vídeos, imagens e animações são os recursos de eleição no desenvolvimento de apps móveis como intervenção educativa perioperatória (Machado et al., 2020). A European Commission (2017) estimou que a utilização destas tecnologias permite poupar cerca de 99 biliões de euros, tendo recomendado o seu desenvolvimento.

Um estudo realizado por Temiz et al. (2016), aplicado a 251 clientes submetidos a tiroidectomia em regime ambulatorio, concluiu que as maiores necessidades educativas se prendem com: cuidados com a ferida cirúrgica; impacto nas atividades de vida diária; medicação e possíveis reações alérgicas; complicações que possam ocorrer depois da cirurgia; preocupações relacionadas com a aparência estética; perda da voz ou qualidade da voz prejudicada; falhas no conhecimento que podem conduzir a novos medos (Temiz et al., 2016).

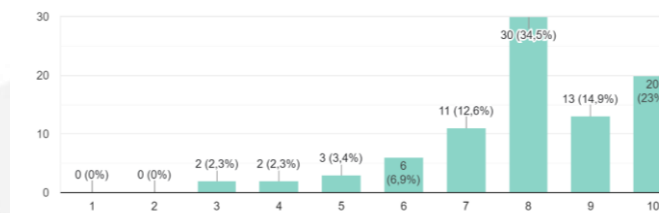
## Objetivos

Contribuir para: o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem, na área das intervenções educativas perioperatórias, com utilização de uma aplicação móvel; a melhoria da experiência cirúrgica da população-alvo; a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto de cirurgia ambulatoria.

## Metodologia

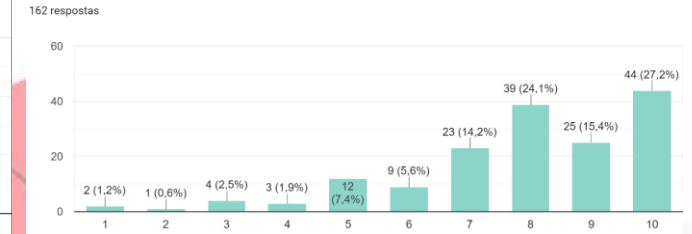
- Recolha e análise de dados de um inquérito *online* aplicado à população geral com idade ≥ 18 anos, cujo objetivo principal foi compreender a probabilidade de utilização de aplicações móveis como intervenção educativa perioperatória;
- Realização de uma *scoping review* sobre a temática;
- Realização de uma revisão da literatura sobre as necessidades educativas da população-alvo, de forma a mapear os conteúdos a incluir na aplicação móvel e validar os mesmos com a equipa multidisciplinar.

Se respondeu que sim, qual o seu grau de satisfação global com a experiência cirúrgica?  
87 respostas



**Figura 1** - Respostas à questão "Se já foi operado, qual o seu grau de satisfação com a experiência cirúrgica?"

Imagine uma aplicação móvel personalizada para si, que lhe permitisse gerir a sua própria experiência cirúrgica. Qual seria o grau de probabilidade de a usar?  
162 respostas



**Figura 2** - Respostas à questão "Imagine uma aplicação móvel personalizada para si, que lhe permitisse gerir a sua própria experiência cirúrgica. Qual seria o grau de probabilidade de a usar?"

## Conclusão

Através de uma abordagem multidisciplinar, baseada em evidência científica e orientada para as necessidades dos clientes, encontro-me a desenvolver uma aplicação móvel que almeja melhorar a experiência cirúrgica dos clientes submetidos a tiroidectomia em regime ambulatorio, assim como das suas pessoas significativas, empoderando-os e capacitando-os para a gestão do seu próprio processo cirúrgico. A aplicação móvel, nomeada de *EduPOP*, irá conter vídeos informativos de especialistas em várias áreas da saúde (medicina, enfermagem, nutrição e terapia da fala), com especial dedicação à área de enfermagem. O projeto pretende assim enfatizar o papel fulcral do enfermeiro neste tipo de intervenções educativas, pois este é o profissional que mais contacta com o cliente e constitui um elo importantíssimo entre o cliente, o ambiente perioperatório e os restantes profissionais. Os enfermeiros perioperatórios, através da sua atuação, contribuem para a diminuição da duração do internamento, previnem reinternamentos e complicações pós-operatórias, melhorando o grau de satisfação dos clientes e dos resultados em saúde.





## **Anexo IV**



## QUESTIONÁRIO ONLINE INICIAL

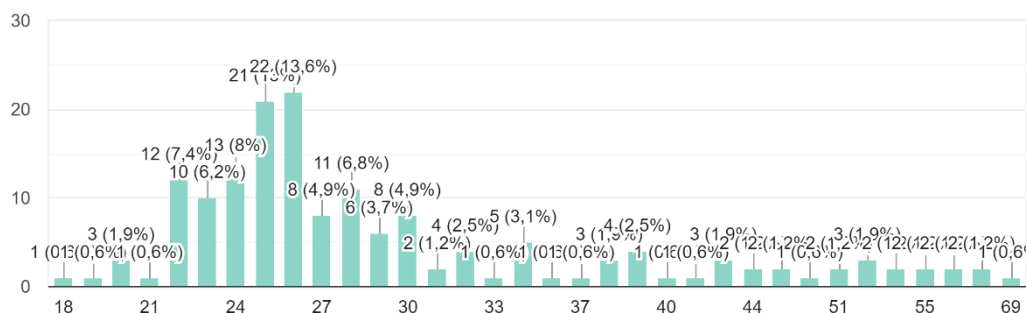
De forma a avaliar a viabilidade de uma app móvel como intervenção educativa perioperatória, procedeu-se a um questionário online à população em geral, com idade igual ou superior a 18 anos. O questionário teve uma duração total de 2 meses (respostas recolhidas entre 25 de abril e 25 de junho de 2023). A divulgação foi feita através das redes sociais (Instagram e Facebook) e apelou-se à honestidade das respostas. Obteve-se um total de 162 respostas.

No que respeita à primeira questão **“Qual é a sua idade?”**:

- ➔ A menor idade é de 18 anos (1 resposta);
- ➔ A maior idade é de 69 anos (1 resposta);
- ➔ A moda é 26 anos (22 respostas – 13,6%);
- ➔ A mediana é 26 anos;
- ➔ A média é 30,31 anos.

Qual é a sua idade?

162 respostas



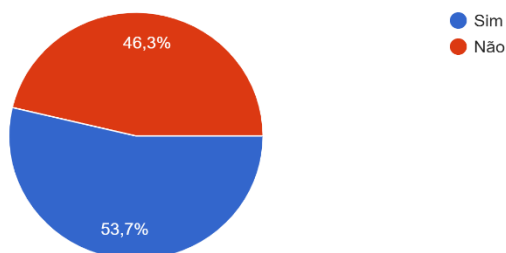
**Figura 1** - Respostas à questão **“Qual é a sua idade?”**

Através da observação da figura, podemos constatar que embora a maioria das idades se concentre entre os 22 e os 28 anos, existe ainda assim uma grande variedade de idades, permitindo uma análise mais ampla dos resultados obtidos.

No que respeita à segunda questão **“Já foi operado?”**, a maioria dos participantes respondeu positivamente (53,7%). Este resultado é fulcral para o presente estudo, partindo do princípio que os participantes irão responder de acordo com as suas experiências anteriores, permitindo uma análise realista dos resultados obtidos.

Já foi operado/a?

162 respostas



**Figura 2** - Respostas à questão **“Já foi operado?”**

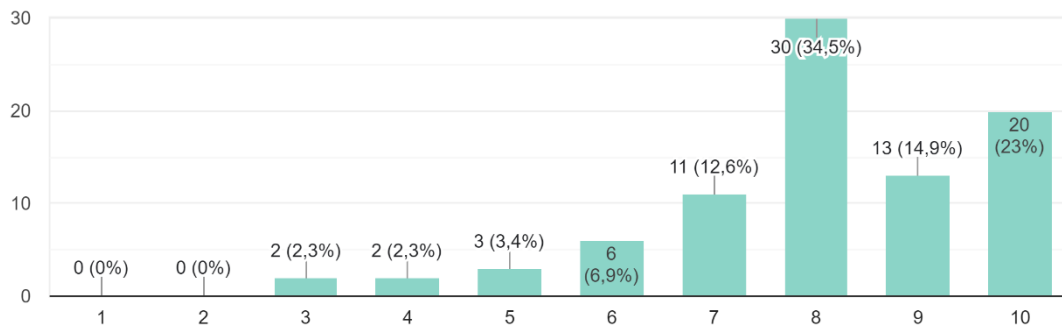
Em relação à terceira questão **“Se sim, a quê?”**, obteve-se uma multiplicidade de respostas. Das respostas obtidas, as mais comuns foram: amigdalectomia e adenoidectomia. A tiroidectomia

foi referida apenas por 4 participantes, não permitindo analisar amplamente as experiências destes clientes, o que seria interessante para o projeto em estudo.

Na quarta questão **“Se respondeu que sim, qual o seu grau de satisfação global com a experiência cirúrgica?”**, utilizando uma escala de 0 a 10, a maioria dos participantes avaliou o seu grau de satisfação com 8 (0-10) (34,5%). No geral, a maioria dos participantes situa o seu grau de satisfação entre 8 e 10, resultados estes que são muito bons. Mas será que estes resultados espelham intervenções educativas perioperatórias adequadas?

Se respondeu que sim, qual o seu grau de satisfação global com a experiência cirúrgica?

87 respostas

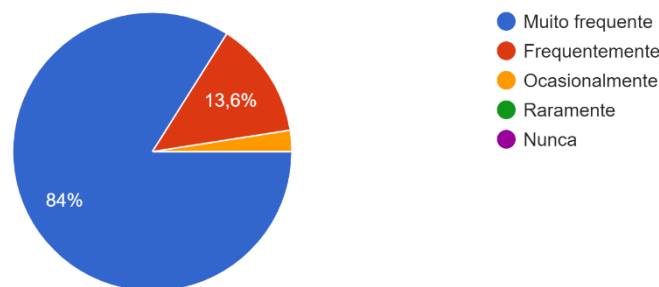


**Figura 3** - Respostas à questão "Se respondeu que sim, qual o seu grau de satisfação com a experiência cirúrgica?"

A quinta questão **“Com que frequência utiliza aplicações móveis? (p.e. Facebook, Messenger, Instagram, Whatsapp)”** obteve resultados positivos para o projeto em estudo, com a maioria da amostra a responder “muito frequente”. Nenhum dos participantes respondeu “raramente” ou “nunca”, o que indicia que a população em geral utiliza, comumente, aplicações móveis.

Com que frequência utiliza aplicações móveis? (p.e. Facebook, Messenger, Instagram, Whatsapp)

162 respostas

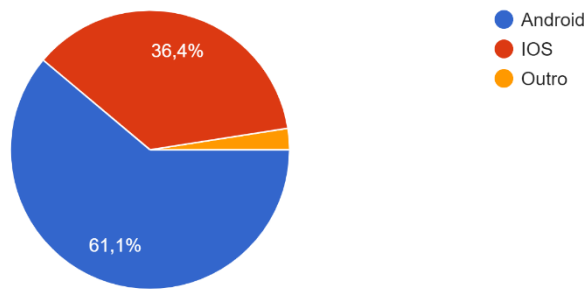


**Figura 4** - Respostas à questão "Com que frequência utiliza aplicações móveis? (p.e. Facebook, Messenger, Instagram, Whatsapp)"

A sexta questão **“Qual o seu sistema operativo móvel?”** pretendeu averiguar qual o sistema operativo mais utilizado pela população. Esta pergunta torna-se relevante para o desenvolvimento da aplicação móvel, na medida em que o espaço temporal não é suficiente para o seu desenvolvimento em vários sistemas operativos. A resposta mais comum foi “Android”, pelo que a aplicação móvel será desenvolvida tendo em conta este resultado.

Qual o seu sistema operacional móvel?

162 respostas

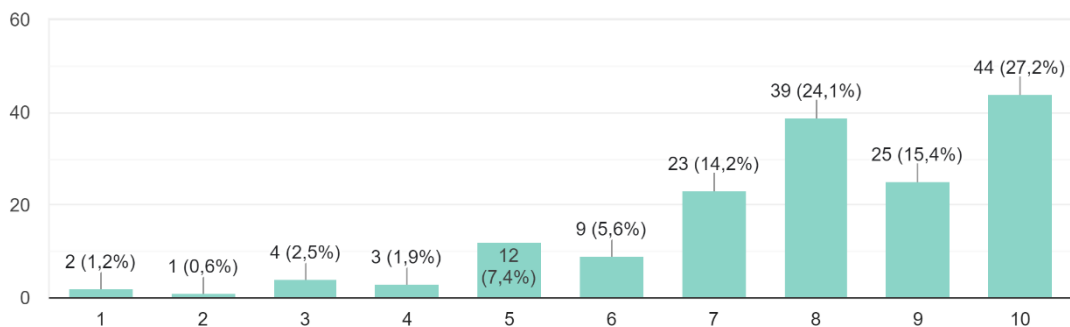


**Figura 5** - Respostas à questão "Qual o seu sistema operativo móvel?"

Em resposta à sétima questão "Imagine uma aplicação móvel personalizada para si, que lhe permitisse gerir a sua própria experiência cirúrgica. Qual seria o grau de probabilidade de a usar?", 80,9% da amostra refere graus de probabilidade de utilização entre 7 e 10. Desses 80,9%, 27,2% referiu o grau mais elevado (10), também coincidente com o grau mais votado. 13,6% da amostra refere graus de probabilidade de utilização entre 1 e 5. Estes resultados poderão ser compatíveis com informação insuficiente sobre a aplicação móvel a implementar.

Imagine uma aplicação móvel personalizada para si, que lhe permitisse gerir a sua própria experiência cirúrgica. Qual seria o grau de probabilidade de a usar?

162 respostas



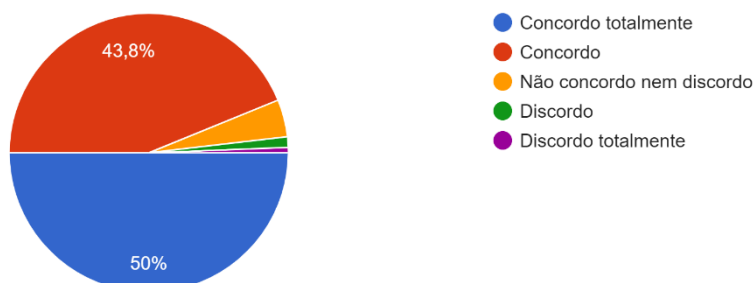
**Figura 6** - Respostas à questão "Imagine uma aplicação móvel personalizada para si, que lhe permitisse gerir a sua própria experiência cirúrgica. Qual seria o grau de probabilidade de a usar?"

No que respeita à oitava questão "Concorda que seria útil a aplicação ajudá-lo/a na gestão da dor pós-operatória? (p.e. recomendar-lhe medicação prescrita pelo seu médico, consoante o seu nível de dor e a margem terapêutica horária)", a maioria dos participantes (93,8%) respondeu "concordo" ou "concordo totalmente", pelo que se interpreta que a população tem interesse numa aplicação móvel que englobe esta área. Esta percentagem elevada poderá ter como justificação o facto de a dor pós-operatória constituir um receio para a maior parte dos clientes, tornando-se muitas das vezes, inclusive, a maior preocupação para os mesmos. 4,3% (7 participantes) respondeu "não concordo nem discordo", 1,2% (2 participantes) respondeu "discordo" e 0,6% (1 participante) respondeu "discordo totalmente". Apesar do desinteresse pela aplicação móvel poder constituir uma justificação para as restantes respostas, outra possível justificação é a informação insuficiente, na medida em que os participantes poderão considerar que a aplicação substitui o acompanhamento

pelos profissionais de saúde, quando na verdade se preconiza que esta constitua uma ferramenta complementar a esse mesmo acompanhamento.

Concorda que seria útil a aplicação ajudá-lo/a na gestão da dor pós-operatória? (p.e. recomendar-lhe medicação prescrita pelo seu médico... seu nível de dor e a margem terapêutica horária)

162 respostas

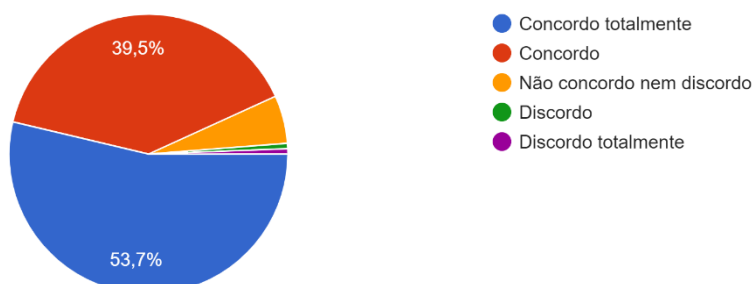


**Figura 7** - Respostas à questão “Concorda que seria útil a aplicação ajudá-lo/a na gestão da dor pós-operatória? (p.e. recomendar-lhe medicação prescrita pelo seu médico, consoante o seu nível de dor e a margem terapêutica horária)”

Em relação à nona questão “**Concorda que seria útil a aplicação fornecer-lhe vídeos educativos pré e pós-operatórios?**”, os resultados são semelhantes à pergunta anterior, com 93,2% da amostra a responder “concordo totalmente” ou “concordo”. 5,6% (9 participantes) respondeu “não concordo nem discordo”, 0,6% (1 participante) respondeu “discordo” e 0,6% (1 participante) respondeu “discordo totalmente”. As justificações para as percentagens mais baixas poderão ser coincidentes com as possibilidades apresentadas na análise da pergunta anterior.

Concorda que seria útil a aplicação fornecer-lhe vídeos educativos pré e pós-operatórios?

162 respostas



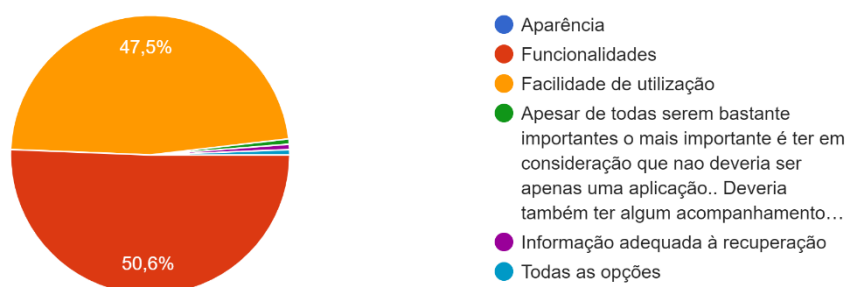
**Figura 8** - Respostas à questão “Concorda que seria útil a aplicação fornecer-lhe vídeos pré e pós-operatórios?”

Em resposta à décima questão “**Qual seria a componente mais importante nesta aplicação móvel?**”, foram fornecidas quatro opções: “Aparência”, “Funcionalidades”, “Facilidade de utilização” e “Outra opção”. Intencionalmente, não foi incluída uma opção pré-formatada que englobasse todas as alternativas. Almejava perceber qual seria efetivamente a componente mais importante para a população e, conseqüentemente, a área a investir com mais intensidade, embora consciente da importância de todas elas. Curiosamente, “Funcionalidades” e “Facilidade de utilização” obtiveram resultados semelhantes, com a primeira a constituir a preferência de mais de metade dos participantes da amostra (50,6%) e a segunda a obter 47,5%. A proximidade de resultados entre elas justifica o desenvolvimento de uma aplicação móvel com investimento similar entre as duas componentes. A “Aparência”, incluída como opção pelo impacto que

poderá ter na adesão à aplicação (cores e tipos de letra mais chamativos, por exemplo), obteve 0%. Ainda assim, três participantes responderam “Outra opção”, sendo uma das respostas “Todas as opções”. As restantes são: “Informação adequada à recuperação”, inerente às funcionalidades e aos vídeos educativos que se pretendem incluir; “Apesar de todas serem bastante importantes, o mais importante é ter em consideração que não deveria ser apenas uma aplicação. Deveria também ter algum acompanhamento médico”, parte integrante deste projeto desde a sua conceção e cujos resultados serão analisados na última questão. Esta última resposta reforça a análise dos resultados anteriores, na medida em que alguns dos participantes poderão julgar que a aplicação móvel pretende substituir o acompanhamento por profissionais de saúde.

Qual seria a componente mais importante nesta aplicação móvel?

162 respostas

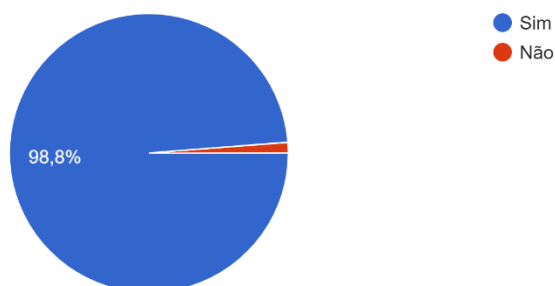


**Figura 9** - Respostas à questão “Qual seria a componente mais importante nesta aplicação móvel?”

Por fim, a última questão “**Considera que esta aplicação poderia beneficiar de uma abordagem multidisciplinar? (p.e. recomendações médicas, de enfermagem, de nutrição, de fisioterapia, etc.)**” obteve o maior grau de concordância entre os participantes, com 98,8% da amostra a responder “Sim”. Estes resultados inferem a importância de todos os profissionais de saúde envolvidos no processo cirúrgico dos clientes, bem como a confiança depositada nos mesmos. Apenas 1,2% (2 participantes) responderam “Não”, pelo que se considera o desinteresse pela aplicação móvel como a justificação mais provável.

Considera que esta aplicação poderia beneficiar de uma abordagem multidisciplinar? (p.e. recomendações médicas, de enfermagem, de nutrição, de fisioterapia, etc.)

162 respostas



**Figura 10** - Respostas à questão “Considera que esta aplicação poderia beneficiar de uma abordagem multidisciplinar? (p.e. recomendações médicas, de enfermagem, de nutrição, de fisioterapia, etc.)”



## **Anexo V**



## APLICAÇÕES MÓVEIS COMO INTERVENÇÃO EDUCATIVA PERIOPERATÓRIA EM ADULTOS SUBMETIDOS A CIRURGIA ELETIVA: *SCOPING REVIEW*

Carolina Cortez; Cristina Pinto; Fátima Segadaes (ep10356@esenf.pt; cmpinto@esenf.pt; fsegadaes@esenf.pt)

### RESUMO

**Introdução:** O aumento da esperança média de vida e consequentes taxas de morbilidade, aliados à evolução tecnológica, exigem uma prestação de cuidados cada vez mais complexa e diferenciada à pessoa em situação perioperatória. Por sua vez, a experiência cirúrgica constitui um momento de *stress* para os clientes, contribuindo para a dificuldade na retenção de informação pertinente aos seus próprios processos. Assim, os enfermeiros devem dirigir a sua atenção para uma educação perioperatória mais efetiva. **Objetivo:** Mapear a literatura científica existente sobre o uso de aplicações móveis como intervenções educativas perioperatórias. **Metodologia:** A pesquisa da literatura foi realizada nas bases de dados PubMed e CINAHL. Incluiu todos os estudos publicados em português, inglês e espanhol, no espaço temporal de 2013 a 2023. **Resultados:** Obtiveram-se 8 artigos. A maioria dos estudos ocorre no contexto da especialidade de cirurgia geral. Os resultados indicam uma elevada taxa de adesão às aplicações móveis como intervenção educativa perioperatória, com benefícios relacionados com o conhecimento sobre o procedimento cirúrgico, recuperação pós-operatória e complicações pós-operatórias. **Discussão:** Embora sugestões de melhorias tenham sido levantadas, como a inclusão de informações mais detalhadas e a introdução precoce da aplicação, a satisfação geral permaneceu alta. No entanto, é importante notar que não houve diferenças estatisticamente significativas em medidas de qualidade de vida entre os grupos experimental e de controle, apesar da perceção positiva dos pacientes em relação à aplicação. **Conclusão:** A implementação bem-sucedida deste tipo de intervenções digitais requer uma colaboração estreita entre profissionais de saúde, com destaque para o papel fundamental do enfermeiro perioperatório.

**Palavras-chave:** enfermagem perioperatória, app móvel, intervenção educativa perioperatória, educação perioperatória

### ABSTRACT

**Background:** The increase in life expectancy and consequent morbidity rates, coupled with technological advancements, demand increasingly complex and differentiated care provision for individuals in the perioperative setting. Surgical experiences constitute stressful moments for patients, contributing to difficulties in retaining pertinent information about their own processes. Therefore, nurses must focus their attention on effective perioperative education. **Aim:** To map the existing scientific literature on the use of mobile applications as perioperative educational interventions. **Methodology:** Literature search was conducted in PubMed and CINAHL databases. It included all studies published in Portuguese, English, and Spanish from 2013 to 2023. **Results:** Eight articles were obtained. Most studies occur in the context of general surgery specialty. The results indicate a high adherence rate to mobile applications as perioperative educational interventions, with benefits related to knowledge about the surgical procedure, postoperative recovery, and postoperative complications. **Discussion:** Although suggestions for improvement were raised, such as the inclusion of more detailed information and early introduction of the application, overall satisfaction remained high. However, it is important to note that there were no statistically significant differences in quality of life measures between the experimental and control groups, despite patients' positive perception of the application. **Conclusion:** Successful implementation of such digital interventions requires close collaboration among healthcare professionals, with emphasis on the pivotal role of the perioperative nurse.

**Keywords:** perioperative nursing, mobile app, perioperative educational intervention, perioperative education

## INTRODUÇÃO

A "pessoa em situação perioperatória" é qualquer pessoa que, ao longo do seu ciclo de vida, necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

O aumento da esperança média de vida e consequentes taxas de morbilidade, aliados à evolução tecnológica, exigem uma prestação de cuidados cada vez mais complexa e diferenciada à pessoa em situação perioperatória.

Face aos dados conhecidos, a preocupação com a melhoria contínua da qualidade neste contexto assume-se de particular relevância. Também importa referir que o enfermeiro é o principal agente facilitador nos processos de transição dos clientes e suas pessoas significativas, atuando sobre as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano das mesmas (Meleis et al., 2000).

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (Regulamento nº 429/2018), referem "cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa". Para que o enfermeiro perioperatório exerça esta competência, a intervenção educativa perioperatória (IEP) é indispensável. A IEP permite o envolvimento da família/pessoa significativa no processo de cuidados que antecedem o procedimento cirúrgico, bem como o desenvolvimento de um "plano de instrução, ensino e treino que promova a capacitação, autogestão e recuperação operatória".

O enfermeiro perioperatório é identificado como o profissional de saúde mais bem preparado para determinar as necessidades de informação dos clientes e influenciar a utilidade da informação fornecida (Akyüz & Erdem, 2021). Concomitantemente, a quantidade de informação memorizada pelos clientes é limitada.

Historicamente, o principal método de educação perioperatória consiste na comunicação interpessoal entre clientes e profissionais de saúde. No entanto, a mudança de paradigma na procura de informação, obriga à exploração de novos métodos educacionais (Frentsos, 2015).

Assim, preconizando uma comunicação mais efetiva no que respeita à educação, as apps móveis associadas à saúde têm o potencial de melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir os custos em saúde. Uma das suas vantagens é a facilidade em aceder à app, em qualquer altura e em qualquer lugar (Willems et al., 2021).

Estudos recentes demonstram que as IEP's, providenciadas através do smartphone dos próprios clientes, podem melhorar: os níveis de conhecimento dos clientes; a adesão à medicação; a satisfação dos clientes; os resultados clínicos; os resultados em saúde (Timmers et al., 2020).

Um estudo realizado por Foley et al. (2016) concluiu que, quando comparadas, as apps móveis superam os meios tradicionais de disseminação de informação, como folhetos. Entre tais vantagens, destaca-se a quantidade de indivíduos que podem ser alcançados e beneficiados com as informações contidas nessas apps móveis.

O uso de mensagens, vídeos, imagens e animações são os recursos de eleição no desenvolvimento destas IEP's (Machado et al., 2020).

A European Commission (2012) estimou que a utilização destas tecnologias permite poupar cerca de 99 biliões de euros, tendo recomendado o seu desenvolvimento.

O objetivo geral desta *scoping review* é mapear a literatura científica existente sobre o uso de aplicações móveis como IEP's. Como objetivos específicos pretende-se: identificar perceções dos clientes face a esta IEP e identificar os *outcomes* deste tipo de IEP nos resultados clínicos e em saúde.

## METODOLOGIA

De forma a realizar a revisão da literatura procedeu-se a pesquisa em duas bases de dados: a Pubmed e a Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). A pesquisa abrange os artigos publicados de 2013 a 2023.

Numa primeira fase, investigou-se a temática no contexto que fundamenta a presente pesquisa: cirurgia de ambulatório. Face à ausência de resultados, surgiu a necessidade de alargar a pesquisa, utilizando frases booleanas mais abrangentes.

Para orientar a pesquisa e definir a questão de investigação final foi utilizada a estratégia PCC (População, Conceito, Contexto):

**P** – Clientes submetidos a cirurgia eletiva, com idade igual ou superior a 18 anos;

**C** – Aplicação móvel como intervenção educativa perioperatória;

**C** – Publicações nos últimos 10 anos.

Surge assim a questão de investigação: “Quais as evidências do uso de aplicações móveis, como intervenção educativa perioperatória, em adultos submetidos a cirurgia eletiva?”.

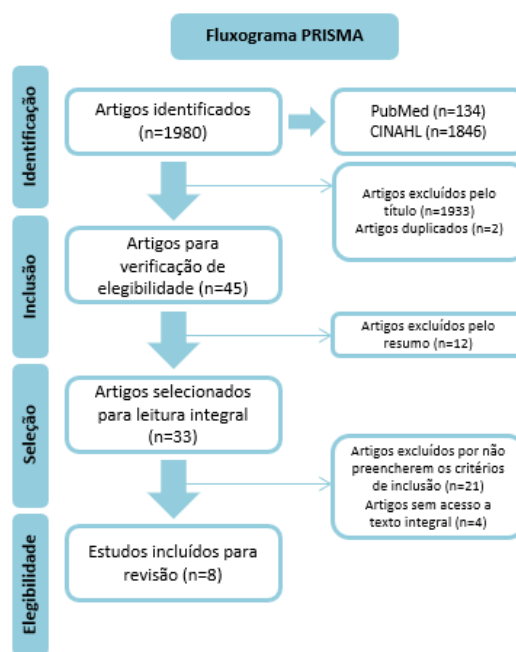
Para a seleção de estudos foram aplicados critérios de inclusão: estudos primários; estudos com clientes com idade igual ou superior a 18 anos; estudos não restritos a intervenção educativa perioperatória (por exemplo: estudos que incluam monitorização de sintomas); publicações desde 2013; artigos em português, inglês e espanhol. Excluíram-se: artigos de opinião; artigos com data de publicação anterior a 2012, inclusive; artigos sem acesso a texto integral; artigos em outras línguas.

Na pesquisa realizada na base de dados PubMed, a frase booleana constituiu-se como: “(perioperative nursing[MeSH Terms]) OR (perioperative

nursing[Title/Abstract]) AND (mobile application[MeSH Terms]) OR (mobile app\*[Title/Abstract]) AND (surgery[Title/Abstract]) AND (patient education[Title/Abstract]) OR (patient teaching[Title/Abstract])”. Obtiveram-se 134 resultados.

Por sua vez, na base de dados CINAHL, a frase booleana estabelecida foi: “(MM “perioperative nursing”) OR (TI/AB “perioperative nursing”) AND (MM “mobile applications”) OR (TI/AB “mobile app\*”) AND (TI/AB “surgery”) AND (TI/AB “patient education”) OR (TI/AB “patient teaching”)”. Foram obtidos 1846 resultados.

O processo de seleção de artigos encontra-se explanado no fluxograma PRISMA, representado pela Figura 1.



**Figura 1** - Fluxograma do processo de seleção de estudos

Após a metodologia aplicada, é de fácil compreensão que a temática em estudo constitui uma área ainda pouco explorada na literatura. Mais se realça que os estudos incluídos para revisão são recentes, como perceptível na Tabela 1.

## RESULTADOS

(Autores, Ano) Título do artigo (país)	OBJETIVOS	METODOLOGIA	POPULAÇÃO
<b>PRINCIPAIS RESULTADOS</b>			
(Ragheb et al., 2022) <b>Use of a mobile health application by adult non-congenital cardiac surgery patients: A feasibility study</b> (Canadá)	<b>Objetivos:</b> Avaliar a viabilidade de uma <i>app</i> móvel como intervenção educativa perioperatória; Avaliar o impacto de uma <i>app</i> móvel nos resultados em saúde e centrados no cliente	<b>Metodologia:</b> Estudo de coorte prospetivo	<b>População:</b> Clientes submetidos a cirurgia cardíaca não-congénita (n=65)
<p>A idade média é de 64 anos. Dos 65 participantes, é possível recolher dados de utilização de 57 destes, com uma taxa global de conclusão de tópicos de 75%.</p> <p>Os tópicos com taxa de conclusão mais alta são: “A Jornada da Cirurgia Cardíaca” (82%), “Tipos de Cirurgia” (83%) e “Aprender sobre o seu coração” (82%). Os tópicos com taxa de conclusão mais baixa são: “O dia em que sai do hospital” (66%), “Recuperar em casa” (66%) e “Reabilitação cardíaca” (62%).</p> <p>Participantes com idade igual ou superior a 65 anos têm uma taxa de conclusão mais alta em comparação com os participantes com idade inferior a 65 anos, especialmente em tópicos relacionadas com o período pós-operatório (81% vs. 68%). Dos 49 clientes que preencheram o questionário inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 90% (n=46) considera que a aplicação é fácil de utilizar;</li> <li>• 85% (n=43) discorda da necessidade de ajuda técnica para navegar pela aplicação;</li> <li>• 75% (n=37) refere que gostaria de utilizar, frequentemente, a aplicação, tendo diminuído para 57% no questionário pós-alta.</li> </ul> <p>A análise posterior revelou que um menor número de participantes com idade igual ou superior a 65 anos gostaria de utilizar frequentemente a aplicação, em comparação com os restantes participantes (42% vs. 73%).</p> <p>No questionário inicial de satisfação (n=50), os tópicos da aplicação com pontuações mais baixas são: gestão de medicação, nutrição e atividade física. 62% dos participantes prefere a aplicação, em comparação com material escrito. 90% recomenda a aplicação. No questionário final de satisfação (n=46), 83% considera que a informação fornecida pela aplicação é valiosa na recuperação pós-operatória. A satisfação com o tópico da atividade física aumentou de 28% para 54%. Um maior número de participantes com idade igual ou superior a 65 anos concorda que a aplicação é útil na gestão de consultas (58% vs. 45%), aprecia os lembretes fornecidos pela aplicação (62% vs. 50%) e o facto de poder convidar os cuidadores para a aplicação (62% vs. 54%).</p> <p>Vários participantes comentaram o conteúdo completo da aplicação e a conveniência de ter todas as informações, vídeos educativos e links de sites num único local, salientando a importância da mesma na preparação e redução da ansiedade pré-operatória.</p>			
(Venkatraman et al., 2022) <b>Feasibility study of a novel digital health platform for patients undergoing</b>	<b>Objetivo:</b> Compreender a viabilidade da aplicação móvel “ManageMySurgery”	<b>Metodologia:</b> Estudo exploratório descritivo	<b>População:</b> Clientes submetidos a substituição transcaterter de válvula aórtica (n=69)

<b>transcatheter aortic valve replacement (EUA)</b>			
<p>A idade média dos clientes é de 77 anos, com idades compreendidas entre os 57 e os 91 anos. Dos clientes incluídos no estudo, 62,3% (n=43) utilizou a aplicação e, destes, 86% (n=37) completou o questionário de feedback.</p> <p>Dos 37 clientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 78,4% (n=29) considera a aplicação útil, no período pré-operatório;</li> <li>• 59,5% (n=22) considera a aplicação útil, no período pós-operatório;</li> <li>• 86,5% (n=32) recomendaria a aplicação a familiares e amigos.</li> </ul> <p>As questões mais visualizadas foram “Quais são os riscos da cirurgia?”, “Vou precisar de alguém para me ajudar depois de voltar para casa?” e “Quanto tempo vou ficar no hospital?”.</p>			
<p>(Heuser et al., 2021)</p> <p><b>Impact of a Mobile App to Support Home Recovery of Patients Undergoing Bariatric Surgery</b> (Canadá)</p>	<p><b>Objetivo:</b> Compreender o efeito da app móvel nas readmissões hospitalares, visitas ao serviço de urgência e satisfação dos clientes</p>	<p><b>Metodologia:</b> Estudo retrospectivo</p>	<p><b>População:</b> Clientes submetidos a cirurgia bariátrica (n=854)</p>
<p>Dos 854 clientes, 505 clientes registaram-se na aplicação, embora apenas 396 clientes (46,4%) tenham preenchido os critérios para posterior análise. A idade média é de 44,85 anos e de 47,63 anos, respetivamente. O grupo que se encontrava cadastrado na aplicação apresentava menores taxas de comorbilidades, como hipertensão arterial (38,4% vs. 47,2%) e diabetes (25% vs. 31,4%). Não existem diferenças significativas no género, tipo de procedimento, IMC, ASA, hiperlipidémia e doença de refluxo gastroesofágico, entre os dois grupos. Não é estabelecida associação entre o uso da aplicação e taxas de hospitalização prolongada, readmissões hospitalares e visitas ao serviço de urgência com ou sem readmissão hospitalar.</p> <p>Dos 396 clientes que utilizaram a aplicação, 54,5% (n=216) respondeu ao questionário do 7º dia pós-operatório e 33,3% (n=132) respondeu ao questionário do 30º dia pós-operatório.</p> <p>No 7º dia pós-operatório, 84,3% referiu que a aplicação foi extremamente ou muito útil na gestão do autocuidado. No 30º dia pós-operatório, 92,4% referiu que a aplicação o fez sentir mais confiante no autocuidado e 87,1% referiu que a aplicação diminuiu a sua preocupação no período pós-operatório. Em adição, 48,5% referiu que a aplicação ajudou a evitar, pelo menos, uma chamada telefónica para o hospital. 12,9% referiu que a aplicação ajudou a evitar, pelo menos, uma visita ao serviço de urgência.</p> <p>78 clientes (26,1%) completaram o questionário de satisfação com a aplicação. Destes, 94,8% recomendaria a aplicação à família e amigos e 89,9% avaliou a aplicação com excelente, muito bom ou bom.</p>			
<p>(Ke, George, Wozney &amp; Munro, 2021)</p> <p><b>Perioperative mobile application for mothers undergoing Cesarean delivery: a prospective cohort study on patient engagement</b> (Canadá)</p>	<p><b>Objetivo:</b> Obter feedback do envolvimento das clientes com a app móvel C-Care</p>	<p><b>Metodologia:</b> Estudo de coorte prospetivo</p>	<p><b>População:</b> Clientes submetidas a cesariana (n=36)</p>

18 participantes (50%) completaram o questionário sobre a aplicação móvel. A idade média é de 32 anos. Das 18 clientes:

- 83% (n=15) recomenda a aplicação móvel a pessoas submetidas a cesariana;
- 94% (n=17) afirma que a aplicação forneceu conhecimento sobre o procedimento cirúrgico e anestésico;
- 83% (n=15) afirma que a aplicação móvel forneceu conhecimento sobre potenciais complicações e sobre recuperação cirúrgica;
- Algumas das sugestões foram: incorporação de informação já existente em folhetos (n=1), informação sobre as atividades de vida diária, mobilidade, alimentação, trânsito intestinal, medicação e hemorragia (n=1), foto da sala operatória e especificação dos profissionais de saúde envolvidos (n=1), informação sobre o recém-nascido e outro tipo de partos (n=1);
- 2 clientes sugeriram a introdução precoce da aplicação (assim que a cirurgia é marcada).

<p>(Morte et al., 2021)</p> <p><b>Utilization of mobile application improves perioperative education and patient satisfaction in general surgery patients</b> (EUA)</p>	<p><b>Objetivo:</b> Melhorar o acesso à educação e instrução, durante todo o período perioperatório</p>	<p><b>Metodologia:</b> Estudo de coorte transversal</p>	<p><b>População:</b> Clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos: colecistectomia, apendicectomia, colectomia, cirurgia bariátrica, reparação de hérnia inguinal ou umbilical (n=100)</p>
---	---	---	---

51 participantes (51%) completaram o estudo. A idade média é de 45 anos, sendo que 22% tem idade igual ou superior a 60 anos. Dos 51 clientes:

- 86% considera que a aplicação melhorou a sua experiência cirúrgica;
- 98% afirma que a aplicação forneceu lembretes perioperatórios essenciais;
- 90% considera que a aplicação clarificou informação fornecida na consulta pré-operatória;
- 84% não identificou inconsistências entre a informação fornecida pelo cirurgião e pela aplicação;
- 90% gostaria de utilizar a aplicação em cirurgias futuras.

<p>(Yiğitoğlu &amp; Şendir, 2021)</p> <p><b>Effect of a Mobile Patient Education Application on Adjustment to Stoma and Development of Peristomal Skin Lesions: A Quasi-Experimental Study</b> (Turquia)</p>	<p><b>Objetivos:</b> Desenvolver <i>app</i> móvel para clientes com estoma; Avaliar eficácia na melhoria do ajustamento psicossocial, autocuidado e prevenção de lesões periestomais</p>	<p><b>Metodologia:</b> Estudo quasi-experimental</p>	<p><b>População:</b> Clientes submetidos a abertura primária de estoma (n=60)</p>
--	--	--	---

Os 60 participantes foram divididos pelo grupo experimental e pelo grupo de controlo. A idade média é de 52,83 anos. A independência no cuidado ao estoma aumentou no 3º mês, em ambos os grupos. No entanto, o grupo experimental obteve melhores resultados face ao grupo de controlo, tanto no 1º mês (12 clientes independentes face a 4 clientes independentes) como no 3º mês (18 clientes independentes face a 11 clientes independentes). A satisfação média com o cuidado ao estoma aumentou no grupo experimental, do 1º mês (9) para o 3º mês (10). No grupo de controlo, a satisfação média manteve-se (9 em ambos os meses).

<p>(Mata et al., 2020)</p> <p><b>A mobile device application (app) to improve adherence to an enhanced recovery program for colorectal surgery: a randomized controlled trial</b> (Canadá)</p>	<p><b>Objetivo:</b> Comparar a adesão entre utilização de app móvel como intervenção educativa perioperatória e intervenção educativa escrita padrão</p>	<p><b>Metodologia:</b> Estudo clínico randomizado controlado</p>	<p><b>População:</b> Clientes submetidos a cirurgia eletiva de ressecção colorretal (n=97)</p>
--	--	--	--

Os clientes foram divididos por grupo de intervenção (n=50) e grupo de controlo (n=47). A idade média é de 63,3 anos e de 56,6 anos, respetivamente. O grupo de intervenção apresenta um maior índice de comorbilidades. A criação de um novo estoma, duração da cirurgia e chegada tardia à enfermaria são semelhantes entre grupos. A propriedade de smartphones é alta em ambos os grupos (86% vs. 79%). O tempo de internamento, a taxa e gravidade de complicações, as visitas ao serviço de urgência e as readmissões hospitalares são semelhantes entre os grupos. 94% dos clientes do grupo de intervenção utilizou a aplicação nas primeiras 24 horas após a cirurgia, tendo a adesão diminuído nos dias subsequentes (48% no 3º dia pós-operatório). Não existe diferença significativa entre os dois grupos, no que respeita à adesão ao feixe de intervenções pós-operatórias. Não existe impacto da intervenção nos resultados clínicos pós-operatórios.

<p>(Pecorelli et al., 2018)</p> <p><b>An app for patient education and self-audit within an enhanced recovery program for bowel surgery: a pilot study assessing validity and usability</b> (Canadá)</p>	<p><b>Objetivo:</b> Avaliar a usabilidade de app móvel como intervenção educativa perioperatória</p>	<p><b>Metodologia:</b> Estudo prospetivo</p>	<p><b>População:</b> Clientes submetidos a cirurgia intestinal (n=45)</p>
--	--	--	---

Todos os participantes têm idade igual ou superior a 50 anos, sendo que 27% (n=13) tem idade superior a 70 anos. Dos 45 clientes:

- 38% (n=17) não tem experiência prévia com tecnologia móvel, mas 84% (n=38) considera que a aplicação é fácil de usar e 87% (n=39) acredita que a maioria das pessoas consegue aprender a usá-la rapidamente;
- 89% (n=40) considera a aplicação muito útil para compreender e alcançar a sua meta de recuperação;
- 76% (n=34) considera que a aplicação aumentou a sua motivação para a recuperação pós-operatória;
- 91% (n=41) refere que a informação contida na aplicação é consistente com a informação fornecida pelo cirurgião e pelo enfermeiro.

**Tabela 1** – Síntese dos resultados

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em comparação com outras áreas da saúde digital (por exemplo: gestão de doença crónica, monitorização de sintomas), é notável a escassez de literatura científica exclusivamente sobre a temática em estudo. Este facto poderá justificar-se pela complexidade e especificidades inerentes à educação perioperatória.

Curiosamente, não existe grande variedade geográfica dos estudos analisados, sendo notória a prevalência de estudos realizados no Canadá. A existência de estudos no Canadá, EUA e Turquia sugere a disponibilidade de recursos tecnológicos nesses países, mas também a presença de ambientes propícios à pesquisa e adoção de inovações em saúde digital.

Além disso, os contextos cirúrgicos não são muito diversificados, com cinco dos estudos relacionados com a especialidade de cirurgia geral. Infere-se a correlação com a prevalência e abrangência desta especialidade.

De forma a facilitar a discussão dos resultados obtidos, divide-se a presente secção pelos tópicos considerados mais relevantes.

### **Adesão e utilização das aplicações móveis**

Venkatraman et al. (2022) e Heuser et al. (2021) revelam uma alta adesão às aplicações móveis. Esta adesão é corroborada por Yiğitoğlu & Şendir (2021) e Mata et al. (2020), que concluem que a maioria dos participantes, dos seus grupos de intervenção, considera as aplicações fáceis de usar e úteis para a sua recuperação. A alta adesão sugere que os clientes estão receptivos à integração da tecnologia móvel na sua jornada perioperatória. Isto pode ser atribuído à crescente familiaridade e confiança na tecnologia, bem como à conveniência e acessibilidade oferecidas pelas aplicações móveis. A facilidade de uso e utilidade percebidas pelos clientes impulsionam a aceitação destas ferramentas

educacionais, evidenciadas pelas elevadas taxas de recomendação.

Outro aspeto interessante é a diferença na percepção de utilidade da aplicação, em fases diferentes da experiência cirúrgica. No estudo realizado por Venkatraman et al. (2022), 78,4% dos participantes considera que a aplicação é útil no período pré-operatório, face a 59,5% que considera a aplicação útil no período pós-operatório.

Este aspeto pode refletir a importância, para os clientes, de uma preparação adequada para a cirurgia, reduzindo a ansiedade e melhorando a compreensão do processo cirúrgico.

### **Impacto na educação e autocuidado dos clientes**

Vários estudos demonstram que as aplicações móveis impactam o autocuidado dos clientes. No estudo de Heuser et al. (2021), a maioria dos participantes relatou que a aplicação melhora a confiança no autocuidado e reduz a preocupação face ao período pós-operatório.

No mesmo estudo, a aplicação é associada a uma redução nos telefonemas para o hospital e nas visitas ao serviço de urgência, sugerindo que as pessoas se sentem mais capacitadas para gerir a sua recuperação de forma autónoma, com o auxílio da aplicação.

Este tipo de IEP constitui uma fonte contínua de educação durante todo o processo perioperatório. Os clientes podem aceder a informações relevantes sobre nutrição, atividade física, medicação e cuidados à ferida cirúrgica, sempre que necessário, mesmo após a alta hospitalar (Pecorelli et al., 2018; Morte et al., 2021).

Além disso, a aplicação móvel também é útil na educação sobre potenciais complicações e sinais de alerta, promovendo a toma de decisão informada relacionada com procura de ajuda médica adicional (Ke, George, Wozney & Munro, 2021).

## **Satisfação dos clientes**

O *feedback* positivo dos clientes é um aspeto crucial a ser considerado, pois reflete diretamente a eficácia desta IEP na promoção e gestão do autocuidado perioperatório.

De acordo com o estudo de Heuser et al. (2021), 94,8% dos participantes que utilizaram a aplicação móvel, como suporte à recuperação cirúrgica, recomendariam a aplicação a família e amigos, sugerindo a satisfação dos mesmos. Esta satisfação é corroborada por Morte et al. (2021), cujo estudo revelou que 90% dos participantes manifestam interesse em utilizar a aplicação em cirurgias futuras.

## **Impacto nos resultados clínicos**

Embora esta IEP tenha demonstrado um impacto positivo na experiência e satisfação geral do cliente, a sua relação com os resultados clínicos ainda não foi estabelecida.

Na maioria dos estudos analisados, não foram encontradas diferenças significativas nos desfechos clínicos entre os grupos de controlo e os grupos de intervenção. Por exemplo, Heuser et al. (2021) observaram que não houve associação entre o uso da aplicação e internamentos prolongados, readmissões hospitalares ou visitas ao serviço de urgência. De forma semelhante, Mata et al. (2020) relataram que não houve diferença significativa entre os grupos de intervenção e de controlo, em relação à adesão ao feixe de intervenções pós-operatórias e aos resultados clínicos pós-operatórios em pessoas submetidos a cirurgia colorretal.

Estes resultados sugerem que, embora as aplicações móveis possam desempenhar um papel importante na educação, autocuidado e melhoria da experiência perioperatória, o impacto nos resultados clínicos carece de maior investigação. Outros fatores, como a complexidade do procedimento cirúrgico, a gravidade da condição clínica e o acompanhamento pós-operatório, podem influenciar significativamente os resultados clínicos,

independentemente da implementação desta IEP.

## **Desafios à implementação das aplicações móveis como intervenção educativa perioperatória**

Apesar dos benefícios reconhecidos, alguns desafios foram detetados, como a diminuição da utilização ao longo do período pós-operatório. Por exemplo, Mata et al. (2020) destacam que a taxa de utilização da aplicação móvel diminuiu nos dias subsequentes à cirurgia colorretal, com apenas 48% dos clientes a utilizar a aplicação no terceiro dia pós-operatório. Este declínio na adesão pode ser atribuído a uma variedade de fatores, como a diminuição da necessidade de suporte, à medida que a recuperação evolui favoravelmente, ou a falta de motivação contínua.

Além disso, a questão da acessibilidade para clientes mais idosos é um desafio importante a ser considerado. Como destacado por Ragheb et al. (2022), participantes com idade igual ou superior a 65 anos mostraram uma menor vontade de usar frequentemente a aplicação. Isto sugere que a população desta faixa etária poderá enfrentar dificuldades com a tecnologia ou sentir menos confiança no seu uso.

Para lidar com estes desafios, é crucial projetar aplicações móveis intuitivas e acessíveis para todas as faixas etárias. Isso envolve o uso de interfaces simples e claras, recursos de acessibilidade, como tamanhos de letra ajustáveis, bem como a inclusão de tutoriais ou suporte técnico para ajudar os clientes na familiarização com a aplicação.

Poderá também ser interessante a exploração e desenvolvimento de estratégias para garantir o envolvimento dos clientes ao longo do período pós-operatório e melhorar a eficiência desta IEP, como o fornecimento de conteúdo relevante e motivador, lembretes personalizados e *feedback* positivo.

## CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos, nomeadamente a taxa de utilização e satisfação dos clientes, compreende-se o potencial significativo das aplicações móveis como IEP's. A utilidade deste tipo de IEP é evidente na melhoria da compreensão dos procedimentos cirúrgicos, motivação para a recuperação pós-operatória e promoção e capacidade de gestão do autocuidado.

A implementação bem-sucedida de aplicações móveis, como parte integrante da prestação de cuidados perioperatórios, poderá oferecer benefícios significativos, incluindo melhores experiências cirúrgicas e potencial redução das complicações pós-operatórias. No entanto, são necessárias mais investigações para compreender o impacto destas intervenções a longo prazo.

A identificação de estratégias eficazes, cruciais à garantia de acessibilidade e compreensão universal, é obrigatória no âmbito da maximização destes benefícios.

O enfermeiro perioperatório desempenha um papel basilar na promoção da segurança, bem-estar e recuperação da pessoa em situação perioperatória. Ao integrar o desenvolvimento de aplicações móveis na sua prática clínica, o enfermeiro tem potencial para melhorar a comunicação e envolvimento dos clientes, pois constitui-se como agente facilitador neste tipo de transições. Entre as informações a fornecer por este profissional de saúde, inclui-se informações sobre o procedimento cirúrgico e cuidados pré-operatórios e pós-operatórios, promovendo o autocuidado da pessoa e o seu empoderamento.

Além disso, o uso destas tecnologias pode contribuir para uma prestação de cuidados mais eficiente e baseada em evidência, melhorando os níveis de satisfação dos clientes. Desta forma, esta IEP demarca-se como abordagem inovadora com potencial para a melhoria contínua da qualidade.

A maior limitação da utilização das aplicações móveis depreende-se com a dificuldade na acessibilidade por alguns elementos da população, pois implica a propriedade de um telemóvel e acesso à internet. No entanto, este obstáculo poderá ser facilmente ultrapassado, ao incluir e envolver as pessoas significativas da pessoa em situação perioperatória.

Sugere-se a realização de mais estudos nesta área, principalmente em contexto de cirurgia de ambulatório, cuja tendência é crescente. Desafiam-se, ainda, os enfermeiros perioperatórios, apelando à sua criatividade, para o desenvolvimento e coordenação de projetos de IEP's, nomeadamente no campo de estudo das aplicações móveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akyüz, E., & Erdem, Y. (2021). Patients' Experiences of Informed Consent and Preoperative Education. *Clinical nursing research, 30*(5), 529–538. <https://doi.org/10.1177/1054773820963593>
2. European Commission. (2012). eHealth Action Plan 2012–2020. *Innovative Healthcare for the 21st Century*. Bruxelles. Disponível em: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/com\\_2012\\_736\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/com_2012_736_en.pdf)
3. Foley, N., O'Connell, E, Lehane, E., Livingstone, V., Maher, B., Kaimkhani, S., Cíl, T., Relihan, N., Bennett, M, Redmond, H., & Corrigan, M. (2016). PATI: Patient accessed tailored information: A pilot study to evaluate the effect on preoperative breast cancer patients of information delivered via a mobile application. *Breast (Edinburgh, Scotland), 30*, 54–58. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2016.08.012>
4. Frentsos J. M. (2015). Use of Videos as Supplemental Education Tools Across the Cancer Trajectory. *Clinical journal of oncology nursing, 19*(6), E126–E130. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.E126-E130>

5. Heuser, J., Maeda, A., Yang, L., Masino, C., Duggal, S., Jackson, T., & Okrainec, A. (2021). Impact of a Mobile App to Support Home Recovery of Patients Undergoing Bariatric Surgery. *The Journal of surgical research*, *261*, 179–184. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.12.005>
6. Ke, J, George, R., Wozney, L., & Munro, A. (2021). Perioperative mobile application for mothers undergoing Cesarean delivery: a prospective cohort study on patient engagement. Application mobile périopératoire destinée aux mères avec un accouchement par césarienne : une étude de cohorte prospective sur l'intérêt des patientes. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*, *68*(4), 505–513. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01907-x>
7. Machado, R., Turrini, R., & Sousa, C. (2020). Mobile applications in surgical patient health education: an integrative review. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, *54*, e03555. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018032803555>
8. Mata, J., Pecorelli, N., Kaneva, P., Moldoveanu, D., Gosselin-Tardiff, A., Alhashemi, M., Robitaille, S., Balvardi, S., Lee, L., Stein, B., Liberman, S., Charlebois, P., Fiore, J., & Feldman, L. (2020). A mobile device application (app) to improve adherence to an enhanced recovery program for colorectal surgery: a randomized controlled trial. *Surgical endoscopy*, *34*(2), 742–751. <https://doi.org/10.1007/s00464-019-06823-w>
9. Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, *23*(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
10. Morte, K., Marengo, C., Lammers, D., Bingham, J., Sohn, V., & Eckert, M. (2021). Utilization of mobile application improves perioperative education and patient satisfaction in general surgery patients. *American journal of surgery*, *221*(4), 788–792. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.03.034>
11. Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidadeemc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf)
12. Pecorelli, N., Fiore, J., Kaneva, P., Somasundram, A., Charlebois, P., Liberman, A., Stein, B., Carli, F., & Feldman, L. (2018). An app for patient education and self-audit within an enhanced recovery program for bowel surgery: a pilot study assessing validity and usability. *Surgical endoscopy*, *32*(5), 2263–2273. <https://doi.org/10.1007/s00464-017-5920-3>
13. Ragheb, S., Chudyk, A., Kent, D., Dave, M., Hiebert, B., Schultz, A., Duhamel, T., & Arora, R. (2022). Use of a mobile health application by adult non-congenital cardiac surgery patients: A feasibility study. *PLOS digital health*, *1*(6), e0000055. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000055>
14. Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, Pub. L. No. Diário da República: Série II, nº 135, 19359 (2018). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
15. Timmers, T., Janssen, L., Kool, R., & Kremer, J. (2020). Educating Patients by Providing Timely Information Using Smartphone and Tablet Apps: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, *22*(4), e17342. <https://doi.org/10.2196/17342>
16. Venkatraman, V., Ponder, M., Gellad, Z., Lad, S., Christy, E., Plichta, R., Harrison, J., Hughes, G., & Doberne, J. (2022). Feasibility study of a novel digital health platform for patients undergoing transcatheter aortic valve replacement. *Journal of cardiac surgery*, *37*(7), 2017–2022. <https://doi.org/10.1111/jocs.16515>
17. Willems, S., Coppieters, M., Pronk, Y., Diks, M.,

van der Heijden, K., Rooker, S., & Scholten-Peeters, G. (2021). A Clinical Journey Mobile Health App for Perioperative Patients: Cross-sectional Study. *JMIR human factors*, *8*(1), e20694. <https://doi.org/10.2196/20694>

18. Yiğitoğlu, E, & Şendir, M. (2021). Effect of a mobile patient education application on adjustment to stoma and development of peristomal skin lesions: a quasi-experimental study. *Wound management & prevention*, *67*(12), 30–40.

