

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Cuidado especializado, em ambiente perioperatório, à
pessoa a vivenciar a cirurgia bariátrica**

Lucília Dulce Freitas Sousa

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,
2023**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Cuidado especializado, em ambiente perioperatório, à
pessoa a vivenciar a cirurgia bariátrica**

Lucília Dulce Freitas Sousa

Orientador: Professor Daniel Cunha

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,
2023**

*A educação é a arma mais poderosa
que podemos usar para mudar o mundo.*

Nelson Mandela (1918-2013)

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento especial ao Professor Daniel Cunha pela disponibilidade, pelo encorajamento, convicto das minhas capacidades e pela orientação ao longo deste percurso formativo.

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny e à Escola Superior de Saúde Santa Maria, pela excelência e rigor no ensino e a todos os docentes que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, em especial à Professora Doutora Luísa Santos.

Ao Hospital Dr. Nélio Mendonça pela disponibilidade e autorização, ao conceder a realização dos ensinamentos clínicos na unidade de ambulatório do serviço de gastroenterologia e no serviço de ginecologia, pela colaboração, o apoio e o carinho no acolhimento pelas equipas de enfermagem e pluridisciplinares.

À equipa pluridisciplinar do Núcleo de Cirurgia da Obesidade e Doenças Metabólicas do Hospital Dr. Nélio Mendonça pelo apoio e encorajamento.

Aos colegas do bloco operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça, que cooperaram para a minha formação, facilitando as permutas de turnos e asseguraram a minha ausência.

Aos meus colegas de mestrado, pelo companheirismo, pelo incentivo e pelos momentos de aprendizagem.

À minha família pelo apoio, incentivo e compreensão nos momentos de ausência.

Aos meus Pais por estarem sempre a olhar por mim.

A todos a minha sincera Gratidão!

RESUMO

O presente relatório de estágio tem como propósito historiar o percurso formativo durante o 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Através de uma análise crítico-reflexiva e descritiva das atividades desenvolvidas, pretende-se evidenciar o aperfeiçoamento e a consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no “Cuidado especializado, em ambiente perioperatório, à pessoa a vivenciar cirurgia bariátrica”, bem como, a aquisição de competências do segundo ciclo de estudos.

O plano de estudos do curso, visa associar a teoria e a prática, fortalecendo a prática baseada na evidência, através do conhecimento integrado proveniente das unidades curriculares e distintas metodologias de ensino e aprendizagem em particular, o projeto de autoformação norteador dos ensinamentos clínicos, nomeadamente do EC II – Unidade de Ambulatório, que decorreu na unidade de ambulatório do serviço de gastroenterologia e do EC III – Unidade de Cuidados Pós-anestésicos/Bloco Operatório Especialidades, realizado no serviço de Cirurgia EsófagoGástrica.

O Enfermeiro Especialista, assume um papel primordial na satisfação, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar, no autocuidado, na readaptação funcional, na organização dos cuidados de enfermagem e na segurança da pessoa. Intervém, igualmente, no planeamento dos cuidados, na sua execução e na avaliação dos resultados obtidos, durante os períodos pré, intra e pós-operatório da experiência anestésica/cirúrgica da pessoa e família/pessoa significativa. Torna-se evidente a sua intervenção na promoção da literacia em saúde e do envolvimento da pessoa nos cuidados. No percurso desenvolvido verifica-se por um lado o cuidado à pessoa e família/pessoa significativa, e por outro a atenção ao indivíduo que vivencia um processo anestésico/cirúrgico, que implica um processo de transição, o qual engloba adoção de hábitos saudáveis, promove o autocuidado e a capacidade de tomar decisões informadas, assumindo a responsabilidade no seu processo de saúde.

Palavras-chave: Autocuidado; Enfermagem Médico-cirúrgica; Enfermagem Perioperatória; Equipe de Enfermagem; Cirurgia Bariátrica.

ABSTRACT

The purpose of this internship report is to describe the training path during the 5th Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, at the Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny to obtain the Master's degree in Medical-Surgical Nursing. Through a critical-reflective and descriptive analysis of the activities developed, the aim is to highlight the improvement and consolidation of the common and specific skills of the nurse specialist in medical-surgical nursing in “Specialized care, in a perioperative environment, for people undergoing bariatric surgery”, as well as the acquisition of skills from the second cycle of studies.

The course's syllabus aims to associate theory and practice, strengthening evidence-based practice, through integrated knowledge from curricular units and different teaching and learning methodologies, in particular, the self-training project that guides clinical teaching, namely EC II – Outpatient Unit, which took place in the outpatient unit of the gastroenterology service and EC III – Post-Anesthetic Care Unit/Specialties Operating Room, held in the Esophagogastric Surgery service.

The Specialist Nurse plays a primary role in satisfaction, health promotion, prevention of complications, well-being, self-care, functional readaptation, organization of nursing care and personal safety. It also intervenes in the planning of care, its execution and the evaluation of the results obtained, during the pre, intra and post-operative periods of the anesthetic/surgical experience of the person and family/significant other. Its intervention in promoting health literacy and the person's involvement in care becomes evident. The path developed involves, on the one hand, care for the person and family/significant other, and on the other hand, care for the individual experiencing a surgical/anesthetic process, which implies a transition process, which includes the adoption of healthy habits, promotes self-care and the ability to make informed decisions, taking responsibility in your health process.

Keywords: Self Care; Medical-Surgical Nursing; Perioperative Nursing; Nursing, Team; Bariatric Surgery.

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – Association of periOperative Registered Nurses

BO – Bloco Operatório

CB – Cirurgia Bariátrica

CCT – Cirurgia CardioTorácica

CEG – Cirurgia EsófagoGástrica

DGS – Direção Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMCPSP – Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny

HNM – Hospital Dr. Nélio Mendonça

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC – Infecção de Local Cirúrgico

IMC – Índice Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

LBGYR – Bypass Gástrico em Y de Roux por Laparoscopia

LSG – Sleeve Gastrectomy por Laparoscopia

LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

RE – Relatório de Estágio

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
1. CUIDAR DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA BARIÁTRICA	23
2. COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADAS À PESSOA A VIVENCIAR A CIRURGIA BARIÁTRICA.....	39
2.1. Domínio das competências comuns: da prática profissional à melhoria contínua dos cuidados.....	41
2.1.1. A responsabilidade profissional, ética e legal.....	41
2.1.2. A melhoria contínua da qualidade	49
2.1.3. A gestão dos cuidados.....	62
2.1.4. O desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	67
2.2. Domínio das competências específicas: o contributo dos contextos da prática clínica.....	73
3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	95
4. CONCLUSÃO.....	101
BIBLIOGRAFIA	105

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Categorização da corpulência baseada no IMC	30
--	----

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório inserida no 5º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJC), intitulado “Cuidado especializado, em ambiente perioperatório, à pessoa a vivenciar a cirurgia bariátrica”, tendo como orientador o professor Daniel Cunha.

Os estágios clínicos ou momentos de aprendizagem clínica, segundo Alarcão e Rua (2005), são “momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências” (p. 5), pelo que o profissional desenvolve atitudes e processos de autorregulação, e desta forma, incorpora, mobiliza e desperta os conhecimentos adquiridos no ensino teórico-prático, através da interação com situações reais em contextos diferenciados.

Os autores mencionados, acreditam na relevância desta componente formativa para o desenvolvimento da competência profissional, pois, favorece um contexto de aprendizagem, no contato com a prática, em situações previsíveis e imprevisíveis, na mobilização integrada e contextualizada dos diferentes saberes e contribui para a caminhada da identidade profissional (Alarcão & Rua, 2005).

A decisão de frequentar este curso, encontra-se relacionada com o plano de estudos orientado para o cuidado prestado na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, pela possibilidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências especializadas, e pela perseverança de prestar um cuidado de excelência, postura esta que retrata os 21 anos de experiência, que detenho, no intraoperatório.

A seleção do tema vai de encontro às funções desempenhadas profissionalmente, como enfermeira instrumentista/circulante na área da Cirurgia Bariátrica (CB), pela necessidade de compreender o circuito da pessoa desde a decisão pela intervenção cirúrgica, à sua preparação e ensino na consulta de enfermagem de *follow-up* de obesidade, ao seu acolhimento no serviço de internamento, planeamento e implementação de ações de suporte, tendo em conta, os procedimentos pré e pós-anestésicos/cirúrgicos, bem como a preparação do seu regresso ao domicílio, promovendo a sua recuperação.

A relevância do tema escolhido, encontra-se intimamente associado à obesidade, uma doença crónica caracterizada por um excesso de tecido adiposo, aumentando o risco de complicações clínicas a longo prazo e reduzindo a qualidade e a esperança de vida. Assim,

o tratamento eficaz da obesidade tem de incluir intervenções específicas que promovam a redução de peso e previnam o seu aumento, tais como, intervenções no estilo de vida, o tratamento médico com apoio a fármacos e o tratamento cirúrgico. Sendo este último o foco da nossa atenção, a CB é reconhecida como um tratamento seguro, eficaz e contribui para a melhoria de vários fatores de risco cardiovascular, como a hiperglicemia, a hipertensão ou a dislipidemia (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo [SPEDM], 2023).

O documento está organizado em três capítulos, em que o primeiro enquadra uma breve contextualização sobre os cuidados de enfermagem especializados à pessoa a vivenciar a CB, seguido de um capítulo que expõe a consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista, aclaradas no Regulamento n.º 140/2019, entre as quais a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Posteriormente é feita uma alusão às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSP) que a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018) regista no Regulamento n.º 429/2018, como: cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica. No terceiro capítulo são explanadas as competências conducentes ao segundo ciclo de estudos assente no Decreto-Lei n.º 65/2018.

Deste modo, com a concretização deste relatório, pretende-se relatar o percurso formativo nos diferentes locais de ensinos clínicos bem como, as competências adquiridas pela experiência profissional; demonstrar conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) à pessoa em situação perioperatória; evidenciar a capacidade de identificar e diagnosticar situações/problemas e comunicar as estratégias para a sua resolução, refletir sobre a prática de cuidados recorrendo à evidência científica e obter o grau de Mestre após a sua defesa pública.

A metodologia, para a elaboração deste trabalho, assenta em três grandes pilares: o do pensamento crítico, o da experiência pessoal e profissional e o da pesquisa bibliográfica com o objetivo da procura de evidência científica recente, recorrendo às bases de dados eletrónicas, nomeadamente, a Cochrane, Cinahl, Google Académico, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e a Medline.

O documento segue as Normas Orientadoras para a Elaboração de Trabalhos Académicos preconizadas pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny – adaptação da APA - *American Psychological Association*, 7^a edição (2019).

1. CUIDAR DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA BARIÁTRICA

Relembrando Florence Nightingale (1871), a Enfermagem é uma arte, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes. Leininger (1988) reconhece o cuidar, como a essência da enfermagem, ser cuidado faz parte do ser humano, e é inerente à condição humana. Assumido como o conceito central em enfermagem, o que caracteriza a sua ação, influenciador na conceção de teorias, na investigação, na prática e no ensino. Pois, ensina-se a cuidar, a prestar cuidados, nos quais se pretende de qualidade, para uma prática assertiva, baseada em evidências científicas, resultantes de processos de investigação (Queirós et al., 2016).

O ato de cuidar acompanha a pessoa em todo o ciclo vital, o cuidar do outro pressupõe atenção à sua individualidade e às suas necessidades, como afirma Fragoso (2008) e é muito mais do que um conjunto de atos repetitivos e inconscientes, pois o verdadeiro cuidado só acontece quando as relações entre o cuidador e a pessoa são humanizadas (Oliveira, 2019).

Plasmado no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) no decreto-Lei n.º 161/96, Artigo 4.º, a Enfermagem:

é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (p.2960).

Também no Artigo 4.º se lê que o Enfermeiro Especialista (EE):

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, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (p.2960).

A Deontologia Profissional, segundo o estatuto da OE, Lei n.º 156/2015, capítulo VI, Artigo 97.º referente aos deveres em geral, regista que os enfermeiros devem exercer a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem reafirmando, no Artigo 100.º dos deveres deontológicos em geral, a necessidade de “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (p.8079). E ainda no Artigo 109.º da excelência do exercício, o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever

de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p.8080).

Nos últimos tempos, tem-se assistido a uma maior exigência e complexidade da enfermagem, devido aos constantes avanços científicos e tecnológicos, sendo fundamental uma resposta eficiente e eficaz para obter a qualidade dos cuidados (Lourenço et al., 2022).

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) proporciona ao enfermeiro um acréscimo de conhecimentos e de competências complementares, especificamente direcionada para os cuidados prestados na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, sendo esta uma das razões primordiais para a decisão de frequentar o mesmo. O percurso profissional, com 21 anos de experiência no intraoperatório, e a procura contínua da excelência do cuidado, objetivando um cuidar de qualidade e seguro para a pessoa em situação perioperatória, contribuíram igualmente para o ingresso neste ciclo de estudos.

A enfermagem perioperatória obteve a sua primeira definição pela Association of periOperative Registered Nurses (AORN) em 1969, sendo registada como um conjunto de atividades desempenhadas pelo profissional de enfermagem, durante os períodos pré, intra e pós-operatório da experiência anestésica/cirúrgica da pessoa (Ferrito, 2014).

Para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem perioperatórios, é fundamental o desenvolvimento de competências especializadas adequadas às necessidades específicas à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença, que necessita de procedimentos anestésicos/cirúrgicos, despertando a reflexão crítica dos cuidados, para auxiliar o processo de tomada de decisão dos enfermeiros e contribuir para a excelência do exercício profissional.

O período perioperatório, exige dos enfermeiros cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, através da habilidade de identificar as necessidades; planear e implementar intervenções e proceder à avaliação dos resultados, nas áreas complementares entre si: anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos e consultas perioperatórias (OE, 2017).

Ao prestar cuidados de enfermagem à pessoa e família/pessoa significativa a vivenciar a CB, é importante criar uma relação interpessoal, reconhecendo-a como um ser único e complexo, capaz de compreender o seu projeto de saúde, na expectativa de usufruir melhor qualidade de vida, reconhecendo a sua autonomia e liberdade de escolha,

promovendo comportamentos ajustados à sua situação, capacitando-a para o autocuidado e reintegração familiar e social (OE, 2017; DRE, 2019).

O autocuidado, segundo Orem (1991) é a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente a fim de regular o seu próprio funcionamento e bem-estar, de acordo com os seus interesses. As ações de autocuidado consistem “na prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar” (Bub et al., 2006, p.156).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2019), descreve o autocuidado como a “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”.

Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define o autocuidado como a capacidade, das pessoas, famílias e comunidades, de promover a saúde, prevenir doenças, manter a sua saúde e lidar com as suas incapacidades/limitações, com ou sem o apoio dos serviços de saúde. Em 2009, este conceito sofre uma atualização, integrando a possibilidade de ajuda de profissionais na sua concretização (Martins & Brito, 2021).

O autocuidado é o conceito central de uma das teorias mais citadas na enfermagem, a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985, que incorpora o modelo de enfermagem proposto pela mesma, partindo do pressuposto que uma teoria tem a capacidade de expandir a disciplina e a ciência de Enfermagem (Martins & Brito, 2021).

De acordo com Orem (2001), o autocuidado pode ser definido com o início e o desenvolvimento de práticas de atividades que ajudam a aperfeiçoar e amadurecer as pessoas, em intervalos de tempo específicos, com o objetivo de preservar a vida e o bem-estar pessoal (Queirós et al., 2014).

Considerada como uma teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas, como afirma Tomey e Alligood (2002) que são: a Teoria do Autocuidado, descrevendo o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice de Autocuidado, explica e descreve a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, explica e descreve as relações criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Queirós, 2014).

Do ponto de vista da saúde, verifica-se uma tendência de envolver e responsabilizar a pessoa na promoção e na gestão da sua saúde. As políticas defendidas, incentivam e

incluem a pessoa e família/pessoa significativa nestes processos, através do desenvolvimento de competências intrapessoais e de disponibilização de informação para que adotem estilos de vida e comportamentos saudáveis, como uma alimentação equilibrada, a prática de exercício físico e na prevenção da exposição a riscos desnecessários.

A pessoa que apresente situações clínicas sugestivas de processos de doença, como a obesidade, é incitado um papel ativo e participativo na gestão da sua doença. A participação, a autonomia e a responsabilidade são aspetos defendidos pelas políticas de saúde que se associam a ganhos no potencial de saúde de uma comunidade. Porém, estas medidas de autocuidado podem conduzir a um sentimento de culpa e sobrecarregar os que não têm habilidades e motivação para se envolverem, pelo que as medidas de saúde precisam ser negociadas entre a pessoa e os profissionais da saúde (Martins & Brito, 2021).

O modelo de enfermagem defendido por Dorothea Orem e pela AORN, realçam a importância de criar uma relação interpessoal e colaborativa entre o enfermeiro e a pessoa. O cuidado centrado na pessoa, em que a intervenção profissional é definida a partir das suas necessidades e suas decisões, na obtenção dos melhores resultados de saúde alcançáveis. Esta operacionalização profissional está relacionada com o processo de enfermagem, e baseia-se em diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e avaliação/resultados.

Na perspetiva de Silva e Freitas (2014), a teoria de Orem torna-se apropriada em ambiente perioperatório. Os cuidados de enfermagem perioperatórios realizados à pessoa submetida à CB, devem perceber a pessoa como o centro de todo o processo. A pessoa é encarada participante ativo na tomada de decisão clínica e em todo o processo perioperatório, com o objetivo de satisfação das necessidades de autocuidado no pré, intra e pós-operatório, segundo os diferentes estádios de dependência. Assim é importante ter em consideração os três Sistemas de Enfermagem, desde o primeiro completamente autónomo ou sistema de apoio-educação, em que as necessidades de educação e esclarecimento carecem de ser supridas, passando pelo segundo parcialmente compensatório, ao assistir a pessoa em suas necessidades, após ser submetida a uma anestesia geral, na vigilância no pós-operatório imediato e terceiro totalmente compensatório, quando a pessoa é submetida ao procedimento anestésico/cirúrgico sob anestesia geral.

No entanto, para uma melhor compreensão do tema selecionado: o cuidado especializado, em ambiente perioperatório, à pessoa a vivenciar a CB, considera-se

pertinente um breve enquadramento, que integra a pessoa com obesidade, a obesidade como processo patológico e a sua prevalência na sociedade.

O *European Regional Obesity Report* (WHO, 2022) conclui que o excesso de peso e a obesidade afeta quase 60% dos adultos e cerca 4,4 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade, representando 7,9%. E identifica que quase uma em cada três crianças em idade escolar vive com excesso de peso ou obesidade.

A *World Health Statistics* (WHS) (2022), corrobora afirmando que atualmente existem mais pessoas obesas do que abaixo do peso em todas as regiões, exceto na África Subsaariana e na Ásia. Considerado um problema apenas em países desenvolvidos, o excesso de peso e a obesidade estão a aumentar em países de baixo e médio rendimento, especialmente em ambientes urbanos.

A obesidade é definida pela OMS (2003) como uma acumulação anormal ou excessiva de gordura que pode atingir graus capazes de causar dano na saúde. Constitui um dos maiores problemas de saúde pública, sendo encarada como a epidemia do século XXI e a segunda causa de morte passível de prevenção, logo a seguir ao tabagismo. Simplificando, a acumulação excessiva de tecido adiposo pode ser explicada pela manutenção prolongada de um balanço energético positivo, isto é, em que a energia ingerida é superior à despendida, sendo a consequência da interação entre diversos fatores (Camolas et al., 2017).

Em Portugal, a vinte e cinco de março de dois mil e quatro foi oficialmente reconhecida a obesidade como doença crónica. O excesso de peso, que abrange a pré-obesidade e a obesidade, “é provavelmente o principal problema de saúde” pública. Em 2015 verificou-se, que mais de metade da população portuguesa tem excesso de peso e desta metade, 14% são casos de obesidade (Camolas et al., 2017, p.15).

O cenário na Região Autónoma da Madeira (RAM) é interpretado numa entrevista realizada ao Dr. António Quintal, responsável do Núcleo de Cirurgia da Obesidade e Doenças Metabólicas do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), integrado no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira Entidade Pública Empresarial (E.P.E), designado por SESARAM. Esta entrevista decorreu a quatro de março de dois mil e vinte e dois, onde foram divulgados os números da obesidade segundo dados da Direção Regional de Estatística da Madeira (DREM) e do Instituto Nacional de Estatística (INE) de 2019, afirmando-se que na população com 18 e mais anos, 38,2% tinham excesso de peso e 16,8% eram obesos, num total de 55%, sendo esta incidência superior à média nacional de 53,61%.

Verificou-se que, a percentagem de mulheres com obesidade na RAM é de 18,6% e nos homens de 14,8%, no entanto, em relação ao excesso de peso sucede ao contrário, 42,2% são homens e 34,7% são mulheres. Aliando estes dois indicadores, os homens são atingidos em 57% e as mulheres em 53,3%, contudo, em relação aos doentes tratados, 82% são mulheres e apenas 18% são homens.

O clínico afirma que até ao momento não existem dados sobre o efeito da pandemia, nas pessoas com obesidade acompanhados pelo SESARAM, e até que ponto a obesidade foi uma das principais comorbilidades dos óbitos registados e infetados com o SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus-2).

A obesidade é uma doença crónica, multifatorial, que confere um estado pró-coagulante e pró-inflamatório, e uma elevada percentagem das pessoas com obesidade, apresentam comorbilidades associadas. Observa-se, ainda, que persiste um “mito” acerca da obesidade e grande parte da população, incluindo profissionais da saúde, continuam a encarar este fenómeno como um problema estético e não como uma doença grave com grande impacto na qualidade e esperança de vida das pessoas.

O desenvolvimento da obesidade está associado ao perfil genético, ao ambiente socioeconómico e cultural, à educação, à família, às características individuais e psicológicas de cada pessoa. As mudanças socioeconómicas das últimas décadas, a diminuição da atividade física e o consumo de alimentos e bebidas processados contribuíram para o seu aumento e está associada ao desenvolvimento de outras doenças (Camolas et al., 2017).

O excesso de peso e a obesidade, são considerados fatores de risco relevantes para as Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNTs), tais como: doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, arteriosclerose, insuficiência cardíaca congestiva, angina de peito); diabetes mellitus tipo II; dislipidemias; complicações no sistema respiratório (dispneia, síndrome de insuficiência respiratória do obeso, apneia de sono); doenças osteoarticulares; infertilidade; incontinência urinária e cancro da próstata (WHS, 2022). E são estas doenças, que no seu todo, representam a principal despesa em saúde do estado português e o principal encargo do Sistema Nacional da Saúde (SNS) (Camolas et al., 2017).

O Ministério da Saúde (2018), através do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) delineou uma abordagem à obesidade para o SNS, devido à sua elevada prevalência e à dificuldade observada no controlo da sua incidência, que vão desde os cuidados de saúde, à educação dos atores (utentes, cuidadores, profissionais da

saúde, decisores políticos, entre outros), incluindo também os agentes económicos e as questões ligadas à segurança social.

A *World Obesity Federation* (Federação Mundial da Obesidade), promotora de ações de sensibilização, escolheu o slogan: *Everybody needs to Act* (Todos Precisam de Agir), para assinalar o dia mundial da obesidade, a quatro de março de dois mil e vinte e dois, com o objetivo de melhorar a compreensão, alertar para a prevenção e tratamento da obesidade, o que significa que todos nós temos um papel a desempenhar no apoio e defesa das pessoas que vivem com obesidade, na atuação, na implementação e no desenvolvimento de medidas eficazes. Dos profissionais da saúde, espera-se que possuam formação e motivação para abordar de forma adequada as temáticas do controlo do excesso de peso e da promoção de hábitos alimentares. Tal permitirá proporcionar benefícios clínicos à pessoa, aumentando a sua qualidade de vida, e um estímulo à mudança de comportamentos, revertendo em ganhos em saúde, reduzindo os seus custos (Camolas et al., 2017). A monitorização do estado nutricional e a deteção precoce do excesso de peso, são fundamentais e transversais, a todas as estruturas e prestadores de cuidados de saúde. Nesta lógica de intervenção precoce e adequada gestão do risco, a intervenção na pré-obesidade terá um potencial mais favorável na relação custo-benefício (Camolas et al., 2017).

George (2019) afirma que a obesidade poderá ser monitorizada ao longo do ciclo de vida, através do Índice de Massa Corporal (IMC), o que permite reconhecer precocemente desvios da normalidade, por exemplo, o excesso de peso, e iniciar rapidamente o tratamento que, em regra, apresenta melhores resultados terapêuticos do que em situações mais avançadas.

A avaliação da presença de obesidade para que seja precisa, carece de procedimentos de avaliação direta da proporção de massa gorda corporal, como por exemplo, a densidade corporal, densitometria, ressonância magnética nuclear, medição do potássio corporal total e bio impedância. Tratando-se de processos dispendiosos e complexos, o recurso à avaliação antropométrica e a fórmulas que combinam o peso, altura e/ou os perímetros corporais são utilizados com maior frequência (Camolas et al., 2017).

O IMC é o indicador da obesidade mais utilizado, e representa o rácio do peso face ao quadrado da estatura (peso em quilogramas/ altura em metros quadrados), sendo definido pela OMS em 1997, a categorização da corpulência, como podemos averiguar na Figura 1. Constitui uma ferramenta aceitável para o rastreio da obesidade e no acompanhamento do peso ao longo do tempo. No entanto, é um indicador inespecífico na avaliação da

composição corporal da pessoa com obesidade, uma vez que não disponibiliza informação sobre os contributos da massa isenta de gordura e massa gorda para o peso corporal, e nem identifica a distribuição de gordura (Silva et al., 2018).

Classificação	IMC (Kg/m²)
Baixo peso	< 18,5
Peso normal	18,5 - 24,9
Excesso de peso	≥ 25
<i>Pré-obesidade</i>	25 - 29,9
<i>Obesidade</i>	≥ 30
Classe 1	30 - 34,9
Classe 2	35 - 39,9
Classe 3	≥ 40

Figura 1 – Categorização da corpulência baseada no IMC (Adaptada: Camolas et al., 2017).

Considerando o risco resultante da adiposidade excessiva, especificamente pelo impacto da sua localização anatómica, a avaliação do perímetro da cintura pode acrescentar poder ao prognóstico. Visto que nem toda a gordura é igual, ao contrário da gordura depositada na periferia, a intra-abdominal (visceral) é metabolicamente ativa e é conhecida por contribuir para o aparecimento de várias doenças. A pessoa que apresenta este tipo de distribuição, representa maior risco perioperatório e propensão para síndrome metabólica (hipertensão, resistência à insulina e hipercolesterolemia) (Nightingale et al., 2015; Camolas et al., 2017).

Em relação à distribuição morfológica da gordura corporal, predominantemente periférica, existe uma predisposição para o sexo feminino sendo designada “em forma de pera” (ginóide). Enquanto a pessoa que exhibe uma obesidade central ou visceral são frequentemente do sexo masculino, descritas como “em forma de maçã” (androide) (Nightingale et al., 2015).

O INE (2019), reafirma que mais de 50% da população adulta apresenta excesso de peso, sendo crucial a necessidade de uma intervenção a dois níveis, nomeadamente uma aposta na prevenção através da promoção de hábitos alimentares e de atividade física saudáveis, e por outro lado, dado o elevado número de pessoas com esta doença, assegurar uma terapêutica nutricional adequada, recorrendo a mais recente evidência científica.

No conjunto das medidas preventivas, a intervenção nutricional/alimentar carece de ser realizada a todas as pessoas com excesso de peso ou obesidade, tendo em conta o estilo de vida, o ambiente familiar e social. As estratégias e a terapêutica a implementar devem ser individualizadas de modo a promover uma melhor adesão com ganhos em saúde para a

pessoa. É importante que esta entenda que à semelhança de outras doenças crónicas, a adesão à terapêutica e às mudanças comportamentais implementadas deve-se manter de forma sustentada na obesidade, sendo a chave para uma perda ponderal e sua manutenção bem-sucedida (Silva et al., 2018).

A promoção do exercício físico é prioritária e uma componente indispensável na perspetiva da prevenção de doenças e da conservação da saúde. Estudos científicos demonstram que o sedentarismo constitui um fator de risco para as DCNTs, nomeadamente a obesidade, pelo que, sem incentivar o exercício físico, é impossível prevenir e controlar as doenças crónicas. É fundamental a prática sistemática de exercício físico desde criança e ao longo do ciclo de vida, para o combate do hábito do estilo de vida sedentário (George, 2019).

A motivação para receber aconselhamento e adotar as mudanças comportamentais desejáveis é determinante na definição do plano terapêutico e o seu sucesso. Em contraponto, quando uma pessoa ainda não vê necessidade de mudar o seu comportamento e as suas atitudes quanto ao problema (obesidade) ou o seu papel na resolução, devemos utilizar estratégias didáticas e de promoção da literacia em saúde, explorando as expectativas relativamente aos objetivos e aos benefícios esperados.

De acordo com Camolas (2017), apoiado em vários autores, as intervenções direcionadas na promoção de mudanças ao estilo de vida na pessoa com excesso de peso e risco aumentado de comorbilidade, demonstraram diminuir significativamente a incidência de doença e/ou contribuir para a melhoria do estado clínico, mesmo quando associadas a reduções ponderais ligeiras.

Os determinantes de vulnerabilidade individual e os desafios impostos pela envolvente socioambiental são condicionantes ao sucesso terapêutico na obesidade, particularmente nos casos mais graves (na obesidade classe dois com comorbilidades associadas e obesidade classe três). O estigma da obesidade é transversal à sociedade, afetando tanto a população em geral como profissionais da saúde, e pode comprometer os resultados terapêuticos, como afirmam Puhl e Heuer (2010) (Camolas, 2017).

Na perspetiva de Rubino et al. (2020) as pessoas com obesidade enfrentam uma forma generalizada e resiliente de estigma social, sujeitos a discriminação no local de trabalho, bem como em ambientes educacionais e de saúde. Diversos estudos indicam que o estigma relacionado com o peso, pode originar danos físicos e psicológicos, e que os indivíduos afetados possuem certa tendência a não receber cuidados de saúde adequados. Por estas razões, o estigma da obesidade prejudica a saúde, os direitos humanos e sociais.

De acordo com Goffman (1988) o estigma representa uma marca ou atributo para discriminar, afastar ou excluir o indivíduo que possui características opostas daquelas consideradas adequadas por uma sociedade (Taroze & Pessa, 2020).

A abordagem à pessoa com obesidade é suscetível de ideias pré-concebidas, quando focada na corpulência, podendo conduzir a pessoa a selecionar estratégias centradas na perda de peso, como por exemplo dietas radicais e suplementos, que se têm mostrado contraproducentes e com possível efeito nocivo. Esta excessiva focalização na redução ponderal e o insucesso na manutenção do peso perdido, poderão “contribuir para a reduzida perceção de autoeficácia e a baixa autoestima” que caracteriza muitas pessoas com obesidade, como afirma Mauro et al. (2008) (Camolas, 2017, p. 27).

Brownell e Wadden (1992) colocam a hipótese, de que o aumento de peso como a causa para a alteração da imagem corporal, incitando uma desvalorização da autoimagem e do autoconceito, com a conseqüente diminuição da autoestima. Poderão surgir sintomas depressivos e ansiosos, um decréscimo da sensação de bem-estar e um aumento de inadequação social, promovendo uma degradação da performance relacional (Silva et al., 2006).

A imagem corporal é um conceito multidimensional que envolve aspetos cognitivos, culturais e fisiológicos, podendo ser definido como a “representação interna da aparência externa”, desempenhando um papel decisivo no funcionamento psicossocial da pessoa com perturbações alimentares. Desta forma, o conceito de imagem corporal combina uma série de elementos, tais como a perceção, o pensamento, as crenças, sentimentos, atitudes e os comportamentos (Simões & Brandão, 2019, p. 52).

Os autores mencionados anteriormente, referem que as perturbações da imagem corporal são situações de discrepância psicológica entre o corpo percecionado e o corpo ideal, traduzindo-se no desenvolvimento de pensamentos e sentimentos negativos, relacionados com o seu corpo, associados a condutas psicossociais, nomeadamente compulsão alimentar, depressão e ansiedade. Apoiados em vários autores, afirmam que os indivíduos de sexo feminino revelam maior propensão para o desenvolvimento de perturbações da imagem corporal comparativamente a indivíduos de sexo masculino, demonstrando ainda, os adultos entre 30 e 40 anos apresentam os níveis mais baixos de satisfação com a imagem corporal.

Corroborando com este pensamento, Rocha e Costa (2012) evidenciam a investigação de Dixon et al. (2003), sobre a associação da depressão com obesidade mórbida

antes e depois da CB, concluindo que, especialmente as mulheres com imagem corporal frágil, têm alto risco de desenvolverem depressão e sustentam a melhoria da sintomatologia depressiva com a perda de peso e suportam, ainda, a hipótese de que a obesidade mórbida causaria ou agravaria a depressão.

Perante o insucesso das terapêuticas clínicas conservadoras de perda de peso, o tratamento cirúrgico é uma opção, sendo atualmente seguro e eficaz para a obesidade mórbida, e na regressão significativa de doenças associadas à obesidade, tais como, diabetes mellitus tipo II e hipertensão (Shinde & Davis, 2020; Monteiro & Pimentel, 2021).

O sucesso da CB, depende do apoio de uma equipa pluridisciplinar diferenciada, que prepare e acompanhe a pessoa no seu percurso terapêutico, sendo exigido aos centros de tratamento da obesidade a adoção de procedimentos baseados na evidência, aplicados por profissionais diferenciados e com treino específico (Camolas, 2017).

A Federação Internacional para a Cirurgia de Obesidade e Distúrbios Metabólicos (IFSO) desempenha um papel crucial na educação dos profissionais da saúde, tanto da comunidade cirúrgica metabólica, quanto da comunidade médica em geral, sobre o papel das intervenções cirúrgicas e/ou endoscópicas inovadoras no tratamento de doenças crónicas causadas por adiposidade (Angrisani et al., 2018).

A pessoa que apresente IMC entre 25 e 29,9 kg/m² e perímetro da cintura superior a metade da estatura, deve ser oferecida a possibilidade de serem integrados no Processo Assistencial Integrado da Pré-obesidade (PAI Pré-obesidade). Este operacionaliza o rastreio e deteção precoce do excesso de peso e a necessária abrangência social, assumindo uma abordagem integrada e pluridisciplinar, com a possibilidade de adaptação da intensidade, como por exemplo, no encaminhamento para a consulta de nutrição dos casos sem sucesso na abordagem inicial e em função da necessidade clínica individual. Quando bem-sucedido, pode contribuir para limitar a progressão para estados mais graves de excesso de peso, reduzindo a incidência de comorbilidades e a mortalidade precoce, traduzindo-se numa redução global dos custos em saúde (Camolas et al., 2017).

No entanto, as várias doenças associadas constituem um acréscimo de despesa para o SNS, superior ao que constitui a aplicação da CB, embora esta surja como uma despesa compactada que parece superior e é imediata (Carmo et al., 2012).

A cirurgia está indicada para a pessoa que possui obesidade de grau três ou grau dois com doenças associadas e quando já se esgotaram todos os tratamentos possíveis, contemplada pela circular normativa n.º 28/2012 Orientação de Boas Práticas na abordagem

do doente com obesidade elegível para CB, que estabelece os pressupostos de referenciação para os centros de tratamento da obesidade (DGS, 2012).

O encaminhamento para consulta pluridisciplinar da obesidade, é realizado quando a pessoa apresenta cumulativamente os seguintes critérios: IMC igual ou superior a 40 kg/m² (obesidade grau três) com ou sem comorbilidades e IMC superior a 35 kg/m² (obesidade grau dois) com presença de, pelo menos, uma das seguintes comorbilidades: diabetes mellitus tipo II; dislipidemia; síndrome de apneia obstrutiva do sono; síndrome de hipoventilação do obeso; hipertensão arterial (especialmente se de difícil controlo); patologia degenerativa osteoarticular, com marcada limitação funcional (DGS, 2012; Camolas et al., 2017).

Como critérios de elegibilidade para a realização de CB são considerados: a idade entre os 18 e os 65 anos, inclusive; dois anos de obesidade estável; insucesso das medidas não-cirúrgicas na redução ponderal durante, pelo menos, um ano; obesidade que não seja secundária a doença endócrina clássica; ausência de patologia psiquiátrica ou dependência de álcool ou estupefacientes; cooperação e aceitação da pessoa; relação risco operatório e o risco clínico (DGS, 2012; Camolas et al., 2017).

Para a tomada de decisão pela CB, a pessoa deve submeter-se a uma avaliação pré-operatória por uma equipa pluridisciplinar com as seguintes componentes: especialista de endocrinologia ou medicina, cirurgião, anestesiologista, psicólogo, nutricionista e enfermeiro (Carmo et al., 2008; DGS, 2015).

Na consulta da obesidade, é necessário explicar a integração ao processo, que pode demorar entre seis e doze meses, para o sucesso da cirurgia. Este tempo é necessário para a realização de vários exames e sobretudo para uma avaliação psicológica detalhada; otimizar o tratamento das comorbilidades e permitir avaliar a pessoa em relação ao compromisso que assume com o tratamento, ao ser assíduo nas consultas (Carmo et al., 2008 e 2012).

A avaliação inclui, como anteriormente foi explicado, o estado nutricional (IMC, perímetro da cintura, bio impedância [é um exame que analisa a composição corporal, indicando a quantidade aproximada de músculo, osso e gordura]), o estado geral e estado cardiorrespiratório (pressão arterial, eletrocardiograma, ecocardiograma e Raio X tórax). Bioquimicamente é analisado o estado metabólico e endócrino. É recomendado, também, o estudo do sono e pesquisa de Síndrome de Apneia-Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS - Apneia do sono), provas de função respiratória, e no período mais próximo da intervenção

cirúrgica, a realização da endoscopia digestiva alta com biópsia para a pesquisa de *Helicobacter pylori* (Carmo et al., 2012; DGS, 2012).

A consulta de enfermagem de *follow-up* de obesidade é determinante para a criação de uma relação empática e terapêutica, fundamental na colheita de dados e para o reconhecimento da obesidade como uma doença crónica. Tem como objetivos a promoção da saúde, a necessidade de aquisição de hábitos saudáveis, a adesão ao tratamento, orientação para a perda de peso e preparação para as mudanças de imagem, estimulando uma maior socialização e o envolvimento da família/pessoa significativa (Donella et al., 2021).

A perda de peso no pré-operatório contribui, para a diminuição da gordura visceral e do tempo cirúrgico, melhorando as comorbidades, como diabetes, hipertensão, apneia do sono, o que permitirá aumento da segurança do procedimento anestésico/cirúrgico. Também podemos acrescentar que em relação ao fígado, na presença de esteatose hepática (gordura no fígado), caracterizado pelo aumento da sua dimensão, pode dificultar ou até impossibilitar a própria cirurgia, aumentando os riscos de hemorragia (Shinde & Davis, 2020).

No tratamento cirúrgico da obesidade, o controlo do peso corporal tem como objetivo proporcionar à pessoa uma redução significativa dos riscos de morbilidade e mortalidade precoce. Os seus potenciais utilizadores apresentam, normalmente, um histórico de tentativas infrutíferas de controlo do seu peso corporal, pelo que, a cirurgia da obesidade é considerada uma solução terapêutica segura e eficaz. Esta preparação prévia não tem como objetivo principal a redução ponderal, mas sim avaliar a motivação da pessoa para as mudanças comportamentais necessárias para uma otimização dos resultados pós-cirúrgicos e para a sua manutenção. Naturalmente, estas mudanças adotadas podem reverter-se numa redução ponderal que, constitui um preditor de sucesso na CB (Camolas, 2017).

Para implementar o processo de enfermagem, é fundamental o EE conhecer os procedimentos das técnicas cirúrgicas utilizadas, as suas vantagens e desvantagens, para que os cuidados prestados sejam promotores da recuperação pós-operatória.

A escolha da técnica cirúrgica apropriada para obesidade mórbida depende de uma abordagem pluridisciplinar, após avaliar os riscos e os benefícios, apoiada pelas condições físicas e psíquicas da pessoa. Deve-se, igualmente, considerar a experiência da equipa para a abordagem das várias técnicas cirúrgicas, pois, não há uma técnica *standard*, havendo várias opções (Maciel et al., 2010).

A CB pode ser classificada em restritiva ou mal absorptiva, consoante o mecanismo de ação pelo qual é induzida a perda de peso.

A técnica cirúrgica restritiva pura, a gastrectomia vertical mais conhecida por Sleeve Gastrectomy, foi realizada pela primeira vez em 1988. Inicialmente consistia numa derivação biliopancreática com switch duodenal (Angrisani et al., 2018). Esta intervenção consiste na remoção de grande parte do estômago segundo uma ressecção vertical, calibrada com uma sonda de Fouchet, que se inicia cerca de seis centímetros (cm) acima do piloro e se estende até ao ângulo de *His*, como resultado, deixa ficar apenas um estreito tubo gástrico ao longo da pequena curvatura (Maciel et al., 2010).

Apenas no final de 2007, após vários estudos, o *First International Consensus Summit* declarou a eficácia do Sleeve Gastrectomy por Laparoscópica (LSG) como uma única operação e alguns anos depois, a Sociedade Americana de Cirurgia Metabólica e Bariátrica (*American Society for Metabolic and Bariatric Surgery* [ASMBS]) publicou uma declaração de posição, aprovando como um procedimento bariátrico primário (Angrisani et al., 2018).

Sendo reconhecido em 2014, como o procedimento mais realizado no mundo e em 2016 manteve a sua preponderância, representando mais de 50% de todas as intervenções bariátricas primárias. Apresenta como pontos fortes a baixa taxa de complicações, o curto tempo operatório, a ausência de material estranho necessário para a realização da técnica cirúrgica, a ausência de anastomose, a aceitação da pessoa e a viabilidade de ser convertido noutros procedimentos bariátricos. Como pontos fracos, parece haver uma preocupação precoce com a Doença do Refluxo Gastroesofágico e o esófago de Barrett, sendo necessária uma endoscopia de vigilância pós-operatória de rotina. Salienta-se ainda a possibilidade de readquirir o peso, sendo o motivo para a conversão para Bypass Gástrico em Y de Roux (BGYR) (Angrisani et al., 2018).

A derivação gástrica em Y de Roux por laparotomia, foi descrita para o tratamento da obesidade mórbida em 1966 por Mason e Ito. Algumas décadas depois, Wittgrove et al., relataram os primeiros cinco casos de BGYR Laparoscópico (LBGYR), sendo o que tem sido usado nos últimos 15 a 20 anos e continua a ser considerado por muitos como o *gold standard* (padrão-ouro) (De Luca et al., 2018).

O BGYR, mais conhecido por By-pass gástrico, é uma técnica cirúrgica mista, com uma abordagem restritiva e mal absorptiva, que consiste na seção proximal do estômago, formando uma pequena bolsa, onde se realiza a anastomose com uma ansa jejunal em Y de Roux. Embora apresente bons resultados no que se refere à perda de peso, compromete a absorção de ferro, cálcio e de vitaminas B₁₂, o que implica efetuar suplementos por via oral

para o resto da vida. Esta técnica está associada a várias complicações e a uma taxa de mortalidade de 2,5%. Pelo facto de abandonar de forma definitiva o remanescente do estômago, impede a realização de endoscopia gástrica, para o despiste de eventuais lesões que possam surgir. Este aspeto deve ser tido em conta, aquando da decisão da opção cirúrgica, na presença de história familiar de incidência elevada de cancro gástrico (Maciel et al., 2010).

O bypass gástrico de uma anastomose, consiste numa cirurgia para perda de peso, sendo o conceito de bypass gástrico em *loop*. Este foi realizado pela primeira vez em 1967 por Mason, e por ser um procedimento indutor de refluxo, foi rapidamente abandonado. Em 1997, Rutledge introduziu uma versão diferente de um bypass gástrico de uma anastomose e denominou-o Mini Bypass Gástrico que consiste na criação de uma bolsa gástrica de mangas compridas com base em curvatura menor começando dois a três centímetros (cm) abaixo do nível do *pé de galinha* e estendendo-se ligeiramente à esquerda do ângulo de *His*. Uma anastomose ante cólica de três a cinco cm de largura, construída entre a bolsa e o jejuno, com cerca de 180 a 220 cm distal ao ligamento de *Treitz*. Apesar de um aumento na utilização de MGB, particularmente na Europa e nas regiões da Ásia-Pacífico permanece a preocupação de que esta técnica possa criar refluxo bilio-entérico e aumentar o risco de cancro de esófago e gástrico (De Luca et al., 2018).

Em 2002, Carbajo e Caballero (Espanha) propuseram uma variação desta técnica de forma a prevenir o refluxo biliar gastroesofágico, nomeando a sua técnica de bypass gástrico de uma anastomose (OAGB – *One Anastomosis Gastric Bypass*). Esta inclui a criação de uma anastomose látero-lateral entre a alça do jejuno e a bolsa, e uma média de 250-350 cm na distância ao ligamento de *Treitz*. Apresenta como vantagem técnica, uma anastomose gastrojejunal livre de tensão e a ausência de uma construção de Y de Roux.

No entanto, a ausência de desvio biliar levantou várias preocupações, como referenciam Garciacaballero et al. (2013) em relação ao refluxo biliar causando gastrite e esofagite sintomática, ulceração marginal e um risco potencial de cancro gástrico e esofágico, com exposição a longo prazo. Dados de médio prazo não indicaram taxas altas de refluxo biliar e nem maior incidência de cancro gástrico, confirmando a eficácia e a segurança do procedimento. Um estudo recente de Yeh et al. (2017) sobre os resultados de quinze anos da OAGB relatou uma taxa de revisão de 4%, devido à desnutrição, intolerância e apenas em uma pequena percentagem (0,5%) de aumento de peso (De Luca et al., 2018).

Para reduzir o risco inerente ao procedimento anestésico/cirúrgico na pessoa com obesidade mórbida (IMC superior a 50Kg/m^2) é sugerido a colocação de balão intragástrico previamente, de modo a facilitar a perda de peso e auxiliar a intervenção cirúrgica. Neste caso, enquanto a pessoa estiver a realizar este tratamento deverá ser acompanhada nas consultas de *follow-up* (Carmo et al., 2008; DGS, 2012).

Não podemos excluir os Procedimentos Endoluminais (PE), pois a epidemia da obesidade exige um envolvimento ativo dos gastroenterologistas. Existem algumas pessoas com obesidade que não têm indicação para a CB e nestes casos pode recorrer-se a técnicas endoscópicas minimamente invasivas (Mathus-Vliegen, 2014).

Os PE podem mimetizar as intervenções da CB, mas têm melhores resultados do que as mudanças de estilo de vida. Entre as várias técnicas praticáveis, o procedimento de sutura/plicatura, designado de Sleeve Endoscópico ou Gastroplastia Vertical Endoscópica, também conhecido por EndoSleeve, é um tratamento para a obesidade, que permite uma redução significativa do tamanho do estômago, utilizando um endoscópio flexível, idêntico aos utilizados na execução de endoscopias altas e está acoplado a um sistema de sutura.

Importa referir, ainda, que o desenvolvimento de competências está sujeito a um processo de socialização profissional que fornece ao enfermeiro uma série de experiências vivenciadas que contribuem para a tomada de decisão na gestão dos cuidados perioperatórios. E assim, no próximo capítulo, expõe-se o contributo dos contextos da prática clínica, no domínio das competências de enfermagem especializadas à pessoa a vivenciar a CB.

2. COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADAS À PESSOA A VIVENCIAR A CIRURGIA BARIÁTRICA

A competência é um conjunto de comportamentos inter-relacionados, provenientes de traços subjacentes à pessoa, que incluem conhecimentos, aptidões, personalidade, valores e motivação, e que são determinantes para o sucesso na função (Oliveira, 2018).

O desenvolvimento de competências em enfermagem inicia-se durante a realização do curso de licenciatura, através da aquisição de conhecimentos teóricos e posteriormente aplicados na prática clínica, nos diversos contextos clínicos, sendo influenciado por fatores individuais, pelas experiências e pela formação realizada.

O percurso profissional pode ser narrado tendo em conta o modelo de competências de *Dreyfus & Dreyfus* adaptado por Benner (2001), estabelece que a aquisição e o desenvolvimento de competências, como um processo situacional e progressivo em que o enfermeiro vivencia cinco níveis de proficiência: principiante; principiante avançado; competente; proficiente e perito.

Ao longo dos estádios de desenvolvimento socioprofissional, percebe-se que cada etapa assenta sobre a anterior, e compreende-se uma mudança no enfermeiro, em particular, em três elementos: primeiro de princípios e regras abstratos, utilizando experiências anteriores concretas para guiar a ação; segundo da compreensão de partes da situação, a uma percepção do todo, global e holística da situação e terceiro de uma posição externa à situação, de observador, a ser o elemento ativamente envolvido. Os princípios abstratos refinam-se e a compreensão do enfermeiro perito é o que presta cuidados de enfermagem de elevada qualidade e antecipação (Nunes, 2008).

Le Boterf (2006), considera que as competências são invisíveis, pois são uma súmula de saberes, de saber-fazer e de saber-estar, fundamentais para que o profissional seja capaz de as associar e de as mobilizar, com pertinência numa situação, de saber como proceder para agir. Espera-se igualmente que cada indivíduo seja eficiente na reflexão e análise das práticas, isto é, distanciar-se tanto em relação às situações que encontra, como em relação às suas práticas, de forma a desenvolver a sua capacidade de conduzir as suas aprendizagens, de as transferir, e desta forma, explicar as razões dessa ação, contribuindo para a construção de protocolos de ação e do profissionalismo da pessoa envolvida.

A aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções, são fundamentais na prestação de cuidados de

qualidade, de forma organizada, eficaz e eficiente, na fase pré, intra e pós-operatória, de acordo com as necessidades da pessoa a vivenciar uma experiência anestésica/cirúrgica (Cambotas et al., 2012).

Relativamente aos contextos de estágio, estes foram selecionados com a finalidade de obter conhecimentos, habilidades e atitudes, vislumbrando o domínio das competências especializadas. Em última análise pretendia-se uma oportunidade de demonstrar a capacidade antecipatória dos riscos inerentes à situação anestésica/cirúrgica, agindo com prudência na gestão de risco, garantindo a segurança perante a vulnerabilidade da pessoa que aceita ser submetida à CB, atuando com consciência cirúrgica e responsabilidade profissional.

De acordo com o programa formativo instituído pela ESESJC, a componente prática, é constituída por três ensinamentos clínicos: EC I – Cuidar na sala operatória, creditado de acordo com o Regulamento n.º 507/2019, que envolvia a elaboração de um portfólio com a descrição dos cuidados de enfermagem autónomos e interdependentes à pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, em diferentes contextos da sala operatória, durante a experiência profissional; EC II – Unidade de Ambulatório, efetuado na unidade de ambulatório do serviço de Gastrenterologia do HNM, no período entre vinte e oito de outubro a doze de novembro de dois mil e vinte um, perfazendo um total de 62 horas: 56 horas de contato e 6 horas de orientação tutorial. Este EC tinha como objetivos o cuidar e capacitar a pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa, na gestão da experiência anestésica/cirúrgica em contexto ambulatório, adequando as estratégias de comunicação promotoras para a segurança dos procedimentos cirúrgicos e EC III – Unidade de Cuidados Pós-anestésicos/Bloco Operatório Especialidades, que decorreu no serviço de Cirurgia EsófagoGástrica (CEG) e na consulta externa, onde se realiza a consulta de enfermagem de *follow-up* da CB do HNM, num total de 330 horas: 290 horas de contato e 40 horas de orientação tutorial, das quais, 15 horas destinaram-se ao desenvolvimento do projeto de autoformação. A prática clínica decorreu de três de março a dezanove de abril de dois mil e vinte e dois, tendo como objetivos demonstrar competências de análise, síntese e de raciocínio crítico, no cuidar e/ou capacitar a pessoa em situação perioperatória, para o autocuidado e reintegração familiar e social; evidenciar a capacidade de liderar no processo de prevenção e controlo de infeção, e de trabalho de equipa; e por fim, mobilizar conhecimentos que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional.

2.1. Domínio das competências comuns: da prática profissional à melhoria contínua dos cuidados

O Conselho Internacional de Enfermagem (International Council of Nurses [ICN]) (2009), define competência de enfermagem especializada, como a aplicação efetiva de conhecimentos, habilidades e julgamentos, demonstrado pelo profissional na sua prática clínica. Diz respeito então à capacidade de empregar faculdades cognitivas, técnicas ou psicomotoras e interpessoais, bem como, o uso de atributos e atitudes pessoais, refletindo-se no seu desempenho.

As competências comuns do enfermeiro especialista explanadas no Regulamento n.º 140/2019, resultam do aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais e são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independente da sua área de especialidade. Estas são demonstradas através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, de formação, investigação e assessoria. As competências podem ser desenvolvidas e aplicadas em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, compreendendo as dimensões de educação da pessoa e dos seus pares, de orientação, de aconselhamento, de liderança e abrange a responsabilidade de interpretar, de divulgar e aplicar a investigação, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. As competências comuns abarcam quatro domínios: “a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (p.4744).

2.1.1. A responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o EE demonstra um exercício seguro, profissional e ético, que respeita os direitos humanos, a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa. A capacidade de analisar e interpretar as situações específicas de cuidados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os doentes, liderando na tomada de decisão ética e deontológica, fundamentada pelos conhecimentos na sua área de especialidade (OE, 2015).

Segundo o REPE (1996), os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética no exercício das suas funções, atuar com respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

A responsabilidade profissional, inicia-se com a inscrição como membro da OE (2015), a organização responsável por

regular e supervisionar o acesso à profissão de enfermeiro e o seu exercício, aprovar, nos termos da lei, as normas técnicas e deontológicas respetivas, zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares da profissão e exercer o poder disciplinar sobre os seus membros (p.8060).

A Deontologia adverte para a necessidade de existir na profissão de enfermagem certas características, que constituem o estilo do seu exercício, tratando-se de um conjunto de regras que indicam como alguém deverá comportar-se na qualidade de membro de uma ordem profissional. É preocupação da Deontologia a manutenção da ordem e a harmonia da sociedade, por meio de indicações práticas e precisas, formulando “um dever ser profissional”, e pode ser definida como

o conjunto de normas referentes a uma determinada profissão, alicerçadas nos princípios da Moral e do Direito, que procuram definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão. Tal como a Moral e o Direito evoluem ao longo do tempo, também as deontologias profissionais tendem a adaptar-se às circunstâncias de cada época (OE, 2015, p.14).

Afirma ainda, que existem limites impostos à liberdade do exercício profissional que decorre do Código Deontológico, sendo este que prescreve os principais deveres; as leis vigentes das quais, a Constituição da República Portuguesa, que defende os direitos fundamentais dos cidadãos; o Código Civil, pelos direitos de personalidade; o Código Penal, pelo direito de punir por determinadas condutas violadoras dos bens jurídicos, a legislação de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, o REPE, e todos os regulamentos e pareceres da OE, sendo a preceito para todos os enfermeiros.

Deodato (2015) defende que a deontologia em enfermagem seja aplicada na tomada de decisão durante o exercício profissional dos enfermeiros, afirmando como

um vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro. Vasto, porque completo, incluindo as diferentes dimensões da prestação de cuidados e das demais áreas de intervenção de Enfermagem. Poderoso porque, encontrando-se incluído numa lei, coloca as suas disposições a par da obrigatoriedade jurídica das demais leis do país. A sua utilização revela-se, deste modo, como essencial na procura do melhor agir profissional de todos os dias, orientando e fundamentando as decisões e os atos dos enfermeiros (p.9 – 10).

O EEEMCPSP, centraliza os seus cuidados de enfermagem à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença, que carece de procedimentos anestésicos/cirúrgicos. A sua prática profissional, distingue-se pela atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação

anestésica/cirúrgica e tem como princípios a atuação com responsabilidade profissional e prudência (OE, 2017).

Segundo os padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC, os cuidados de enfermagem perioperatórios são definidos como processos padronizados de boas práticas que se formam em cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa, no período perioperatório, que visam proporcionar proteção em situação de vulnerabilidade, capacitar e promover a autonomia, uma consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de vida (OE, 2017).

Assim, o EEEMCPSP, no processo de tomada de decisão, identifica as necessidades de cuidados de enfermagem, planeia, executa e avalia os resultados obtidos, desta forma, erige o processo de enfermagem. Este fundamenta-se nos cinco pilares dos cuidados de enfermagem perioperatórios, o reconhecimento do outro e a sua capacitação, atendendo a vulnerabilidade da sua situação, a responsabilidade de cuidado atuando com consciência cirúrgica, prudência e gestão de risco (OE, 2017).

Em consonância com o Código Deontológico dos Enfermeiros, no Artigo 99.º dos princípios gerais, está registado que as intervenções de enfermagem devem ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, respeitando os valores universais e os princípios orientadores da atividade profissional (DRE, 2015).

Sintetizando, os princípios orientadores da atividade profissional, a responsabilidade inerente ao papel assumido pelo enfermeiro perante a sociedade, ancora nos valores universais da liberdade responsável, da verdade e da justiça, como fundamento ético para o compromisso profissional no cuidado ao ser humano. Perante o cuidado, o enfermeiro deve salvaguardar os direitos humanos, tendo como valores a igualdade, o altruísmo e a solidariedade, como alicerces para o reconhecimento do outro como pessoa. E na procura da excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais, assenta na competência e no aperfeiçoamento profissional, fundamentado pela capacidade de agir do enfermeiro (Nunes, 2008; OE, 2015).

Ao longo do exercício profissional, e igualmente nos ensinamentos clínicos, como profissional de enfermagem num processo contínuo de evolução, não existe uma linha que separe a pessoa que sou, da enfermeira em que me tornei, por isso o conhecimento que vamos adquirindo no nosso percurso, sempre baseado na evidência científica, tem impacto em mim e na relação que tenho com o mundo.

Seguindo este pensamento, acredita-se na necessidade do enfermeiro refletir acerca do seu agir, em si próprio e do modo como exerce a profissão, procurando consolidar valores e princípios que são fundamentais nos processos de tomada de decisão. E ao mesmo tempo, sobre o modo como assistimos a pessoa e família/pessoa significativa, que se encontra ao nosso cuidado, demonstrando respeito pela pessoa, pela sua dignidade e pelos seus direitos. É esta relação interpessoal, do enfermeiro com a pessoa assistida, a família/pessoa significativa, e com os restantes membros da equipa de saúde, que demonstra o seu agir profissional, assente no Artigo 100.º, que assume o dever de responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega (DRE, 2015).

Durante os ensinamentos clínicos, tive o cuidado de demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, respeitando a dignidade da pessoa e família/pessoa significativa, a sua liberdade, a sua autonomia e sua individualidade. Cuidei da pessoa, como preconiza o Artigo 102.º dos valores humanos, sem qualquer discriminação por motivos económicos, sociais, políticos, étnicos, ideológicos ou religiosos, e sobretudo abstive-me de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa. Como referido previamente, uma pessoa com obesidade enfrenta uma forma generalizada e resiliente de estigma social, sujeitos a discriminação em ambientes educacionais e de saúde (Rubino et al., 2020). Conciliando a Carta dos Direitos de Acesso (2014), Artigo 4.º, “os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente” (p.2128). Assim como, a Lei de Bases da Saúde (DRE, 2019) evidencia na sua Base 2, todas as pessoas têm direito, à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade.

O EEEMCPSP assume o dever de salvaguardar os direitos da pessoa, promover a sua independência física, psíquica e social, o autocuidado com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida, e colaborar na sua reinserção social. Neste contexto, podemos guiar-nos pelos princípios éticos em cuidados de saúde: Respeito pela Autonomia (a pessoa escolhe), Não-maleficência (evitar danos), Beneficência (fazer o bem), Justiça (priorizar com equidade), e princípio da Vulnerabilidade (OE, 2015).

A Vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória pode ser manifestada pela sua impossibilidade em responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a que está sujeita, o que requer que seja assegurada por outra pessoa, em sua substituição (DRE, 2018).

Seguindo esta linha de pensamento, a demonstração de um comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática

cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável, significa que o enfermeiro fortaleceu a sua Consciência Cirúrgica, agindo sempre em benefício da pessoa em situação perioperatória (DRE, 2018).

Portanto, a minha maior preocupação é estar dotada dos mais recentes conhecimentos relativamente à minha área de atuação, pois, permite um equilíbrio entre a tomada de decisão e a prática de enfermagem baseada na evidência, sempre norteadas pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Saliento ainda, o contributo da componente teórica, da unidade curricular Ética e Deontologia, na elaboração de um trabalho de grupo segundo o modelo de tomada de decisão – DECIDE (*Detect, Estimate, Choose, Identify, Do Evaluate*), promovendo uma oportunidade de reflexão e discussão sobre os problemas éticos mais frequentes no cuidado da pessoa em situação perioperatória.

No entanto, para o processo de tomada de decisão concretizar-se, é fundamental que o enfermeiro promova uma comunicação eficaz determinando a disposição recetiva da pessoa para a informação sobre a sua situação, respeitando o direito à informação do Artigo 7.º dos direitos do utente nos serviços de saúde, e ainda o Artigo 105.º do dever de informação (OE, 2015).

Entende-se que “a informação sobre cada um, a cada um pertence” como alude o Professor Walter Osswald, citado pela OE (2015) (p.73), que afirma que o dever de informar é à pessoa, ou seja, o profissional da saúde deve assegurar-se que a informação à família esteja de acordo com a vontade expressa da pessoa sujeita aos cuidados de saúde, salvaguardando as situações em que o princípio da beneficência se sobrepõe.

Nesta perspetiva, compreende-se como informação em saúde um conjunto de dados que são fornecidos pela própria pessoa, do resultado da observação e intervenção dos profissionais da saúde, e ainda, de dados obtidos por meios complementares de diagnóstico realizados. A informação obtida origina dados em saúde, possivelmente os mais importantes em termos do estado de saúde/doença da pessoa, e que não são do seu conhecimento. Neste ponto de vista, são os profissionais da saúde, os primeiros a ter acesso a informação de saúde relativa a outra pessoa. Desta forma, reconheceremos que a titularidade da informação em saúde é sempre da pessoa que está envolvida no plano de cuidados, e a sua utilização tem como finalidade o seu benefício (Deodato, 2010; ERS, 2021).

Perante um determinado diagnóstico formulado e de acordo com a capacidade da pessoa para tomar decisões, a informação acerca dos cuidados de saúde a prestar, deverá ser facultada numa linguagem clara e acessível, baseada no estado de arte e isenta de juízos de

valor. O profissional da saúde tem o dever de inquirir se a pessoa entendeu a informação e o esclarecimento que lhe são prestados, respeitando o seu tempo de reflexão. Somente assim, o consentimento é informado, livre e esclarecido, podendo ser expresso de forma oral ou escrita, que espelha o direito moral da pessoa à integridade corporal e o direito de autonomia na participação ativa da tomada de decisões, conforme descrito na norma n.º 015/2013 (DGS, 2013).

Em conciliação, a Entidade Reguladora da Saúde (2021), assevera o direito à decisão, livre e informada da pessoa sobre a prestação de cuidados de saúde, considerando como

um requisito ético e jurídico fundamental que deve ser cumprido na relação estabelecida entre utentes, profissionais da saúde e entidades responsáveis por estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, assumindo-se como uma manifestação de respeito pelo utente e pela realização dos valores da dignidade humana, da liberdade e da autodeterminação pessoal (p.130)

Durante a realização dos meios complementares de diagnóstico no EC II, tive a responsabilidade de esclarecer dúvidas relacionadas com o procedimento a ser realizado, informar quais os cuidados inerentes a cada momento e o procedimento em causa, no sentido de diminuir a ansiedade e obter a melhor colaboração por parte da pessoa. Para Santos et al. (2010), é um processo no qual podemos identificar três momentos: a fase antes da sua realização, o momento da intervenção propriamente dita e o período após a sua efetivação. Estes momentos apresentam características particulares, apelando a precauções específicas que diminuam a possibilidade de erro, promovendo a segurança e a satisfação da pessoa com os cuidados prestados. Relativamente à transmissão de informação por parte do profissional da saúde à pessoa, deve ter em conta o contexto da situação e as suas necessidades. Seguindo este pensamento, pude presenciar durante os meios complementares de diagnóstico, mais concretamente nas endoscopias digestivas, a presença de alterações da mucosa sugestíveis de um diagnóstico de doença cancerígena. Neste contexto, a informação de saúde pode ser fornecida, tendo em consideração a necessidade de informação da pessoa e a sua capacidade de compreensão, de forma, a não haver atrasos no diagnóstico da doença e no respetivo tratamento.

Nos serviços de saúde, os sistemas de informação em enfermagem devem assegurar a informação útil e necessária às diversas funções dos profissionais da saúde e aos diferentes níveis de decisão da instituição. Espera-se que sejam também eficientes de forma a garantir a colheita, processamento, organização e gestão de dados que resultam dos processos assistenciais (Mota, 2014).

O tratamento de informações confidenciais como os dados de saúde, exige que sejam adotadas medidas de segurança, aplicados padrões adequados para o seu tratamento, através de sistemas de gestão seguros e eficientes, que permitam uma garantia da confidencialidade. Sendo que a partilha de informação entre profissionais da saúde, obrigados ao dever de sigilo, e entre instituições de saúde garante a continuidade dos cuidados (Monge, 2018). Resumindo, a informação em saúde é obtida com a finalidade de identificar os problemas e planear os cuidados de saúde necessários, e ainda, a sua utilização pela equipa de saúde deve limitar-se a esse fim.

Nesta perspetiva, a partilha de informação entre profissionais da saúde foi notória no EC II, pela impossibilidade de transportar o doente à unidade de gastroenterologia, como sucedeu no serviço de medicina intensiva. O doente, em causa, encontrava-se em ventilação mecânica, após esofagectomia, e foi sujeito a várias intervenções pela gastroenterologia, para o tratamento de uma fístula, aparentemente com sucesso. Apresentou estado hemodinâmico instável, sendo pedido o apoio ao serviço para efetuar nova endoscopia digestiva esofágica, verificando-se uma lesão suscetível de recidiva da fístula. Este processo de tomada de decisão envolveu inúmeros indivíduos, da equipa pluridisciplinar, entre os quais os enfermeiros dos cuidados intensivos, enfermeiros da unidade de gastroenterologia, médicos intensivistas, cirurgiões e gastroenterologista.

Surgiu então uma questão: deveremos realizar novo procedimento endoscópico, uma nova cirurgia ou contactar a família, informando e preparando-a para o agravamento da condição clínica do seu familiar? A equipa de enfermagem e os médicos intensivistas, acordaram em contactar a família, contudo realizou-se uma última tentativa para o encerramento da fístula, por endoscopia pelo gastroenterologista.

Durante a minha prática profissional e ao longo dos ensinamentos clínicos, procurei estabelecer uma relação de empatia e de confiança com a pessoa e família/pessoa significativa, com o objetivo específico prestar cuidados de enfermagem de qualidade. Nesta relação entre o enfermeiro e a pessoa, é recolhida informação necessária para o processo de cuidados. Segundo Deodato (2010), a informação fornecida livremente pela pessoa, sobre si e sobre a sua vida, que por vezes ultrapassa a esfera da continuidade dos cuidados de enfermagem, sendo o enfermeiro responsável pela tomada de decisão, de distinguir a informação necessária ao plano terapêutico, tendo como garantia o dever de sigilo de todos os profissionais que a ela tiveram acesso. A informação que não é necessária à prestação de

cuidados, o enfermeiro que a obteve deve manter a confidencialidade, deste modo, mantendo a confiança que lhe foi depositada.

Nesta linha de pensamento, podemos debruçar-nos sobre o Artigo 106.º do dever de sigilo, que o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional e apenas partilhar informação confidencial só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social da pessoa e família/pessoa significativa (DRE, 2015).

No cuidado à pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro assume a responsabilidade de respeitar os seus direitos e o exercício dos mesmos, pelas suas decisões e indecisões, pelas suas necessidades não solicitadas, ou seja, o respeito pelo outro. É seu dever garantir a sua privacidade, proteger a informação em saúde, restringir o acesso à própria pessoa, preservando a sua intimidade e anonimato (OE, 2015). A privacidade é um direito fundamental consagrado na Constituição da República Portuguesa (2005), pelo reconhecimento do direito à reserva da intimidade da vida privada (Artigo 26.º). Perante este fato, e a título de exemplo no EC III, a pessoa acautelou que a partilha da sua informação de saúde e o direito de receber visitas, limitado a um familiar, situação que foi respeitada pela equipa pluridisciplinar.

Ao salientar o EC III, é necessário esclarecer o contexto físico do mesmo, realizado no serviço de internamento de ginecologia, devendo-se ao contexto pandémico vivenciado, pois, o serviço de CEG dedicado a esta temática, destinava-se aos cuidados aos doentes infetados com o SARS-CoV-2. Desta forma, os doentes submetidos a CB, foram distribuídos em diversos serviços, sendo que os do sexo feminino encontravam-se no serviço supracitado.

Devo também destacar o momento de hospitalização, em que o acolhimento foi realizado no serviço de internamento, para garantir a privacidade na avaliação inicial, uma etapa de extrema relevância, na colheita de dados de saúde da pessoa, com este objetivo, a enfermeira gestora, nos turnos da manhã, atribuía um enfermeiro para esta função. O principal objetivo consiste na operacionalização do processo de enfermagem, elaborando um plano de cuidados individualizado, bem como, a transmissão da informação relevante à restante equipa.

Tive a oportunidade de realizar o EC II, num serviço recentemente renovado, existindo várias salas para a realização dos meios complementares de diagnóstico, respeitando desta forma a privacidade da pessoa. No entanto a sala de enfermagem para a realização dos tratamentos endovenosos, demonstrou-se particularmente desafiante, sendo

árido garantir a privacidade, a confidencialidade e o sigilo profissional. De forma a minimizar a situação, o uso de biombos e a ponderação no tom de voz, são medidas preventivas simples de delimitar o acesso a informações de saúde, garantindo a privacidade da pessoa.

No BO, devido à sua estrutura física, a existência de uma antecâmara, utilizada também para concluir o acolhimento da pessoa, permite assegurar a sua privacidade. Contudo, a zona de receção dos doentes (na entrada do BO), representa um desafio para os profissionais da saúde, na transferência ou *hand-overs*, sendo uma zona de circulação de vários profissionais, que ostenta um fator contraproducente na atenção necessária a este procedimento. Segundo a base de dados de eventos sentinela da The Joint Commission (2017) que inclui descrições de comunicação inadequada no *hand-overs*, como a causa de eventos adversos, incluindo também a cirurgia no local errado, o atraso no tratamento, as quedas e os erros de medicação.

Realço ainda, que compete às instituições de saúde adequar os recursos e criar estruturas que acautelem o exercício profissional de qualidade, proporcionando condições e criando um ambiente favorecedor para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, como a OE (2001) preconiza. Deste modo, as organizações, em benefício da qualidade dos cuidados de saúde a serem prestados, devem reunir esforços para satisfazer as necessidades dos profissionais da saúde, em particular dos enfermeiros.

2.1.2. A melhoria contínua da qualidade

No segundo domínio, o relativo à melhoria contínua da qualidade, a OE (2019) sinaliza o EE como o dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, nas práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, deste modo, garantindo um ambiente terapêutico e seguro (DRE, 2019).

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem preconizados pela OE em 2001, evidenciam a prioridade de implementar sistemas de qualidade. Em 2017, a OE aprova o documento realizado pelo colégio da especialidade de EMC, que define os padrões de qualidade dos cuidados especializados na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, com o objetivo de nortear a prática especializada, estimulando a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEEMCPSP, tem como propósito a satisfação e a assistência dos doentes a alcançarem o seu potencial de saúde, promovendo, desta forma, a saúde e a prevenção de complicações, maximizando o bem-estar e o autocuidado, desenvolvendo processos eficazes de adaptação funcional, contribuindo para a eficácia na organização dos cuidados de enfermagem e promoção da segurança da pessoa, minimizando o risco num ambiente de alta complexidade (OE, 2017).

Os cuidados de saúde de qualidade podem ser definidos de várias formas, não existindo uma definição de qualidade que seja universalmente aceite. Embora, seja especialmente usada a definição do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (2001), na qual a qualidade é definida como “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais”. Sendo que a OCDE adiciona três dimensões à definição de qualidade: a eficácia, a segurança e a atenção nos doentes (WHO, 2020, p.13).

Sintetizando, os cuidados de saúde de qualidade, devem ser eficazes, prestando cuidados de saúde, baseados na evidência, a todos aqueles que necessitam; seguros, evitando prejudicar as pessoas a quem os cuidados se destinam; centrados na pessoa, prestar cuidados que respondam às suas preferências, às suas necessidades e aos seus valores.

A preocupação com a qualidade de cuidados de saúde é um tema atual e um fator determinante para satisfazer as expectativas das pessoas, havendo assim a necessidade de implementar projetos de qualidade que se assumem ser de relevo e reconhecidos por instâncias internacionais e nacionais, tais como, a OMS, o Conselho Internacional de Enfermeiros e o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS).

Para a Agência para a Investigação e Qualidade nos Cuidados de Saúde, citada pela WHO (2020), enfatiza que uma intervenção para a melhoria da qualidade

é um processo de mudança nos sistemas, serviços ou prestadores de cuidados de saúde, com a finalidade de aumentar a probabilidade de uma qualidade clínica de cuidados avaliada por resultados positivos na saúde dos indivíduos e das populações (p.52).

A qualidade dos cuidados de saúde, é uma das prioridades do Ministério da Saúde, como podemos constatar no Despacho n.º 5613/2015, com a aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, monitorizado pelo DQS, que contribui para o reforço da equidade ao acesso dos cuidados de saúde no SNS, criando um desafio aos serviços prestadores de cuidados, a criação de um quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança, ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

Concomitantemente, a qualidade tem como principal destinatário o cidadão, como doente, utilizador e proprietário do SNS, englobando também, os profissionais da saúde, independentemente do seu nível de responsabilidade, na gestão, na coordenação e na operacionalização dos cuidados de saúde. Afirmando que num qualquer contexto económico-financeiro, é exigido uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, descritos como os pilares da qualidade em saúde (DRE, 2017).

O Ministério da Saúde, ostenta como ações prioritárias no sistema de saúde a melhoria da qualidade clínica e organizacional; o aumento da adesão a normas de orientação clínica; o reforço da segurança da pessoa; o reforço da investigação clínica; monitorização permanente da qualidade e segurança; divulgação de dados comparáveis de desempenho; o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e na informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação. E ainda, valoriza a criação de condições no SNS, que propiciem o reconhecimento da qualidade dos seus serviços com vista à sua acreditação, tendo como objetivo o reforço da confiança dos cidadãos nas organizações prestadoras de cuidados de saúde (DRE, 2015).

Para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados pelo SNS, foi concebido o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD), homologado no Despacho n.º 1400-A/2015, para colaborar com os gestores e os clínicos do SNS, a aplicação de processos que aperfeiçoem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde (DRE, 2015).

Ao longo de cinco anos, o PNSD fomentou a segurança do doente no SNS, com melhorias ao nível de temas específicos como a cultura de segurança, a identificação inequívoca de doentes, a cirurgia segura, a prevenção de úlceras de pressão, a segurança do regime farmacológico, a prevenção de quedas, as infeções associadas aos cuidados de saúde, a par da notificação de incidentes de segurança. E por outro lado, reforça a necessidade de expansão da acreditação de instituições e unidades prestadoras de cuidados de saúde e da continuidade no investimento, realizado na melhoria da qualidade clínica e da qualidade organizacional (DRE, 2021).

A promoção de uma cultura de segurança do doente, exige um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua. Reconhecendo a importância da comunicação de incidentes, a DGS criou o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA), operando paralelamente, com

o Sistema Nacional de Farmacovigilância, do INFARMED, e ao Sistema Português de Hemovigilância, do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (DRE, 2021).

O reconhecimento pelo Ministério da Saúde pela segurança do doente é um desafio ininterrupto, considerando que a avaliação e a experiência resultante da execução do PNSD 2015-2020, são fatores determinantes para a elaboração de um novo PNSD 2021-2026, homologado no Despacho n.º 9390/2021. A sua criação teve em consideração as recomendações do Plano da Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS.

O PNSD 2021-2026 tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, em contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde; manter os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação contínua de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos, e ainda, incorpora e apela à mobilização e ação dos decisores políticos, líderes e gestores das instituições de saúde e das estruturas com responsabilidade na área da qualidade, segurança do doente e gestão do risco, auditoria clínica, profissionais da saúde, doentes, famílias e cuidadores (DRE, 2021).

Seguindo este pensamento, eclodiram novas normas na prestação dos serviços de saúde, segundo o modelo oficial de acreditação de unidades do SNS, a *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (Modelo ACSA International), como por exemplo na gestão da unidade, mediante a liderança, a forma como se organiza, os profissionais e a gestão por processos; a atenção centrada na pessoa, incluindo normas relacionadas com os direitos, a continuidade assistencial, a qualidade técnico-científica, na cultura da segurança, incentivo para as boas práticas, a gestão proativa e reativa aos riscos e na gestão de um ambiente seguro na unidade (DGS, 2023).

Os sistemas de melhoria contínua da qualidade constituem uma ferramenta de apoio ao planeamento e à gestão eficiente e eficaz, da qualidade do serviço prestado. Estes permitem uma autoavaliação, possibilitando uma otimização dos processos, facilitando a normalização da prática clínica, o que contribui para a melhoria da qualidade e a obtenção de melhores resultados, cooperando igualmente para uma aprendizagem colaborativa, um ambiente seguro para as pessoas e profissionais da saúde. Portanto, promove uma gestão com base na transparência, na visibilidade e na confiança, conduzindo ao reconhecimento externo (DGS, 2023).

Em concordância, o serviço de ginecologia (EC III), obteve a sua certificação em 2017 e o BO desde 2018, pelo que são dois dos serviços de saúde da RAM com acreditação

de qualidade pela DGS, com base no Modelo ACSA, com certificação no nível BOM, que representa a garantia da qualidade e a segurança dos serviços de saúde prestados, promovendo a confiança dos cidadãos (DGS, 2023).

Portanto, para o sucesso da acreditação e certificação de uma unidade de saúde, é essencial o envolvimento de todos os profissionais da saúde, com a finalidade de promover a incorporação de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e mudanças organizacionais e comportamentais, contribuindo para um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual, gerador de segurança e de proteção para pessoas, com o objetivo de salvaguardar a qualidade dos cuidados prestados, promovendo uma cultura de segurança na instituição.

Desta forma, colaborei e elaborei procedimentos com o objetivo de otimizar os procedimentos cirúrgicos e a gestão de equipamento de electromedicina no BO. No âmbito da minha prática profissional, na cirurgia geral, na cirurgia videolaparoscópica (desde 2009 até 2019), participei na atualização dos procedimentos na CB (responsável desde 2019).

Os procedimentos realizados e atualizados, que na sua maioria, utilizam a técnica cirúrgica por videocirurgia ou cirurgia endoscópica (realizado na cavidade abdominal - videolaparoscópica), são a colecistectomia; a nefrectomia; a herniorrafia do hiato e funduplicatura de Nissen; o sleeve gastrectomy; a colectomia, que inclui a hemicolectomia direita e anastomose ileo-cólica, a hemicolectomia esquerda, a colectomia transversa e ressecção do cólon e anastomose colo-retal; a esplenectomia eletiva e de urgência (cirurgia convencional) e a ressecção de tumor retal convencional e com o uso do TEO (Operação Endoscópica Transanal). E em breve, está prevista a conclusão dos procedimentos da gastrectomia e da esofagectomia minimamente invasiva.

Em relação, à gestão de equipamento, elaborei os procedimentos com o objetivo de dar a conhecer as suas características, para uma utilização segura e prevenção de riscos. Relativamente à formação dos profissionais, foi realizada de um modo informal, indo ao encontro dos profissionais aquando da sua utilização e esclarecimento de dúvidas no final da passagem de turno. A título de exemplo, os equipamentos, sobre os quais pude esclarecer a equipa que integro foram o ligaSure (fornece uma combinação de pressão e energia para criar a fusão do vaso); o ultracision (usa energia de alta frequência para auxiliar na coagulação) e a “torre” constituída por vários equipamentos necessários para a realização da cirurgia por videocirurgia.

Com o intuito de aumentar a segurança cirúrgica, o BO é reconhecido como um serviço complexo, em analogia a outros ambientes de trabalho, na prestação de cuidados de saúde, pela integração de tecnologia sofisticada, pelo procedimento cirúrgico a ser realizado e pela pluridisciplinaridade que inclui, anestesiólogos, cirurgiões, enfermeiros e outros técnicos, o que obriga a uma interação perfeita, empregando a melhor ferramenta disponível, que é a comunicação.

Acresce a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), reconhecida como uma estratégia fundamental na gestão de risco e na segurança cirúrgica, tendo como objetivo promover a identificação correta da pessoa, do procedimento e do local cirúrgico, na implementação de práticas anestésicas universalmente aceites; prevenir a Infecção de Local Cirúrgico (ILC) e promover uma comunicação eficaz e o trabalho em equipa cirúrgica.

Reitera-se que o projeto “Cirurgia Segura Salva Vidas” de acordo com o manual Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009 publicado pela DGS na norma n.º 02/2013, regista que em todas as cirurgias deve-se utilizar a LVSC. Esta ajuda a equipa cirúrgica a validar, numa determinada sequência, as atividades/procedimentos de forma a garantir os cuidados seguros perioperatórios e minimizar os riscos de ocorrência de incidentes. Reconhecida como a *checklist*, tendo como definição a verificação metódica de todas as etapas de um procedimento para que este se desenvolva com o máximo de segurança (Santos, 2011). É importante referir três momentos-chave na qual a LVSC deve ser utilizada: antes da indução da anestesia (*sign in*), antes da incisão da pele (*time out*) e antes do doente sair da sala operatória (*sign out*). Note-se que a sua taxa de registo de utilização serve como indicador da segurança cirúrgica (DRE, 2015).

A European Operating Room Nurses Association (EORNA) (2020), refere ainda dois procedimentos, como requisitos da OMS, o de *Briefing* e o de *Debriefing*, a serem realizados, antes e depois de qualquer procedimento invasivo/cirúrgico que exponha a pessoa a um risco. Estes procedimentos constituem uma exigência pela equipa cirúrgica na CB, com o objetivo de beneficiar o trabalho em equipa.

Com o mesmo propósito, a cirurgia segura, a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2013), publicou as Práticas Recomendadas para Bloco Operatório, pretendendo fornecer linhas orientadoras e fundamentadas, pela evidência científica, relativamente a procedimentos comuns em BO, para garantir a segurança do doente e as condições ideais do ambiente cirúrgico. Destinam-se a ser implementadas em

todas as áreas onde se realizam técnicas invasivas, como por exemplo nas unidades de cirurgia ambulatoria, nas salas de endoscopia e em unidades de radiologia de intervenção.

A prática recomendada, a Prevenção da cirurgia no lado errado, do procedimento cirúrgico errado e do utente errado, com a finalidade de manter a segurança do doente e profissionais, visa a diminuição de erros humanos na sala operatória. Baseia-se no Protocolo Universal desenvolvido pela OMS, de acordo com as recomendações da *Joint Commission for Health Care Safety* vislumbrando-se uma orientação concordante com o manual de implementação LVSC.

É importante referir que algumas destas práticas recomendadas, desde o uso do vestuário, o uso de antissépticos, a preparação pré-cirúrgica das mãos, o uso de luvas, a higienização das salas de operações, a técnica assética cirúrgica e a desinfeção do campo operatório, coincidem com a implementação do Projeto STOP Infeção Hospitalar, pela Unidade Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL – PPCIRA), abrangendo os Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, segundo a norma clínica: 020/2015 (de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022) da DGS. As intervenções mencionadas contribuem para promoção da segurança da cirurgia e a prevenção de ILC.

A comissão UL – PPCIRA, é responsável pela formação contínua no HNM, e por vários projetos de melhoria contínua da qualidade nos cuidados de saúde, como por exemplo, a diminuição de infeções do trato urinário. Assim e em conciliação com a norma clínica: 019/2015 (atualizada a 29 de agosto de 2022) Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, a unidade realizou uma ação de formação (a nove de fevereiro de dois mil e vinte e três) sobre a sua monitorização para os enfermeiros, com representantes de vários serviços.

Considera-se fundamental a participação no projeto de melhoria contínua da qualidade no BO, pois representa uma oportunidade para contribuir na gestão de cuidados de saúde com qualidade, na partilha de conhecimento aos pares, baseado na evidência científica, e a realização de auditorias clínicas, contribuindo para a acreditação no BO.

O EEEMCPSP assume um papel primordial no combate das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), necessitando de constante atualização das diretivas dadas pela UL – PPCIRA, de modo a executar e contribuir para a diminuição das taxas de infeção, mortalidade e morbilidade associadas, e diminuindo os custos com o seu tratamento (Alexandre & Carreiro, 2019).

Participei e colaborei no EC III, na identificação dos doentes com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2, de forma a garantir a segurança e reduzir as cadeias de transmissão, foram implementadas medidas de prevenção e controlo de infeção, segundo a norma n.º 007/2020 Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (DGS, 2020).

Nos casos de impossibilidade de transferir o doente para as unidades dedicadas à infeção por SARS-CoV-2, foram colocadas barreiras físicas (biombos) de modo a diminuir a sua exposição. Constituído o isolamento da enfermaria, restringindo o número de profissionais da saúde nesta área, sendo que a entrada nestes locais, apenas era realizada por profissionais da saúde que estiveram envolvidos nos cuidados diretos, respeitando um número mínimo e suficiente para a prestação dos cuidados de saúde seguros.

Em relação ao BO, os profissionais da saúde do serviço juntamente com UL – PPCIRA, organizaram os circuitos dos profissionais e dos doentes, adequando as medidas de prevenção e controlo de infeção com base nas vias de transmissão, de acordo com as recomendações da norma n.º 014/2020 Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2: Blocos Operatórios e Procedimentos Cirúrgicos (DGS, 2020).

Os procedimentos cirúrgicos realizados aos doentes com infeção suspeita ou confirmada por SARS-CoV-2, as técnicas anestésicas utilizadas, sempre que possível, tiveram como objetivo impedir a intubação endotraqueal, por estar associada a um maior risco de complicações pulmonares em doentes infetados. A anestesia loco-regional, foi considerada a técnica anestésica de eleição, uma vez que minimiza as intervenções de alto risco, a contaminação potencial para os profissionais e o tempo de recobro necessário, maximizando a eficiência da sala operatória, tendo como principal objetivo a segurança dos profissionais e dos doentes (Mendes et al., 2020).

De forma a sustentar uma cultura de segurança, é fundamental uma comunicação efetiva, ao longo de todo o ciclo de cuidados, com especial destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde. A comunicação eficaz entre os profissionais “define-se como a transmissão no tempo certo de informação precisa, completa, clara sem ambiguidade e que é corretamente apreendida pelo recetor”, pode ocorrer de “forma verbal ou escrita, presencialmente ou com base em suporte físico, eletrónico ou telefónico” (Caldas & Gomes, 2021, p.80).

Ao longo do EC III, tive possibilidade de aplicar na passagem de turno e reconhecer a utilização da técnica ISBAR preconizada pela DGS, norma n.º 001/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Esta técnica de comunicação verbal, ISBAR apresenta-se como uma mnemónica de *Identify* (identificação), *Situation* (situação atual), *Background* (antecedentes/anamnese), *Assessment* (avaliação) e *Recommendation* (recomendações), sendo composta por um conjunto de elementos que permitem sistematizar a informação, uniformizando a forma como esta é transmitida (Caldas & Gomes, 2021).

Alguns dos requisitos para a transição segura de cuidados, considerados pela *The Joint Commission* (2017), adaptados por Caldas e Gomes (2021), contemplam o local adequado livre de ruído e de interrupções, incluir todos os elementos da equipa, comunicar “face a face” para que seja possível clarificar dúvidas. Deve-se transmitir a identificação da pessoa, história da doença atual e antecedentes pessoais e cirúrgicos, presença de alergias e medicação realizada no domicílio, últimos resultados de meios complementares de diagnóstico e sinais vitais avaliados, ações de enfermagem a realizar e o nível de prioridade de cuidados, grau de dependência no autocuidado, família/pessoa significativa, situação social e testamento vital.

Em contexto hospitalar existem vários tipos de transição de cuidados, entre turnos como a passagem de turno; entre serviços ou especialidade, por exemplo, do internamento para a medicina física e reabilitação; entre níveis de cuidados, do internamento para o BO e entre instituições, do hospital para uma unidade de cuidados continuados ou para uma unidade de saúde familiar ou vice-versa. Independentemente do contexto, “quanto mais diferenciado e elevado for o nível de cuidados maior é o impacto da falta de familiaridade com os detalhes do doente”, sendo uma das causas da transição de cuidados vulnerável a erros, comprometendo a segurança da pessoa, como refere Alvarado et al., (2006) (Caldas & Gomes, 2021, p.81)

Em relação ao ambiente de prestação de cuidados, quanto mais dinâmico, maior é a exigência aos profissionais de uma permanente consciência situacional, definida como a capacidade de obter e processar informações, interpretar dados, planear e executar cuidados adequados, sendo fulcral a partilha de informação e diálogo entre os profissionais, através de uma comunicação clara e precisa (Caldas & Gomes, 2021).

Outro formato de transmissão de informação são os registos de enfermagem, realizados no sistema de informação com recurso a computadores, aplicando a terminologia comum, o que permite uma maior operacionalização dos dados. É fundamental ter a

informação certa, no momento e no lugar certo, registos completos, precisos, com dados acessíveis e oportunos, para que a tomada de decisão seja efetiva.

Podemos concluir que uma comunicação eficaz influencia positivamente o trabalho em equipa, a satisfação, confiança dos profissionais e a segurança dos cuidados prestados. Deve ser vista como um instrumento de trabalho na prestação de cuidados seguros e de qualidade, sendo primordial a sua padronização, tornando o processo de transição de cuidados eficaz, reduzindo a possibilidade de falhas na continuidade dos cuidados, sendo essencial na prestação de cuidados (Caldas & Gomes, 2021).

A comunicação eficaz é fundamental numa relação entre o líder e a equipa de saúde, promove a compreensão e o aperfeiçoamento das tarefas delegadas, a partilha de pareceres necessários para a eficiência e a eficácia das organizações. A linguagem deve ser clara, assertiva, utilizando os meios de comunicação disponíveis e apropriados a cada situação, para que a informação seja compreendida por todos (Ferracioli et al., 2020).

A OMS reconhece que o momento intraoperatório é particularmente complexo, constituindo um ambiente de alto risco para a ocorrência de erros de medicação no contexto da anestesia (WHO, 2019).

Em paralelo, no pré-operatório a prescrição da medicação é realizada no sistema de informação, onde o enfermeiro pode verificar e validar a sua administração. O provimento da medicação é realizado pela farmácia hospitalar pelo sistema de unidose, o que significa que a medicação foi pré-selecionada segundo a prescrição existente. No contexto de estágio é prática recorrente o uso de cartões, onde consta o nome da pessoa, respetivo número de enfermaria e de unidade, a medicação prescrita, via de administração, dose e o horário. Esta justifica-se pela ausência de um computador/portátil disponível na sala de trabalho para validação da medicação em tempo real. Enquanto no BO, no momento intraoperatório, a maioria da prescrição é realizada de forma verbal, e a sua administração pode ser realizada não só por enfermeiros, mas também por médicos.

Em ambientes complexos, como o intraoperatório, onde o fluxo de trabalho é intenso, a presença por exemplo de ruídos, pode provocar erros na prescrição, na preparação e na administração dos medicamentos. A verificação em cada fase reduz significativamente a ocorrência do erro. A WHO (2019) considera que a administração de medicação pré-preparada elimina a necessidade de reconstituição e pode reduzir significativamente a taxa de erro global.

A prescrição eletrônica pode reduzir a taxa de erros de prescrição e eliminar completamente as prescrições ilegíveis. No entanto, a transição para a prescrição eletrônica é difícil em contextos com recursos limitados, em parte devido aos custos de aquisição e manutenção, pelo que os sistemas em papel ainda são amplamente utilizados (WHO, 2019). Em contexto profissional, no intraoperatório, o acesso da informação é dificultado pela inexistência de um módulo de prescrição específica. A situação descrita anteriormente não se verifica na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), local onde a prescrição da medicação é realizada no sistema de informação.

A natureza do sistema de aquisição, de rotulagem, de armazenamento e administração de medicamentos, pode contribuir igualmente para erros terapêuticos, onde se incluem os relativos à medicação. O uso de cores inconsistente, parecer como e soar como na rotulagem de medicamentos diferentes e inscrições ilegíveis em seringas e ampolas, aumentam a ocorrência do erro (OMS, 2009).

Como orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009, as gavetas de medicação e os espaços de trabalho devem estar arrumados e garantir as posições das ampolas e seringas de medicamentos, assim como, a separação de fármacos utilizados em caso de emergência ou fármacos com nomes com sonoridades similares.

As salas operatórias do HNM, são compostas por um carro de apoio para a anestesia que inclui o protocolo com a sua constituição. Como projeto de melhoria contínua da qualidade, optou-se pela projeção e a elaboração de suportes, para manter a medicação arrumada e com os níveis estipulados, procedendo à sua uniformização.

As etiquetas nas ampolas e seringas devem ser legíveis e incluir informação padronizada (por exemplo, concentração, data de expiração do prazo). Atualmente existe no BO rotulagem pré-definida e com cores, que contribuem para prevenir os erros com a identificação dos medicamentos (Nunes et al, 2022). Perante a ocorrência de erro de medicação, na administração de fármacos por via intravenosa, durante a anestesia, este deve ser reportado e analisado (OMS, 2009).

Durante a prática profissional e no EC III, foram diversos os cuidados prestados com o intuito de incentivar uma cultura de segurança, dos quais se destaca o cuidado na avaliação do risco de úlcera de pressão e do risco de queda, realizado a todos os doentes no momento da sua hospitalização e após a avaliação inicial, que contribui para a formulação dos diagnósticos de enfermagem, e o planeamento das intervenções de enfermagem

adequadas, para obter o resultado de ausência de úlceras de pressão e de ocorrências de quedas.

Em relação à prevenção de úlceras de pressão, a escala adotada pelo SESARAM, é a Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q) (orientação da DGS n.º 017/2011). As úlceras de pressão são um problema de saúde pública mundial, bem como, um indicador da qualidade dos cuidados prestados. O progresso das mesmas, gera sofrimento, infeções e a diminuição da qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores, e em situações extremas, podem causar a morte (DRE, 2015).

No período perioperatório, é elementar a avaliação do risco de úlcera de pressão, para o planeamento e a implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento (Wang et al. 2018). Estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco (DRE, 2015).

Segundo a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) (2014) as úlceras de pressão ocorrem frequentemente em indivíduos em unidades cirúrgicas ou em enfermarias, e a sua incidência atribuível à sala operatória varia entre 4% e 45%.

Os profissionais da saúde ao selecionarem a superfície de apoio, devem avaliar as características e as necessidades da pessoa, o nível de imobilidade e inatividade, a necessidade de controlar o microclima e forças de torção, o tamanho, o peso e o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Considerando estes fatores, os profissionais da saúde necessitam de ter disponíveis superfícies de apoio adequadas para a prevenção de úlceras de pressão, bem como assegurar que se encontram limpas, íntegras e funcionais, e que a sua utilização respeita as instruções do fabricante, como afirma a *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP et al., 2019).

Deste modo, as medidas implementadas, que visam a prevenção e tratamento das úlceras de pressão, foram a colocação do colchão de pressão alterna, o uso de dispositivos para o posicionamento na prevenção de pressão na região do sacro e nos calcâneos. Note-se que segundo o estudo de Han e Ko (2021), o uso da espuma de poliuretano seria a melhor opção.

Em Portugal a ocorrência de quedas, em contexto hospitalar, representa um grave problema que pode resultar em danos físicos ligeiros e psicológicos, no declínio funcional e no aumento das hemorragias intracranianas, o que representa o prolongamento do internamento (aumento de custos), ou em morte. O fundamento para a avaliação de risco de queda, deve ser realizado a todas as pessoas em internamento hospitalar, e o seu registo

eletrónico no sistema de informação, atuando na implementação de estratégias preventivas. A escala para avaliação do risco de queda adotada pelo SESARAM, é a Escala de Quedas de Morse (versão portuguesa), como recomendada pela norma n.º 008/2019 Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares da DGS.

As medidas interventivas na prevenção de quedas em ambiente hospitalar, consistem na transmissão da informação do risco de queda entre profissionais da saúde e à família/pessoa significativa, a acessibilidade do sistema de chamada (campainha), a altura da cama na posição mais baixa adequada para a pessoa, a mais utilizada no BO, a elevação das grades das macas/camas sempre que a pessoa é transportada, ou se encontra sem supervisão, entre outras, relacionadas com a organização (remoção de barreiras e obstáculos no percurso de marcha) e higienização (sinalética de aviso de piso molhado) do serviço.

Em relação a colaboração/participação nos planos de emergência, e após consulta dos procedimentos do serviço onde decorreu o EC III, destaco os critérios de ativação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMIH), pois no âmbito da minha atividade profissional, no BO não é utilizado este protocolo, por estarem presentes médicos anestesiológicos em regime de urgência 24 horas. Cada um detém a responsabilidade de dar assistência à sala operatória de urgência/emergência, ao serviço de internamento e ao BO de obstetrícia, a UCPA e a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos Prolongados (UCPAP).

A EEMIH funciona desde 2007 a partir do serviço de medicina intensiva, com o objetivo de assistir todas as vítimas de doença súbita grave dos serviços de internamento do HNM, serviços de apoio e perímetro hospitalar, com exceção do parque de estacionamento. A resposta a uma emergência deve ser rápida e eficaz, para que seja bem-sucedida, considerando-se fundamental a integração da sequência de acontecimentos previstos na "Cadeia de Sobrevivência": o reconhecimento de sinais de alarme, a ativação da EEMIH através do número *3012 e o início precoce de medidas adequadas do Suporte Básico de Vida e da monitorização/desfibrilhação precoce, através do Suporte Avançado de Vida.

Os critérios de ativação da EEMIH são as Paragens CardiorRespiratórias (PCR), alteração súbita da consciência, presença de convulsões repetidas ou prolongadas, e alterações nos sinais vitais, como dificuldade respiratória (Frequência Respiratória inferior a 5 cpm ou FR superior a 35 cpm), Saturação Periférica de Oxigénio (SpO₂) inferior a 90% com suporte de oxigénio, alterações significativas na Frequência Cardíaca (FC inferior a 40 bpm ou FC superior a 140 bpm) e a Tensão Arterial Sistólica (TAS) inferior a 90 mmHg com tratamento.

Os serviços de internamento e as áreas clínicas do HNM, estão equipados com carros de emergência normalizados, dotados de equipamento e material de consumo clínico de reanimação pré-determinado, considerado essencial para a função a que se destina. Encontram-se distribuídos em locais estratégicos, e a sua organização e conteúdo não podem ser alterados. A manutenção e verificação da sua conformidade são realizadas mensalmente, sendo da responsabilidade do enfermeiro gestor ou por um elemento designado por si. Os carros de emergência devem permanecer selados nos períodos de não utilização e ser revistos após cada utilização pelo enfermeiro responsável de turno.

Todas as pessoas têm o direito a ser reanimadas, no entanto, em determinados casos de PCR ou Peri-PCR, pode ser determinada a Decisão de Não Reanimar (DNR), caso exista uma diretiva antecipada em que o doente rejeita a reanimação cardiorrespiratória.

A indicação de DNR deve ser registada pelo médico assistente no diário clínico e transmitir esta informação a toda a equipa dos profissionais da saúde que prestam cuidados. No contexto de ordem expressa de DNR, o algoritmo de chamada da EEMIH não deve ser ativado.

O conhecimento da existência da EEMIH e os critérios de ativação são fundamentais para a prática clínica em internamento, demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.

2.1.3. A gestão dos cuidados

Os processos de melhoria contínua da qualidade nos cuidados de saúde são fundamentais para o enfermeiro especialista, que reconhecendo a sua relevância, terá a capacidade de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e com a articulação na equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (DRE, 2019). E é neste âmbito que surge o terceiro domínio, que diz respeito à gestão dos cuidados.

A gestão é definida por Reis (2020) como

um conjunto de operações que visam garantir a realização de um bom desempenho por parte dos recursos organizacionais, no intuito de serem atingidos os objetivos e as metas previamente delineados, de forma eficiente e eficaz, através das suas principais funções: planeamento, organização, direção e controlo (p.21).

Para que a gestão de uma organização seja eficaz e eficiente, é necessário existir uma ação intencional na sequência dos seus objetivos e uma aplicação adequada dos seus recursos, com vista à satisfação de todos os envolvidos (Reis, 2020).

Assim, para a consolidação de uma cultura de segurança na instituição prestadora de cuidados de saúde, segundo a OMS, é necessário um conjunto de valores, crenças, normas, de competências individuais e de grupo, que possam determinar o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões de segurança do doente (DRE, 2021).

O EE desempenha múltiplas funções, nomeadamente a de líder, mas também, é responsável pelo cuidar, pela relação com o outro, pelo compromisso profissional que assume, pela intervenção na prestação de cuidados e pela tomada de decisões, com o propósito de alcançar a satisfação dos profissionais e doentes (Mondini et al., 2020; Lourenço et al., 2022).

Para Santos et al. (2020), a construção de um líder, inicia com a sua formação académica, em correlação com a sua personalidade, a sua ética profissional e influenciado pelo ambiente organizacional (p.155). Porém, o EE deve desenvolver, aperfeiçoar e aumentar o conhecimento em enfermagem, pela investigação, advindo ganhos para o doente, para o profissional e para a disciplina. O conhecimento gerado é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência (Teixeira & Figueiredo, 2020). Desta forma, o EEEMCPSP dominará a habilidade e a confiança para liderar, reconhecendo a sua importância na equipa de saúde, legitimando os papéis e as funções de todos os membros, motivando-os para um desempenho diferenciado (DRE, 2019).

O EEEMCPSP, na procura permanente da excelência no exercício profissional, tem a responsabilidade de promover resultados positivos e ajudar a pessoa a atingir o seu melhor nível de função e bem-estar. Assegura, também, os cuidados de enfermagem perioperatórios, de acordo com as necessidades da pessoa, no antes, durante e após os procedimentos anestésicos/cirúrgicos, atuando com prudência face aos riscos, respondendo pelas suas decisões, atos e consequência, e influenciando a equipa de saúde, em benefício da pessoa em situação perioperatória (OE, 2017).

Detém a capacidade de fomentar um ambiente positivo e favorável à prática, atendendo aos pormenores e aos comportamentos, atuando com prudência e com consciência cirúrgica, numa atitude de prevenção e/ou vigilância antecipatória e de conhecimento situacional, tomando decisões ajustadas à natureza, à gravidade e à probabilidade de ocorrência de riscos, com o desígnio de evitar um evento adverso prejudicial à pessoa ou à equipa de saúde (OE, 2017).

No sentido de otimizar o trabalho de equipa, nas situações de imprevisibilidade, vulnerabilidade e complexidade, o EE tem a habilidade de adaptar a sua liderança e a gestão

de recursos às necessidades dos cuidados, através do pensamento crítico e das competências comunicacionais, da escuta ativa, da sua aptidão na cooperação e de adaptação, demonstrando tolerância ao stress, iniciativa e autonomia na tomada de decisões (Viegas & Névoa, 2014; OE, 2017).

Faz sentido, assim, abordar o tema de empoderamento profissional em enfermagem, ao nível de gestão de organizações. Em ambientes complexos, a estabilidade é vital, e pode ser afetado por várias pressões, nomeadamente, restrições nos recursos humanos e materiais, relações interdisciplinares, complexidade crescente nos procedimentos terapêuticos no âmbito da anestesia, da intervenção cirúrgica e da recuperação pós-operatória (OE, 2017; Teixeira et al., 2020).

De acordo com Teixeira et al., (2020) o conceito do empoderamento pode ser refletido em duas ideologias: primeira estrutural, na aplicação na organização e segunda psicológica, como as aplicações organizacionais são percebidas pelo profissional da saúde, apresentando-se como uma ferramenta para a obtenção de sucesso organizacional.

As mudanças constantes, de políticas de saúde e organizacionais, aliadas à exigência de qualidade do desempenho profissional, possibilitam ao EE, empoderar a equipa de saúde, influenciar na introdução de inovações da sua prática especializada, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática (OE, 2017; Melo et al., 2017; Teixeira et al., 2020).

Para o EE realizar as suas funções com eficiência, necessita de empoderamento estrutural, que viabiliza a oportunidade de aprender e avançar na organização. A obtenção de conhecimento, a colaboração dos gestores e dos profissionais da saúde, na aquisição de recursos relacionados com o tempo e materiais necessários para um eficiente desempenho e a possibilidade de atingir objetivos, permite flexibilidade na forma como o trabalho é realizado, fortalecendo as relações estabelecidas entre pares e superiores (Teixeira et al., 2020).

Ao desempenhar as funções de gestão, o EE possibilita a materialização dos objetivos da instituição, onde são valorizadas as normas, os procedimentos e a resolução de conflitos entre profissionais da saúde (Leal et al., 2019). Considero que perante estas condições, os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros especialistas, poderão permanecer motivados e comprometidos com a organização.

Sintetizando, o EE na sua prática do cuidar, na relação com o outro e no compromisso profissional que assume, advoga na prestação de cuidados e na gestão de uma

equipa de trabalho. A tomada de decisão surge como um procedimento complexo que é influenciado por diferentes fatores, de índole individual ou organizacional. A responsabilidade e a autonomia revelam-se na sua tomada de decisão, articulando os conhecimentos e a sua experiência, não esquecendo o ambiente organizacional. Na prática, é essencial a consciência das realidades, o compromisso de relação e de apoio entre enfermeiros, equipas de saúde e da organização, para a melhoria da qualidade dos cuidados que são prestados (Lourenço et al., 2022).

Seguindo este pensamento, para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde, na população alvo e nas organizações, devemos considerar alguns aspetos fundamentais, tais como, a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, e para isso, devem ser utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (DRE, 2019).

De forma a assegurar a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, através do reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais, compete à OE, através do Regulamento n.º 743/2019 – Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem,

contribuir para a existência de um modelo de prestação de cuidados que reflita a capacidade de adequação dos recursos humanos face às características demográficas da população, aos perfis de saúde e de doença, às tecnologias de saúde e à maior diversidade de métodos e metodologias de gestão (p.128).

Por este motivo, o cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas/por dia de cuidados por doente, utilizados em determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar (DRE, 2019).

A existência de uma norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, que engloba as diversas áreas de especialidade em enfermagem, vinculando todos aqueles que exercem a profissão, contribui para a proteção da saúde e segurança dos destinatários de cuidados de saúde, bem como dos próprios profissionais envolvidos. É encarado como um instrumento de apoio à gestão, exclusivo aos enfermeiros, o cálculo das dotações seguras e a avaliação do seu cumprimento (DRE, 2019).

O seu cálculo para as unidades de exames especiais é realizado por posto de trabalho. Quando se realiza o meio complementar de diagnóstico com sedação/anestesia, a

OE (2019) recomenda a existência de dois enfermeiros por sala, sendo, preferencialmente, um EEEMCPSP, podendo ainda integrar enfermeiros especialistas ou enfermeiros com competência acrescida.

No serviço de internamento, utiliza-se o sistema que permite determinar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados, com recurso ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E), da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS).

No EC III, testemunhei a importância de uma adequada gestão dos cuidados de enfermagem, tendo como foco a pessoa, ao presenciar e privilegiar da existência de um posto de trabalho para o acolhimento no momento da hospitalização, e todos os benefícios que advém desta decisão.

O cálculo de dotações seguras de enfermeiros no BO (convencional e ambulatório), deve ter em conta a complexidade dos cuidados, a capacidade instalada e o modo de organização desses cuidados. Nas salas operatórias de cirúrgica programada ou urgente, verifica-se o cumprimento da recomendação, no que respeita à existência do enfermeiro circulante, do enfermeiro instrumentista e do enfermeiro de anestesia. A OE (2019), considera ainda, adequado que os enfermeiros que assumem estes postos de trabalho sejam EEEMCPSP. Na UCPA, a OE (2019) recomenda o rácio de um enfermeiro por cada dois doentes em cirurgia convencional e um enfermeiro, por cada três doentes em cirurgia ambulatória, podendo o mesmo ser ajustado em função da complexidade dos cuidados e adequado às necessidades específicas.

Para além da dotação para cada sala operatória e recobro, recomenda a inclusão dos postos de trabalho de consulta pré e pós-operatória, na admissão pré-operatória e atividades de suporte (gestão integrada de cuidados perioperatórios, resposta a necessidades de logística de suporte às salas, substituição de enfermeiros), e deve ser ajustado em função da elevada complexidade e intensidade dos cuidados, rotatividade ou características específicas dos doentes (AESOP, 2014; DRE, 2019).

A realidade do BO, no turno da manhã, com a presença da enfermeira gestora especialista em EMC, apoiada por dois enfermeiros especialistas em EMC, na gestão de recursos humanos (gestão dos AO) e de materiais. A proposta recomenda, nas atividades de suporte às salas operatórias, a existência de um enfermeiro por cada três salas em funcionamento. Esta recomendação é fundamental para a coordenação, funcionamento e logística das salas operatórias, a articulação entre as várias áreas perioperatórias e

interior/exterior do serviço, no suporte às necessidades da pessoa em situação perioperatória e das equipas cirúrgicas, na substituição de enfermeiros e supervisão clínica nas áreas de subespecialidade.

No turno da tarde, e após deliberações, já está presente um enfermeiro especialista em EMC responsável pela equipa de saúde, cumprindo a recomendação da OE, um posto de trabalho para a gestão dos recursos humanos e materiais.

Para uma melhor gestão dos cuidados, foi elaborado um organigrama, segundo as recomendações do Modelo de Acreditação Internacional ACSA, onde podemos consultar os projetos e os enfermeiros responsáveis (formação, qualidade, equipamentos, risco clínico e não clínico e das várias valências cirúrgicas) e/ou os elos de ligação com UL – PPCIRA, com a responsabilidade de formação nessas áreas.

Como referi anteriormente, em ambientes complexos, a estabilidade é vital, a arduidade crescente dos procedimentos terapêuticos no âmbito da anestesia e da intervenção cirúrgica, como sucede na Cirurgia CardioTorácica (CCT) e na neurorradiologia terapêutica (revascularização de acidente vascular cerebral isquémico agudo, aneurismas, embolização e outros procedimentos no serviço da hemodinâmica), em contexto urgente/emergente, é necessário ser assegurado por uma equipa de saúde constituída por enfermeiros, anestesiólogos e cirurgiões, em regime de prevenção.

Assim, para o EE desenvolver a competência de liderança, deve fortalecer o autoconhecimento e reconhecer a sua importância nas relações terapêuticas e pluriprofissionais, em contexto profissional e organizacional. E é neste campo de ação que surge o quarto domínio o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1.4. O desenvolvimento das aprendizagens profissionais

"Investir em conhecimento rende sempre os melhores juros" (Benjamin Franklin, s.d.), pelo que esta afirmação nunca fez tanto sentido como hoje, enfatizando o aprimorar dos conhecimentos.

De acordo com a OE (2019) o profissional da saúde, assenta a prestação de cuidados às “respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p.4744). Destaca ainda, que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, depende da capacidade do

enfermeiro desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, de modo a apoiar a sua práxis clínica especializada na evidência científica. Desta forma, o EE deverá assumir o papel de facilitador nos processos de aprendizagem e ser um agente ativo no campo da investigação.

Ao que se refere à Deontologia profissional, no Artigo 97.º deveres em geral, a OE (2015) recomenda:

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 a medida que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (p. 8078).

No mesmo documento, no Artigo 100.º, relativo aos deveres deontológicos em geral, encontra-se expressa a necessidade de “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (p.8079). E ainda no Artigo 109.º, o enfermeiro procura, em todo o ato profissional a excelência do exercício, assumindo o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 8080).

A OE (2016), considera ainda, que a formação e o desenvolvimento profissional, são pilares fundamentais e determinantes para a melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional e, conseqüentemente, dos cuidados prestados. A aposta no conhecimento e na formação contínua dos enfermeiros, são fatores decisivos para o crescimento do exercício profissional de excelência.

Em harmonia com a OE, ao longo do percurso profissional, tive o interesse de adquirir novos conhecimentos capazes de auxiliar e fundamentar o processo de tomada de decisão. Como enfermeira com 21 anos com experiência profissional no BO no HNM, um dos ambientes mais complexos na prestação de cuidados de saúde, associado a várias valências cirúrgicas, o trabalho em equipa pluridisciplinar, pela distribuição dos enfermeiros por áreas cirúrgicas (subespecialidades) e por função, enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista, considero fundamental a atualização do conhecimento, através da formação contínua.

Sendo que as competências da equipa interdisciplinar têm influencia no trabalho em equipa e na enfermagem perioperatória, como elucida o estudo *A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing*, e que as habilidades favoráveis da equipa contribuem para um melhor funcionamento da sala operatória, evidenciando a importância de distribuir e ajustar as funções de acordo com o conhecimento

e a experiência dos membros da equipa, através de um mútuo acordo com a liderança, contribuindo para uma melhor gestão dos cuidados de saúde (Holmes et al., 2020).

Para melhorar as habilidades da equipa, a utilização do método de ensino e de treino de profissionais da saúde, recorrendo à simulação, contribui para a qualidade dos cuidados, para o progresso da enfermagem perioperatória, e para um melhor ambiente de trabalho, promovendo a segurança da pessoa (Holmes et al., 2020).

Assim, o BO é considerado um dos ambientes de trabalho com maior complexidade, onde existe interação entre diversos profissionais da saúde e outros trabalhadores, doentes e seus familiares, e acresce a introdução de novas tecnologias das diversas valências cirúrgicas, CCT, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vasculuar, Ginecologia/Obstetrícia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia. Neste a gestão de enfermeiros é realizada por áreas, da anestesia/UCPA e da instrumentação/circulação.

Por esta razão, dediquei-me às funções de enfermeiro circulante e de enfermeiro instrumentista, desde 2002, nas áreas cirúrgicas de Cirurgia Geral e endoscópica, CB, Ginecologia, Cirurgia Vasculuar e CCT, e como elemento na equipa de urgência, que assegura cirurgias urgentes/emergentes (2005). Desde 2018 que integro, em regime de prevenção de 24 horas, a equipa pluridisciplinar da CCT.

Mas, em situações complexas na gestão dos recursos humanos, é imprescindível o nosso contributo na prestação de cuidados de saúde no âmbito da anestesia, sendo que em 2009, por défice de enfermeiros nesta área, realizei um período de integração com a duração de um mês, o que contribuiu para o crescimento profissional, formativo e na aquisição de competências. A escolha recaiu pelo profissional ambientado na organização, com cerca de sete anos de experiência profissional e motivado. A minha permanência nesta área teve uma duração de seis meses, onde prestei cuidados à pessoa na sala operatória e na UCPA. Após este período, regressei à área da instrumentação/circulação, sendo a área de minha preferência, onde permaneço até a data.

Ao longo do meu percurso profissional, frequentei diversas formações teórico-práticas, que edificaram o conhecimento e o desenvolvimento profissional, na área da pessoa em situação perioperatória. Considero a formação (em serviço e/ou complementar) como o pilar que sustenta o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro, que reforça os conhecimentos de base e contribui para a aquisição de novas competências e práticas de cuidados de saúde, para uma tomada de decisão baseada em evidência científica.

Neste sentido, participei em diversos cursos, tais como: “curso teórico de materiais de sutura e sistemas de drenagem” (2003), no “Workshop Cirurgia Laparoscópica Avançada” no “I congresso de Enfermagem Perioperatória” (2008), no “curso de enfermagem nas urgências traumatológicas” (2009), no curso “Definitive Surgical Trauma Care” (DSTC) (2010), para enfermeiros, reconhecido pela Associação Internacional para Trauma e Cuidados Intensivos Cirúrgicos (IATSIC-*International Association for Surgery and Intensive Care*), com o objetivo de formar os participantes nas técnicas necessárias para os cuidados cirúrgicos do doente de trauma. A última formação citada contribuiu para a prestação de cuidados de saúde de qualidade e seguros, e ao mesmo tempo permitiu o estabelecimento de uma equipa de enfermagem mais bem preparada para a cirurgia de trauma.

A cirurgia de *damage control* é um conceito aceite entre os especialistas em trauma abdominal, no qual o doente pode desenvolver a “tríade letal”: coagulopatia, acidose metabólica e hipotermia. Acrescenta-se que tive oportunidade de rever os conceitos anteriores na unidade curricular Enfermagem Perioperatória II.

Em 2011, participei no “I curso básico de técnicas endovasculares”, a “recertificação do curso suporte imediato de vida” (2014), no curso “pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde” (2019), e no “Curso: Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa”, no âmbito da unidade curricular Enfermagem Perioperatória I (2021).

Presenciei em diversos congressos temáticas relacionadas com a enfermagem perioperatória e a CB, tais como, no “5º congresso nacional de cirurgia bariátrica e metabólica” (2009), nas “I jornadas de Enfermagem Perioperatória do Norte – Atualização em cuidados de enfermagem cirúrgica” (2009), no “BEST 2010” (Bariatric Endoscopic Surgery Trends), no “6º congresso da sociedade portuguesa de cirurgia minimamente invasiva” (2013), na organização de uma exposição da sala operatória, no âmbito das comemorações do dia do enfermeiro (2018), com o objetivo de participação e envolvimento da comunidade com a enfermagem perioperatória, no congresso “SPCCTV 4D VISIONS 19” (Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardíaca, Torácica e Vascular) (2019), no “XIX congresso nacional da AESOP” (2020), participando e colaborando como enfermeira instrumentista na “1ª reunião do núcleo de cirurgia de obesidade e doenças metabólicas do HNM” (2020).

Participei, ainda, no “V congresso internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgico: E se não houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?”,

apresentando dois pósteres intitulados “A História da Enfermagem Perioperatória: Aprender com o mapa conceitual” e “O futuro da Enfermagem Perioperatória: Aprendendo com o mapa conceitual” (2021).

Estes pósteres foram elaborados no decurso do 5º curso de MEMC, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, o 1º curso aprovado pelo colégio da especialidade de EMC, com a definição dos padrões de qualidade dos cuidados especializados consoante o alvo e contexto de intervenção (OE, 2017). A opção pelo mestrado surgiu naturalmente, uma vez que o percurso profissional desenvolvido, na procura permanente da excelência do cuidado, esteve sempre em paralelo com as competências específicas do EE em enfermagem dirigidas à pessoa em situação perioperatória.

Reconhecendo que os profissionais da saúde necessitam de apoio contínuo para manter e melhorar a sua prática, a Supervisão Clínica (SC) é considerada um mecanismo de suporte para a segurança e qualidade dos cuidados, dinamizador no processo de aprendizagem, promovendo e implementando o processo de tomada de decisão em enfermagem (Carvalho, 2014).

Sendo o termo SC utilizado no Modelo de Desenvolvimento Profissional, desenvolvido sob a tutela do Conselho de Enfermagem da OE (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro de 2009), como

um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica. O processo de supervisão, período de prática acompanhada de forma contínua, visa a autonomização gradual do supervisionado, em contexto profissional, centrado na prática clínica, nos processos de tomada de decisão. A ação, reflexão e a colaboração são eixos centrais deste modelo de supervisão clínica (p.5).

Este modelo de SC em contexto de Prática Tutelada em Enfermagem, tem como foco a aprendizagem do supervisionado e o desenvolvimento do seu projeto profissional. O supervisor, tem a função de “incitar o supervisionado a tornar-se um agente dinâmico comprometido com o seu próprio processo de aprendizagem e de mudança positiva, assumindo a missão de o ajudar a analisar e a repensar, dando feedback contínuo e periódico do seu progresso”. O desenvolvimento de competências faz-se na ação e na reflexão sobre a ação (OE, 2009, p.9).

E assim, no EC III, ao identificar a necessidade formativa perante as dificuldades manifestadas pelos enfermeiros que cuidam da pessoa a vivenciar a CB. Perante esta oportunidade de formação, recorri à pesquisa bibliográfica, utilizando as bases de dados eletrónicas, nomeadamente, a Cochrane, google académico, RCAAP, Cinahl e a Medline,

como pilar no desenvolvimento de uma ação de formação intitulada: “Qual o papel do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica de Perioperatório na Cirurgia Bariátrica?”, dirigida a todos os enfermeiros do serviço, tendo como objetivos: primeiro consciencializar sobre os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a CB no pré, no intra e no pós-operatório, bem como, sobre as possíveis complicações; segundo compreender as alterações anatómicas e físicas da pessoa após a CB (Sleeve gástrico, Bypass gástrico em Y de Roux e bypass gástrico de uma anastomose).

A metodologia utilizada para a realização da ação de formação foi através de uma pesquisa de artigos, realizada com base nos descritores em Ciências da Saúde: “*nursing*”, “*bariatric surgery*”, “*perioperative*”, recorrendo ao operador booleano “and” e incluindo estudos publicados nos últimos dez anos (2012-2022) e em língua Inglesa, Portuguesa e Espanhola. A pesquisa abrangeu revistas e jornais científicos, com texto completo e resumo disponível, de onde resultaram 20 documentos para revisão.

E ainda, reutilizei a pesquisa de artigos realizada no âmbito da unidade curricular de Segurança e Gestão do Risco Perioperatório, na concretização de um portefólio, de forma a compreender: “Em que medida a consulta de *follow-up* beneficia a segurança e gestão do risco perioperatório do doente na cirurgia bariátrica?”. Na qual, utilizei os descritores em língua inglesa no *MeSH*: “*nursing*”, “*follow-up*”, “*bariatric surgery*”.

Sendo que a OE (2006) elucida a investigação em enfermagem, como um processo sistemático, científico e rigoroso que procura fortalecer o conhecimento, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos doentes, famílias e comunidades. Define também quatro eixos prioritários para a investigação em enfermagem: adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, estratégias inovadoras de inovação/liderança e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências.

Desta forma, considero relevante a formação contínua, permitindo uma reflexão sobre a teoria e a prática, acrescentando valor à qualidade dos cuidados prestados.

Neste capítulo procurei esclarecer, através de uma análise crítico-reflexiva, algumas das atividades e conhecimento desenvolvido, nas práticas clínicas, bem como, pela experiência profissional, essenciais à certificação das competências comuns do enfermeiro especialista.

2.2. Domínio das competências específicas: o contributo dos contextos da prática clínica

Considerando a vasta abrangência da especialidade EMC, bem como, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, a OE (2018) reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, pelo que evidencia as diferentes áreas de enfermagem, identificadas como: “a área de enfermagem à pessoa em situação crítica, a área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, a área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e a área de enfermagem à pessoa em situação crónica” (p.19359).

As competências específicas do EEEMCEPSP explanadas no Regulamento n.º 429/2018, são um conjunto de competências clínicas especializadas e realizadas consoante o alvo e o âmbito de intervenção, que visam fornecer um enquadramento regulador para a sua certificação e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos profissionais da saúde especializados.

Fundamentado pela particularidade das necessidades da pessoa em situação perioperatória, o EEEMCPSP mobiliza conhecimentos, habilidades e atitudes, promovendo a compreensão e a gestão da experiência anestésica/cirúrgica, capacitando a pessoa para o autocuidado e a reintegração familiar e social, portanto, primeiro cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, e segundo maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica, transversalmente pelos cuidados de enfermagem perioperatórios, considerados de elevado risco, pela possibilidade de ocorrência de eventos adversos, decorrentes da vulnerabilidade da pessoa e pela complexidade do ambiente, dos recursos e dos procedimentos anestésicos/cirúrgicos realizados.

Segundo Lopes et al. (2018), os benefícios da especialização em enfermagem, são sustentados pela evidência científica, que se traduz em ganhos em saúde para os doentes (melhoria dos indicadores de saúde), para as instituições (melhoria dos indicadores de gestão: produtividade e eficiência) e para os enfermeiros especialistas (melhoria dos índices de satisfação pelo reconhecimento das competências especializadas).

A área da enfermagem perioperatória tem-se fortalecido com um corpo de conhecimentos próprios, o que sustenta o desenvolvimento de intervenções promotoras de segurança do doente e de uma gestão de riscos eficaz nos cuidados de enfermagem

perioperatórios, promovendo o envolvimento da pessoa na sua própria segurança (AESOP, 2013; Matos et al., 2021).

Estes cuidados exigem a identificação das necessidades, o planeamento, a execução e a avaliação dos resultados obtidos, nas áreas complementares entre si: anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos e consultas perioperatórias, com a finalidade de promover a saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença. Os cuidados devem ser caracterizados por uma atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação anestésica/cirúrgica e baseados nos seguintes pilares: no reconhecimento do outro e a capacitação, a vulnerabilidade, a responsabilidade de cuidado, a prudência e a gestão de risco, e a consciência cirúrgica (OE, 2017).

Neste contexto, a definição dos padrões de qualidade dos cuidados especializados do EEEMCPSP, visam a excelência do exercício profissional, orientando a reflexão profissional e a autonomia na tomada de decisão, baseada nos sete enunciados descritivos: a satisfação do doente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a segurança da pessoa. E ainda, servem de referência na definição de indicadores para identificar o contributo para os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem perioperatórios (OE, 2017).

A qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, tem sido uma preocupação das instituições e dos profissionais da saúde. Os modelos de prática profissional de enfermagem, contribuem para ambientes promotores para uma prática profissional de excelência, para uma melhoria na comunicação, na autonomia, no trabalho em equipa, na gestão partilhada, no fortalecimento do compromisso com a organização e a profissão, o que culmina no aumento da satisfação dos enfermeiros (Ribeiro et al., 2016).

As práticas recomendadas da AESOP (2013) são um exemplo de práticas baseadas na evidência para a excelência do cuidado em enfermagem perioperatória, que tem como objetivo defender a qualidade, a segurança dos cuidados perioperatórios e as condições de trabalho dos enfermeiros. Do mesmo modo, a Sociedade Americana de Cirurgia Metabólica e Bariátrica certifica os enfermeiros bariátricos (*Certified Bariatric Nurse*), de acordo com os padrões estabelecidos, exigindo que cada candidato demonstre competência em todos os aspetos técnicos e não técnicos, para um cuidado eficaz e seguro à pessoa com obesidade (ASMBS, 2022).

Vivenciar a CB implica um processo de transição, o qual engloba um conjunto de mudanças, adoção de um novo estilo de vida, exigindo um período de adaptação. O bem-estar psicossocial depende da capacidade da pessoa em lidar com a nova situação, e o enfermeiro assume o papel primordial de ajudá-la a conhecer-se e a compreender-se melhor, envolvendo-a e tornando-a responsável no seu processo de saúde. Como estratégias para diminuir a ansiedade, gerada pela exigência da adaptação, podem elencar-se a promoção de momentos de escuta, de diálogo e de literacia em saúde.

A CB reiniciou no HNM em 2013, com o núcleo de cirurgia da obesidade e doenças metabólicas, delineando novos objetivos, de acordo com as recomendações da DGS, Boas práticas na abordagem do doente com obesidade elegível para cirurgia bariátrica circular normativa n.º 28 de 31/12/2012.

Segundo o plano de intervenção do núcleo, as pessoas devem ser referenciados dos centros de saúde ou pelo médico particular para o diretor do serviço de cirurgia, que encaminha para o cirurgião, responsável pela primeira triagem de acordo com os critérios de inclusão. Existe também a possibilidade da referenciação através das reuniões mensais, recomendados por familiares/amigos que já as frequentam.

A primeira consulta de enfermagem tem como objetivo a realização da anamnese do doente, utilizando os instrumentos: o formulário de avaliação inicial e a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida Abreviado da Organização Mundial de Saúde (*WHOQOL-BREF*). Segue-se a consulta médica de CB, onde é realizada a avaliação pelo cirurgião, solicitados os meios complementares de diagnóstico e é feita a referenciação para endocrinologia, nutrição e psicologia.

Após os resultados dos meios complementares de diagnóstico e as consultas realizadas, reúne-se a equipa pluridisciplinar para a decisão terapêutica. A pessoa apta para a CB, inicia o programa de educação/informação, reunião mensal, composta por cinco módulos (cirurgia, endocrinologia, nutrição, enfermagem e psicologia), com o objetivo primordial de esclarecimento de dúvidas, e receber informação em suporte de papel sobre os diversos tipos de cirurgia e suas complicações, alterações dos hábitos alimentares e seguimento pós-operatório. Este programa esteve em ação até o início da pandemia, no entanto neste momento ainda não foi retomado na sua totalidade.

O pré-operatório inicia-se aquando da decisão da cirurgia e termina com a transferência da pessoa para a marquesa cirúrgica (DRE, 2018). É um período caracterizado pela preparação física e psicológica da pessoa para a cirurgia, Spry (2009) citado por Ferrito

(2014), explica que o tempo de duração desta fase varia de acordo com o fato de se tratar de uma cirurgia eletiva ou de urgência e que as intervenções de enfermagem são essencialmente de suporte, ensino e preparação para os procedimentos anestésicos/cirúrgicos.

A consulta de enfermagem é uma das atividades autónomas do enfermeiro, que representa o início do processo de enfermagem, e tem como objetivo fornecer informação personalizada, respeitando as necessidades da pessoa, promovendo o seu empoderamento e a sua literacia em saúde (Jesus & Abreu, 2014).

Na consulta de enfermagem de *follow-up* de obesidade, é desenvolvido um plano de instrução, ensino e treino promovendo a capacitação e autogestão, assegurando que a pessoa compreenda a informação para a sua autodeterminação e tomada de decisão em relação à CB. É esperado que o enfermeiro auxilie a pessoa nas transições vivenciadas, nos défices de autocuidado provocados pela mudança, proporcionando o bem-estar e recuperação mais célere (Carvalho et al., 2016).

Neste contato, é importante encontrar estratégias que promovam a diminuição da ansiedade relativamente a uma nova realidade, sendo crucial conhecer a vivência da pessoa com obesidade, as tentativas de perda de peso, os fatores promotores de recaída, os fatores etiológicos, os padrões alimentares, o apoio familiar e questões emocionais associadas, bem como, a sua situação financeira/laboral que possam influenciar a saúde e a sua adesão ao tratamento.

A avaliação realizada na consulta de enfermagem é fundamental, e deve incluir os dados da pessoa relativamente aos sinais vitais; peso e altura (IMC); o perímetro abdominal (valores devem ser inferior a 94 cm no homem e de 80 cm na mulher); aos antecedentes pessoais, familiares e cirúrgicos; o conhecimento de alergias medicamentosas ou alimentares; o consumo de álcool, tabaco e drogas; a existência de alguma incapacidade física; a terapêutica habitual; o uso de próteses ou implantes; a contraceção e expectativas de ter filhos (no caso das mulheres) (Carvalho et al., 2016).

Também é importante fazer referência às diretrizes da sociedade do *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) (2021), que engloba uma série de intervenções pluridisciplinares perioperatórias baseadas na evidência, com o objetivo de reduzir o stresse cirúrgico, manter a função fisiológica, reduzir a dor, enfatizar a importância da mobilização e promover a nutrição oral pós-operatória precoce (Santos et al., 2017; Stenberg et al., 2022).

Assiste-se à valorização da intervenção de enfermagem em todo o percurso cirúrgico do doente, desde o ensino pré-operatório, informação e educação adaptado às

necessidades individuais, a perda de peso pré-operatória através de uma dieta hipocalórica, e recomenda a cessação tabágica pelo menos quatro semanas antes da cirurgia. E para os doentes que apresentam hábitos etílicos, recomenda a abstinência, rigorosamente respeitada por um a dois anos, bem como, a avaliação de reincidência após CB (Santos et al., 2017; Mendes & Ferrito, 2021; Stenberg et al., 2022).

Os principais diagnósticos de enfermagem identificados na consulta de enfermagem de *follow-up* de obesidade são: ansiedade; falta de conhecimento; status nutricional comprometido; função do sistema respiratório comprometida (apneia do sono); dor, mobilidade comprometida (problemas musculoesqueléticos); défice no autocuidado (Jesus & Abreu, 2014; Fencel & Walsh, 2015; Petcu, 2017; Ferreira, 2019; CIPE, 2019).

No final da consulta de enfermagem, o enfermeiro deve validar as informações e os ensinamentos fornecidos/realizados, assegurando que a pessoa não tenha dúvidas relativamente à cirurgia e ao seu plano de recuperação (Jesus & Abreu, 2014).

Ao participar na consulta de enfermagem de *follow-up* de obesidade, foi possível acompanhar a pessoa em diversas situações, no processo de melhoria no seu autocuidado em relação à adoção de hábitos saudáveis relacionados com a prática de exercício físico, com padrões de refeição regulares, e o isolamento social, promover as consultas nutricionais e de psicologia, e proporcionar esclarecimentos relacionados com o tipo de cirurgia.

Todavia nem todas as pessoas, consideram obesidade uma doença crónica, pois sentem-se saudáveis, e precisam ser consciencializados de forma a desmitificar este conceito, e que reflitam relativamente sobre o futuro e as repercussões, caso não mudem os seus hábitos. É gratificante conseguir que um jovem, renitente, numa fase inicial, a frequentar esta consulta, e a voltar ao domicílio com expectativas realistas, com a perceção de que pode alterar o seu processo de saúde/doença, alcançando pequenas metas exequíveis e com apoio permanente de uma equipa pluridisciplinar.

A autoformação na consulta de enfermagem, despertou o desejo de ser proativa e contribuir para o projeto do núcleo de cirurgia da obesidade e doenças metabólicas do HNM, com o objetivo de implementar a consulta de enfermagem pré-operatória contribuindo para a segurança do doente e satisfação dos enfermeiros, mantendo funções no BO, como enfermeira perioperatória instrumentista/circulante, no planeamento e integração de novos elementos e futuramente, e assim contribuir para a formação da equipa de enfermagem.

A implementação da consulta de enfermagem pré-operatória, efetuada pelo enfermeiro perioperatório, tem como objetivo primordial, promover a interação com a

pessoa e família/pessoa significativa, antecipar o seu acolhimento no BO, tranquilizar, prestar apoio psicológico, esclarecer dúvidas, ajudando-o a lidar com os seus medos e receios, preparando-o para a experiência anestésica/cirúrgica mais segura, como afirma Ramos et al. (2003) (Pires & Rego, 2016).

Sendo o momento ideal para fornecer informações sobre os procedimentos inerentes à preparação pré-operatória e verificar a sua compreensão, operacionalizando o processo de enfermagem, através da avaliação inicial às necessidades afetadas, formulando diagnósticos de enfermagem e planear os cuidados de modo individualizado, promovendo a articulação entre os profissionais da equipa pluridisciplinar, garantindo a continuidade dos cuidados, em benefício da pessoa e segundo uma prática baseada na evidência (Jesus & Abreu, 2014; Pires & Rego, 2016; DRE, 2018).

Para Mendes e Ferrito (2021), a implementação da consulta de enfermagem pré-operatória promove uma mudança na prática de cuidados, contribuindo para uma melhoria dos processos e dos resultados, promovendo a literacia em saúde, uma melhor preparação e maior colaboração da pessoa. Idealmente a consulta, deveria realizar-se após as consultas pluridisciplinares (cirurgia, anestesiologia, nutricionista e psicologia), para esclarecimento de dúvidas e preparação para a hospitalização.

No entanto, a visita pré-operatória é realizada no dia que antecede a cirurgia, sempre que haja possibilidade, com a finalidade de conhecer a pessoa e de criar uma relação que facilite a comunicação entre o enfermeiro e a pessoa. Tal permite que a pessoa manifeste as suas preocupações e os seus medos, esclareça as expectativas e estimule a sua cooperação para a segurança do procedimento anestésico/cirúrgico.

No momento da hospitalização, procede-se ao acolhimento da pessoa e família/pessoa significativa, iniciando o processo de enfermagem, pelo preenchimento da apreciação inicial, em formato de papel. Tem como objetivo a colheita de dados segundo as atividades de vida diárias. Neste primeiro contato entre o enfermeiro e a pessoa, são apresentados a estrutura e o funcionamento do serviço, fornecida informação sobre os procedimentos inerentes à preparação pré-operatória, incentivando-se a sua participação no controlo da infeção.

Na apreciação inicial são incluídos alguns indicadores, tais como, o peso e altura (IMC), a FC, a tensão arterial não invasiva, temperatura corporal, glicémia capilar, FR e a SpO₂. Estas informações concorrem para a formulação de diagnósticos de enfermagem e implementação de intervenções de enfermagem, bem como para a deteção precoce de

alterações na condição clínica. Sendo o momento ideal para verificar a existência de meios complementares de diagnósticos preconizados para a realização de uma cirurgia segura, como por exemplo, eletrocardiograma, RX de tórax ou ressonância magnética, valores analíticos sanguíneos e o teste de despiste do SARS-CoV-2 (2022).

Nesta fase, são fornecidas informações sobre a importância do banho pré-operatório com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos duas horas de antecedência, a necessidade de retirar adornos, joias e próteses (dentárias e outras), o uso de vestuário adequado (bata e meias elásticas de compressão), e a importância de realizar e manter o jejum (alimentos líquidos e sólidos) num intervalo de tempo de seis horas. As intervenções mencionadas, contribuem para promoção da segurança da cirurgia e a prevenção de ILC, implementada pela UL – PPCIRA, segundo a norma n.º 020/2015 da DGS (atualizada a 17/11/2022).

Durante o EC III, a realização do acolhimento, nas diversas especialidades, revelou-se uma experiência enriquecedora, favorecendo a relação de ajuda, no desenvolvimento de estratégias da comunicação expressiva de emoções e promotoras de esperança, alívio da ansiedade e medo, relacionados com o processo de saúde/doença. O fato de identificar-me como enfermeira a exercer funções no serviço de BO, há cerca de 20 anos e a realizar um estágio que integra uma forte componente de autoformação, foi impulsionador para questionarem sobre o seu processo anestésico/cirúrgico.

O enfermeiro perioperatório assume um papel primordial no combate das IACS, que representam um grave problema e complexo de saúde pública, constituindo um risco acrescido para os doentes que recebem cuidados de saúde, sendo a causa de morbidade, mortalidade e consumo acrescido de recursos materiais e humanos, para além dos custos indiretos, na qualidade de vida, dor e sofrimento da pessoa e família/pessoa significativa. Este necessita de estar atualizado no que respeita diretivas dadas pela UL –PPCIRA, de modo a executar e contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde (taxas de infeção, mortalidade e morbidade) e nos custos com o tratamento (Alexandre & Carreiro, 2019; Rodrigues, 2019).

Os cuidados de enfermagem prestados no pré-operatório, focam-se no apoio biopsicossocial, promotores do alívio da ansiedade e medo, no ensino da pessoa, na sua preparação para as potenciais alterações de autoimagem e diminuição das capacidades, decorrente do processo anestésico/cirúrgico. Incluem também a garantia do cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com o consentimento informado,

assegurando que a pessoa compreenda a informação fornecida, na administração de profilaxia farmacológica segundo protocolo terapêutico na CB, no dia anterior à cirurgia, administração de enoxaparina sódica de 40mg (subcutâneo) e de pantoprazol de 40mg (endovenoso), e o ensino e incentivo de exercícios respiratórios a fim de promover a expansibilidade e mobilidade das secreções (Santos et al., 2017; DRE, 2018; Paz & Souza, 2019).

No dia da cirurgia, a pessoa é transferida para o BO, e inicia-se o acolhimento segundo o protocolo do HNM, com a verificação da preparação pré-operatória, a preparação da pele, a manutenção do jejum, a indumentária necessária, o uso de meias elásticas de compressão, e outros.

O intraoperatório inicia-se no momento da transferência para a marquesa cirúrgica e termina aquando da transferência para a UCPA (DRE, 2018). Durante esta etapa a pessoa é monitorizada, anestesiada e realizado o procedimento cirúrgico. Segundo Spry (2009), referido por Ferrito (2014), as áreas de intervenção do enfermeiro focam-se essencialmente na segurança, na facilitação do procedimento, na prevenção de infeção e na satisfação das necessidades fisiológicas em resposta à anestesia e à intervenção cirúrgica.

É fundamental que o enfermeiro no intraoperatório compreenda e seja sensível ao extenso processo de preparação exigido para a concretização da CB, pois, terá maior probabilidade de ser eficaz no apoio ao doente durante esta fase. Dando continuidade aos cuidados de saúde promovidos pela equipa pluridisciplinar, utilizando estratégias de comunicação adequadas, é expectável que o enfermeiro seja o advogado da pessoa com obesidade, responsabilizando-se pelo seu conforto, a sua integridade, a sua privacidade e ao cumprimento da sua vontade expressa (Neil & Roberson, 2015; DRE, 2018).

Anualmente, segundo a OMS, milhões de pessoas são submetidas a procedimentos anestésicos/cirúrgicos com sucesso, porém podem ocorrer eventos adversos relacionados com a segurança da pessoa que levam à ocorrência de complicações, lesões e até à morte, gerando um enorme impacto em termos sociais e económicos para os sistemas de saúde. Assim é crucial a aplicabilidade de sistemas de prestação de cuidados seguros e a aposta no desenvolvimento das equipas pluridisciplinares, em competências técnicas e não técnicas (comunicação, confiança, consciência situacional, tomadas de decisões, trabalho de equipa), pessoais e coletivas (Matos et al., 2021).

Os eventos adversos ocorridos no contexto do BO, na sua maioria evitáveis, estão associados à complexidade do serviço de saúde e a articulação necessária entre os diferentes

profissionais. E ainda, às distrações originadas por rádios, chamadas telefônicas, outras atividades não essenciais e por conversas entre profissionais não relacionadas com o procedimento. Portanto, todos os elementos da equipa pluridisciplinar são responsáveis por minimizar estas distrações (Matos et al., 2021).

O recurso à LVSC, reduz a ocorrência de eventos adversos, promovendo uma cultura de trabalho em equipa e a padronização de práticas, atuando em quatro grandes áreas: em que a primeira inclui a prevenção de ILC, a higienização das mãos, o uso apropriado e ponderado dos antibióticos, a preparação antisséptica da pele, o tratamento de feridas, a descontaminação e a esterilização dos instrumentos através da antisepsia; a segunda diz respeito à anestesia segura, através da monitorização adequada da pessoa e da preparação prévia na identificação potenciais problemas anestésicos; a terceira referente ao trabalho em equipa, promovendo a comunicação entre os membros da equipa para assegurar a preparação de cada etapa, para que seja realizada de forma oportuna e adequada; e a quarta relativa aos indicadores de avaliação da performance cirúrgica, utilizados para medir a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados dos cuidados cirúrgicos (DGS, 2010; Matos et al., 2021).

Apresenta várias vantagens na sua utilização, entre as quais: ajuda a sistematizar e a recordar questões de rotina que são facilmente esquecidas em doentes críticos ou situações de stress; clarifica as etapas mínimas esperadas num processo complexo e estabelece a base para um elevado nível de desempenho. A LVSC é baseada em três princípios: simplicidade, ampla aplicabilidade e mensurabilidade (DGS, 2010; Matos et al., 2021).

De acordo com o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (2018), a ILC está inter-relacionada aos internamentos hospitalares prolongados e aos procedimentos cirúrgicos adicionais, que podem exigir cuidados de medicina intensiva, resultando em elevados custos em saúde (Viegas, 2019; DGS, 2022). Estima-se que metade das ILC são evitáveis pela aplicação de estratégias baseadas na evidência, num processo complexo, multifatorial, requerendo a integração de um conjunto de medidas preventivas que abranjam os períodos pré, intra e pós-operatório, de forma padronizada, incluindo a duração de profilaxia antibiótica cirúrgica, fator indutor de resistências a antimicrobianos (DGS, 2022).

Corroborando, Viegas (2019) afirma que as medidas para prevenir a contaminação por fontes exógenas ou infeção cruzada, são através do cumprimento de normas e práticas baseadas em evidência, que implicam uma efetiva liderança, envolvimento e educação de todos os membros da equipa e um trabalho pluridisciplinar.

Na profilaxia antibiótica, os antibióticos devem estar prescritos e são administrados num período não superior a 60 minutos (120 minutos, no caso de vancomicina) que antecedem a incisão cirúrgica, uma dose única, ou realizar a repicagem, que depende da duração da cirurgia e do antibiótico recomendado, de acordo com a norma n.º 031/2013 (atualizada a 17/11/2022) Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. Na CB são recomendadas 4 gramas (g) de cefoxitina no procedimento cirúrgico LBGYR (se alergia à penicilina com alto risco de anafilaxia, administrar metronidazol 1g e Gentamicina 5 mg/Kg) e 4g de cefazolina no LSG (clindamicina 1200 mg e gentamicina 5 mg/Kg). Em pessoas com peso inferior a 100 Kg, independentemente do valor do IMC, não há necessidade de ajuste das doses de antibioterapia profilática. No registo da administração da profilaxia antibiótica cirúrgica deve constar o antibiótico e a dose, a hora da administração e a hora de reforço do antibiótico (DGS, 2022).

As práticas recomendadas pela AESOP (2013), auxiliam na prevenção de ILC, visto que o corpo humano é a maior fonte de contaminação microbiana, orientam para o vestuário e o EPI a ser usado e como deve ser usado nas áreas comuns, restritas e semi-restritas do BO, como medidas preventivas de contaminação do ambiente cirúrgico, promovendo um elevado nível de higiene. A supervisão da higienização das mãos e da sala operatória, nos diversos períodos, antes, durante, entre intervenções e no final do programa cirúrgico, está também recomendada.

De acordo com Viegas (2019), existem outras medidas na prevenção da ILC como por exemplo: uma correta aplicação das precauções universais do uso de EPI (luvas, máscara, proteção ocular e bata); a manutenção e a limpeza do equipamento; o controlo ambiental (auditoria e manutenção periódica dos equipamentos de ventilação, limpeza sistemática das superfícies); a competência na técnica asséptica e a manutenção dos seus princípios; a correta desinfeção cirúrgica da pele e os princípios inerentes à mesma (higienização da pele, tricotomia se aplicável); o trabalho em equipa eficiente, no controlo eficaz do tempo operatório; a redução dos movimentos na sala operatória, a restrição do número de pessoas presentes durante a cirurgia; comunicação efetiva e a vigilância da infeção pós-cirurgia.

Nesta fase, são fundamentais as intervenções para manter normotermia da pessoa, dentro dos valores fisiológicos (superior a 36°C), pelo que a temperatura deve ser avaliada durante todo o período perioperatório, e consiste num dos feixes de intervenção na prevenção de ILC. A hipotermia contribui para um aumento do risco de infeção, pela redução do

metabolismo, diminuição da eficácia do sistema imunitário, diminuição do aporte de oxigénio e do compromisso do sistema de coagulação/hemóstase, aumentando o desconforto e o stress pós-cirúrgico; o tremor pode contribuir para intensificar a dor, prolongando o tempo na UCPA (Viegas, 2019; Campbell, 2021; DGS, 2022).

Em pessoas submetidas a cirurgia eletiva, a prevenção e a correção da hipotermia devem ser iniciadas uma a duas horas antes do início da anestesia. Como intervenções para manter a normotermia, a administração de fluidos aquecidos (endovenosos ou na irrigação da ferida cirúrgica ou nas cavidades corporais) a utilização de sistemas de aquecimento ativo (através de cobertores de ar reforçado) e passivo (isolamento térmico e pelos campos cirúrgicos) combinados, têm demonstrado ser eficazes, salvaguardando-se o registo do tipo de aquecimento utilizado (Viegas, 2019; DGS, 2022).

O sistema de informação concebido pelo HNM e nomeado de ATRIUM, é composto por um módulo próprio para o BO, onde são realizados os registos de enfermagem no intraoperatório, estando dependentes da realização da proposta cirúrgica pelo cirurgião. Inclui o diagnóstico inicial, o procedimento proposto, a prescrição da medicação, com ou sem indicação da profilaxia antibiótica. Na sua ausência, os registos de enfermagem são realizados em notas abertas e o procedimento cirúrgico não constará nos indicadores de produção do BO.

Perante esta situação, neste módulo são empregues *checklist(s)* pré-estabelecidas, com a possibilidade de efetuar observações, baseadas e recomendadas pela OMS, mundialmente implementadas como por exemplo a LVSC, e outras, a pré-operatória, o preenchimento da constituição da equipa cirúrgica, por funções e os tempos operatórios.

Na avaliação intraoperatória, os registos de enfermagem são alusivos ao posicionamento realizado e os apoios necessários, a avaliação da integridade cutânea, a localização e a duração de garrote (se aplicável), a informação da ferida cirúrgica, o penso cirúrgico efetuado, a presença e características do dreno, sua localização e o tipo de drenagem, e a presença de outros dispositivos médicos. Também importante, é o acondicionamento e o registo das peças anatómicas originadas do procedimento cirúrgico, procedendo-se à sua identificação e conservação.

A garantia e a manutenção da segurança em ambiente cirúrgico depende da execução de um conjunto de intervenções, realizadas para a pessoa, submetida a uma cirurgia, e para a equipa de saúde responsável pelo procedimento anestésico/cirúrgico, de forma que a cirurgia decorra sem intercorrências, sendo neste desígnio que assentam as

funções do enfermeiro circulante. A sua intervenção tem como objetivo primordial a redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados de saúde no BO, a promoção da segurança da pessoa e dos restantes profissionais, e o suporte necessário à qualidade do ato cirúrgico no que ao ambiente diz respeito (OE, 2004).

O enfermeiro circulante demonstra competências na área da prestação de cuidados, na manutenção de ambiente seguro e nos cuidados pluridisciplinares, o responsável por gerir as atividades fora da área esterilizada (Viegas & Névoa 2014). Segundo as orientações relativas às suas funções, emitidas pela OE (2004), compete a este profissional da saúde identificar as necessidades individuais da pessoa e intervir em conformidade; planear; organizar; delegar; comunicar (gerir e partilhar informação); coordenar e avaliar as atividades com a equipa pluridisciplinar, para garantir e controlar o *turnover*, maximizando os recursos humanos e materiais existentes; controlar e limitar a circulação de profissionais durante o ato cirúrgico; providenciar e verificar a funcionalidade de materiais e de equipamentos adequados ao tipo de cirurgia.

Neste contexto, os cuidados de enfermagem não se limitam à prestação de cuidados diretos à pessoa, dado que os enfermeiros perioperatórios asseguram a gestão, a supervisão e a organização da sala operatória, segundo as suas atividades e funções (anestesia, circulante e instrumentista), com o conhecimento prévio do procedimento cirúrgico a ser realizado. É crucial as competências relacionadas com o trabalho em equipa, pois, contribuem para o alcance de objetivos partilhados por meio de um desempenho interdependente (Moreira et al., 2013; Holmes et al., 2019). E ainda, promover uma comunicação efetiva, ao longo de todo o ciclo de cuidados entre a equipa pluridisciplinar, de forma, a sustentar uma cultura de segurança (DRE, 2021).

Para promover uma anestesia segura e garantir a articulação entre os membros da equipa pluridisciplinar no planeamento e implementação dos cuidados de saúde, considero importante conhecer alguns conceitos fundamentais na área da anestesia, visto que a gestão de enfermeiros perioperatórios realiza-se segundo as funções, o conhecimento e a experiência.

A anestesia na CB apresenta muitos desafios, integrando a gestão intraoperatória das condições e das comorbilidades existentes, as vias respiratórias e a oxigenação, a administração de medicamentos e de fluidos, e a gestão da dor (Fencl & Walsh, 2015). A *American Society of Anesthesiologists* (ASA) é a classificação da gravidade das

comorbilidades médicas pré-anestésicas a que normalmente o anesthesiologista recorre, mas a sua utilização pode não ser suficiente para determinar o risco da CB (Santos et al., 2017).

O *Obesity Surgery Mortality Risk Score* (OS-MRS) é um sistema de estratificação validado para a identificação do elevado risco de complicações após bypass gástrico, e é calculado atribuindo um ponto a cada comorbilidade que afeta a pessoa no pré-operatório (presença ou ausência de hipertensão arterial sexo masculino, idade superior a 45 anos, IMC superior a 50 kg/m² e fatores de risco de embolia pulmonar). De acordo com os pontos obtidos, os doentes são colocados em um dos três grupos: Classe A – grupo de baixo risco com zero a um ponto; Classe B – grupo de risco moderado com dois a três pontos e Classe C – grupo de alto risco com quatro a cinco pontos (Santos et al., 2017; Tulubas, 2019; Shinde & Davis, 2020).

Para Shinde e Davis (2020), os doentes da Classe C têm maior probabilidade de necessitar de monitorização pós-operatória prolongada. Embora a OS-MRS, esteja validada somente para a CB, pode ser aplicado a doentes com obesidade submetidos a cirurgias não bariátricas e orientar a conduta perioperatória.

Na sala operatória, colaborei na passagem da pessoa da maca de transferência para a marquesa cirúrgica, verificando a estabilização e a segurança da transferência. Recomenda-se que assista ou posicione a pessoa numa posição o mais confortável possível, ajudando a identificar pontos de pressão para proteção, assegurando o posicionamento seguro para a indução anestésica. Realizei a monitorização contínua standard (sinais vitais, oximetria de pulso, capnografia), a monitorização e vigilância do bloqueio neuromuscular, da temperatura corporal, da glicémia capilar e o seu registo (Rodrigues, 2012; Santos et al., 2017; Shinde & Davis, 2020; Campbell, 2021). Atendendo à dificuldade de obtenção de acesso venoso e pela técnica anestésica, com a possibilidade de realização de perfusões anestésicas (propofol e/ou de remifentanil), será prudente colocar dois acessos venosos periféricos e avaliar a sua permeabilidade (Santos et al., 2017).

No que respeita à anestesia geral, esta consiste em três fases: a indução, a manutenção e a reversão anestésica. Neste processo de alterações hemodinâmicas, o enfermeiro de anestesia colabora com o anesthesiologista e desenvolve intervenções específicas em cada uma das fases, colocando inicialmente a pessoa numa posição de rampa, na qual o tragus da orelha fica ao nível do esterno e os braços afastados do tórax, podendo-se, em alternativa, elevar a cabeceira a 30°. O posicionamento descrito facilita a

laringoscopia e melhora a mecânica pulmonar, maximizando o tempo de segurança de apneia (Santos et al., 2017; Shinde & Davis, 2020; Campbell, 2021).

A indução inicia-se com a administração de fármacos conduzindo a pessoa a um estado de consciência alterado e reversível, caracterizado pelo efeito analgésico, amnésico, relaxamento muscular e a diminuição dos reflexos (Cambotas et al., 2012; Santos et al., 2017; Campbell, 2021). Normalmente os fármacos utilizados são os de ação rápida, e a dose administrada é calculada segundo o peso corporal ideal e a monitorização neuromuscular, na manutenção da profundidade da anestesia, compatível com a cirurgia e a garantia da reversão completa do bloqueio, antes de acordar a pessoa (Santos et al., 2017; Shinde & Davis, 2020).

A abordagem da via aérea em pessoas com obesidade, pode apresentar complicações associadas com a ventilação com máscara facial e pelo aumento da probabilidade de intubação difícil e/ou insucesso na intubação orotraqueal (Andrade & Tranquada, 2017; Shinde & Davis, 2020). Em resposta a esta situação de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade, o enfermeiro providencia o carro de apoio à intubação difícil e auxilia na intubação, tendo o conhecimento prévio, que estas pessoas com obesidade dessaturam rapidamente, sendo recomendado evitar a administração de sedativos e ansiolíticos, na fase pré-operatória (Santos et al., 2017; Campbell, 2021).

No momento da intubação orotraqueal, poderá ser necessário realizar a manobra de *Sellick*, que consiste em aplicar uma leve pressão ao nível da cartilagem cricoide, para ajudar a alinhar a via aérea, para prevenir a aspiração e manter a manobra até que a via área esteja protegida, com a conclusão da intubação, a insuflação do *cuff* do tubo orotraqueal e a colocação adequada deste (Santos et al., 2017; Campbell, 2021).

O posicionamento cirúrgico é a capacidade de colocar, mover e manter o corpo numa posição que permita a melhor exposição cirúrgica e um mínimo de compromisso das funções fisiológicas. Na CB é utilizada a posição semi-Fowler, que consiste na flexão do tronco com ligeira flexão da anca – posição semi-sentada (*beach chair position*). Esta posição é considerada a de eleição que otimiza o ato cirúrgico. A responsabilidade de posicionar a pessoa anestesiada é da equipa pluridisciplinar, no momento certo decidido pelo anestesiológista (Valério & Pinheiro, 2012; Shinde & Davis, 2020; Fawcett, 2021).

O enfermeiro perioperatório, reúne e verifica a disponibilidade dos recursos humanos e materiais adequados, desde a marquesa cirúrgica apropriada para a pessoa com obesidade mórbida, aos assessorios de posicionamento, os apoios para os braços, extensões

laterais, suportes para os membros inferiores capazes de fletir ao nível dos joelhos e cintas de segurança de mobilização para os membros superiores, inferiores e na região da crista ilíaca, de forma a garantir o conforto e prevenir complicações (Fencel & Walsh, 2015; Nightingale et al., 2015; Fawcett, 2021).

O posicionamento cirúrgico, pode desencadear complicações, como o Tromboembolismo Venoso (TEV), principalmente em pessoas com obesidade, relacionada com a compressão de vasos periféricos e profundos, devido à faixa de segurança apertada e/ou pelos membros inferiores pendentes. Tornam-se fundamentais os meios de tromboprevenção (na preparação pré-operatória), que podem ser mecânicos, como por exemplo a aplicação de meias elásticas de compressão, que devem ser adequadas ao tamanho da pessoa e não restringir a circulação; e farmacológica com a administração de anticoagulantes subcutâneos ou endovenosos (Petcu, 2017; Fawcett, 2021).

Na nossa realidade no BO do HNM, a CB é sempre efetuada por via endoscópica, sendo que a abordagem está associada à redução das queixas algicas e de complicações pós-operatórias, contribuindo para um recobro mais célere. A dor pode localizar-se na área cirúrgica ou irradiar para o ombro e pescoço, associada à inflamação peritoneal. Para reduzir este evento é recomendado que a pressão de insuflação do pneumoperitoneu seja alcançada com o menor volume possível de gás (Dióxido de Carbono), e que exista um bloqueio neuromuscular profundo durante todo o procedimento (Shinde & Davis, 2020; Ball, 2021).

De forma, a diminuir a intensidade da dor, associada à inflamação do peritoneu, é necessário recorrer a uma dose única elevada de Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINE's) (por exemplo: diclofenac – 150mg ou cetorolac – 40mg na indução anestésica) e de paracetamol (30-60 minutos antes do fim da cirurgia) (Santos et al., 2017).

Igualmente importante, é a restrição do recurso a opióides, utilizando uma analgesia livre de opióides – *Opioid Free Analgesia* (OFA), e a normovolemia, a manutenção adequada da fluidoterapia, contribuindo para a perfusão tecidual adequada durante a cirurgia. O seu incumprimento está associado com a ocorrência de deiscência da anastomose, por interferência na síntese de colagénio (Santos et al., 2017; DGS, 2022).

O enfermeiro instrumentista demonstra competências na área da prestação de cuidados, na manutenção de um ambiente seguro para a pessoa e para a equipa cirúrgica, com a implementação de intervenções que visam a prevenção e o controlo da infeção, e uma adequada gestão do risco (Viegas & Névoa, 2014).

Na preparação para o procedimento cirúrgico, o enfermeiro instrumentista reúne e verifica com o enfermeiro circulante, os equipamentos e os dispositivos médicos necessários. Posteriormente prepara-se para dispor as mesas cirúrgicas, o mais próximo possível do início da cirurgia em colaboração com o enfermeiro circulante, respeitando e fazendo respeitar as normas de segurança e assepsia, iniciando pela higiene das mãos, a preparação pré-cirúrgica das mãos, que deve ser realizada com sabão antimicrobiano, de preferência um antisséptico com ação residual, antes de equipar-se com bata impermeável e calçar as luvas estéreis (AESOP, 2013; Viegas & Névoa, 2014; Contreiras, 2019; DGS, 2022).

A técnica asséptica cirúrgica consiste num conjunto de intervenções e de procedimentos realizados pela equipa cirúrgica, com o objetivo de reduzir o risco de IACS, nomeadamente a ILC, e prevenindo a contaminação dos profissionais envolvidos no processo cirúrgico, sendo que todos elementos da equipa têm o dever de garantir um ambiente cirúrgico seguro. Regendo-se pela consciência cirúrgica, um conjunto de valores individuais e de ética profissional que motivam uma prática clínica de excelência, e promove medidas corretivas em situações de quebra de assepsia (AESOP, 2013).

A colocação das mesas com os dispositivos médicos, para o procedimento cirúrgico devem ser padronizadas por tipo de cirurgia, facilitando a contagem. Todos os dispositivos médicos, como as compressas utilizadas no procedimento cirúrgico devem possuir contraste ao RX e ser de uso exclusivo do campo operatório. As compressas utilizadas pela área da anestesia, não devem ser contrastadas e devem ser recolhidas em recipiente próprio (AESOP, 2013). Concomitantemente com o enfermeiro circulante, devem garantir o cumprimento do processo na confirmação dos indicadores da esterilização dos dispositivos médicos, na verificação da integridade da embalagem, bem como o prazo de validade (DRE, 2018; King & Spry, 2021).

A preparação da pele antes da cirurgia e a correta desinfecção do campo operatório são medidas fundamentais para o controlo da infeção. A realização da tricotomia, não deve ser executada por rotina, mas antes e apenas quando necessária, dependendo da quantidade de pelos, da localização da incisão e do procedimento cirúrgico. Esta é efetuada imediatamente antes da intervenção cirúrgica com a máquina de corte, evitando as micro lesões da pele, recorrendo ao uso único de lâminas descartáveis para prevenir contaminações cruzadas (AESOP, 2013; King & Spry, 2021; DGS, 2022).

A preparação antisséptica da pele, deve ser realizada imediatamente antes da incisão, com técnica correta, e com uma solução de clorexidina a 2% em álcool a 70%, a menos que

seja contraindicada; o tempo de fricção e secagem total da solução antisséptica, devem ser respeitados de acordo com as instruções do fabricante. A área a desinfetar deverá ser suficientemente alargada, de forma a impedir a transição de microrganismos para o campo estéril a estabelecer, considerando o tamanho da incisão, a colocação de drenos, a necessidade de aumentar a incisão. O excesso de antisséptico, fora do campo operatório deve ser limpo, não criando zonas de humidade que favoreçam a proliferação de microrganismos (AESOP, 2013; King & Spry, 2021; DGS, 2022).

Na colocação de campos cirúrgicos de uso único, devemos ter em consideração as características técnicas, a composição adequada à intervenção cirúrgica, as normas inerentes à sua colocação correta, e assim, concebendo o isolamento do local cirúrgico, uma barreira microbiana, promovendo a proteção e o conforto da pessoa e dos profissionais da saúde (AESOP, 2013; King & Spry, 2021). Na CB é utilizado um campo cirúrgico único com abertura para as incisões cirúrgicas, que inclui uma barreira de plástico aderente e bolsas laterais para a colocação dos dispositivos médicos de uso múltiplo.

Na cirurgia videolaparoscópica, é necessário que o enfermeiro perioperatório tenha o conhecimento do funcionamento, a sua aplicabilidade e das normas de segurança dos diversos dispositivos médicos de uso único e múltiplo. Devem ainda, estar cientes do risco da insuflação do pneumoperitoneu, monitorizando a velocidade do fluxo e o volume de gás utilizado, e ao mesmo tempo, a pressão intra-abdominal (Ball, 2021).

A CB utiliza os dispositivos ultrassónicos, uma energia mecânica vibratória, que oferece uma opção segura para o corte e coagulação. São ondas sonoras de alta frequência que se propagam para a ponta da lâmina, produzindo energia ultrassónica. Tendo como principais vantagens a ausência de fumos ou odores, redução de lesão nos tecidos adjacentes, não existe estimulação nervosa ou muscular, por não haver dispersão elétrica, o corte e o controlo são precisos (Ball, 2021).

Com base na experiência da equipa cirúrgica e na decisão intraoperatória, a alteração da técnica cirúrgica pode ocorrer, como anteriormente referi no LBGYR, onde é necessário a mobilização do intestino delgado. Perante a impossibilidade da mesma, dar-se-á a conversão para a técnica LSG.

Na CB é utilizada uma sonda orogástrica (sonda de Fouchet) de grande diâmetro para calibrar o estômago remanescente no LBGYR (36Fr) e na ressecção vertical no LSG (52Fr), o que inclui alguma manipulação intraoperatória, na introdução e na remoção da mesma, antes da extubação. Outra intervenção importante na técnica cirúrgica LBGYR, na

presença de anastomoses, é a verificação da permeabilidade das mesmas, com o teste com cloreto de metiltionínio (dois mililitros [ml] em 500 ml de soro fisiológico), com a colocação de compressas de gaze junto as anastomoses, e a sua verificação se estão matizadas de azul. Na ausência de cor azul nas compressas, a hemóstase é revista, inserido o dreno penrose 15mm (de silicone em drenagem passiva), adjacente à anastomose. Seguidamente procede-se à infiltração com anestésico local nas incisões cirúrgicas, o encerramento da pele, a fixação do dreno, e por fim, a realização de penso cirúrgico (Tulubas, 2019).

Após o término da cirurgia, os dispositivos médicos são devidamente selecionados e condicionados para a sua eliminação ou reprocessamento na central da esterilização, iniciando o processo de descontaminação (limpeza e desinfecção). No caso dos instrumentos usados na laparoscopia (material frágil), devem ser desmontados na sua totalidade. O processo de descontaminação é realizado manualmente pelos assistentes operacionais, que previamente são instruídos para o seu procedimento, o registo do tipo de detergente, temperatura, concentração e tempo de contato, e para a importância do uso de EPI (AESOP, 2013; King & Spry, 2021).

Durante todo o procedimento cirúrgico, o enfermeiro instrumentista tem como função a manutenção da técnica asséptica, a minimização do traumatismo tecidual e a redução do tempo cirúrgico. Deve estar preparado para dar resposta a situações de imprevisibilidade e complexidade do procedimento cirúrgico (DRE, 2018).

A gestão do risco associado à retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico, é assegurada pela contabilização dos dispositivos médicos de uso único utilizados durante o procedimento cirúrgico, respetivamente à quantidade e à dimensão das compressas contrastadas e materiais cortoperfurantes. Também importantes, são a contabilização, a verificação do funcionamento, a disponibilidade e o cumprimento da esterilização dos instrumentos cirúrgicos assegurando a execução da prática recomendada pela AESOP (2013), “Contagem de compressas, instrumentos e materiais cortoperfurantes” (p.71 – 75).

Neste contexto, a prática segura na contagem de dispositivos médicos, fundamentada pela AESOP (2013) e aplicada no contexto profissional, implica o envolvimento de toda equipa pluridisciplinar, sujeita da disciplina, da colaboração e do respeito pela interdependência do desempenho dos diversos profissionais. Este processo envolve dois elementos da equipa de enfermagem, já que a responsabilidade da contagem é partilhada pelos enfermeiros instrumentista e circulante. Em caso, de não estar presente o enfermeiro instrumentista, a contagem deve ser realizada em conjunto, pelo cirurgião ou

outro elemento da equipa estéril. A contagem de compressas e de instrumentos cirúrgicos, deve ser realizada por duas pessoas, de forma audível, sem interrupções e registada antes do início da cirurgia, sempre que são abertos novos dispositivos médicos para a mesa, no primeiro plano de encerramento, no encerramento da pele, sempre que haja substituição da equipa de enfermagem e se a incisão for reaberta após o final da contagem.

No caso de uma situação de erro de contagem dos dispositivos médicos, deve-se repetir a contagem, informar o cirurgião, procurar na sala operatória, no chão, no lixo, nos campos cirúrgicos, providenciar RX intraoperatório, registar o incidente e informar o enfermeiro gestor. Nos procedimentos cirúrgicos emergentes, em que a contagem dos dispositivos médicos não seja possível, o enfermeiro instrumentista deve informar o cirurgião e o enfermeiro gestor que a contagem não se realizou segundo protocolo, providenciar RX intraoperatório e registar o incidente.

A rastreabilidade do dispositivo médico implantável, é garantida pelo registo no processo de enfermagem, segundo a designação, o lote, a referência e a quantidade. No módulo do BO, existe a possibilidade de registar todos os dispositivos médicos de uso único utilizados durante o procedimento cirúrgico. Esta informação está interligada ao serviço de armazenamento, assegurando assim a sua reposição, integrado no projeto institucional para a melhoria da gestão dos recursos materiais.

Como enfermeira de perioperatório, de 2014 a 2020 fui constituinte do júri para aquisição de dispositivos médicos, nomeadamente, de material para cirurgia laparoscópica, de artigos específicos do BO, de instrumentos cirúrgicos para campos, material de proteção individual, de trouxas, de material de suturas mecânicas, emitindo pareceres técnicos. Deste modo, providenciei a atualização da equipa acerca das normas de segurança, de acordo com as instruções do fabricante, na utilização dos dispositivos médicos.

Os cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato, iniciam-se no transporte da pessoa da sala operatória para a UCPA, é efetuado com a cabeceira elevada (a 30°), permitindo o decúbito lateral, e se necessário, o uso da Ventilação Não Invasiva (VNI). Durante a admissão na UCPA, o objetivo é proporcionar a recuperação da pessoa, prevenir e detetar complicações associadas ao procedimento cirúrgico/anestésico. A pessoa é monitorizada continuamente, avaliada e interpretados os seus sinais vitais, o seu estado de consciência, sendo realizada a gestão da administração de protocolos terapêuticos na profilaxia de náuseas e vômitos, no controlo da dor, monitorização e vigilância da

temperatura corporal, glicemia capilar e hemorragia, (Rodrigues, et al., 2012; Santos et al., 2017).

A profilaxia de náuseas e vômitos no pós-operatório, é fundamental para promover o conforto da pessoa e permitir a cicatrização da anastomose (Shinde & Davis, 2020). O antiemético de primeira escolha é um antagonista da dopamina (metoclopramida 10mg ou droperidol 1,25mg) e se não resultar um antagonista da serotonina (ondansetron 4/8mg) (Garcia, 2006; Santos et al., 2017).

Seguidamente, e na presença dos critérios habituais, a pessoa terá alta da UCPA para a enfermaria, entre os quais a ausência de intercorrências, a dor controlada, a frequência respiratória normal, sem períodos de hipopneia/apneia na última hora ou SpO₂ igual ao valor pré-operatório, com ou sem oxigenioterapia (Santos et al., 2017).

As intervenções de enfermagem no pós-operatório, centram-se na prevenção e tratamento das complicações imediatas e tardias, monitorizando sinais vitais, sinais de hemorragia, infecção (abscesso intra-abdominal, feridas cirúrgicas), profilaxia de náuseas e vômitos, distúrbios hidroeletrólíticos, risco de deiscência da anastomose, de obstrução ou perfuração intestinal, risco de tromboembolismo venoso, risco de embolia pulmonar, risco de desidratação, despiste de disfagia e estenoses (Petcu, 2017).

Outros aspetos fundamentais incluem o incentivo dos exercícios respiratórios a fim de promover a expansibilidade e mobilidade das secreções, a promoção da mobilidade precoce e a avaliação e controlo da dor. Normalmente, para a avaliação da dor utiliza-se a escala verbal por ser simples e rápida, sendo que a classificação da dor deve ser feita sempre que possível pela pessoa. Não se pode menosprezar o esclarecimento de dúvidas e o reforço no ensino de competências à pessoa e família/pessoa significativa, na preparação do seu regresso ao domicílio (Petcu, 2017).

O plano alimentar é iniciado 24 horas após o término da cirurgia, é acompanhado pelo nutricionista, e monitorizado pelo enfermeiro no que concerne à tolerância da alimentação oral e ao cumprimento do regime alimentar segundo protocolo.

Os profissionais da saúde, a pessoa e família/pessoa significativa, devem estar atentos aos riscos da deficiência de vitaminas B₁, B₁₂, D e ácido fólico, e de minerais, ferro e cálcio, associado à CB, devido a diminuição dos ácidos estomacais e das enzimas digestivas do estômago. A deficiência de vitaminas B₁₂ pode dar origem a anemia, a deficiência de tiamina (B₁) possui um maior risco de desenvolver beribéri, que pode afetar

vários órgãos, incluindo o coração, o sistema gastrointestinal e o sistema nervoso central e periférico (Maciel et al., 2010; Bordalo et al., 2011).

A abordagem à pessoa com apresentação clínica compatível com Hipoglicemia Pós-cirurgia Bariátrica (HPB) representa um desafio, caracterizada pela ocorrência de hipoglicemia inferiores a 70mg/dl, relacionada com a síndrome de *dumping*, esvaziamento gástrico acelerado. O seu tratamento passa pela identificação de alimentos críticos para o desenvolvimento deste evento, com a monitorização da glicémia capilar e propiciando a autogestão dos hábitos alimentares. Assim é importante promover a ingestão de alimentos de baixo índice glicémico, ricos em proteínas e lípidos, evitar a ingestão de líquidos na refeição ou nos 30 minutos seguintes, e ainda, recomendar a abstenção da ingestão de álcool e cafeína (Lobato et al., 2021).

A hospitalização da pessoa a vivenciar um processo anestésico/cirúrgico bariátrico, segundo o plano de intervenção do núcleo de cirurgia da obesidade e doenças metabólicas do HNM (2019), tem uma duração, em média, de três a quatro dias, sendo necessário preparar a alta hospitalar. Nesta etapa forneceu-se à pessoa informação adequada relativa aos sinais de alarme, que motivem a sua presença ao centro de referência ou que recorra ao serviço de urgência mais próximo; verificação das recomendações médicas relacionadas com os suplementos vitamínicos; a terapêutica analgésica com indicação de evitar anti-inflamatórios, profilaxia de tromboembolismo e o ensino e treino da sua administração. A equipa pluridisciplinar deve facultar à pessoa e família/pessoa significativa, informações adequadas em todas as fases dos seus cuidados, bem como, sobre os cuidados com a ferida cirúrgica no domicílio e como reconhecer os primeiros sinais de infeção (rubor/febre/edema /dor) (Neil & Roberson, 2015; Petcu, 2017; DGS, 2022).

A pessoa submetida a CB, principalmente no LBGYR, é instruída a não ingerir comprimidos sólidos durante o primeiro ano após a intervenção. Desta forma os fármacos, na ausência de contraindicações, terão de ser triturados, ou então feita a sugestão para que a prescrição integre formas líquidas ou mastigáveis. Os suplementos recomendados no pós-operatório, normalmente incluem um multivitamínico, citrato de cálcio, vitamina D, B₁₂ e elixir de sulfato de ferro (Neil & Roberson, 2015; Petcu, 2017). A equipa cirúrgica do núcleo de cirurgia da obesidade e doenças metabólicas do HNM, recomenda os suplementos multivitamínicos e minerais completos da *Fitforme* e da *Vitamininspire*, constituídos por comprimidos mastigáveis e cuja fórmula permite a reposição dos défices vitamínicos de ferro, cálcio, zinco, ácido fólico, vitamina D e vitamina B₁₂.

Como término deste capítulo, reforça-se a consulta de enfermagem não presencial, após sete dias, para despiste de complicações e esclarecimento de dúvidas, relativas à orientação para consultas de *follow-up* da CB, nomeadamente de psicologia e nutrição. O pós-operatório na CB é um processo longo, com uma duração de três a cinco anos, que requer o acompanhamento da equipa pluridisciplinar, com o objetivo de manter os ensinamentos, a prevenção de complicações e ajudar a pessoa e a família/pessoa significativa a adaptar-se ao seu projeto de saúde.

3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

A frequência do 5º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para além do aperfeiçoamento e o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, preconiza igualmente a aquisição de competências de Mestre.

Ao longo do relatório, o tema “competência” foi sendo mencionado, sendo que para Zarifian (2004), significa que a pessoa é capaz de tomar a iniciativa e de assumir a responsabilidade sobre temas e eventos que enfrenta nas situações profissionais. Já Le Boterf (2003), dispõe a competência em três eixos, complementares entre si, a pessoa, a formação/educação e a sua experiência profissional, definindo-a como um saber agir profissional responsável e reconhecido pelos outros. Implica saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado, citado por Sapeta (2013).

Segundo Benner (2001), no modelo *Dreyfus & Dreyfus*, a competência é definida em relação a uma situação, afirmando que o enfermeiro pode agir como perito numa situação clínica, tendo em conta a sua capacidade inata, a formação adequada, a experiência, a motivação e os recursos adequados necessários para a tomada de decisão, e agir como enfermeiro competente em outras situações. A aquisição e a evolução do desenvolvimento de competências do enfermeiro perito são baseadas nas experiências vivenciadas e pelo tempo disponibilizado no mesmo ambiente para apreender todos os elementos e particularidades de uma determinada competência. A autora afiança que o enfermeiro perito tem uma enorme experiência, compreendendo de maneira intuitiva cada situação e cada problema sem se perder com soluções e diagnósticos estéreis.

Para Martins (2017), o desenvolvimento de competências no enfermeiro é um processo complexo, que requer que o profissional saiba desenvolver um conjunto de intervenções técnicas, acompanhadas do melhor conhecimento, da capacidade de recolher e analisar a informação e de tomar decisões, ações essas acompanhadas por atitudes que garantam o respeito pela pessoa.

No parecer da OE (2017), a progressão para a eficiência está baseada na formação de qualidade e na diversidade da práxis profissional, sugerindo que o desenvolvimento de competências em enfermagem permaneça aliada ao desenvolvimento da investigação e da reflexão entre pares sobre as melhores práticas clínicas.

Segundo este pensamento, a oportunidade como discente do curso de Mestrado, assentou no desejo de aprimorar os conhecimentos na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, promovendo uma intervenção de emprego efetivo do conhecimento e uma prática baseada na evidência científica no processo de tomada de decisão.

Segundo a etimologia da palavra “mestre” que deriva do latim *magister*, designa aquele que ensina, concordante com o Dicionário da Língua Portuguesa, que define mestre como uma pessoa que ensina ou orienta, professor, orientador; pessoa que sabe muito, sábio; pessoa perita em qualquer ciência, arte ou ramo profissional, especialista. Tendo em conta esta definição, reforço que desde o meu ingresso no MEMC que almejo atingir um patamar que detenha estas características, enquanto profissional especializado da saúde.

Relacionados com o grau de Mestre, foram adotados em 2005 os descritores de Dublin. São entendidos como descritores, tudo o que é esperado que um formando saiba, compreenda e faça no final do respetivo ciclo, e referem-se a cinco dimensões, entre as quais: conhecimento e capacidade de compreensão; aplicação de conhecimentos e da capacidade de compreensão; realização de julgamento/tomada de decisões; a comunicação e por fim, as aptidões para a aprendizagem.

Refletindo sobre o Decreto-Lei n.º 65/2018, no capítulo III, que faz referência ao grau de Mestre, apenas é conferido o mesmo aos que demonstrem o desenvolvimento e aprofundamento dos seus conhecimentos, e sua respetiva aplicação. Implica também o desenvolvimento e a evidência da sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e pluridisciplinares, relacionados com a sua área de estudo. E ainda, apresentem a capacidade de integrar os conhecimentos, lidar com questões complexas, ostentem a emissão de juízos/julgamentos em situações com acesso à informação limitada, reflitam sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais das suas tomadas de decisões, e comuniquem as suas conclusões, aos seus pares, sendo especialistas ou não, de uma forma clara e sem ambiguidades (DRE, 2018).

Após o que foi explanado, considero que o processo de edificação de saberes iniciou-se com a realização do Curso de Bacharelato em Enfermagem e com o Ano Complementar de Formação em Enfermagem, ao qual foi deferido o grau de Licenciado em Enfermagem na ESESJC.

Embora totalize 21 anos de práxis profissional no mesmo contexto, na área da instrumentação/circulação, emergiu a necessidade de adquirir conhecimentos relacionados

com o período intraoperatório. Para tal foram frequentadas sessões de formação e cursos específicos como o “curso teórico de materiais de sutura e sistemas de drenagem”, e o “Workshop Cirurgia Laparoscópica Avançada” no “I congresso de Enfermagem Perioperatória”. As sessões e os cursos impulsionaram a paixão pela técnica cirúrgica e todos os seus benefícios para uma recuperação mais célebre do doente.

No BO encontramos uma diversidade de situações, relativamente às cirurgias eletivas, urgentes e emergentes, e cada uma com as suas particularidades. Ao integrar a equipa de enfermagem de urgência/emergência, percecionei igualmente a necessidade de adquirir conhecimento relativo à pessoa em situação crítica no perioperatório, frequentando o curso de “Suporte Avançado de Vida”, o “curso de enfermagem nas urgências traumatológicas”, o curso “Definitive Surgical Trauma Care” (DSTC) para enfermeiros e a “recertificação do curso do suporte imediato de vida”, para prestar cuidados de enfermagem perioperatórios de qualidade e em segurança.

A oportunidade de integrar o júri para aquisição de dispositivos médicos, em 2014 a 2020, e pela constante alteração das normas contratuais, serviu de mote para a frequência do curso de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, de modo a suprir as lacunas sentidas no processo de tomada de decisão, relativamente à aquisição de recursos materiais. Durante este curso evidencio inúmeras unidades curriculares como o “Comportamento Organizacional”, a “Economia da Saúde e Finanças”, a “Gestão da Qualidade”, a “Gestão de Recursos Humanos e Liderança”, os “Métodos Estatísticos” e a “Prática Baseada na Evidência”, que considero fundamentais para a edificação de competências e o compromisso com a organização, pela profissão e pela enfermagem.

Durante o curso de Mestrado, temos a oportunidade de delinear uma aprendizagem autónoma e auto-orientada, através do projeto de autoformação, que surge como um instrumento, que permite trabalhar de forma sistematizada e organizada para alcançar determinados objetivos, tendo como base o planeamento das ações necessárias para o desenvolvimento de competências.

O projeto de autoformação, fundamenta-se numa investigação centrada num problema real identificado, na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, tornando-o impulsionador de uma prática baseada na evidência. Este tem como objetivo primordial a resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e pluridisciplinares, e na aquisição de competências, integrando uma

“ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática” (Ruivo & Ferrito, 2010, p.3).

Assim, com a realização do projeto de autoformação, bem como, com a seleção dos locais de ensino clínico, objetivou-se o desenvolvimento de competências nas diferentes funções do perioperatório e a prestação dos cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório, fortalecendo o saber, o saber-fazer e o saber-ser/estar. A interação com os profissionais da saúde dos serviços, sob a supervisão clínica de enfermeiros especialistas em EMC promovendo inúmeros momentos de discussão e análise crítica-reflexiva das práticas durante todo o processo, gerou novas formas de pensar e de agir, incluindo as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam das soluções e/ou dos juízos adotados.

Posterior à integração dos saberes, advém a responsabilidade de sermos capazes de comunicar as nossas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. Esta oportunidade ocorreu no EC III, pela necessidade formativa identificada em serviço, de forma a colmatar as dificuldades manifestadas pelos enfermeiros que cuidam da pessoa a vivenciar a CB.

A ação de formação, representa uma oportunidade para a interpretação, organização e divulgação de dados provenientes da evidência recente, que contribuam para o conhecimento e o desenvolvimento da enfermagem e respetiva aplicação na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. A sua elaboração, revelou-se um desafio pessoal, com objetivo primordial de desenvolver a capacidade de transmitir informação pertinente.

A partilha de informação através de uma comunicação oral, diz respeito a uma das competências de mestre do enfermeiro especialista em EMC, que deve ter domínio sobre a mesma. Promoveu-se a realização de três ações de formação de forma a alcançar toda a equipa de enfermagem, sendo primordial o conhecimento sobre os procedimentos ao longo do processo anestésico/cirúrgico, na continuidade dos cuidados de enfermagem e na prevenção de eventuais complicações cirúrgicas.

A partilha de conhecimentos deve ser um processo contínuo, e com este pensamento, seria pertinente efetuar ações de formação e de sensibilização sobre a CB nos cuidados de saúde primários, de forma a promover a saúde, esclarecer dúvidas e referenciar as pessoas que apresentam critérios de inclusão e que gostariam de integrar no programa.

Durante o curso de Mestrado, na unidade curricular Enquadramento Concetual da Enfermagem Perioperatória, procedeu-se à realização de um trabalho de grupo, utilizando o mapa concetual. Esta técnica de estudo prevê possibilidade de agrupar e relacionar os conceitos mais importantes, após uma revisão da literatura, obtendo uma visão global da História da Enfermagem Perioperatória. O trabalho permitiu a elaboração de um póster intitulado “A História da Enfermagem Perioperatória: Aprender com o mapa concetual”. Posteriormente surgiu a oportunidade de participar e apresentar o Póster no “V congresso internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgico: E se não houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?”.

O percurso descrito ao longo deste documento demonstra a capacidade de aprender, a consolidação dos conhecimentos de enfermagem que contribuem para uma prática especializada, prestando cuidados especializados, seguros e competentes, evidenciando o domínio das competências comuns, o aperfeiçoamento das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC no cuidado à pessoa em situação perioperatória e o desenvolvimento das competências de mestre em enfermagem.

4. CONCLUSÃO

A competência deve alicerçar-se na aquisição de conhecimentos científicos e técnicos atualizados, desenvolvendo a capacidade de analisar e de efetuar uma reflexão crítica dos fenómenos, promovendo a tomada de decisão, de agir perante o inesperado, de trabalhar em equipas pluridisciplinares, adquirindo uma atitude de aprendizagem contínua e fortalecer uma personalidade equilibrada, humanista e responsável (Alarcão & Rua, 2005).

Decorrente da situação pandémica, vivenciada durante o curso do MEMC, foi necessária resiliência e capacidade de adaptação acrescidas, não só pelo confinamento obrigatório, mas também pela frequência de aulas teóricas à distância e a reformulação dos locais das práticas clínicas, indispensáveis para a consolidação do conhecimento e no desenvolvimento de competências especializadas.

A possibilidade de emprego do projeto de autoformação promoveu o desenvolvimento supracitado, incluindo a cimentação dos conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes no cuidado especializado, em ambiente perioperatório, à pessoa vivenciar a CB.

Procurou-se na elaboração deste documento, refletir sobre as atividades e intervenções implementadas, caracterizadas pelo pensamento crítico, baseado na evidência mais recente. Com a sua construção ambiciona-se demonstrar o aperfeiçoamento e a consolidação de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC à pessoa em situação perioperatória, particularmente, na prestação de cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa, de forma contínua, no antes, durante e após o procedimento anestésico/cirúrgico, proporcionando proteção em situação de vulnerabilidade, capacitá-la e promovendo a sua autonomia, a sua consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde, bem como, a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem (OE, 2017).

Saliento a importância, no percurso formativo, dos padrões de qualidade e dos enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação perioperatória, nomeadamente, a satisfação, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a segurança da pessoa.

A relevância do tema escolhido, intimamente associado à obesidade, uma doença crónica e fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças, segundo o relatório da

WHO (2023), relacionada com comportamentos de risco, a pouca literacia sobre a saúde, desvios da nutrição e a inatividade física.

No que concerne aos desvios da nutrição, Portugal apresenta níveis de obesidade na população jovem e adulta significativamente superiores da média europeia, motivo de grande preocupação, dado aos impactos da obesidade sobre a saúde da população (Fragata, 2022).

Para o autor mencionado anteriormente, a gestão desta patologia crónica é fundamental, refletindo sobre as estratégias de autocuidado apoiadas pelas equipas pluridisciplinares, intervindo no despiste e tratamento de complicações, e melhorar o controlo da doença, colocando o foco nos próprios doentes, nos seus interesses e necessidades, reforçando a importância da sua capacidade de decisão informada, da sua autonomia, promovendo o empoderamento individual e papel ativo na seleção do tratamento.

Segundo o relatório de trabalho da OCDE (2019), sobre a obesidade, o sobrepeso, a dieta e a atividade física, realizado entre 2016 e 2019, os problemas de saúde relacionados com a obesidade e o excesso de peso, aumentam o absentismo e diminuem a produtividade. Por outro lado, prejudicam a saúde, a riqueza e o bem-estar, diminuindo a expectativa de vida dos adultos, o desempenho escolar das crianças e aumentando o risco de desemprego (Cecchini & Vuil, 2019).

A CB apresenta-se como uma alternativa na abordagem terapêutica à obesidade, perante o insucesso das intervenções clínicas de perda de peso, sendo atualmente um tratamento eficaz e seguro para obesidade mórbida, contribuindo para a regressão significativa de doenças associadas a esta patologia, tais como a diabetes mellitus tipo II e a hipertensão.

No entanto, as pessoas precisam de ser e estar consciencializadas, no período pré-operatório, receber acompanhamento individualizado (com escuta ativa e diálogo) com informações e orientações direcionadas para cada tipo de situação, visando o seu bem-estar físico, social e espiritual (Vicente et al., 2020).

O enfermeiro perioperatório é o profissional responsável pelas ações e intervenções na prestação de cuidados de enfermagem, aplicando o conhecimento científico e técnico, bem como, a sua competência especializada em todas as fases do perioperatório, desde o acolhimento e ensino à pessoa e família/pessoa significativa, ao planeamento e implementação de intervenções de suporte. Espera-se que este capacite, ainda, a pessoa para a gestão da sua experiência cirúrgica, adequando estratégias de comunicação, promotoras da

segurança nos procedimentos cirúrgicos, congruente com a consciência cirúrgica, no pré, intra e pós-operatório, até à preparação para a alta (Ferrito, 2014).

E são estes cuidados de enfermagem perioperatório, ancorados numa comunicação eficaz, que irão produzir resultados na diminuição da ansiedade cirúrgica da pessoa, na diminuição do erro e na prevenção de eventos adversos que condicionam a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

No que se refere às dificuldades vivenciadas na concretização deste relatório, evidencio a gestão de tempo, a dificuldade em conciliar a vida pessoal e profissional com a vida académica. Inicialmente foi árdua a seleção e descrição de forma sucinta, das experiências profissionais e académicas, com o objetivo de evidenciar a concretização/obtenção das competências conducentes do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Mestre em Enfermagem.

Deste modo e após a realização do curso de Mestrado e a finalização deste relatório, conclui-se que as expetativas foram superadas, adicionando valor a nível pessoal, profissional e à enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- Alexandre, R. & Carreiro, E. (2019). O papel do Enfermeiro no Controlo da Infecção. In A. Duarte & O. Martins (Eds.). *Controlo da Infecção Hospitalar* (pp. 115-118). Lidel – edições técnicas, Lda.
- Amaral, G., & Figueiredo, A. S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), 1-8. <https://doi:10.12707/RV20036>
- American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (2022). *Certified Bariatric Nurse (CBN) Certification Examination and Recertification 2023: candidate handbook*. Author. <https://asmbs.org/app/uploads/2022/10/CBN-Handbook-2023.pdf>
- Andrade, P. Tranquada, R. (2017). Intubação com videolaringoscópio em doente obeso acordado. *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26 (3), DOI: <https://doi.org/10.25751/rspa.13346>
- Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P. et al. (2018). Pesquisa Mundial IFSO 2016: Procedimentos Primários, Endoluminais e Revisionais. *Obesity Surgery*, 28, 3783-3794. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3450>
- Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P., Vitiello, A., Zundel, N., Buchwald, H. & Scopinaro, N. (2014). Bariatric Surgery and Endoluminal Procedures: IFSO Worldwide Survey 2014. *Obesity Surgery*, 27, 2279–2289. <https://doi.org/10.1007/s11695-017-2666-x>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2012). *Enfermagem perioperatória, da filosofia à prática de cuidados*. (2ª ed.). Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2013). *Práticas recomendadas para o bloco operatório*. (3ª ed.). Espaço Gráfico, Lda.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2014). *Proposta de revisão da norma “Dotações seguras dos cuidados de enfermagem, 2014”*. Author.
- Ball, K. A. (2021). Modalidades cirúrgicas. In J. C. Rothrock & D. R. McEwen (Eds.). *Alexander Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (16ª ed.). (pp. 206-249). Guanabara Koogan. (translated from Alexander’s Care of the patient in surgery, 2019, 16th edition, New York: Elsevier).
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem (edição comemorativa)*. Quarteto Editora. (Translated from From

novive to Expert: excellence and power in clinical nursing practice (commemorative edition), 2001, PRENTICE HALL).

- Bordalo, L. A., Mourão, D. M. & Bressan, J. (2011). Deficiências nutricionais após cirurgia bariátrica. *Acta Medica Portuguesa*, 24(4), 1021-1028. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1564/1148>
- Bub M. B. C., Medrano C., Silva C. D., Wink S., Liss P. E. & Santos E. K. A. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(Especial), 152-157. <https://www.scielo.br/j/tce/a/LP6Z97VFMXBTRKkHqwyJQBj/?format=pdf&lang=pt>
- Caldas, L. & Gomes, L., B. (2021). Comunicação Eficaz nas Transições de Cuidados. In F. Barroso, L. Sales, S. Ramos (Eds.). (1.^a ed.) *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 79-88). Lidel – edições técnicas, lda.
- Cambotas, C., Chambel, C., Tavares, F., Martins, H., Lajas, I., Veloso, M., Pinheiro, M. J. D., Henriques, M., Bilbao, M. & Cruz, O. (2012). As funções do enfermeiro perioperatório. In M. J. D. Pinheiro, C. Cambotas; P. Rola (Eds.) *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados* (2^a ed.) (pp. 105-170). Lusodidacta.
- Camolas, J.; Gregório, M.J.; Sousa, S.M. & Graça, P. (2017). *Programa nacional para a promoção da alimentação saudável*. Direção-Geral da Saúde.
- Camolas, J.M.L. (2017). *Intervenção nutricional direcionada aos estilos de vida em indivíduos com obesidade [indivíduo]: Elaboração de protocolo clínico e avaliação de efetividade* (Tese para a obtenção do grau de Doutor em Ciências e Tecnologias da Saúde, Especialidade de Nutrição). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Campbell, B. D. (2021). Anestesia. In J. C. Rothrock & D. R. McEwen (Eds.). *Alexander Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (16^a ed.). (pp. 111-145). Guanabara Koogan. (translated from Alexander's Care of the patient in surgery, 2019, 16th edition, New York: Elsevier).
- Carmo, I., Fagundes, M. & Camolas, J. (2008). Cirurgia Bariátrica. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, II(4), 43-50.
- Carmo, I., Fagundes, M. & Camolas, J. (2012). *Diabesidade: A obesidade na prática clínica*. BIAL.

- Carvalho, A., Falcão, M. & Frederico, M. (2016). Impacto da cirurgia bariátrica sobre o autoconceito, a imagem corporal e a sexualidade: revisão Sistemática. *Revista Sinais Vitais* (128), 5-12. <http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/RSV128.pdf>
- Carvalho, L. (2014). II Congresso internacional de supervisão clínica: livro de comunicações & conferências. https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/14277/1/e-book_cse4.pdf
- Cecchini, M. & Vuik, S. (2019). *The heavy burden of obesity: the economics of prevention*. OECD-iLibrary. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/67450d67-en/1/2/1/index.html?itemId=/content/publication/67450d67-en&csp=77ac5dad9f2cb67b4d2e46c9fc814aa4&itemIGO=oecd&itemContentType=book>.
- Contreiras, B. (2019). Lavagem e antissepsia das mãos. In A. Duarte & O. Martins (Eds.). *Controlo da Infecção Hospitalar* (pp. 46-53). Lidel – edições técnicas, lda.
- De Luca, M., Tiffany, G., Ooi, G., Higa, K., Himpens, J., Carbajo, M. A., Mahawar, K., Shikora, S. Castanho, W. A. (2018). Mini Gastric Bypass-One Anastomosis Gastric Bypass (MGB-OAGB)-IFSO Position Statement. *Obesity Surgery* 28, 1188-1206. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3182-3>
- Decreto-Lei nº 161/1996. **Diário da República** I Série-A. 205 (04-09-1996). 2959-2962. [Consult. 25 abr. 2021]. Disponível em WWW: <<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>>
- Decreto-Lei nº 65/2018. **Diário da República** I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 10 jun. 2023]. Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>>
- Deodato, S. (2010). Segurança da informação em saúde. *Ordem dos Enfermeiros*, 34, 41-46.
- Deodato, S. (2015). Prefácio I. *Deontologia profissional de enfermagem*. (pp. 8-9). Ordem dos Enfermeiros.
- Despacho n.º 10960/2020. **Diário da República** II Série. 218 (09-11-2020) 180-182. [Consult. 2 mar. 2021] Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/2s/2020/11/218000000/0018000182.pdf>>
- Despacho n.º 1250/2020. **Diário da República** II Série. 19 (28-01-2020) 125-127. [Consult. 21 abr. 2023] Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2020/01/019000000/0012500127.pdf>>

Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** II Série. 102 (27-05-2015) 13550-113553. [Consult. 27 abr. 2023] Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>>

Despacho n.º 9390/2021. **Diário da República** II Série. 187 (24-07-2021) 96-103. [Consult. 10 abr. 2023] Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>>

Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República** II Série. 28 (10-02-2015) 2-10. [Consult. 25 mai. 2021]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>>

Direção Geral da Saúde. (2008). Circular Normativa n.º 20/DSCS/DGID: Gestão Integrada da Obesidade – Prioridade de Referenciação de Doentes Obesos para Avaliação Multidisciplinar de Tratamento de Obesidade. https://www.adexo.pt/images/doc_nac/cnacto_2008/004_Obesidade_referenciacao_de_Doentes.pdf

Direção Geral da Saúde. (2008). Circular Normativa n.º 21/DSCS/DGID: Gestão Integrada da Obesidade - Abordagem da pessoa com Obesidade com eventual indicação cirúrgica. https://www.adexo.pt/images/doc_nac/cnacto_2008/005_abordagem_do_doente.pdf

Direção Geral da Saúde. (2011). Orientação n.º 017/2011: Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q). https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf

Direção Geral da Saúde. (2012). Orientação n.º 028/2012: Boas práticas na abordagem do doente com obesidade elegível para cirurgia bariátrica. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/DGS-Orienta%C3%A7%C3%A3o-Boas-pr%C3%A1ticas-na-abordagem-do-doente-com-obesidade-eleg%C3%ADvel-para-cirurgia-bari%C3%A1trica.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2013). Norma n.º 02/2013: Cirurgia Segura, Salva Vidas. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx>

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

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

Direção Geral da Saúde. (2015). Norma nº 020/2013: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf

Donella, P. P., Carlúcio, L. C. & Vador, R. M. F. (2021). Cirurgia bariátrica: a necessidade da consulta de enfermagem. *Brazilian Journal of Development*, 7(6), (62995-63012).

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/31890/pdf>

European Operating Room Nurses Association. (2019). Common core curriculum for perioperative (3rd ed.) (pp. 1–50). <https://eorna.eu/eorna-common-core-curriculum-for-perioperative-nursing-third-edition-2019/>

European Operating Room Nurses Association. (2020). EORNA Best Practice for perioperative care. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Best-Practice-for-Perioperative-Care-Edition-2020.pdf>

European Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Injury Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019) *Prevenção e tratamento de lesões / úlceras por pressão. Guia de consulta rápida*. (edição Portuguesa). Emily Haesler <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-brazilian-portuguese.pdf>

Fawcett, D. L. (2021). Posicionamentos do paciente para cirurgia. In J. C. Rothrock & D. R. McEwen (Eds.). *Alexander Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (16ª ed.). (pp. 146-180). Guanabara Koogan. (translated from Alexander's Care of the patient in surgery, 2019, 16th edition, New York: Elsevier).

Fencl, J. & Walsh, A. (2015). The bariatric patient: an overview of perioperative care. *AORN Journal* 102(2), 116-131. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2015.05.007>

Ferracioli, G. V., Oliveira, R. R., Souza, V. S., Teston, E., F., Varela, P. L. R. & Costa, M. A. R. (2020). Competências gerenciais na perspectiva de enfermeiros do contexto hospitalar. *Enfermagem foco*, 11(1), 15-20.

Ferreira, L. E. (2019). *Construção e validação de um instrumento para a consulta de enfermagem no período pré-operatório de cirurgia bariátrica*. (Dissertação para a

- obtenção de título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem).
Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- Ferrito, C. (2014). Conceitos Básicos da Enfermagem Perioperatória. In A. Duarte & O. Martins (Eds.). *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 3-9). Lidel – edições técnicas, lda.
- Fragata, J. (2022). *A reforma necessária do sistema de saúde português*. By the Book, Edições Especiais.
- Garcia, M. J. (2006). *Protocolos em analgesia pós-operatório*. Permanyer Portugal.
- Garcia, P., Ferreira, B., C. & Sales, L. (2021). Simulação para a promoção da segurança do doente. In Barroso, F., Sales, L., Ramos, S. (Eds.). *Guia prático para a segurança do doente* (1ªed.) (pp. 343-350). Lidel – edições técnicas, lda
- George, F. (2019). *Prevenir doenças e conservar a saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Han, M. & Ko, S. (2021). Comparison of interface pressures and subjective comfort of pressure-relieving overlays on the operating table for healthy volunteers. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 1-7. doi:10.3390/ijerph18052640
- Holmes, T., Vifladt & A. Ballangrud, R. (2020). A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing. *Nursing Open*, 7, 571-580. <https://doi.org/10.1002/nop2.422>
- International Council of Nurses (2009). *ICN Framework of competencies for the nurses specialist*. Author. <https://docplayer.net/19632320-.html>.
- International Council of Nurses (2019). Browser CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jesus, J. & Abreu, V. (2014). Humanização em bloco operatório. In A. Duarte & O. Martins (Eds.). *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 39-46). Lidel – edições técnicas, lda
- Joint Commission (2017). Sentinel alert event: Inadequate hand-off communication. *The Joint Commission Published by the Department of Corporate Communications*, 58, 1-6.
- King, C. A. & Spry, C. (2021). Prevenção e controle de infeções. In J. C. Rothrock & D. R. McEwen (Eds.). *Alexander Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (16ª

- ed.). (pp. 57-110). Guanabara Koogan. (translated from Alexander's Care of the patient in surgery, 2019, 16th edition, New York: Elsevier).
- Le Boterf (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. *Reflexões RH*, 1(1), 60-63. <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Leal, L. A., Henriques, S. H., Brito, L. J. S., Celestino, L. C., Ignácio, D. S. & Silva, A. T. (2019). Modelos de atenção à saúde e sua relação com a gestão de enfermagem hospitalar. *Revista de enfermagem* 27, 1-5. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.43769>
- Lei Constitucional n.º 1/2005. **Diário da República** I Série. 155 (12-08-2005). [Consult. 25 mar. 2023] Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2005/08/155a00/46424686.pdf>>
- Lei n.º 111/2009. **Diário da República** I Série. 180 (16-09-2009) 6528-6550. [Consult. 2 abr. 2023] Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/09/18000/0652806550.pdf>>
- Lei n.º 15/2014. **Diário da República** I Série. 57 (21-03-2014) 2127-2131. [Consult. 27 jan. 2023] Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>>
- Lei n.º 156/2015. **Diário da República** I Série. 181 (16-09-2015) 8059-8105. [Consult. 27 jan. 2023] Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>>
- Lei n.º 95/2019. **Diário da República** I Série. 169 (04-09-2019) 55-56. [Consult. 27 mar. 2023] Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>>
- Lobato, C. B., Monteiro, M. P. & Guimarães, M. (2021). Hipoglicémia após cirurgia bariátrica: da evidência científica à prática clínica. *Revista Portuguesa de Cirurgia* (50), 33-42. <https://doi.org/10.34635/rpc.884>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C. & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Lourenço I. L., Gonçalves M. S. F., Sequeira M. S., Melo M. F. H. & Gouveia M. J. B. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: Uma revisão

- narrativa da literatura, *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557-578.
<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Maciel, J., Pereira, B. & Esteves, J. (2010). Obesidade Mórbida. In A. Teixeira (Eds.). *Cirurgia Abdominal Mini-invasiva* (pp. 47-55). Lidel – edições técnicas, lda
- Martins, J. C. A. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Referência Revista de Enfermagem*, IV(12),155-161.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388250148003>.
- Martins, T. & Brito, A. (2021). Autocuidado: Uma abordagem com futuro nos contextos de saúde. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (2021). *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem* (pp. 5-13). Author.
- Mathus-Vliegen, E.M.H. (2014). Endoscopic treatment: The past, the present and the future, *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 28(4), 685-702. ISSN 1521-6918, <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2014.07.009>.
- Matos, F. M., Sales, L., Baquero, L. & Bilbão, M. (2021). Cirurgia segura. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Eds.). *Guia prático para a segurança do doente*. (pp. 235-248). Lidel – edições técnicas, lda.
- Melo, R. C., Mónico, L. S., Carvalho, C. & Parreira, P. S. (2017). A liderança de enfermagem nas organizações de saúde. In R. Melo, L. Mónico, C. Carvalho, P. Pereira, H. Rezende, A. Duarte, ... E. Lousã, *Liderança e seus efeitos* (pp. 7-25). Coimbra, Portugal. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Mendes, A. B., Penedos, C., Rodrigues, L. V., Varandas, J., Lages, N. & Machado, H. (2020). The Role of Locoregional Anesthesia in the COVID-19 Pandemic. *Acta Med Port* 33(7-8):522-527. <https://doi.org/10.20344/amp.13853>
- Mendes, D. I., & Ferrito, C. R. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), 1-11.
<http://doi.org/10.12707/RV20216>
- Mondini, C. C. S., Cunha, I. C. K. O., Trettene, A. S., Fontes, C. M. B., Bachega, M. I. & Cintra, F. M. R. (2020). Liderança autêntica entre profissionais de enfermagem: conhecimento e perfil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1-7.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0888>
- Monge, C. (2018). Da regulação à proteção dos cidadãos: aspetos jurídicos. In *INFARMED* 25. Lisboa.

- Monteiro, J. A. B., & Pimentel, M. H. (2021). Eficácia do Bypass Gástrico no combate a doenças metabólicas: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *INFAD Revista de Psicologia* 2 (1) 489-500. <http://hdl.handle.net/10198/23790>
- Mota L., Pereira F. & Sousa P. (2014). Sistemas de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1):85-91. <https://scielosp.org/article/csc/2021.v26n2/505-510/>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel Pan & Pacific Pressure Injury Alliance (2014). Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Author. https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/2014_guideline.pdf
- Neil, J. A. & Roberson, D. W. (2015). Enhancing nursing care by understanding the bariatric patient's journey, *Journal AORN*, 102(2), 132-140. DOI: 10.1016/j.aorn.2015.05.014
- Nightingale, C. E., Margaron M. P., Shearer, E., Redman, J. W., Lucas, D. N., Cousins, J. M., Fox W. T. A., Kennedy, N. J., Venn, P. J., Skues, M., Gabbott, D., Misra, U., Pandi, J. J., Popat, M. T. & Griffiths, R. (2015). Peri-operative management of the obese surgical patient 2015. *Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland Society for Obesity and Bariatric Anaesthesia*, 70(7), 859-876.
- Nunes, G. K., Campos, J. F. & Silva, R. C. (2022). Rotulagem de dispositivos de terapia intravenosa em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(6), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0049pt>
- Nunes, L. (2008). Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 31, 35-47. http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_31_Dezembro_2008.pdf
- Nunes, L. (2012). Navegando para o futuro. Enfermagem perioperatória: desafios para a viagem. *AESOP Revista*, 13(37), 19-24.
- Oliveira, A. (2018). *Resiliência para principiantes*. (2ª ed.) Edições Sílabo.
- Oliveira, C.S. (2019). *A arte de cuidar: A relação de cuidado estabelecida entre os cuidadores formais e as pessoas idosas residentes numa estrutura residencial*. (Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social). Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Porto.

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Author.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Enfermagem em Bloco Operatório: orientações relativas às atribuições do enfermeiro circulante*. Author
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em enfermagem: tomada de posição*. Author.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/tomadaposicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Modelo de desenvolvimento profissional: fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Author.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Author.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Author.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Regulamento da formação profissional da Ordem dos Enfermeiros*. Author.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Author.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Parecer n.º 10/2017: Diferenciação das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência*. Author
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Organization for Economic Co-operation and Development (2019). *The heavy burden of obesity: the economics of prevention*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/67450d67-en/1/2/8/index.html?itemId=/content/publication/67450d67-en&csp=77ac5dad9f2cb67b4d2e46c9fc814aa4&itemIGO=oecd&itemContentType=book#section-d1e25734>
- Paz, T. A. S. & Souza, N. B. (2019). Assistência de enfermagem no pré, trans e pós-operatório ao paciente submetido à cirurgia bariátrica. *Revista científica online* 11(1), 1-14.
http://www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/ASSISTENCIA_DE_E

NFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ TRANS E POS OPERATORIO AO P
ACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA BARIATRICA.pdf

- Petcu, A. (2017). Comprehensive Care for Bariatric Surgery Patients. *American Association of Critical-Care Nurses Advanced Critical Care Journal* 28(3): 263–274. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017410>
- Pinheiro, T. & Costa, I. (2014). Registos de enfermagem no bloco operatório. In A. Duarte & O. Martins (Eds.). *Enfermagem em Bloco Operatório*. (pp. 47-51). Lidel – edições técnicas, lda.
- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Lidel – edições técnicas, lda
- Pires, M., A., G. & Rego, A. (2016). Visita pré-operatória de enfermagem: Importância da sua implementação. *Servir* 59(5-6), 54-59. <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23467>
- PORTUGAL, Entidade Reguladora da Saúde. (2019). *Cuidados de saúde prestados no SNS na área da obesidade*. ERS. [https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2448/ERS -
_Cuidados_obesidade_SNS.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2448/ERS_-_Cuidados_obesidade_SNS.pdf)
- PORTUGAL, Entidade Reguladora da Saúde. (2021). *Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde*. ERS.
- PORTUGAL, Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estatísticas da saúde*. INE.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas*. (translated from WHO guidelines for safe surgery: Safe surgery saves lives, 2009, World Health Organization). DGS
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. DGS.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020*. DGS.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Sistema Nacional da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2020). Norma nº 007/2020: *Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. DGS. https://www.spci.pt/media/covid-19/Norma_007_2020_DGS_Covid19.pdf
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Sistema Nacional da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2020). Norma nº 014/2020: *COVID-19 - Prevenção e Controlo de Infeção por*

SARS-CoV-2: Blocos Operatórios e Procedimentos Cirúrgicos. DGS. https://www.stss.pt/web/images/_Data/Covid19/data_stss-norma-0142020-dgs-20200714.pdf

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Sistema Nacional da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2022). Norma nº 031/2013: *Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto*. DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/12/norma_031_2013_atualizada_17_11_2022_prof_atb_cx_crianca_adulto_corrigida_29_03_2023.pdf

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Sistema Nacional da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2019). Norma nº 008/2019: *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Sistema Nacional da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2022). Norma clínica: 019/2015: “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Sistema Nacional da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2022). Norma clínica: nº 020/2015: “*Feixe de Intervenções*” de prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Sistema Nacional de saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2018). *Alimentação saudável: desafios e estratégias 2018/2019*. DGS.

PORTUGAL, Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. (2018). *Gastroenterologia e Hepatologia*. RNEHR.

PORTUGAL, Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. (2016). *Anestesiologia*. RNEHR.

PORTUGAL, Serviço Nacional de Saúde. Direção Geral da Saúde. (2023). *Manual de standards unidades de gestão clínica*. DGS. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de->

[upload-2013/manual-de-standards--unidades-de-gestao-clinica-me-5-1_08-pdf.aspx](#)

- Queirós, P.J.P., Fonseca, E.P.A.M., Mariz, M.A.D., Chaves, M.C.R.F. & Cantarino, S.G. (2016). Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 85-94. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16022>
- Queirós, P.J.P., Vidinha, T. S. S. & Filho, A. J. A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157-164. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239973007.pdf>
- Regulamento nº 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019). 4744-4750 [Consult. 4 fev. 2023]. Disponível em WWW: <<https://data.dre.pt/eli/port/140/2019/05/13/p/dre/pt/html>>
- Regulamento nº 429/2018. **Diário da República** II Série. 135 (16-07-2018). 19359-19370 [Consult. 22 nov. 2021]. Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>>
- Regulamento nº 507/2019. **Diário da República** II Série. 112 (12-06-2019). 17647-17648 [Consult. 20 fev. 2021]. Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/06/112000000/1764717648.pdf>>
- Regulamento nº 743/2019. **Diário da República** II Série. 184 (25-09-2019). 128-155 [Consult. 26 mai. 2023]. Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>>
- Reis, F. L. (2020). *Manual de gestão das organizações teoria e prática*. (2ª ed.). Edições Sílabo.
- Ribeiro, M. R. S. M., (2019). Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. *Sinais Vitais* (129), 29-41. <https://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais-publicacoes-78/revistas-2015/806-sinais-vitais-129>.
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S. & Tronchin, D. M. R. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), (pp. 125-133). <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16008>
- Rocha, C. & Costa, E. (2012). Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. *Análise psicológica*, 4(XXX), 451-466.

- Rodrigues, L. R. (2019). Infecções associadas aos cuidados de saúde: o estado da arte. In A. Duarte & O. Martins (Eds.). *Controlo da Infecção Hospitalar* (pp. 25-36). Lidel – edições técnicas, lda.
- Rodrigues, R.T.F., Lacerda, R.A., Leite, R.B., Graziano, K.U.& Padilha, K.G. (2012). Enfermagem transoperatória nas cirurgias de redução de peso: revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 46(Especial), 138-147. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000700020>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mecânico, J. I., Nadglowski, J., Salas, X. R., Schauer, F. R., Twenefour, D., Apoviana, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., Groot, M., Eisenberg, D., ... Dixon, J. B. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine* (26), 485-497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Ruivo, M. & A. Ferrito, C. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, (15), 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- Santos, A., Amaral, C., Sá, A. C., Pacheco, M., Preto, J., Freitas, P., Brandão, I. & Teixeira, C. (2017). Recomendações perioperatórias na abordagem do doente proposto para cirurgia bariátrica: consenso nacional multidisciplinar 2017. *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26(4), 136-147. <http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/revistas/2017/Revista%20SPA%20Vol.26%204%202017.pdf>
- Santos, J. E. M. (2011) Checklist. *Jornal Português de Gastreenterologia*, 18, 93-94. https://www.sped.pt/images/sped/GE/GE_2011/GEMarco_abril2011/v18n2a10.pdf
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa Saúde Pública, Temático*(10), 47-57. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-comunicacao-em-saude-e-seguranca-X0870902510898583>
- Sapeta, P. (2013). Desenvolvimento de competências: os saberes teóricos e os saberes práticos? *Researchgate*. <https://www.researchgate.net/publication/311104560>.

- Sequeira, C. (2021). *Comunicação clínica e relação de ajuda* (2ªed.). Lidel – edições técnicas, lda
- Shinde, P. & Davis, L. (2020). Cuidado Perioperatório para cirurgia bariátrica. *ATOTW* (431), 1-9. <https://resources.wfsahq.org/atotw/cuidado-perioperatorio-para-cirurgia-bariatrica/>
- Silva, A. M., Sousa, B., Pedrosa, C., Correia, F., Sousa, L. & Martins, S. S. (2018). Avaliação antropométrica e da composição corporal. In SPEO. *Tratamento não cirúrgico da obesidade do adulto: Recomendações da sociedade portuguesa para o estudo da obesidade* (27-41). SPEO.
- Silva, M. P. S., Jorge, Z., Domingues, A., Nobre, E., L., Chambel, P., Castro, J. J. (2006). Obesidade e qualidade de vida. *Acta Med Port*, 19, 247-250.
- Silva, T.M.M & Freitas, A. M. M. (2014). *Cuidados de Enfermagem Perioperatórios: a Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem*. In 1º Congresso Perioperatório do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro. <http://hdl.handle.net/10400.26/8839>
- Simões, G. & Brandão, I. (2019). Impacto da cirurgia bariátrica na imagem corporal e saúde mental. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e saúde mental*. 5(4) 51-61. <https://www.revistapsiquiatria.pt/index.php/sppsm/article/view/90/50>
- Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2023). *Dia Mundial da Obesidade: urgente reconhecer o impacto da obesidade na saúde e garantir um acesso equitativo a terapêuticas eficazes*. SPEDM. <https://www.spedm.pt/pt/noticias-spedm/dia-mundial-da-obesidade-urgente-reconhecer-o-impacto-da-obesidade-na-saude-e-garantir-um-acesso-equitativo-a-terapeuticas-eficazes>
- Stenberg, E., Falcão, L. F. R., O’Kane, M., Liem, R., Pournaras, D. J., Salminen, P., Urman, R. D., Wadhwa, A., Gustafsson, U. O. & Thorell, A. (2022). Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: enhanced recovery after surgery (eras) society recommendations: a 2021 update. *World Journal of Surgery* 46, 729–751. <https://doi.org/10.1007/s00268-021-06394-9>
- Tarozo, M. & Pessa, R. P. (2020). Impacto das consequências psicossociais do estigma do peso no tratamento da obesidade: uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Ciência e profissão* 40, 1-16.

- Teixeira, A. C. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Qualificação para uma prática de sucesso. In J. A. Pinho (Eds.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 8-20). Lidel – edições técnicas, lda.
- Teixeira, A. C. (2020). Empoderamento profissional em enfermagem. In J. A. Pinho (Eds.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 42-47). Lidel – edições técnicas, lda.
- Tulubas E.K. (2019). OR-MRS Cannot be used for morbidity in laparoscopic sleeve gastrectomy. *Journal of Obesity and Weight-Loss Medication*. 5(2), 1-5. <http://doi.org/10.23937/2572-4010.1510030>
- Valério, M. J. & Pinheiro, M. J. D. (2012). Posicionamentos. In M. J. D. Pinheiro, C. Cambotas; P. Rola (Eds.) *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados* (2ª ed.) (pp. 105-170). Lusodidacta.
- Vicente, M. C., Leite, R. B. S. M., Silva, K. R. & Santos, M. B. (2020). Assistência de enfermagem a pacientes em pré-operatório de cirurgia de gastroplastia para obesidade mórbida. *Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer* 17(32), 87-100. <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2020B/assistencia.pdf>.
- Viegas, C. & Névoa, I. (2014). Recursos humanos. In A. Duarte & O. Martins. *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 29-37).
- Viegas, C. (2019). O controlo de infeção no bloco operatório. In A. Duarte & O. Martins (Eds.). *Controlo da Infeção Hospitalar* (pp. 129-138). Lidel – edições técnicas, lda.
- Wang I., Walker R. & Gillespie, B. (2018). Pressure injury prevention in the perioperative setting: An integrative review. *Journal of Perioperative Nursing*, 31(4), 27-35. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=133599307&lang=pt-br&site=ehost-live>
- World Health Organization. (2019). *Medication Safety in High-risk Situations*. Geneva. Author. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.10>.
- World Health Organization. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>.
- World Health Organization. (2022). *WHO European regional obesity report*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

World Health Statistics (2022). *Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development*

Goals. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>

World Health Statistics (2023). *Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development*

Goals. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>