



SANTA MARIA
HEALTH SCHOOL
Escola Superior Saúde Santa Maria



Escola Superior de Enfermagem
S. José de Cluny

2025

CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE CIRURGIA BARIÁTRICA:
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Ana Isabel Guedes



SANTA MARIA
HEALTH SCHOOL
Escola Superior Saúde Santa Maria



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Ana Isabel Alves de Barros Guedes

Outubro de 2025
Porto



**SANTA MARIA
HEALTH SCHOOL**
Escola Superior Saúde Santa Maria



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Ana Isabel Alves de Barros Guedes

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, orientada pela Professora Maria Luísa Santos e apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Outubro de 2025

Porto

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a quem luta silenciosamente contra a obesidade.

Na esperança de que a cirurgia bariátrica seja caminho de libertação, e na certeza de que há sempre um enfermeiro a acompanhar, com a empatia de quem tantas vezes conhece e partilha essa mesma dor.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Luísa Santos, pela serenidade que transmite, pelo apoio constante e pela confiança nas minhas ideias e no tema que escolhi.

À Professora Doutora Beatriz Edra, pela simpatia, disponibilidade e incentivo ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros tutores Pedro Pereira, Glória Gonçalves e Sónia Teixeira. Pela sua disponibilidade, orientação e paixão em me ensinar.

A todos os concelhos de administração hospitalares de locais de estágio onde tão bem me acolheram e me instigaram a procura contínua para uma prestação de cuidados de excelência à população.

Ao meu marido, meu maior fã, por partilhar comigo a mesma paixão pela enfermagem, por compreender tão bem as minhas ausências e por nunca me deixar sem apoio e carinho.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, por nunca me deixarem faltar nada e por colocarem as suas necessidades em segundo plano para que eu pudesse perseguir a minha ambição académica.

À minha prima Salomé, exemplo inspirador de dedicação, que me guiou a ser uma enfermeira, uma mulher e uma estudante comprometida com a sua causa.

Às minhas colegas de curso, pela amizade, pelo apoio mútuo e por me mostrarem que nenhum desafio é maior do que a nossa vontade de crescer profissionalmente.

Aos meus colegas de trabalho, por todas as trocas facilitadas e apoio em turnos difíceis por todo o cansaço acumulado.

A todos aqueles que, de alguma forma, me deram força e me recordaram, ao longo deste caminho, o quanto eu amo cuidar dos outros.

A todos, a minha mais sincera gratidão.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AORN	<i>Association of periOperative Registered Nurses</i>
ASMBS	<i>American Society for Metabolic and Bariatric Surgery</i>
BO	Bloco Operatório
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção-Geral da Saúde
EC	Ensino Clínico
EEEMCPSP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória
ELPO-PT	Escala de Avaliação de Risco de Lesão Decorrente do Posicionamento Cirúrgico – versão portuguesa
ESESJC	Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny
ESSSM	Escola Superior de Saúde de Santa Maria
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ILC	Infeção do Local Cirúrgico
IMC	Índice de Massa Corporal
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
ISBAR	Identificação, Situação atual, Breve história, Avaliação e Recomendação
Kg	Quilograma
m ²	Metro quadrado
MPCP	Modelo Perioperatório Centrado na Pessoa
MRSA	Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UC	Unidade Curricular
UCA	Unidade de Cirurgia de Ambulatório
ULS	Unidade Local de Saúde

RESUMO

Este relatório documenta, analisa e reflete o desenvolvimento de competências especializadas à pessoa em situação perioperatória, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde Santa Maria, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, com enfoque no cuidar da pessoa em processo de cirurgia bariátrica.

Este percurso formativo, foi sustentado na prática clínica supervisionada, realizada em três contextos de Ensinos Clínicos (blocos operatórios e cirurgia de ambulatório), que permitiram consolidar competências comuns e específicas de enfermagem.

Metodologicamente, recorreu-se à observação, reflexão crítica e análise de situações reais, trianguladas com referenciais científicos e normativos da profissão. Esta abordagem sustentou a consolidação da consciência cirúrgica como competência essencial à tomada de decisão clínica, à gestão do risco perioperatório, à comunicação segura e à humanização dos cuidados.

Os resultados traduzem-se na aquisição de competências avançadas na área perioperatória, nomeadamente na gestão do risco perioperatório, na comunicação clínica segura, na padronização de processos que visam a segurança cirúrgica, na capacitação da pessoa e da família e na promoção da continuidade dos cuidados. Destaca-se ainda o contributo do enfermeiro especialista na adaptação de intervenções à pessoa com obesidade, submetida a uma cirurgia bariátrica, assumindo assim centralidade nos cuidados prestados.

Conclui-se que o percurso formativo contribuiu significativamente para o reforço da identidade profissional e para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados à pessoa em processo de cirurgia bariátrica e sua família/pessoa significativa, sustentados em princípios éticos, legais e em evidência científica atualizada.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória, Cirurgia Bariátrica, Perfil de Competências de Enfermeiros, Cuidado Centrado no Paciente.

ABSTRACT

This report documents, analyzes, and reflects on the development of specialized competencies in caring for the person in a perioperative situation, within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing at the Escola Superior de Saúde Santa Maria, in consortium with the Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, with a particular focus on caring for the person undergoing bariatric surgery.

This educational path was grounded in supervised clinical practice carried out in three clinical training contexts (operating rooms and ambulatory surgery units), which enabled the consolidation of both common and specific nursing competencies.

Methodologically, the process was based on observation, critical reflection, and analysis of real clinical situations, triangulated with scientific literature and professional regulatory frameworks. This approach supported the development of surgical consciousness as an essential competency for clinical decision-making, perioperative risk management, effective communication, and the humanization of care.

The results demonstrate the acquisition of advanced skills in the perioperative area, particularly in perioperative risk management, safe clinical communication, standardization of processes that enhance surgical safety, empowerment of the person and family, and the promotion of continuity of care. The contribution of the specialist nurse in adapting interventions to the needs of the person with obesity undergoing bariatric surgery is also highlighted, underscoring their central role in care delivery.

It is concluded that this training process has significantly contributed to strengthening professional identity and promoting the continuous improvement of quality and safety in the care provided to the person undergoing bariatric surgery and their family/significant others, grounded in ethical and legal principles and supported by up-to-date scientific evidence.

Keywords: Perioperative Nursing, Bariatric Surgery, Nursing Skills Profile, Patient-Centered Care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1. CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA	10
1.1. SEGURANÇA DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA BARIÁTRICA.....	13
1.1.1. Obesidade e Cirurgia Bariátrica: Realidade Atual	14
2. PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	18
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	19
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA.....	22
2.2.1. Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	24
2.2.2. Maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	33
2.3. DO PERCURSO FORMATIVO À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE	36
2.4. CONTRIBUTO PARA BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
APÊNDICES	50
APÊNDICE 1 - Atividade formativa ISBAR	
APÊNDICE 2 – Apresentação “Prevenção da Lesão da Córnea na Pessoa Submetida a Anestesia Geral”	
APÊNDICE 3 – Instrução de Trabalho relativamente à “Prevenção da Lesão da Córnea na Pessoa Submetida a Anestesia Geral”	
APÊNDICE 4 – <i>Preference Cards</i>	
APÊNDICE 5 – Estudo de Caso	
APÊNDICE 6 – Questionário Sobre a Experiência Perioperatória	
APÊNDICE 7 - Consentimento Informado	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Perioperative Patient Focused Model.....	11
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Categorização da corpulência baseada no IMC	15
---	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio enquadra-se na Unidade Curricular (UC) “Estágio com Relatório”, pertencente ao Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, lecionado pela Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM), em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), sob a orientação da Professora Doutora Maria Luísa Santos. O principal objetivo deste documento é refletir criticamente sobre o processo de aquisição e consolidação de competências especializadas em enfermagem perioperatória, com particular enfoque no cuidar da pessoa em processo de cirurgia bariátrica. É pretendido, através de uma abordagem descritiva e reflexiva da prática, analisar os desafios inerentes à intervenção do enfermeiro especialista neste contexto, bem como identificar os contributos desta intervenção para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A cirurgia bariátrica constitui atualmente uma das abordagens terapêuticas mais eficazes no tratamento da obesidade e comorbilidades associadas. Contudo, a sua complexidade clínica e emocional exige uma equipa multidisciplinar qualificada, onde o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSP) desempenha um papel determinante. Para além disso, assegura a continuidade, a personalização e a humanização dos cuidados, atuando como mediador entre a pessoa, a família/pessoa significativa e a equipa cirúrgica e promovendo uma cultura de segurança.

A construção deste relatório reflete uma trajetória formativa sustentada pela prática clínica, pela supervisão reflexiva e pela análise crítica de situações reais, as quais constituíram alicerces essenciais para o desenvolvimento do pensamento crítico, da tomada de decisão clínica e da responsabilidade ética no cuidar.

O interesse por desenvolver competências nesta área, surgiu da minha experiência profissional prévia, uma vez que exerci funções num bloco operatório durante os primeiros três anos de carreira. Este contacto próximo com a prática cirúrgica despertou um interesse crescente pela dimensão relacional e humana dos cuidados perioperatórios, em especial pelo impacto que a presença contínua e atenta do enfermeiro tem na experiência e satisfação da pessoa submetida a cirurgia.

Assim, o cuidar especializado à pessoa em situação perioperatória, quando orientado pelo Modelo Perioperatório Centrado na Pessoa e sustentado nas competências do enfermeiro especialista, traduz-se não apenas numa exigência técnica, mas também numa responsabilidade ética e relacional, que visa assegurar cuidados de excelência, segurança e dignidade em todas as fases do processo cirúrgico.

Estruturalmente, o presente relatório organiza-se em dois capítulos principais. No primeiro, é realizado o enquadramento teórico e contextual da temática em estudo, abordando a problemática da obesidade e a realidade da cirurgia bariátrica em Portugal, bem como as suas implicações clínicas, sociais e emocionais. O segundo capítulo contempla a reflexão crítica sobre o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, do enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória e de mestre em enfermagem, evidenciando a articulação entre teoria e prática nos diferentes contextos de estágio. Neste mesmo capítulo, é ainda incluída uma reflexão sobre boas práticas de enfermagem, apresentada sob a forma de contributo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Para sustentar e ilustrar as reflexões realizadas, foi desenvolvido um estudo de caso, apresentado em apêndice, que exemplifica a aplicação dos princípios do cuidar especializado à pessoa submetida a cirurgia bariátrica.

Mais se acrescenta que este documento foi elaborado de acordo com o guia orientador de formatação de trabalhos escritos, da ESSSM e a referência bibliográfica de acordo com o definido pela American Psychological Association, 7ª edição.

1. CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

O contexto perioperatório constitui um domínio de elevada complexidade no qual se cruzam exigências técnicas, científicas e humanas. O cuidar da pessoa em situação perioperatória, especialmente quando submetida a procedimentos cirúrgicos de elevada complexidade, como a cirurgia bariátrica, exige do enfermeiro um conjunto de competências especializadas, uma prática fundamentada na evidência científica, bem como uma postura ética e relacional centrada na pessoa (AORN, 2021).

Neste âmbito, a prática do EEEMCPSP destaca-se pela sua capacidade de responder, de forma integrada e diferenciada, às múltiplas carências da pessoa em processo cirúrgico.

A prestação de cuidados em ambiente cirúrgico implica reconhecer que cada pessoa transporta consigo um conjunto singular de experiências, crenças, emoções e expectativas. O *Perioperative Patient Focused Model*, introduzido pela *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN), surge como referencial estruturante da prática de enfermagem contemporânea, que visa uma valorização da individualidade, autonomia e vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória.

Ao reconhecer a pessoa como um ser singular, este modelo confere-lhe a centralidade em todo o processo de cuidado (figura 1) (AORN, 2021; Van Wicklin, 2020). A sua pertinência é particularmente evidente, num contexto perioperatório, onde o tempo de contacto entre enfermeiro e pessoa é, por vezes, reduzido e onde as dimensões física e emocional da vulnerabilidade humana tendem a ser intensificadas. Neste sentido, o enfermeiro especialista surge como elemento essencial para a mitigação dos riscos inerentes à experiência cirúrgica, advogando a vontade e integridade da pessoa e garantindo que os cuidados prestados são efetivamente centrados na mesma.

Em português, o Modelo Perioperatório Centrado na Pessoa (MPCP) representa as relações entre a pessoa, a sua família/pessoa significativa e os cuidados perioperatórios. Visualmente, o modelo espelha-se de forma circular, com círculos concêntricos, expandindo-se em quatro quadrantes, sendo que o centro é a pessoa e sua família/convivente significativo (figura 1).

Os quadrantes representam os domínios e subdomínios do MPCP. Os principais domínios/quadrantes (e mais próximos do centro), representam a segurança da pessoa, respostas comportamentais e fisiológicas face a todo o perioperatório. O quarto quadrante

representa os sistemas de saúde, ou até mesmo a infraestrutura, onde os cuidados perioperatórios são prestados. Adjacente a este quadrante, encontram-se os relatórios analíticos e a uniformização de dados obtidos (AORN, 2021).

Imediatamente seguidos aos domínios do cuidado à pessoa, encontra-se o domínio dos resultados obtidos, espelhando assim todo o processo inerente à prática diferenciada do enfermeiro especialista em perioperatório. Posteriormente, segue-se o domínio de problemas reais ou potenciais de enfermagem e suas intervenções (AORN, 2021).

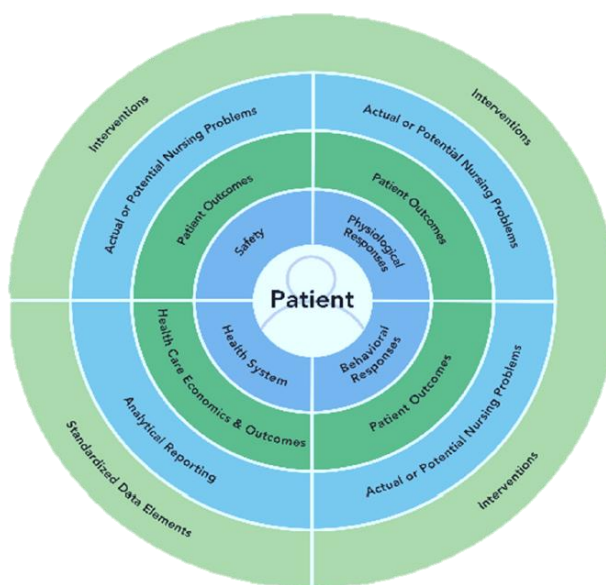


Figura 1

Perioperative Patient Focused Model

(Fonte: AORN, 2018, p.7)

A complexidade dos cuidados prestados em contexto perioperatório resulta da necessidade de integrar intervenções técnicas altamente especializadas com abordagens humanizadas e centradas na pessoa, de forma a culminar em resultados pretendidos, tal como descrito no MPCP (AORN, 2021). A elevada vulnerabilidade sentida pela pessoa é marcada por fragilidades físicas, psicológicas e emocionais durante o período perioperatório. Neste sentido, o enfermeiro assume uma vez mais, um papel essencial que garante simultaneamente a segurança clínica e o cuidado humanizado.

A interdependência entre a qualidade técnica da intervenção, a segurança clínica e o atendimento às necessidades emocionais e psicológicas da pessoa, determina significativamente os desfechos obtidos, sejam estes clínicos, funcionais ou experienciais. Tal premissa mantém-se igualmente válida no âmbito da cirurgia bariátrica, na qual o

processo cirúrgico, pela sua natureza complexa e multifatorial, requer um planeamento rigoroso, uma vigilância contínua e uma abordagem integrada que contemple as especificidades fisiológicas, nutricionais, emocionais e sociais da pessoa. Neste contexto, a intervenção do enfermeiro especialista é determinante para articular cuidados diferenciados que respondam a estas múltiplas dimensões, assegurando que o percurso cirúrgico decorre de forma segura, eficaz e alinhada com os objetivos definidos em conjunto com a pessoa proposta para cirurgia bariátrica.

A pessoa candidata a este tipo de cirurgia apresenta, frequentemente, um percurso de vida marcado por experiências de sofrimento físico, estigmatização social, baixa autoestima e muito provavelmente comorbilidades ou risco acrescido para contrair futuramente. Este quadro exige uma abordagem sensível e diferenciada, que promova a capacitação da pessoa para a tomada de decisões informadas, a adesão ao regime terapêutico e a reorganização de expectativas.

Neste contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, conforme previsto no Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE), é o profissional detentor de competências clínicas, éticas, científicas e relacionais para intervir junto da pessoa com processos complexos de doença ou em risco acrescido. Compete-lhe, entre outras atribuições, gerir situações clínicas instáveis, liderar processos de prevenção e controlo da infeção, promover práticas seguras e prestar cuidados especializados com base na evidência e na tomada de decisão clínica fundamentada (Regulamento n 429/2018, 2018). No domínio perioperatório, essas competências manifestam-se através da monitorização rigorosa da condição clínica da pessoa, da vigilância contínua, da gestão da dor, da atuação em situações de urgência, da comunicação com a equipa multidisciplinar e da promoção da continuidade e segurança dos cuidados.

O presente relatório de estágio surge no âmbito do desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, tendo como objetivo principal refletir criticamente sobre o processo de aquisição e consolidação de competências em enfermagem perioperatória, mais especificamente, no contexto do cuidar da pessoa em processo de cirurgia bariátrica. Pretende-se, através de uma abordagem descritiva e reflexiva da prática, analisar os desafios inerentes à intervenção especializada neste contexto, bem como identificar contributos da enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A construção deste trabalho reflete uma trajetória formativa em que a prática clínica, a supervisão reflexiva, a vivência direta do perioperatório e a análise de situações reais, constituíram alicerces fundamentais para a consolidação do pensamento crítico, da tomada de decisão clínica e da responsabilização ética pelo cuidado. A cirurgia bariátrica, pela sua especificidade, revelou-se um campo fértil para o desenvolvimento de competências transversais e avançadas, colocando em evidência a importância do cuidar especializado como prática transformadora, centrada na pessoa e promotora da sua saúde, bem-estar e autonomia.

Assim, o cuidar especializado à pessoa em situação perioperatória, quando compreendido à luz do modelo centrado na pessoa e das competências do enfermeiro especialista, representa não apenas uma exigência técnica, mas uma responsabilidade ética e relacional que visa assegurar cuidados de excelência, segurança e dignidade à pessoa em todas as fases inerentes ao processo cirúrgico.

1.1. SEGURANÇA DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA BARIÁTRICA

A segurança da pessoa com obesidade submetida a cirurgia bariátrica deve ser uma prioridade clínica e ética, transversal a todas as fases do processo perioperatório. A complexidade inerente a esta intervenção cirúrgica, exige uma abordagem individualizada, contínua e centrada na pessoa. Nesse sentido, a etapa pré-operatória deve ser encarada como uma oportunidade crucial para adequar expectativas, alertar para possíveis complicações e identificar comportamentos de risco que possam comprometer o sucesso cirúrgico (Järvholm et al., 2021).

Neste contexto, é imperativo destacar as preocupações com as condições estruturais e materiais das unidades prestadoras de cuidados de saúde. A adequação física dos espaços, nomeadamente os acessos, casas de banho adaptadas, cadeiras, camas e macas com capacidade para pesos superiores ao padrão, constitui um fator determinante para garantir a dignidade, o conforto e a segurança da pessoa com obesidade. A ausência desses recursos pode não só comprometer o atendimento, como expor a pessoa e os profissionais a riscos evitáveis, aumentando a probabilidade de lesões, quedas e constrangimentos éticos. A literatura destaca que a escassez de condições materiais adaptadas tem sido uma barreira sistematicamente negligenciada, refletindo desigualdade no acesso a cuidados de saúde de qualidade (Mechanick et al., 2020).

Esta preparação deve ser estruturada e ajustada às especificidades de cada indivíduo, com vista à promoção da capacitação da pessoa para a tomada de decisões

informadas, adoção de hábitos de vida saudáveis, identificação precoce de complicações e utilização responsável dos serviços de saúde. Reconhece-se, aliás, que a procura ativa por cuidados de saúde pode constituir uma barreira significativa para muitas destas pessoas, sendo fundamental que as equipas multiprofissionais, bem como as entidades reguladoras, implementem estratégias que favoreçam um seguimento acessível, próximo e humanizado (Järholm et al., 2021).

Autores como Järholm et al. (2021) alertam ainda para a importância de promover um espaço seguro para o diálogo pós-operatório, que vá além da satisfação expressa de forma generalizada pelas pessoas após a cirurgia bariátrica. Deve-se encorajar uma escuta ativa e reflexiva, que permita revelar possíveis dificuldades reais enfrentadas no pós-operatório e que, muitas vezes, permanecem não verbalizadas, apesar de comprometerem a continuidade do sucesso cirúrgico.

Neste contexto exigente, o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória desempenha um papel central na salvaguarda da segurança da pessoa, devendo mobilizar conhecimentos técnico-científicos, competências clínicas avançadas e sensibilidade ética ao longo de todo o percurso cirúrgico. O reconhecimento dos efeitos adversos associados à obesidade, bem como da vulnerabilidade biopsicossocial da pessoa, constitui uma ferramenta essencial para uma prática fundamentada, segura e eticamente responsável. Tal como previsto no Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, compete ao enfermeiro especialista assegurar a prestação de cuidados diferenciados a pessoas em situação de complexidade, garantindo uma atuação competente e alinhada com os mais elevados padrões de qualidade e segurança.

1.1.1. Obesidade e Cirurgia Bariátrica: Realidade Atual

A obesidade constitui, atualmente, um dos maiores desafios de saúde pública à escala global, com impactos profundos e transversais na morbilidade, mortalidade, sustentabilidade dos sistemas de saúde e bem-estar das populações (Serviço Nacional de Saúde, 2018). A sua prevalência tem vindo a aumentar de forma significativa em todas as faixas etárias, traduzindo-se num fenómeno multifatorial, com determinantes genéticos, metabólicos, comportamentais, socioeconómicos e culturais amplamente reconhecidos (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Trata-se de uma condição que ultrapassa a mera acumulação de gordura corporal, sendo reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma acumulação

anormal ou excessiva de gordura que pode comprometer o estado de saúde da pessoa (American Society for Metabolic and Bariatric Surgery, 2024). Para além das consequências clínicas (entre as quais a diabetes *mellitus* tipo 2, a hipertensão arterial, a apneia obstrutiva do sono e a doença cardiovascular), a obesidade representa também uma ameaça substancial ao equilíbrio psicológico, ao bem-estar emocional e qualidade de vida relacionada com a saúde (Direção-Geral da Saúde, 2017). Está igualmente documentado que a menor literacia em saúde e vulnerabilidade social se refletem em piores escolhas alimentares. Esta desigualdade social induz a alimentos economicamente mais acessíveis que, na maioria das vezes são alimentos ultra processados, ricos em gorduras e açúcares. Desta forma, perpetuam-se ciclos de alimentação desequilibrada, podendo até transferir-se para gerações futuras (OMS, 2025).

A obesidade é, assim, uma doença crónica complexa que exige abordagem integrada e multidisciplinar (Xie & Wang, 2024). Uma forma de diagnóstico pode ser com recurso à medição antropométrica, em particular através do Índice de Massa Corporal (IMC), que se traduz na relação entre o peso e o quadrado da estatura da pessoa (Direção-Geral da Saúde, 2017). Apesar das suas limitações, continua a ser o método mais utilizado na prática clínica pela sua simplicidade e baixo custo. Este índice, formalizado pela OMS em 1997, estabelece a relação entre o peso e a estatura da pessoa, sendo reconhecido como um preditor indireto de risco metabólico (tabela 1).

Contudo, a medição do perímetro abdominal pode acrescentar valor prognóstico, sendo indicativa de risco acrescido para doenças metabólicas e cardiovasculares (Direção-Geral da Saúde, 2017). Para grávidas, atletas, culturistas e idosos, deve ser usado outro método de avaliação. Informações relacionadas com a atividade metabólica também não são traduzidas quando avaliado o IMC.

Tabela 1

Categorização da corpulência baseada no IMC

Classificação	IMC (kg/m ²)
Peso normal	18,5-24,9
Excesso de peso	≥ 25
Pré obesidade	25-29,9
Obesidade	≥ 30
Classe 1	30-34,9
Classe 2	35-39,9

Classificação	IMC (kg/m ²)
Classe 3	≥ 40

(Fonte: Direção-Geral da Saúde, 2017, p.22)

Em Portugal, os dados mais recentes demonstram uma realidade preocupante: a prevalência de obesidade atinge 28,7% da população, abrangendo adultos, adolescentes e crianças. Particular destaque é dado à população com mais de 65 anos, em que mais de 80% apresenta excesso de peso (Despacho n. 12634/2023, 2023). Este panorama representa uma ameaça real à sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dado o aumento exponencial de necessidades assistenciais, internamentos hospitalares e gestão de comorbilidades associadas à obesidade (Despacho n. 12634/2023, 2023; Direção Geral da Saúde, 2017).

Quando se trata de casos de obesidade severa ou mórbida, os métodos conservadores como dieta e exercício físico mostram-se, isoladamente, pouco eficazes na obtenção de perda de peso substancial e sustentada (Neil & Roberson, 2015). Nesses casos, a cirurgia bariátrica é reconhecida como o método terapêutico mais eficaz, permitindo não só a redução significativa do peso corporal como a remissão ou controlo de diversas comorbilidades metabólicas (Fencel et al., 2015).

De acordo com a orientação do SNS (2018), estão elegíveis para cirurgia bariátrica pessoas com IMC ≥ 40 kg/m² (obesidade de classe 3), ou IMC ≥ 35 kg/m² quando associada a comorbilidades relevantes (hipertensão arterial, diabetes, apneia do sono, condições do foro ortopédico, vascular periférico, entre outros). A ASMBS (2024) acrescenta que a pessoa deve estar consciente dos riscos cirúrgicos, ser capaz de cumprir com o plano terapêutico pós-operatório e demonstrar compromisso com a adoção de um estilo de vida saudável.

Entre as técnicas cirúrgicas mais utilizadas nos dias correntes incluem-se a banda gástrica ajustável, o bypass gástrico em “Roux-en-Y” e a gastrectomia vertical (sleeve gástrico), cada uma com especificidades técnicas, riscos e implicações distintas (Eisenberg et al., 2022; Fencel et al., 2015). A abordagem por via laparoscópica, por ser minimamente invasiva, é geralmente preferida, dado o menor risco de complicações, menor tempo de internamento e recuperação mais rápida (Eisenberg et al., 2022).

Neste contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve ser detentor de conhecimentos sólidos sobre as particularidades de cada técnica, seus riscos e implicações, de forma a garantir cuidados seguros, humanizados e ajustados à

singularidade de cada pessoa. Para além do domínio técnico, é essencial reconhecer a carga emocional que acompanha a decisão pela cirurgia bariátrica. Ao contrário de outras intervenções cirúrgicas que visam a resolução pontual de uma patologia, a cirurgia bariátrica representa, para muitas pessoas, a última esperança após anos de luta contra o excesso de peso, sofrimento psicológico, exclusão social e frustração com múltiplas tentativas falhadas de emagrecimento.

A experiência clínica, ainda que limitada, permitiu-me observar que o momento pré-operatório é vivido com grande intensidade emocional. A esperança depositada na cirurgia como ponto de viragem traduz-se numa grande expectativa de transformação. A cirurgia bariátrica é, muitas vezes, percebida como um recomeço, não apenas corporal, mas também psicológico, social e relacional.

Tal percepção reforça a importância de uma abordagem centrada na pessoa, sensível ao seu percurso, às suas motivações e às suas vulnerabilidades.

2. PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O exercício profissional do enfermeiro especialista assenta num conjunto de competências nucleares que sustentam uma prática clínica avançada, crítica e reflexiva, orientada pela ética e pela evidência científica. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), define a enfermagem como a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que este se integra, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Decreto-Lei n 161/96 Do Ministério Da Saúde, 1996).

Neste enquadramento, o Regulamento n.º 140/2019, que aprova as competências comuns do enfermeiro especialista, vem reforçar a responsabilidade acrescida deste profissional na integração do saber técnico-científico com o pensamento crítico, promovendo cuidados de enfermagem que respondam de forma eficaz, segura e humanizada às necessidades complexas das pessoas, famílias e comunidades (Regulamento n 140/2019 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019).

Estas competências, transversais a todas as áreas de especialização, expressam-se em quatro grandes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Cada domínio reflete dimensões essenciais do desempenho do enfermeiro especialista, desde o compromisso ético e deontológico, à liderança e promoção da qualidade dos cuidados, passando pela gestão de recursos e pelo investimento no desenvolvimento pessoal e profissional.

O processo de aquisição e consolidação destas competências ocorreu ao longo de três EC distintos e complementares. O primeiro Ensino Clínico (EC), intitulado “*Cuidar na Sala Operatória*”, decorreu numa Unidade Local de Saúde (ULS), mais concretamente num Bloco Operatório Central, com a duração de 405 horas, onde pude aprofundar os fundamentos técnicos, científicos e relacionais inerentes à prática perioperatória, desenvolvendo a consciência cirúrgica e o rigor na execução de intervenções especializadas. O segundo EC, correspondente ao módulo 1 da unidade curricular “*Estágio com Relatório*”, com a duração de 95 horas, realizou-se numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), também integrada numa ULS, proporcionando uma visão centrada na autonomia da pessoa e na importância de uma recuperação saudável, compartilhada com o núcleo familiar. Por fim, o terceiro EC,

referente ao módulo 2 da mesma UC, decorreu num BO de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) da região do Grande Porto, com uma duração de 500 horas, permitindo a consolidação das competências especializadas e o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo em contextos de elevada exigência técnica e organizacional, como o caso da cirurgia bariátrica.

A este percurso formativo alia-se a minha experiência profissional prévia, que inclui três anos de exercício num BO e um ano em dois serviços cirúrgicos distintos. Esta experiência prévia constituiu uma base sólida para a integração dos conhecimentos adquiridos, proporcionando uma visão alargada e integrada dos cuidados perioperatórios, desde o pré até ao pós-operatório. A familiaridade com a dinâmica das equipas cirúrgicas, com os processos de gestão do risco e com a importância da segurança da pessoa em ambiente cirúrgico, revelou-se determinante para potenciar a aprendizagem e a aplicação prática das competências desenvolvidas durante o percurso de mestrado.

Assim, a análise e reflexão crítica sobre estes domínios permitem compreender de que forma, ao longo do percurso de formação e dos diferentes contextos de estágio, foram mobilizadas e consolidadas as competências que sustentam o perfil do enfermeiro especialista: um profissional capaz de intervir com autonomia, rigor científico e consciência ética, contribuindo para a excelência e segurança dos cuidados em ambiente perioperatório.

2.1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O primeiro domínio abordado - responsabilidade profissional ética e legal - traduz a essência da enfermagem enquanto profissão humanista, sustentada em valores éticos, legais e deontológicos que orientam a tomada de decisão e a qualidade dos cuidados prestados.

Este domínio assenta no respeito pelos direitos humanos, na dignidade da pessoa, na autonomia, na beneficência, na não maleficência e na justiça, princípios éticos universais que norteiam o exercício profissional do enfermeiro especialista.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015), o profissional tem o dever de atuar de forma responsável, refletida e fundamentada, garantindo que a sua intervenção promove o bem-estar e a segurança da pessoa em todas as fases do ciclo vital.

Desde que escolhi ser enfermeira, tenho-me confrontado com dilemas éticos que me levaram a refletir sobre a profundidade e a complexidade da profissão. Desafios esses que se mantiveram presentes ao longo do meu percurso de especialidade.

No contexto perioperatório, onde a vulnerabilidade da pessoa é particularmente acentuada, intervenções sustentadas na ética adquirem uma relevância acrescida: preservar a intimidade, respeitar a individualidade e assegurar um ambiente seguro e humanizado são expressões concretas da consciência cirúrgica e do compromisso ético do enfermeiro especialista.

O exercício profissional pautado por responsabilidade, integridade e respeito pelos princípios ético-deontológicos constitui o alicerce sobre o qual se constrói o compromisso com a qualidade e a excelência dos cuidados. O cumprimento destes princípios traduz-se, inevitavelmente, na procura constante pela melhoria das práticas e pela adoção de intervenções sustentadas na evidência científica.

É neste enquadramento que se insere o domínio B - Melhoria Contínua da Qualidade, que desafia o enfermeiro especialista a refletir criticamente sobre a sua atuação, a identificar oportunidades de aperfeiçoamento e a implementar estratégias que promovam a segurança, a eficácia e a humanização dos cuidados prestados. Este domínio ganha especial relevância no contexto perioperatório, onde a complexidade tecnológica e a vulnerabilidade da pessoa exigem uma vigilância permanente da qualidade e segurança da prestação de cuidados.

Neste sentido, adotei um papel dinamizador na promoção da melhoria contínua dos serviços por onde passei, comprometendo-me com a atualização constante do conhecimento e com a disseminação da mais recente evidência científica junto das equipas de enfermagem e da restante equipa multidisciplinar.

Esta postura proativa contribuiu para a criação de um ambiente terapêutico e seguro, favorecendo a prestação de cuidados de excelência e o fortalecimento de uma cultura de segurança e aprendizagem contínua.

Assim, cada ação formativa, reflexão em equipa ou implementação de boas práticas representou não apenas um contributo para a melhoria institucional, mas também um exercício de responsabilidade ética e profissional que sustenta a minha identidade enquanto enfermeira especialista em enfermagem perioperatória.

O domínio da Gestão dos Cuidados traduz a capacidade do enfermeiro especialista em organizar, coordenar e otimizar os recursos humanos e materiais disponíveis, assegurando a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação

perioperatória (Regulamento n 140/2019 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019). Neste domínio, o foco centra-se na gestão eficiente e ética dos processos assistenciais, articulando as dimensões técnica, científica e relacional do cuidar, de modo a garantir respostas seguras, eficazes e humanizadas.

Gerir cuidados de enfermagem implica avaliar e priorizar necessidades, delegar responsabilidades de forma adequada e adaptar estilos de liderança às especificidades de cada equipa e contexto clínico. Esta capacidade de gestão, quando sustentada em princípios de comunicação eficaz e em relações colaborativas, potencia o desempenho coletivo e contribui para a criação de um ambiente clínico seguro, centrado na pessoa e orientado para resultados de saúde positivos.

Durante o meu percurso de formação, procurei assumir uma postura de liderança adaptativa, capaz de mobilizar a equipa em torno de objetivos comuns, promovendo a participação ativa de todos os intervenientes na tomada de decisão e fomentando um clima de confiança e corresponsabilização. A otimização da resposta da equipa, o incentivo à partilha de saberes e a valorização do contributo de cada elemento foram pilares essenciais no meu desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista.

Neste contexto, é importante recordar que, como refere a Ordem dos Enfermeiros (2021), *“a enfermagem constitui-se, hoje, como profissão e disciplina científica, autónoma com um campo de atuação e de investigação próprios, reconhecidos pela sua integração nos 2.º e 3.º ciclos de estudos”* (p. 1). Esta afirmação reforça a ideia de que o enfermeiro especialista, ao gerir cuidados, não se limita à execução de tarefas, mas assume um papel de liderança científica e organizacional, capaz de influenciar autonomamente as práticas, promover a qualidade e garantir a coerência entre a evidência científica e a ação clínica.

Assim, a gestão dos cuidados, entendida como um processo dinâmico e reflexivo, revelou-se uma oportunidade para consolidar competências de liderança, planeamento e coordenação, essenciais à prática avançada de enfermagem em contexto perioperatório.

O domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais reflete o compromisso do enfermeiro especialista com a aprendizagem contínua, a autorreflexão e o aperfeiçoamento progressivo da sua prática clínica. Este domínio implica reconhecer que o desenvolvimento profissional não se esgota na aquisição de competências técnicas, mas antes se traduz num processo dinâmico de autoconhecimento, crítica construtiva e integração do saber científico na ação quotidiana.

Ao longo do meu percurso formativo, procurei desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, competências essenciais para sustentar uma identidade profissional sólida e para intervir com segurança e fundamentação nos contextos clínicos de elevada complexidade. Esta evolução foi acompanhada por uma crescente valorização da práxis clínica especializada, sustentada na evidência científica mais atual, na reflexão crítica sobre a prática e na constante procura por novas respostas para desafios emergentes no âmbito perioperatório.

Os ensinamentos clínicos representaram, neste processo, uma oportunidade ímpar para o refinamento das competências e consolidação dos saberes especializados, permitindo-me vivenciar de forma integrada a teoria e a prática. Tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2021), *“o estágio deve ser considerado como um elemento central na transição de enfermeiro para enfermeiro especialista, (...) essencial que ocorra no contexto da prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos”* (p. 2).

Neste sentido, cada EC constituiu uma etapa de amadurecimento pessoal e profissional, permitindo-me consolidar a autonomia, o pensamento crítico e a capacidade de integrar conhecimentos. A aprendizagem em contexto académico, aliada à prática supervisionada e à partilha com profissionais de diferentes níveis de experiência, foi determinante para desenvolver uma visão global, segura e cientificamente sustentada do cuidar em enfermagem perioperatória.

Deste modo, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais assume-se não apenas como um domínio técnico, mas como uma dimensão ética e reflexiva do ser enfermeiro especialista: alguém que aprende continuamente, questiona as suas práticas e contribui para a construção de uma enfermagem cada vez mais autónoma, científica e humanizada.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

A enfermagem à pessoa em situação perioperatória caracteriza-se pela especificidade e complexidade presente num Bloco Operatório (BO), no qual a segurança, a gestão do risco inerente e a humanização dos cuidados assumem uma relevância primordial. As competências específicas nesta área traduzem-se na capacidade do enfermeiro especialista em mobilizar conhecimentos, aptidões e atitudes que visam

assegurar a prestação de cuidados individualizados, fundamentados em evidência científica atualizada, em todas as fases do processo cirúrgico.

As competências do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, assumem um papel determinante na qualidade e segurança dos cuidados, uma vez que abrangem um núcleo central orientado para a pessoa em situação perioperatória e a sua família/pessoa significativa, mas estendem-se igualmente a uma área de intervenção multidimensional e complexa.

A sua prática especializada integra a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e a resposta diferenciada às necessidades decorrentes do processo de doença e cirúrgico. De forma estruturada, a intervenção do enfermeiro especialista desenvolve-se em cinco áreas fundamentais e interdependentes, como a consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos, garantindo a continuidade e a excelência do cuidar (Regulamento n 429/2018, 2018). Estas áreas refletem-se ao longo de todas as fases do processo perioperatório, desde a preparação pré-operatória, passando pelo intraoperatório, até ao período pós-operatório, evidenciando a centralidade do enfermeiro especialista na gestão clínica, no apoio à tomada de decisão e na humanização dos cuidados.

O enquadramento destas competências encontra respaldo no Regulamento n.º 429/2018 da OE, que define o perfil e a intervenção do enfermeiro especialista em pessoa em situação perioperatória, estabelecendo como princípios orientadores a prestação de cuidados seguros, baseados na evidência científica, e o respeito pelos direitos, dignidade e singularidade da pessoa. Assim, a prática deste enfermeiro articula-se com exigências éticas e legais que visam não apenas a prevenção de riscos e complicações, mas também a promoção de uma experiência cirúrgica mais segura e humanizada.

A pertinência destas competências está diretamente associada à necessidade de garantir cuidados diferenciados e centrados na pessoa. O ambiente perioperatório é, por natureza, um espaço de elevada vulnerabilidade física e emocional, em que decisões rápidas e precisas podem ter impacto significativo na sua recuperação e resultados pós-operatórios (Ruiz Hernández et al., 2021). Assim, o domínio de competências específicas permite não só a prevenção e minimização de eventos adversos, como também a promoção de um cuidado holístico que respeita a dignidade e a individualidade da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica.

O enquadramento ético-legal destas competências encontra-se definido em diversos referenciais. A nível nacional, destaca-se o regulamento supracitado, que

estabelece o perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, incluindo a área de especialização à pessoa em situação perioperatória.

Este documento reforça a responsabilidade do enfermeiro especialista em garantir uma prática baseada na ética profissional, no respeito pelos direitos humanos e nos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. A nível internacional, a organização como a AORN, estabelece padrões que orientam a prática, valorizando a segurança cirúrgica e a qualidade da prestação de cuidados diferenciados.

Deste modo, as competências específicas na área da enfermagem perioperatória não se limitam ao domínio técnico-científico, mas integram dimensões éticas, legais e humanísticas que sustentam a prática profissional. A sua consolidação constitui um contributo essencial para a excelência do cuidar, para a proteção da pessoa em situação cirúrgica e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

2.2.1. Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

Conforme dita o regulamento nº 429/2018, publicado em Diário da República a 16 de julho, de forma a cuidar da pessoa e família/pessoa significativa que se encontra a experienciar uma situação perioperatória, deve-se considerar:

A especificidade das necessidades da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o auto cuidado e reintegração familiar e social. (p.19366)

São espelhados também no mesmo documento supracitado, unidades de competência e respetivos critérios de avaliação que permitem enquadrar legalmente, a intervenção do EEEMCPSP.

A primeira competência abordada, toca na capacitação da pessoa e sua família/pessoa significativa a gerirem toda a experiência cirúrgica. O que se traduz na responsabilidade do enfermeiro especialista na promoção de cuidados que assegurem não apenas a segurança clínica, como também o empoderamento da pessoa e da sua rede de suporte para enfrentar o processo cirúrgico de forma mais informada, consciente e autónoma.

Esta dimensão do cuidar torna-se particularmente relevante no período pré-operatório, momento em que, independentemente da complexidade do procedimento,

emergem frequentemente sentimentos de ameaça, tensão, desconfiança e perda de controlo. Trata-se de uma fase marcada pela antecipação de vulnerabilidade, onde a autonomia da pessoa é inevitavelmente condicionada pelos atos anestésicos e pelo desconhecido que o ambiente cirúrgico representa (AESOP, 2012; Cardante, 2020).

Neste contexto, a ansiedade constitui-se como a expressão mais visível dessa antecipação da ameaça (Oliveira et al., 2023). Sabe-se que níveis elevados de ansiedade não prejudicam apenas a experiência cirúrgica, como também podem aumentar complicações, prolongar o tempo de recuperação ou, em situações extremas, conduzir ao cancelamento da cirurgia. Assim, compete ao enfermeiro especialista identificar precocemente este fenómeno e implementar estratégias individualizadas de mitigação, entre as quais se destacam a educação para a saúde, a preparação quanto ao procedimento, a clarificação de cuidados a realizar antes e após a cirurgia, bem como a criação de um espaço de escuta ativa e suporte emocional (AESOP, 2012; Nightingale et al., 2015).

Deste modo, a capacitação da pessoa revela-se um recurso terapêutico de excelência, capaz de se traduzir em ganhos concretos em saúde: redução da ansiedade, maior adesão ao regime terapêutico, antecipação de complicações e, em última instância, incremento da segurança e do sucesso cirúrgico (Ruiz Hernández et al., 2021).

Nos contextos de estágio que frequentei, esta competência revelou-se particularmente relevante. Desenvolvi aptidões na comunicação, de forma a torná-la acessível e adaptada ao nível de literacia de forma a garantir que a pessoa e sua família compreendiam a informação e se sentiam parte integrante do seu processo de decisão.

A Organização Mundial da Saúde (2021) reforça que o envolvimento ativo da família/pessoa significativa é uma ferramenta poderosa para a maximização da segurança, uma vez que permite a vigilância contínua e a deteção precoce de alterações do seu estado clínico. Assim, a consulta pré-operatória constitui-se como um momento crucial para esclarecer dúvidas, alinhar expectativas, identificar potenciais barreiras e preparar não apenas a pessoa, mas também aqueles que irão apoiar o seu processo de recuperação.

Durante o meu percurso de estágio, tive a oportunidade de experienciar esta realidade em diferentes contextos. Na consulta pré-operatória em Cirurgia de Ambulatório (CA), pude observar como a comunicação clara e a capacitação conjunta da pessoa e da família se traduzem em maior tranquilidade e confiança no procedimento. Em contexto de cirurgia bariátrica, o envolvimento da família revelou-se ainda mais necessário, dado o impacto transformador desta intervenção na vida da pessoa e nas

dinâmicas familiares, exigindo um acompanhamento contínuo no pós-operatório para assegurar adesão às novas rotinas alimentares e comportamentais.

No contexto intraoperatório de cirurgia pediátrica, tornou-se evidente que a especificidade do cuidado ultrapassa a criança enquanto centro do cuidado, abrangendo igualmente a sua família, cuja presença e envolvimento se revelam essenciais e desvinculativos. O apoio emocional prestado aos cuidadores constitui, assim, uma extensão do próprio cuidado à criança, garantindo maior segurança, confiança e humanização em todo o perioperatório.

Estes contextos destacaram-se como um momento privilegiado para a intervenção do EEEMCPSP. Este espaço revelou-se não apenas uma oportunidade de empoderar a pessoa, mas também de integrar ativamente a família/pessoa significativa no processo de cuidar, reconhecendo-a como elemento fundamental para a segurança, adesão terapêutica e continuidade de cuidados

Deste modo, pude consolidar a percepção de que a competência de “cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa” (Regulamento n 429/2018, 2018) não se limita ao indivíduo submetido a cirurgia, mas envolve de forma indissociável aqueles que partilham a experiência, assegurando que o processo perioperatório decorra com maior segurança, dignidade e efetividade.

A unidade de competência de “promover cuidados à pessoa em situação perioperatória”, conforme estabelecido no Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, traduz-se na capacidade de transformar o conhecimento especializado em práticas clínicas que asseguram a segurança, a qualidade e a humanização do cuidado em todas as fases do processo cirúrgico. O ambiente perioperatório caracteriza-se pela elevada complexidade técnica, pela articulação entre múltiplos profissionais e pela necessidade de resposta célere a situações inesperadas. Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel central, mobilizando competências avançadas que não se limitam à execução de intervenções, mas que englobam igualmente o cumprimento de recomendações internacionais, tomada de decisão clínica, antecipação de complicações e o uso de estratégias facilitadoras à comunicação.

Mais do que intervir sobre a doença, promover cuidados nesta área implica compreender a pessoa como um todo, garantindo que cada procedimento técnico está integrado num projeto maior de recuperação, conforto e dignidade.

No decurso dos estágios, a competência foi desenvolvida e consolidada através da mobilização de saberes técnicos e científicos, mas também pela capacidade de intervir em cenários de elevada exigência clínica e organizacional.

Uma das dimensões centrais desta competência corresponde à atuação do enfermeiro especialista nas diferentes áreas do perioperatório.

Em contexto pré-operatório, tive oportunidade de desenvolver competências comunicacionais e relacionais que se revelaram determinantes para a qualidade e segurança dos cuidados. Na consulta de enfermagem pré-operatória à pessoa candidata a cirurgia bariátrica, adotei técnicas relacionais centradas na pessoa, fundamentadas nas orientações da Direção-Geral da Saúde (2017), as quais preconizam uma comunicação que privilegie perguntas abertas, a expressão de empatia, o estímulo à reflexão e o reforço da perceção de autoeficácia. Esta abordagem permite reconhecer a pessoa como agente ativo no seu processo de tratamento, fomentando o envolvimento e a corresponsabilização nas decisões terapêuticas. A criação deste espaço de diálogo foi essencial para compreender o percurso emocional e clínico vivido por cada pessoa com obesidade, marcado frequentemente por sentimentos de frustração, esperança e vulnerabilidade.

De igual modo, em contexto de consulta pré-operatória na UCA reconheci que este momento representa uma etapa chave no estabelecimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro especialista e a pessoa/família/pessoa significativa, onde se consolida a confiança e se estabelece um plano de cuidados individualizado. Este contacto permite ao enfermeiro esclarecer dúvidas, transmitir informações sobre o procedimento e o autocuidado no pós-operatório, bem como envolver a família ou pessoa significativa no processo de preparação cirúrgica (Cardante, 2020).

O desenvolvimento de uma relação terapêutica sustentada possibilitou-me interpretar, de forma mais ampla, a comunicação verbal e não verbal, ajustando as intervenções às necessidades específicas de cada pessoa e promovendo uma experiência cirúrgica mais segura e humanizada.

No intraoperatório, tive oportunidade de instrumentar em diversas especialidades cirúrgicas em todos os EC (otorrinolaringologia, ortopedia, cirurgia geral e cirurgia plástica), o que me permitiu adquirir destreza técnica, rigor na assepsia e maior consciência da importância da antecipação de necessidades da equipa cirúrgica e da pessoa em situação perioperatória (AESOP, 2012).

A colaboração no posicionamento cirúrgico constituiu uma intervenção transversal a todos os contextos clínicos em que estive inserida, dado tratar-se de uma

prática interdependente, que exige articulação entre os diferentes elementos da equipa cirúrgica. Este procedimento, presente em todas as intervenções cirúrgicas, requer uma ponderação cuidada de múltiplos fatores, nomeadamente a adequada visualização do campo operatório e a prevenção de lesões decorrentes da pressão, fricção ou até de hiperextensão articular (Spruce, 2021). A minha participação nestas práticas foi contínua e sistemática, reforçando a perceção da importância do trabalho em equipa para a segurança da pessoa em situação perioperatória.

Durante o último EC pude participar no posicionamento da pessoa com obesidade, em que a maior superfície corporal e a presença de mais tecido adiposo podem reduzir a perceção de áreas de pressão e aumentar o risco de complicações, como úlceras por pressão, lesões nervosas periféricas, entre outras (Nightingale et al., 2015). Acresce ainda a limitação frequente de materiais que apoiam o posicionamento da pessoa devidamente adaptados à sua condição, o que exige maior criatividade e colaboração interprofissional para garantir a estabilidade e a segurança da pessoa em todo o procedimento cirúrgico.

No âmbito da cirurgia bariátrica, o posicionamento mais frequentemente utilizado consiste em membros inferiores em abdução e ligeira flexão, braços afastados do corpo em suportes anatómicos adequados e o corpo colocado em proclive, de forma a otimizar a exposição do campo cirúrgico e minimizar complicações cardiorrespiratórias (Nightingale et al., 2015). Na minha prática, pude avaliar em cada procedimento o risco de desenvolvimento de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico da pessoa, recorrendo à Escala de Avaliação de Risco de Lesão Decorrente do Posicionamento Cirúrgico – versão portuguesa (ELPO-PT). Esta ferramenta revelou-se fundamental para apoiar decisões clínicas e implementar medidas preventivas adequadas.

No caso da cirurgia bariátrica, observou-se uma maior propensão para scores elevados, sobretudo pelo critério de comorbilidades (obesidade) e pelo tipo de anestesia (geral balanceada), o que reforça a necessidade de uma vigilância contínua e de uma intervenção proativa por parte do enfermeiro especialista. Esta experiência consolidou a minha perceção de que a utilização sistemática de escalas validadas, aliada a uma análise crítica do contexto, é essencial para garantir a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados em perioperatório.

No pós-operatório, pude intervir em diferentes momentos do percurso cirúrgico, promovendo a continuidade e a segurança dos cuidados. A consulta de follow-up não presencial revelou-se uma estratégia eficaz para monitorizar a recuperação da pessoa, avaliar sinais de complicações e reforçar a adesão às recomendações pós-cirúrgicas. Em

contexto de recobro, participei na preparação da alta, garantindo que a pessoa e a família dispunham de informação clara sobre os cuidados a adotar no domicílio, nomeadamente quanto à vigilância da ferida cirúrgica, controlo da dor e sinais de alarme. A gestão da dor no pós-operatório imediato constituiu igualmente uma intervenção central, recorrendo a estratégias farmacológicas e não farmacológicas, adaptadas à tolerância e necessidades individuais.

Outra vertente desenvolvida foi a resposta a situações de imprevisibilidade, como por exemplo a utilização de caixas cirúrgicas incompletas ou danificadas, falhas súbitas de equipamento, ou ainda a pressão para cumprir com tempos cirúrgicos e listas operatórias extensas. Estes contextos, frequentemente geradores de stress, exigiram a mobilização de competências de priorização, gestão do tempo e sobretudo de comunicação clara e assertiva com a equipa multidisciplinar, garantindo que a segurança da pessoa nunca fosse comprometida. De acordo com a OMS (2009a), a capacidade de resposta a imprevistos é um dos pilares da segurança cirúrgica, sendo potenciada pela adoção de processos de comunicação estruturados.

É precisamente nestes momentos de maior tensão que se torna evidente a relevância de padrões comunicacionais eficazes, como o recurso à ferramenta de Identificação, Situação atual, Breve história, Avaliação e Recomendação (ISBAR), cuja aplicação sistemática favorece a continuidade e a precisão da informação, prevenindo erros e potenciais eventos adversos (Müller et al., 2018). Apesar de se tratar de uma ferramenta desenvolvida não especificamente para o perioperatório, adaptei a ferramenta a este contexto no primeiro EC, numa tabela de apoio ao uso do ISBAR, desenvolvida no primeiro estágio (apêndice 1). Com a elaboração deste instrumento, procurei contribuir para uma transição de cuidados segura e prática, assegurando a consistência da informação e reforçando a cultura de segurança em equipa.

No âmbito do controlo sintomático, desenvolvi ainda competências na gestão da dor, recorrendo a estratégias farmacológicas, em articulação com a equipa médica, mas também a medidas não farmacológicas que promovem o conforto, a tranquilidade e a confiança da pessoa no ambiente cirúrgico. Estudos comprovam que a utilização combinada de diferentes estratégias para controlo da dor está associada a melhores resultados em termos de satisfação da pessoa, redução da ansiedade e recuperação mais rápida (Chou et al., 2016).

Deste modo, pude experienciar de forma prática que a competência de promover cuidados ultrapassa a execução de intervenções técnicas, abrangendo igualmente a gestão

de situações imprevistas, a comunicação eficaz em cenários de stress e a atenção às dimensões humanas e subjetivas da experiência cirúrgica. É este equilíbrio entre ciência, técnica e humanização que sustenta a pertinência da intervenção especializada no perioperatório e que garante a segurança e a dignidade da pessoa em estado de vulnerabilidade.

A competência de “desenvolver a intervenção numa perspetiva interprofissional” assume também especial relevância no contexto perioperatório, dado que a segurança e qualidade dos cuidados dependem da articulação eficaz entre múltiplos grupos profissionais. O EEEMCPSP tem assim um papel ativo na formação, coordenação e implementação de estratégias interdisciplinares sustentadas pela melhor evidência científica disponível.

Neste âmbito, pude intervir tanto no planeamento e realização de formações dirigidas à equipa multidisciplinar, que abrangeram áreas essenciais para a segurança da pessoa em estado de vulnerabilidade, como na participação de formações lecionadas por outros grupos profissionais. Entre estas destaca-se a formação realizada no âmbito do EC “Estágio com Relatório – Módulo II”, sobre a prevenção da lesão da córnea em pessoas submetidas a anestesia geral. Para além de uma apresentação realizada durante a jornada de trabalho (apêndice 2), para enfermeiros, cirurgiões e anestesistas, foi desenvolvida uma instrução de trabalho (apêndice 3) com o intuito de padronizar a intervenção do enfermeiro, em alinhamento com recomendações internacionais.

A abrasão da córnea é reconhecida como a complicação oftalmológica mais frequente em pacientes submetidos a anestesia geral para cirurgias não oftalmológicas (American Society of Anesthesiologist, 2012; Grixti et al., 2013; Lee et al., 2016). Trata-se de uma lesão superficial da camada epitelial da córnea, frequentemente relacionada com fatores intraoperatórios, e cuja ocorrência pode resultar em desconforto ocular significativo, risco de infeção e, em casos graves, em perda visual permanente (Wan et al., 2014).

Estudos estimam que a incidência de abrasão da córnea associada a procedimentos anestésicos atinge até 10% dos casos, especialmente na ausência de medidas preventivas adequadas (Lee et al., 2016). Embora muitas dessas lesões sejam reversíveis, o seu impacto na recuperação pós-operatória e na segurança da pessoa submetida a um ato cirúrgico, justifica a implementação de medidas de prevenção e até mesmo protocolos institucionais.

A correta utilização e escolha de antissépticos para a prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (ILC) constituiu o tema central de uma das formações dinamizadas no âmbito do estágio curricular em contexto de CA. Esta iniciativa surgiu da necessidade de reforçar práticas baseadas na evidência científica, considerando que a ILC continua a ser uma das complicações mais frequentes no período pós-operatório e com impacto significativo nos custos em saúde, no tempo de internamento e na qualidade de vida da pessoa (Direção-Geral da Saúde, 2022; Rosa, 2017).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2022), estima-se que cerca de 50% das ILC poderiam ser prevenidas mediante a implementação rigorosa de estratégias sustentadas por recomendações internacionais. Esta formação assumiu, portanto, um papel fundamental no alinhamento da prática clínica com as *guidelines* da Organização Mundial da Saúde (2018), bem como com as normas da DGS (2022), promovendo uma abordagem uniforme e padronizada entre os diferentes profissionais envolvidos.

Foram abordados múltiplos fatores reconhecidos pela literatura como determinantes na prevenção da ILC, nomeadamente o banho pré-operatório, a manutenção da técnica asséptica, a preservação da normotermia e normoglicemia, a realização adequada da tricotomia (quando necessária), a manutenção de saturações periféricas de oxigénio dentro dos parâmetros normais da pessoa e a administração criteriosa da profilaxia antibiótica (AORN, 2024; Direção-Geral da Saúde, 2022; Paredes, 2017).

No entanto, o foco principal da sessão recaiu sobre a antisepsia cirúrgica da pele, etapa crítica na redução da carga microbiana e, conseqüentemente, no risco de infeção. Foram discutidos aspetos práticos como a escolha do antisséptico mais adequado de acordo com a evidência disponível (por exemplo, clorhexidina alcoólica versus solução iodada), a técnica correta de aplicação, os tempos de ação necessários e a importância da compatibilidade com os materiais utilizados em ambiente cirúrgico (Privitera et al., 2017).

Esta formação, ao ser partilhada com a equipa multidisciplinar, contribuiu para a uniformização das práticas, fortaleceu a cultura de segurança e garantiu que todos os intervenientes compreendessem o impacto da antisepsia cirúrgica da pele na prevenção da ILC. Deste modo, cumpriu-se não apenas um objetivo formativo, mas também uma missão estratégica de redução de riscos perioperatórios e de promoção de cuidados seguros, éticos e baseados em evidências atualizadas.

Ainda relativamente a esta padronização de práticas, foi desenvolvida uma ferramenta essencial em contexto perioperatório: os *preference cards* (apêndice 4). Estes documentos padronizados descrevem de forma sistematizada os materiais, instrumentos e técnicas preferenciais de cada cirurgião e de cada procedimento, sendo reconhecidos como uma estratégia valiosa para a garantia da qualidade, segurança e eficiência dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória (AORN, 2023).

Um dos principais contributos da utilização dos *preference cards* prende-se com a padronização e consistência na preparação cirúrgica, independentemente da composição da equipa de enfermagem. Esta uniformização reduz significativamente a variabilidade clínica e operacional, prevenindo erros como a omissão de materiais necessários ou a inclusão de dispositivos desnecessários, aspetos que comprometem a segurança e a eficiência da intervenção (AORN, 2023; Palmisano et al., 2024).

Paralelamente, a sua utilização promove a otimização do tempo operatório, sobretudo no que respeita à preparação da sala e das mesas cirúrgicas. O acesso a um documento bem estruturado permite uma montagem célere, orientada e alinhada com as exigências específicas do cirurgião e do procedimento. Este ganho traduz-se numa maior produtividade do bloco operatório, reduzindo atrasos e garantindo uma resposta mais eficiente face às necessidades do programa cirúrgico (AORN, 2023).

Do ponto de vista económico, a padronização proporcionada pelos *preference cards* favorece a redução de custos diretos e indiretos, uma vez que elimina o uso excessivo ou desnecessário de materiais, promove uma utilização criteriosa dos recursos e melhora a gestão de stocks, tanto de consumíveis como de instrumentos cirúrgicos (Geppert et al., 2020).

Outro aspeto de destaque é a otimização da comunicação entre a equipa. Ao disponibilizar uma referência objetiva e acessível a todos os profissionais, os *preference cards* reduzem a necessidade de instruções verbais repetitivas, facilitando a integração de novos elementos e atenuando o impacto da rotatividade de profissionais. Esta melhoria na comunicação contribui para a coesão da equipa e para a fluidez do procedimento cirúrgico (AORN, 2023; Zarei et al., 2020). Ao libertar os profissionais de preocupações logísticas, esta ferramenta permite-lhes manter o foco centrado na pessoa, assegurando cuidados mais humanizados, seguros e personalizados (AORN, 2023; OMS, 2009a).

Por fim, destaca-se o contributo pedagógico desta prática: os *preference cards* atuam como instrumentos facilitadores na formação e integração de novos profissionais. Para os recém-chegados ao bloco operatório, estes documentos funcionam como guias

práticos e visuais, acelerando a curva de aprendizagem, promovendo a adaptação às rotinas institucionais e reforçando a cultura de segurança (Zarei et al., 2020).

Assim, a sua implementação revelou-se não apenas uma estratégia de padronização logística, mas também um dispositivo potenciador da qualidade assistencial, da segurança e da eficiência, em consonância com os princípios éticos e científicos que orientam a prática do enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória.

Estas formações, alicerçadas na evidência científica, constituíram oportunidades de capacitação coletiva e de fortalecimento da prática interprofissional, uma vez que envolveram médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e outros elementos da equipa.

Paralelamente, investi na fomentação de *briefing* e *debriefing* em contexto intraoperatório, momentos fundamentais para alinhar expectativas, antecipar riscos, refletir sobre ocorrências e implementar melhorias contínuas. Estes processos de comunicação estruturada mostraram-se particularmente relevantes nos cenários de maior tensão, típicos da fase intraoperatória, onde a vulnerabilidade da pessoa é mais acentuada e onde decisões rápidas, mas fundamentadas, são cruciais. De acordo com a literatura, a prática sistemática de *briefings* e *debriefings* está associada a maior coesão de equipa, redução de erros e fortalecimento da cultura de segurança (Schaap et al., 2021).

Assim, através destas experiências, evidenciei a capacidade de intervir de forma proativa na formação, coordenação e comunicação interdisciplinar, contribuindo não apenas para a segurança da pessoa em situação perioperatória, mas também para o desenvolvimento de uma prática colaborativa, reflexiva e orientada pelas melhores evidências científicas.

2.2.2. Maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

A segurança da pessoa em situação perioperatória constitui um dos pilares centrais da prática do EEEMCPSP, refletindo a complexidade e o risco inerente a este contexto altamente diferenciado e cheio de especificidades. De acordo com o regulamento nº 429/2018, a aquisição desta competência implica a mobilização de conhecimentos científicos, técnicos e éticos que assegurem um ambiente de cuidados seguro, tanto para a pessoa em situação de vulnerabilidade, como para a equipa envolvida no ambiente cirúrgico.

O conceito de consciência cirúrgica surge, neste contexto, como um princípio estruturante e traduz-se na capacidade de o enfermeiro especialista atuar com rigor, responsabilidade e vigilância constante, mesmo na ausência de supervisão direta, garantindo o cumprimento de normas de segurança, assepsia e ética profissional (AESOP, 2012). Esta consciência cirúrgica estende-se a todas as dimensões do cuidar perioperatório, integrando a gestão do risco, controlo de infeção, uso criterioso de dispositivos médicos e a salvaguarda do bem-estar físico e emocional da pessoa.

A complexidade do ambiente cirúrgico, marcada pela simultaneidade de tarefas, presença de múltiplos profissionais e utilização de tecnologia sofisticada, reforça a necessidade de um pensamento crítico e de liderança, que estejam orientados para a segurança. Assim, a atuação do enfermeiro especialista deve ir além da execução técnica, envolvendo a capacidade de antecipar riscos, intervir de forma preventiva e promover uma cultura de segurança partilhada entre todos os elementos da equipa (OMS, 2021).

Sharma et al. (2018), destaca também que, devido a esse mesmo risco, existem fatores como a execução simultânea de tarefas, distrações, ruído excessivo e elevado fluxo de atividades, potenciam a ocorrência de erros evitáveis. Fatores esses que aumentam a probabilidade de eventos adversos como infeções, hemorragias, erros medicamentosos, lesões por posicionamentos ou pressão, queimaduras, retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico e, em casos extremos, a morte – todos eles com impacto direto na recuperação e nos resultados cirúrgicos.

Neste sentido, danos evitáveis nunca deveriam ocorrer na prática perioperatória, enfatizando a necessidade de uma cultura de segurança sólida, baseada em práticas padronizadas e fundamentadas em evidência científica atualizada (Sharma et al., 2018). Esta visão é partilhada pela AESOP (2012), que defende todas as pessoas submetidas a uma cirurgia invasiva ou procedimento anestésico, têm o direito de receber cuidados de mais elevada qualidade e segurança, assegurando o respeito pela dignidade, autonomia e integridade humanas.

A vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória resulta de diversos fatores, entre os quais a diminuição ou ausência da perceção da dor, a incapacidade para reagir a estímulos ou desconfortos, a impossibilidade de comunicar e de tomar decisões sob efeito anestésico (Sharma et al., 2018). Este estado exige uma vigilância contínua e uma consciência profissional aguçada, que permita ao enfermeiro antecipar riscos e implementar estratégias de prevenção adequadas.

A adequação dos métodos de cuidados à pele antes da intervenção cirúrgica constitui uma responsabilidade fundamental do EEEMCPSP, devendo estes ser individualizados de acordo com as características e necessidades de cada pessoa. No caso particular da pessoa com obesidade candidata a cirurgia bariátrica, é frequente a presença de múltiplas pregas cutâneas, por vezes de difícil acesso, o que requer uma atenção acrescida por parte do profissional de enfermagem. A correta execução da antisepsia pré-operatória pode ser comprometida se estas áreas não forem devidamente higienizadas, potenciando o risco de ILC.

Para colmatar esta limitação, o enfermeiro deve ponderar o recurso à supervisão e ao uso de esponjas de superfície alargada, que permitem uma limpeza mais eficaz e homogênea, promovendo a otimização da experiência da pessoa no perioperatório e a redução de eventos adversos relacionados com a infeção (Direção-Geral da Saúde, 2022; Stanton, 2021).

De igual modo, o enfermeiro deve manter-se atento à eventual necessidade de realizar tricotomia, avaliando cuidadosamente a sua pertinência e os riscos associados. Caso se determine que é necessária, a remoção dos pelos deve ser efetuada o mais próximo possível do momento da cirurgia, utilizando máquina de corte de uso único, conforme recomendado pela DGS (2022). Esta prática reduz o risco de micro lesões cutâneas e, conseqüentemente, o tempo de exposição entre a tricotomia e a preparação do local cirúrgico. Além disso, a tricotomia deve ser sempre realizada fora do bloco operatório ou da sala de operações, evitando a dispersão de partículas em ambientes restritos e assegurando a manutenção da integridade da assepsia do ambiente (Stanton, 2021).

Em continuidade com as preocupações associadas à prevenção da ILC, destaca-se igualmente a higienização correta das mãos como uma das medidas mais eficazes para reduzir a sua incidência. A OMS (2009b) e a DGS (2019) reforçam que a adesão às práticas adequadas de higiene das mãos constitui um pilar essencial da segurança do doente e da prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Neste sentido, cabe ao enfermeiro especialista não apenas dominar as técnicas de desinfecção segundo os cinco momentos preconizados pela OMS, mas também assumir um papel ativo na formação, sensibilização e supervisão da equipa multidisciplinar, identificando práticas incorretas e promovendo a melhoria contínua.

Durante o meu primeiro EC, tive a oportunidade de participar numa campanha de sensibilização organizada pela Comissão de Controlo de Infeção, que teve como objetivo

reforçar a importância da adesão a esta prática entre os profissionais de saúde. A iniciativa consistiu em fotografar diferentes profissionais a executar a desinfecção das mãos em cada um dos cinco momentos preconizados, em locais estratégicos do bloco operatório. As imagens obtidas foram posteriormente utilizadas em cartazes informativos, afixados em diversos pontos do serviço, servindo como lembrete visual e pedagógico.

Esta experiência permitiu-me compreender o impacto positivo da liderança visível do enfermeiro especialista na promoção de dotações seguras, bem como a importância da educação permanente e do exemplo profissional na modificação de comportamentos e na consolidação de boas práticas em contexto perioperatório.

A consolidação de uma cultura de segurança e prevenção de infeção no bloco operatório não se limita às práticas de higiene das mãos ou à preparação da pele cirúrgica; estende-se igualmente à gestão rigorosa e ao controlo dos dispositivos médicos utilizados ao longo do processo perioperatório. A manipulação, rastreabilidade, esterilização e conservação adequadas destes dispositivos constituem etapas críticas para assegurar a segurança da pessoa e da equipa, prevenindo a ocorrência de eventos adversos associados a contaminações cruzadas, falhas de funcionamento ou uso inadequado (Direção-Geral da Saúde, 2022; Regulamento n 429/2018, 2018).

Assim, o enfermeiro especialista assume um papel central não apenas na execução técnica, mas sobretudo na supervisão, verificação e liderança do cumprimento das normas e procedimentos relativos aos dispositivos médicos, garantindo que cada material utilizado cumpre os padrões de qualidade, esterilidade e segurança exigidos.

2.3. DO PERCURSO FORMATIVO À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O percurso formativo no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, constituiu um processo estruturado de aprofundamento científico, desenvolvimento de aptidões reflexivas e consolidação de competências clínicas avançadas. À luz do disposto no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, considero que este percurso formativo e profissional contribuiu significativamente para a aquisição e demonstração das competências necessárias ao exercício como enfermeira mestre.

Desenvolvi conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível superior, sustentados nos saberes adquiridos no 1.º ciclo, mas amplamente aprofundados através

do estudo autónomo, da prática clínica supervisionada e da investigação. Este aprofundamento foi particularmente visível no trabalho de dissertação sobre o cuidado à pessoa em processo de cirurgia bariátrica, que me permitiu aliar a evidência científica a uma realidade clínica concreta e vivenciada, produzindo contributos para a prática especializada de enfermagem perioperatória.

De acordo com a alínea a) do artigo 15º do Decreto-Lei n.º 65/2018, adquiri conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundados, sustentados nos saberes obtidos no 1.º ciclo, mas expandidos com a componente prática e crítica. Este aprofundamento traduziu-se no estudo e análise de modelos teóricos de enfermagem perioperatória, como o MPCP, e na aplicação prática de princípios de segurança cirúrgica e cuidado centrado na pessoa (AORN, 2021; Van Wicklin, 2020).

Princípios de uma comunicação eficaz, basilares no 1º ciclo, foram aprofundados para contextos de maior complexidade, estabelecendo estratégias facilitadoras à comunicação expressiva das emoções, ou até mesmo na presença de barreiras dificultadoras como a alteração do estado de consciência (Regulamento n 429/2018, 2018). A utilização de ferramentas como o ISBAR contribuiu para a promoção de uma comunicação clara e estruturada, essencial para a segurança cirúrgica e a articulação entre a equipa multidisciplinar (OMS, 2021).

Do mesmo modo, o processo de enfermagem deixou de ser entendido apenas como uma sequência de etapas metodológicas, passando a ser encarado como um instrumento dinâmico e crítico que deve refletir a singularidade da pessoa em situação perioperatória. A avaliação e o planeamento de cuidados passaram a integrar, de forma mais explícita, aspetos relacionados com a vulnerabilidade emocional, social e clínica da pessoa submetida a cirurgia bariátrica, numa perspetiva de cuidado verdadeiramente individualizado (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Assim, os conhecimentos adquiridos previamente foram não apenas aprofundados, mas também reformulados e adaptados às exigências da prática especializada. Esta evolução permitiu transformar aprendizagens basilares em competências avançadas, sustentando a prestação de cuidados seguros, éticos e centrados na pessoa.

Na perspetiva da alínea b), desenvolvi a capacidade de aplicar conhecimentos e resolver problemas em contextos novos, como situações intraoperatórias não previstas, e em ambientes multidisciplinares, onde a colaboração com cirurgiões, anestesiólogos e outros profissionais foi determinante para a qualidade assistencial. Este trabalho conjunto,

sustentado em evidência científica, traduziu-se na tomada de decisões rápidas, informadas e ajustadas à vulnerabilidade física e emocional da pessoa em situação perioperatória (OMS, 2009; Sousa et al., 2022).

Exemplos como a quebra da assepsia durante um ato cirúrgico, indisponibilidade de instrumentais essenciais à cirurgia, dilemas éticos ou até mesmo a ausência de eletricidade em proporções nacionais, demonstram a necessidade de um enfermeiro ter a capacidade de lidar com imprevisibilidades sendo que, uma tomada de decisão imprudente pode comprometer a segurança da pessoa em situação perioperatória.

Relativamente à alínea c), a integração de conhecimentos e a gestão de questões complexas foram dimensões particularmente desafiantes. Num contexto complexo como é o cirúrgico, nem sempre existe abordagens padronizadas para um determinado cenário, exigindo uma abordagem que equilibre segurança, ética e eficiência. A pessoa submetida a cirurgia bariátrica, tema central deste relatório, exemplifica bem esta necessidade, dada a coexistência de fatores clínicos, psicológicos e sociais que condicionam o processo de recuperação e os ganhos em saúde. A reflexão sobre estas implicações, sempre à luz dos princípios ético-deontológicos, reforçou a minha consciência profissional e responsabilidade social (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No que se refere à alínea d), aprimorei a capacidade de comunicar conclusões, raciocínios e evidência científica de forma clara e adaptada, quer em reuniões com especialistas e generalistas, quer em interações com a pessoa e família em situação perioperatória. Esta competência revelou-se fundamental para a capacitação da pessoa no pré e pós-operatório, promovendo escolhas informadas e adesão às recomendações de cuidados. Para pares profissionais tive a oportunidade de divulgar aspetos determinantes para a segurança da pessoa em situação perioperatória, em contexto de seminário, formação em contexto de estágio e contributos práticos para a melhoria contínua dos serviços onde realizei os Ensinos Clínicos.

Por último, e em consonância com a alínea e), consolidei competências de aprendizagem ao longo da vida, com enfoque no trabalho autónomo. Com o projeto de autoformação, desenvolvido no âmbito deste mestrado foi um exemplo prático da aquisição de competências em explorar um tema de interesse, planear, implementar e avaliar criticamente o que foi desenvolvido, com base em evidência científica atualizada. Assim destaco que o meu percurso como mestre irá me permitir continuar a desenvolver aprendizagens ao longo da vida de forma autónoma, assumindo o compromisso da minha autoformação.

Por fim, com a elaboração do presente relatório, desenvolvi a capacidade de comunicar o percurso efetuado, de refletir sobre a forma como todo o processo contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e de formular conclusões sobre o meu percurso académico. Creio que o culminar deste processo reside na defesa pública deste mesmo trabalho, com a demonstração das capacidades referidas (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

2.4. CONTRIBUTO PARA BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

A prática de enfermagem perioperatória caracteriza-se por uma elevada exigência técnica, científica e relacional, exigindo do enfermeiro especialista competências que ultrapassam o domínio da execução técnica, abrangendo também o planeamento, a tomada de decisão clínica e o suporte emocional à pessoa, à sua família e seu núcleo significativo.

Durante o percurso formativo e elaboração do presente relatório, verificou-se dificuldade em identificar evidência científica robusta relativa ao cuidar especializado da pessoa com obesidade de grau III, particularmente no contexto da cirurgia bariátrica na realidade nacional.

Apesar do crescente número deste tipo de intervenções cirúrgicas, persistem lacunas na literatura quanto à adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades físicas, psicológicas e sociais desta população. A maioria dos estudos, tende a centrar-se nos resultados clínicos e metabólicos, desvalorizando frequentemente as dimensões humana, emocional e familiar do processo cirúrgico.

Esta limitação traduz-se numa dificuldade prática relevante: a escassez de orientações padronizadas, baseadas na evidência, que sustentem a intervenção do enfermeiro na avaliação, planeamento e implementação de cuidados centrados na pessoa com obesidade severa.

Além disso, ao longo do EC detetei uma desvalorização na participação da família ou da pessoa significativa, por parte da própria pessoa a vivenciar uma experiência perioperatória. Neste sentido, cabe ao enfermeiro especialista promover esse envolvimento, evidenciando a sua importância para a adesão ao regime terapêutico, farmacológico e dietético, bem como para a manutenção de mudanças comportamentais

sustentáveis (Leahy & Luning, 2015). Só com este envolvimento será possível estabelecer uma abordagem holística do cuidar.

Neste contexto, reconhece-se a necessidade de fomentar a investigação aplicada e o desenvolvimento de projetos de intervenção dirigidos à pessoa em processo de cirurgia bariátrica e à sua família/pessoa significativa. Tais projetos devem privilegiar a educação para a saúde, a preparação emocional e a capacitação para o autocuidado, reforçando o papel do enfermeiro especialista enquanto facilitador do processo de adaptação e promotor de continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Assim, este trabalho pretende também contribuir para a reflexão crítica sobre a prática baseada na evidência, ao propor que a enfermagem perioperatória amplie o seu olhar sobre a pessoa com obesidade severa, integrando não apenas as suas necessidades físicas, mas também as dimensões emocionais, relacionais e sociais que influenciam o sucesso cirúrgico e a qualidade de vida no pós-operatório.

Deste modo, importa reforçar que o desenvolvimento da prática de enfermagem perioperatória deve assentar numa cultura de investigação e inovação, capaz de gerar conhecimento aplicado e orientador da ação clínica.

A criação de protocolos específicos para o cuidado da pessoa com obesidade, bem como o investimento em formação contínua, constituem estratégias fundamentais para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. Paralelamente, a implementação de projetos de investigação-ação, que envolvam a pessoa e a sua família em todas as fases do processo cirúrgico, poderá contribuir para a construção de modelos de cuidado mais humanizados, personalizados e sustentados em evidência científica, reforçando assim a identidade e a relevância do enfermeiro especialista em contexto perioperatório.

Para ilustrar esta reflexão, foi desenvolvido um estudo de caso (apêndice 5) elaborado segundo as *guidelines* CARE e sustentado no Modelo Perioperatório Centrado na Pessoa, que permitiu uma reflexão aprofundada sobre uma situação clínica real. Este estudo visa evidenciar o impacto da intervenção do enfermeiro de referência na experiência e satisfação da pessoa submetida a um processo perioperatório, destacando o valor do cuidado individualizado, da comunicação terapêutica e da tomada de decisão partilhada na promoção de cuidados seguros e humanizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório de estágio constituiu uma oportunidade ímpar de consolidação e demonstração do percurso de desenvolvimento pessoal, profissional e académico, culminando na aquisição de competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, e de mestre em Enfermagem. O objetivo central deste trabalho - refletir criticamente sobre o processo de aquisição de competências especializadas - foi plenamente alcançado através de uma abordagem sustentada na prática clínica supervisionada, na análise reflexiva e na integração do conhecimento científico, ético e legal que fundamenta o exercício profissional.

A imersão nos diferentes contextos de EC, permitiu vivenciar, de forma crítica e consciente, a complexidade do cuidar da pessoa submetida a cirurgia, particularmente no âmbito da cirurgia bariátrica, onde a vulnerabilidade física e emocional se manifesta de forma mais evidente.

A integração do conhecimento teórico com a experiência prática revelou-se essencial para compreender a amplitude e a profundidade do papel do enfermeiro especialista, sustentado nos regulamentos da Ordem dos Enfermeiros e no MPCP, que orientaram a reflexão e a tomada de decisão clínica fundamentada em princípios éticos, científicos e humanistas.

O percurso formativo foi enriquecido por contributos pessoais e profissionais que influenciaram positivamente a minha prática e reflexão. A experiência prévia de três anos em bloco operatório e um ano em serviços cirúrgicos proporcionou-me uma visão integrada e realista das exigências do contexto perioperatório, facilitando a transição para o desempenho especializado. Por outro lado, o contacto familiar com pessoas submetidas a cirurgia bariátrica despertou uma sensibilidade acrescida para as dimensões humanas, emocionais e sociais do processo cirúrgico, reforçando o compromisso com um cuidar centrado na pessoa e na sua experiência.

Ao longo deste percurso, consolidaram-se competências que ultrapassam a dimensão técnica do cuidar, abrangendo o pensamento crítico, a liderança, a comunicação clínica estruturada e a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados. A elaboração de trabalhos como os *preference cards*, instrução de trabalho sobre a prevenção da lesão da córnea, aplicação da escala ELPO-PT e a sistematização de práticas de briefing e

debriefing representaram contributos concretos para a melhoria da segurança cirúrgica e da eficiência organizacional.

O estudo de caso desenvolvido, reforçou a importância da intervenção do enfermeiro de referência na satisfação, segurança e capacitação da pessoa submetida a cirurgia bariátrica, evidenciando o impacto do cuidado personalizado e da tomada de decisão partilhada. Paralelamente, os projetos de formação e melhoria contínua realizados traduziram o compromisso com a atualização de práticas baseadas na evidência, a cultura de segurança e a valorização do trabalho em equipa interdisciplinar.

Os desafios enfrentados, como a adaptação a diferentes dinâmicas institucionais e equipas, a gestão do tempo em contextos de elevada exigência técnica e a necessidade de conciliar a prática com a reflexão teórica, constituíram oportunidades de crescimento, consolidando a autonomia, a resiliência e o sentido de responsabilidade ética e profissional.

Conclui-se, assim, que o desenvolvimento deste estágio e a elaboração do presente relatório se traduziram num processo de transformação pessoal e profissional, no qual a reflexão sistemática e a prática baseada na evidência permitiram afirmar a enfermagem perioperatória como uma disciplina dinâmica, centrada na pessoa e comprometida com a excelência do cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP. (2012). *Enfermagem Perioperatória - da Filosofia à Prática dos Cuidados*. In *Enfermagem Perioperatória - da Filosofia à Prática dos Cuidados*. (2ª Edição). Lusodidata.
- Alcan, A. O., van Giersbergen, M. Y., & Doğan, O. (2025). Perceived Social Support and Social Appearance Anxiety After Bariatric Surgery. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 11(1). <https://doi.org/10.32598/JCCNC.11.1.697.1>
- Alsaywid, B., & Abdulhaq, N. (2019). Guideline on writing a case report. In *Urology Annals* (Vol. 11, Issue 2). Wolters Kluwer Medknow Publications. https://doi.org/10.4103/UA.UA_177_18
- American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. (2024). *Disease of Obesity*. <https://asmb.org/patients/disease-of-obesity/>
- American Society of Anesthesiologist. (2012). *Practice Advisory for Perioperative Visual Loss Associated with Spine Surgery* (Vol. 116). <http://links.lww.com/ALN/A785>.
- AORN. (2021). *Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice*. https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee_1
- AORN. (2023, December 20). *Why Do I Need Preference Cards?* <https://www.aorn.org/article/why-do-i-need-preference-cards>
- AORN. (2024, May 12). *Guidelines Key Takeaways for Patient Skin Antisepsis*. <https://www.aorn.org/article/guidelines-key-takeaways-for-patient-skin-antisepsis>
- Bužga, M., Zavadilová, V., Holéczy, P., Švagera, Z., Švorc, P., Foltys, A., & Zonča, P. (2014). Dietary intake and ghrelin and leptin changes after sleeve gastrectomy. *Wideochirurgia I Inne Techniki Maloinwazyjne*, 9(4), 554–561. <https://doi.org/10.5114/wiitm.2014.45437>
- Cardante, S. (2020). *Consulta de Enfermagem Pré-operatória e de Follow-up em Cirurgia de Ambulatório: A Perspetiva dos Enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Chou, R., Gordon, D. B., Leon-Casasola, O. A. de, Rosenberg, J. M., & Bickler, S. (2016). Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional

- Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *The Journal of Pain*, 17(2), 131–157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>
- Decreto-Lei n 161/96 Do Ministério Da Saúde, Diário da República n° 205/1996, Série I-A de 1996-09-04 (1996). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Despacho n. 12634/2023, Diário da República: II série, n° 237 (11 Dezembro) (2023). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12634-2023-225444234>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por MRSA nos Hospitais e Unidade de Internamento de Cuidados Continuados Integrados (Norma 018/2014)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Obesidade: Otimização da Abordagem Terapêutica no Serviço Nacional de Saúde*. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2019/12/PNPAS_DGS2017.pdf](https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2019/12/PNPAS_DGS2017.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde (norma 007/2019)*. www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma Clínica 020/2015: “Feixe de Intervenções” para Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>
- Eisenberg, D., Shikora, S. A., Aarts, E., Aminian, A., Angrisani, L., Cohen, R. V., De Luca, M., Faria, S. L., Goodpaster, K. P. S., Haddad, A., Himpens, J. M., Kow, L., Kurian, M., Loi, K., Mahawar, K., Nimeri, A., O’Kane, M., Papasavas, P. K., Ponce, J., ... Kothari, S. N. (2022). 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 18(12), 1345–1356. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2022.08.013>
- Fencl, J. L., Walsh, A., & Vocke, D. (2015). The Bariatric Patient: An Overview of Perioperative Care. *AORN Journal*, 102(2), 116–131. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.05.007>

- Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., Riley, D., Allaire, A., Carpenter, J., Hanaway, P., Hayes, C., Jones, D., Kaszkin-Bettag, M., Kidd, M., Kiene, H., Kienle, G., Kligler, B., Knutson, L., Koch, C., Milgate, K., ... Tugwell, P. (2013). The CARE guidelines: Consensus-based clinical case reporting guideline development. *Headache*, *53*(10), 1541–1547. <https://doi.org/10.1111/head.12246>
- Geppert, P., Daily, B., & Casanova, S. (2020). Achieving Surgical Supply Savings through Preference Card Standardization. *Journal of Medical Systems*, *44*(6). <https://doi.org/10.1007/s10916-020-01576-9>
- Gonçalves Martins, A., Pontífice Sousa, P., & Margarida Marques, R. (2022). Conforto: Contributo Teórico Para a Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, *27*, 1–8. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>
- Grixti, A., Sadri, M., & Watts, M. T. (2013). Corneal protection during general anesthesia for nonocular surgery. In *Ocular Surface* (Vol. 11, Issue 2, pp. 109–118). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jtos.2012.10.003>
- Guimarães, A. J. N. S. (2021). *Adaptação Cultural e Validação da Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico*. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/2787>
- Järholm, K., Olbers, T., & Engström, M. (2021). Patients' views of long-term results of bariatric surgery for super-obesity: sustained effects, but continuing struggles. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *17*(6), 1152–1164. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2021.02.024>
- Leahy, C. R., & Luning, A. (2015). Review of Nutritional Guidelines for Patients Undergoing Bariatric Surgery. *AORN Journal*, *102*(2), 153–160. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.05.017>
- Lee, S.-J., Kim, S. I., Chung, J. K., Koh, E., Cho, A., Cho, H. B., & Han, Y. (2016). Comparison of eye protection methods for corneal abrasion during general anesthesia. *Anesthesia and Pain Medicine*, *11*(1), 99–103. <https://doi.org/10.17085/apm.2016.11.1.99>
- Mechanick, J. I., Apovian, C., Brethauer, S., Garvey, W. T., Joffe, A. M., Kim, J., Kushner, R. F., Lindquist, R., Pessah-Pollack, R., Seger, J., Urman, R. D., Adams, S., Cleek, J. B., Correa, R., Figaro, M. K., Flanders, K., Grams, J., Hurley, D. L., Kothari, S., ... Still, C. D. (2020). Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric

- procedures. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 16(2), 175–247.
<https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.10.025>
- Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2010). *Enfermagem médico-cirúrgica : perspectivas de saúde e doença* (8th ed., Vol. 1, p. 288). Lusodidacta.
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). *Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- Neil, J. A., & Roberson, D. W. (2015). Enhancing Nursing Care by Understanding the Bariatric Patient's Journey. *AORN Journal*, 102(2), 132–140.
<https://doi.org/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., Pandit, 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. In *Anaesthesia* (Vol. 70, Issue 7). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/anae.13101>
- Oliveira, P., Porfírio, C., Pires, R., Silva, R., Carvalho, J. C., Costa, T., & Sequeira, C. (2023). Psychoeducation Programs to Reduce Preoperative Anxiety in Adults: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph20010327>
- OMS. (2009a). *Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS: 2009 Cirurgia Segura Salva Vidas*.
- OMS. (2009b). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>
- OMS. (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection* (2nd ed.). World Health Organization.
- OMS. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2023 Rumo à eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- OMS. (2025, May 7). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*.

- <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE* ® Versão 2. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*.
- Palmisano, Z. M., Sullivan, G. A., Petit, H. J., Gulack, B. C., Myers, J., & Shah, A. N. (2024). Surgeon perspectives on preference cards and environmental stewardship. *World Journal of Surgery*. <https://doi.org/10.1002/wjs.12308>
- Paredes, S. (2017). Controlo Glicémico em Doentes Não Diabéticos no Período Perioperatório: Protocolo de Atuação. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(4), 168–173.
- Potter, A. P., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos* (Lusociência, Ed.; 5th ed.).
- Prado, P. R. do, Silveira, R. C. C. P., Vettore, M. V., Fossum, M., Vabo, G. L., & Gimenes, F. R. E. (2023). Nursing interventions to prevent corneal injury in critically ill sedated and mechanically ventilated patients: A systematic review of interventions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 78, 103447. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103447>
- Privitera, G. P., Costa, A. L., Brusaferrò, S., Chirletti, P., Crosasso, P., Massimetti, G., Nespoli, A., Petrosillo, N., Pittiruti, M., Scoppettuolo, G., Tumietto, F., & Viale, P. (2017). Skin antisepsis with chlorhexidine versus iodine for the prevention of surgical site infection: A systematic review and meta-analysis. In *American Journal of Infection Control* (Vol. 45, Issue 2). Mosby Inc. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.09.017>
- Rego, A., & Coelho, P. (2017). Organizar a Prestação de Cuidados Por “Enfermeiro de Referência” Promove a Qualidade. *Servir*, 59. <https://doi.org/10.48492>

- Regulamento n 140/2019 Da Ordem Dos Enfermeiros, Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, páginas 4744 - 4750 (2019).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n 429/2018, Diário da República, 2.ª série-N.º 135-16 de julho de 2018 19360 (2018). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Rosa, M. de A. S. R. (2017). *Infeção do local cirúrgico: Um desafio multidisciplinar*. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/32630>
- Ruiz Hernández, C., Gómez-Urquiza, J. L., Pradas-Hernández, L., Vargas Roman, K., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 77, Issue 8). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jan.14827>
- Schaap, M., Hanskamp-Sebregts, M., Merckx, T. (M. A. W.), Heideveld-Chevalking, A. (A. J.), & Meijerink, J. (W. J. H. J.). (2021). Long-term effects of perioperative briefing and debriefing on team climate: A mixed-method evaluation study. *International Journal of Clinical Practice*, 75(3). <https://doi.org/10.1111/ijcp.13689>
- Serviço Nacional de Saúde. (2018, May 18). *Tratamento da Obesidade*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/05/18/tratamento-da-obesidade/#:~:text=A%20indica%C3%A7%C3%A3o%20para%20cirurgia%20bari%C3%A1trica,ortop%C3%A9dico%2C%20vascular%20perif%C3%A9rico%20e%20outros.>
- Sharma, A. E., Rivadeneira, N. A., Barr-Walker, J., Stern, R. J., Johnson, A. K., & Sarkar, U. (2018). Patient engagement in health care safety: An overview of mixed-quality evidence. *Health Affairs*, 37(11), 1813–1820. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0716>
- Silva, E. M. B., Carvalho, V. M. P., & da Silva, D. M. (2022). The reference nurse in the care of children undergoing liver transplantation: A qualitative study. *New Trends in Qualitative Research*, 13. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e652>
- Sociedade Portuguesa de Cirurgia. (2012). *Recomendações de Prevenção do Tromboembolismo Venoso em Cirurgia*. <https://www.spcir.com/wp-content/uploads/2016/06/Vascular-Brochura-Prevencao.pdf>
- Spruce, L. (2021). Positioning the Patient. *AORN Journal*, 114(1), 75–84. <https://doi.org/10.1002/aorn.13442>

- Stanton, C. (2021, April 1). Guideline for preoperative patient skin antisepsis. *AORN Journal*, 113(4), P5–P7. <https://doi.org/10.1002/aorn.13380>
- Tolone, S., Conzo, G., Flagiello, L., Gambardella, C., Lucido, F. S., Bruscianno, L., Parisi, S., De Bortoli, N., Savarino, E. V., Del Genio, G., & Docimo, L. (2024). De Novo Gastroesophageal Reflux Disease Symptoms Are Infrequent after Sleeve Gastrectomy at 2-Year Follow-Up Using a Comprehensive Preoperative Esophageal Assessment. *Journal of Clinical Medicine*, 13(2). <https://doi.org/10.3390/jcm13020545>
- Van Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. In *Perioperative Care and Operating Room Management* (Vol. 18). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>
- Wan, T., Wang, Y., & Jin, X. M. (2014). Corneal injury and its protection using hydrogel patch during general anesthesia. *International Journal of Ophthalmology*, 7(6), 964–967. <https://doi.org/10.3980/j.issn.2222-3959.2014.06.09>
- Xie, J., & Wang, Y. (2024). Multidisciplinary combined treatment based on bariatric surgery for metabolic syndrome: a review article. In *International journal of surgery (London, England)* (Vol. 110, Issue 6, pp. 3666–3679). <https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000001320>
- Zarei, M. R., Bagheri, S., Sedigh, A., & Ghasembandi, M. (2020). Nursing Practice Today The effect of surgical preference card on the clinical self-efficacy of operating room students. In *Nursing Practice Today* (Vol. 7, Issue 3). <http://npt.tums.ac.ir>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Atividade Formativa
ISBAR

Data: __/__/__	Enfermeiro:
I Identificação	Identificação da pessoa:
S Situação	Diagnóstico de admissão: Procedimento cirúrgico: Tipo de anestesia:
B Antecedentes	Antecedentes relevantes: (comorbilidades, medicação relevante, ...) Alergias:
A Avaliação	Sinais Vitais: (última avaliação, gestão de analgesia, risco de hipotermia, ...)
	Sistema Cardiovascular: (perfil tensional, fármacos de resgate ou suspensos, ...)
	Sistema Respiratório: (Via Aérea, oxigenoterapia, padrão respiratório, ...)
	Estado Neurológico: (Escala de Coma de Glasgow, consciência, ...)
	Sistema Gastrointestinal: (náusea, vômito, medicação de resgate, ...)
	Estado Nutricional/Metabolismo Energético: (perfil glicêmico, tempo de jejum, ...)
	Sistema Genito-urinário: (incontinência, dispositivos, características e padrão da eliminação urinária, ...)
	Sistema Tegumentar: (feridas, úlceras por posicionamento, ...)
	Sistema Músculo-esquelético: (Bloqueios Neuro-motores, risco de queda ...)
	Dispositivos médicos: (linha arterial, CVC, CVP, SNG, ...)
	Drenagens:
	Observações importantes: (preocupações, novos focos/diagnósticos relevantes)
R Recomendações	Necessidades antecipadas de alta: (referenciação, continuidade de cuidados na comunidade, ...)
	Ensinos/Outros: (avaliar capacidade para/conhecimento sobre, incluir convivente significativo)
	Intervenções de Enfermagem: (Propostas/assuntos pendentes)

Um auxiliar de memória

É sempre um grande amigo

Por isso comunica de forma segura

E leva o ISBAR contigo

**APÊNDICE 2 – Apresentação “Prevenção da Lesão da
Córnea na Pessoa Submetida a Anestesia Geral”**



PREVENÇÃO DA LESÃO DA CÓRNEA

Na pessoa submetida a anestesia geral

Ana Isabel Alves de Barros Guedes (2023101818)
Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de
Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Em colaboração com: En^o Especialista Pedro Joel Pereira
Sob orientação de: Prof.^a Doutora Maria Luísa Santos



HOSPITAL PARELADA



SANTA MARIA
HEALTH SCHOOL
Escola Superior Saúde Santa Maria



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny



Prevenção da Lesão da Córnea

Sumário	Introdução
	Anatomia e fisiologia do olho
	Avaliação
	Implicações da anestesia geral
	Possíveis complicações
	Fatores de risco
	Prevenção
	Como atuar em caso de complicações
	Documentação
	Conclusão

26/05/2025

2

INTRODUÇÃO

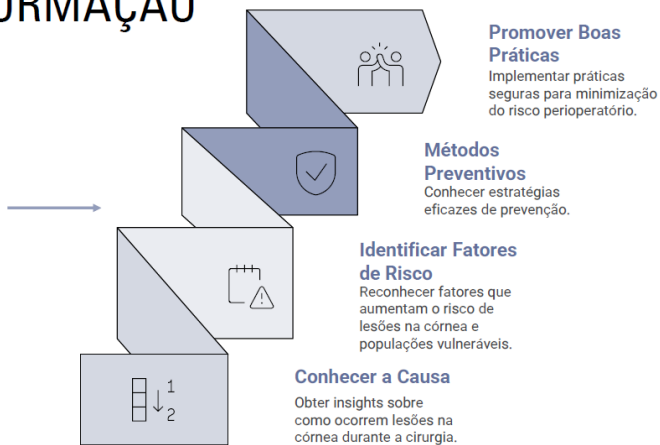
A principal complicação oftalmológica que ocorre em pessoas sob anestesia geral é a lesão da córnea.

Pode ocorrer conseqüente do contacto direto com objetos ou devido à desidratação da mucosa devido à sua exposição.

(Lee et al., 2016)

OBJETIVO DA FORMAÇÃO

Sensibilizar os enfermeiros para a prevenção de lesões da córnea em pessoas sob anestesia geral, para um ato cirúrgico não oftalmológico.



ANATOMIA E FISILOGIA DO OLHO



Fonte: <https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/cornea-pt>

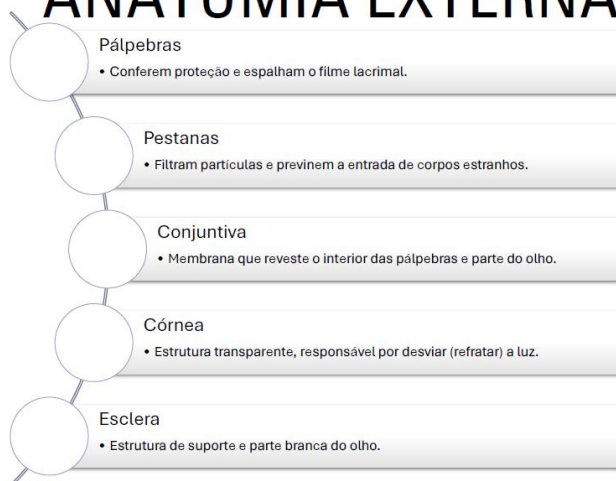
(Monahan et al., 2010)

Prevenção da Lesão da Córnea

26/05/2025

5

ANATOMIA EXTERNA



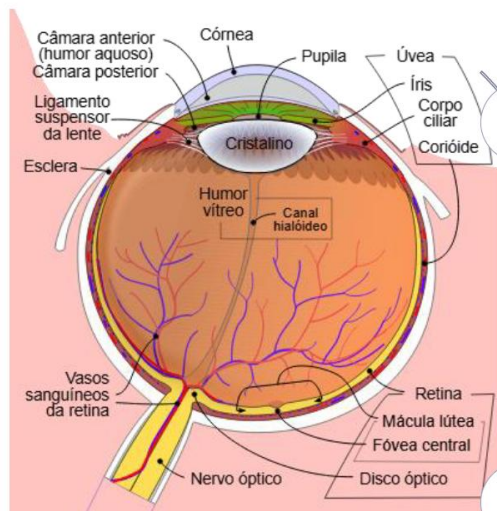
Prevenção da Lesão da Córnea



(Monahan et al., 2010)

26/05/2025

6



ANATOMIA INTERNA

Íris

- Responsável pela regulação de luz através da pupila.

Cristalino

- Ajusta-se para focar objetos na retina.

Retina

- Contém fotorreceptores que permitem a captação da imagem.

Nervo óptico

- Transmite impulsos visuais ao cérebro.

Complexo de músculos oculares

- Responsáveis pelo movimento do olho

Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/C%C3%B3rnea>

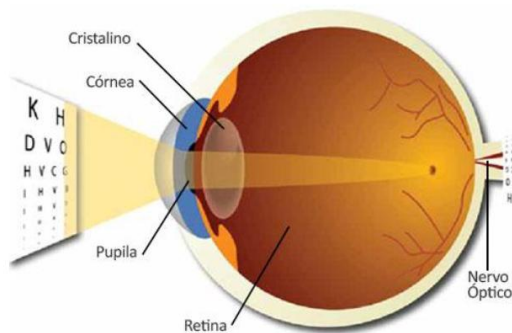
Prevenção da Lesão da Córnea

(Monahan et al., 2010)

26/05/2025

7

FISIOLOGIA DA VISÃO



- A **luz** entra pela **córnea** e atravessa a **pupila**;
- É focada pelo **cristalino** na **retina**;
- Os fotorreceptores convertem luz em sinais elétricos;
- O **nervo óptico** envia os sinais ao córtex visual (lobo occipital)

Fonte: <https://shinzatoofthalmologia.com.br/especialidades/catarata/>

(Monahan et al., 2010)

Prevenção da Lesão da Córnea

28/05/2025

8

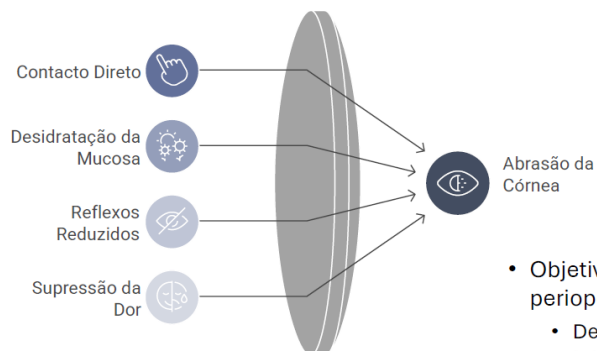
AVALIAÇÃO



(Monahan et al., 2010)

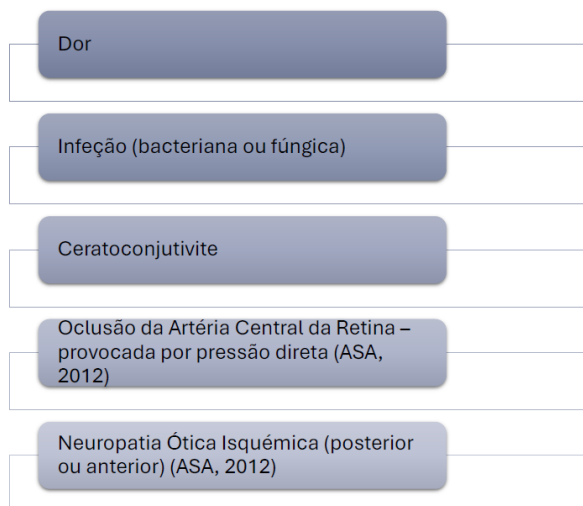
IMPLICAÇÕES DA ANESTESIA GERAL

IMPLICAÇÕES DA ANESTESIA GERAL

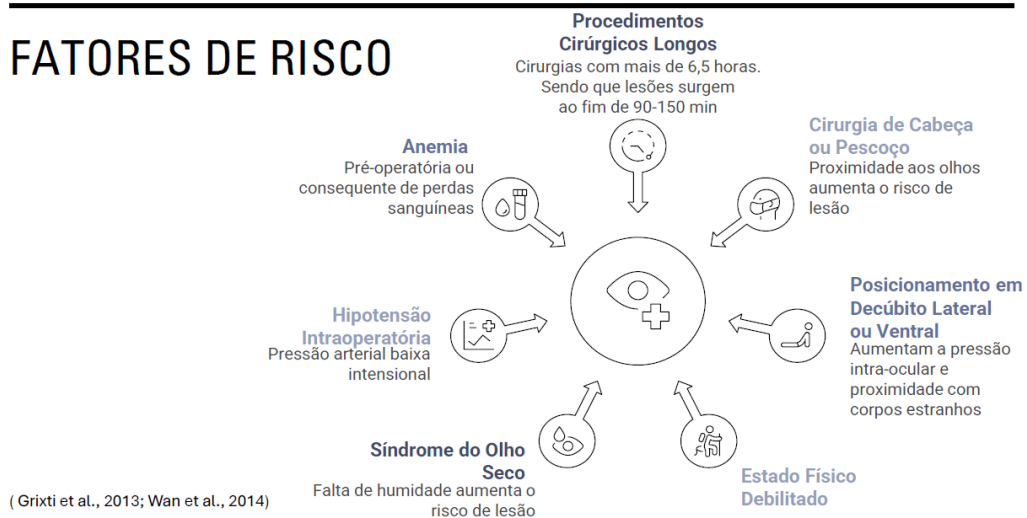


- Objetivo: prevenir a perda de visão perioperatória.
 - Definição: deficiência permanente ou perda total da visão associada a um procedimento cirúrgico

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES



FATORES DE RISCO

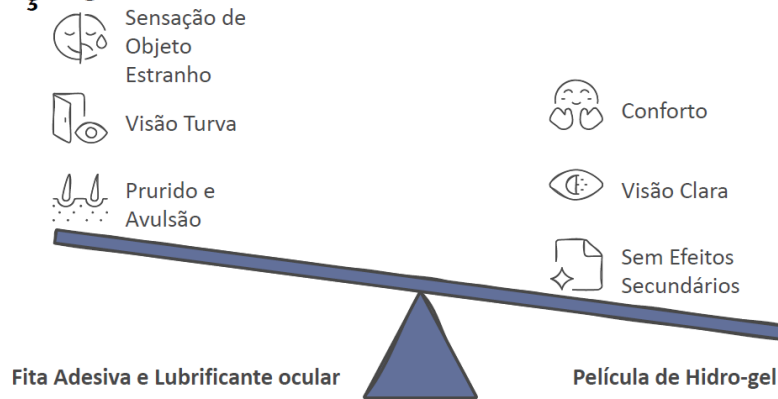


PREVENÇÃO



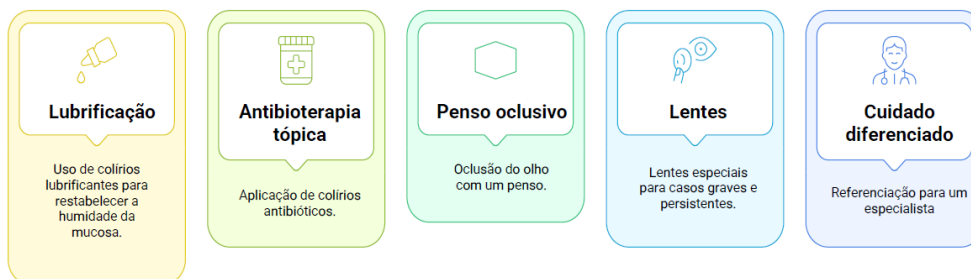
(Lee et al., 2016; Grixti et al., 2013; Wan et al., 2014)

PREVENÇÃO



(Lee et al., 2016; Grixti et al., 2013; Wan et al., 2014)

COMO ATUAR EM CASO DE COMPLICAÇÕES



(Grixti et al., 2013; Wan et al., 2014)

DOCUMENTAÇÃO



Programar a intervenção
“monitorizar lesão da córnea”.

CONCLUSÃO

- Prevenção é fundamental para a minimizar o risco perioperatório;
- Uma avaliação prévia é fundamental para antecipar complicações;
- A literatura não é consensual de qual método é o ideal para prevenção da lesão da córnea, ainda assim a película de hidro-gel destaca-se ligeiramente dos outros métodos;
- Trabalho em equipa torna-se essencial em todo o perioperatório;
- Existe uma necessidade de investigar os diferentes métodos de prevenção da lesão da córnea, consoante os diferentes posicionamentos cirúrgicos (sendo que maior parte dos estudos, foca-se nos decúbitos dorsais e ventrais).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Society of Anesthesiologist. (2012). *Practice Advisory for Perioperative Visual Loss Associated with Spine Surgery* (Vol. 116). <http://links.lww.com/ALN/A785>.
- Grixiti, A., Sadri, M., & Watts, M. T. (2013). Corneal protection during general anesthesia for nonocular surgery. In *Ocular Surface* (Vol. 11, Issue 2, pp. 109–118). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jtos.2012.10.003>
- Lee, S.-J., Kim, S. I., Chung, J. K., Koh, E., Cho, A., Cho, H. B., & Han, Y. (2016). Comparison of eye protection methods for corneal abrasion during general anesthesia. *Anesthesia and Pain Medicine*, 11(1), 99–103. <https://doi.org/10.17085/apm.2016.11.1.99>
- Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2010). *Enfermagem médico-cirúrgica : perspectivas de saúde e doença* (8th ed., Vol. 4, p. 1733). Lusodidacta.
- Wan, T., Wang, Y., & Jin, X. M. (2014). Corneal injury and its protection using hydro-gel patch during general anesthesia. *International Journal of Ophthalmology*, 7(6), 964–967. <https://doi.org/10.3980/j.issn.2222-3959.2014.06.09>
- Prado, P. R. do, Silveira, R. C. C. P., Vettore, M. V., Fossum, M., Vabo, G. L., & Gimenes, F. R. E. (2023). Nursing interventions to prevent corneal injury in critically ill sedated and mechanically ventilated patients: A systematic review of interventions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 78, 103447. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103447>



Grata pela vossa atenção

Ana Isabel Alves de Barros Guedes (2023101818)

Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória



Em colaboração com: Enfª Especialista Pedro Joel Pereira
Sob orientação de: Prof.ª Doutora Maria Luísa Santos

**APÊNDICE 3 – Instrução de Trabalho relativamente à
“Prevenção da Lesão da Córnea na Pessoa Submetida a
Anestesia Geral”**

Instrução de Trabalho

Prevenção da Lesão da Córnea: Na Pessoa Submetida à Anestesia Geral

Destinatários: Enfermeiros e Médicos Anestesiologistas

1. Contextualização

A abrasão da córnea é reconhecida como a complicação oftalmológica mais frequente em pacientes submetidos a anestesia geral para cirurgias não oftalmológicas (American Society of Anesthesiologist, 2012; Grixti et al., 2013; Lee et al., 2016). Trata-se de uma lesão superficial da camada epitelial da córnea, frequentemente relacionada com fatores intraoperatórios, e cuja ocorrência pode resultar em desconforto ocular significativo, risco de infecção e, em casos graves, em perda visual permanente (Wan et al., 2014).

A córnea é a estrutura mais externa da anatomia ocular e está em contacto direto com o ambiente externo. Composta por múltiplas camadas, desempenha uma função essencial como barreira física, protegendo o olho contra focos infecciosos. Qualquer dano à sua integridade favorece a entrada de microrganismos e pode evoluir para infecções mais graves, formação de cicatrizes permanentes ou, em casos extremos, comprometimento irreversível da visão.

Estudos estimam que a incidência de abrasão da córnea associada a procedimentos anestésicos atinge até 10% dos casos, especialmente na ausência de medidas preventivas adequadas (Lee et al., 2016). Embora muitas dessas lesões sejam reversíveis, o seu impacto na recuperação pós-operatória e na segurança da pessoa submetida a um ato cirúrgico, justifica a implementação de medidas de prevenção e até mesmo protocolos institucionais.

Durante uma cirurgia sob anestesia geral, a pessoa encontra-se sujeita a diversas alterações fisiológicas que aumentam a vulnerabilidade e probabilidade de adquirir este tipo de lesões. Entre as quais:

- Diminuição ou ausência de reflexos palpebrais;
- Supressão da sensibilidade ocular à dor;
- Redução da produção lacrimal;
- Desidratação da superfície ocular.

Estes fatores, combinados com a exposição prolongada do olho ou com a aplicação inadvertida de pressão externa, contribuem para um ambiente propício ao desenvolvimento de abrasões e outras lesões oculares.

Assim, compreender a anatomia da córnea, os mecanismos de lesão e as condições propícias à sua ocorrência é fundamental para definir estratégias eficazes de prevenção,

assegurar a segurança da pessoa anestesiada e promover cuidados de excelência em contexto perioperatório.

2. Objetivos

Geral: Padronizar medidas preventivas para a lesão da córnea, em pessoas submetidas a uma anestesia geral, para uma cirurgia não oftalmológica, garantindo a segurança da pessoa e minimização do risco inerente ao período perioperatório.

Específicos:

- Garantir a implementação sistemática de medidas de proteção ocular antes, durante e após procedimentos sob anestesia geral;
- Reduzir a incidência de abrasões da córnea e outras lesões oculares evitáveis;
- Promover a identificação precoce de fatores de risco relacionados à lesão da córnea em contexto anestésico;
- Incluir a documentação do método utilizado para a proteção ocular nos registos cirúrgicos;
- Assegurar a formação contínua da equipa quanto às boas práticas de prevenção da lesão ocular.

3. Recursos Necessários

Película estéril transparente, gel/pomada oftálmica.

4. Procedimento

1º Avaliação pré-operatória

Identificação de anomalias, nomeadamente:

- Pálpebras: avaliação da simetria, edema, ptose, prurido, rubor, secreções, reflexos, presença de maquilhagem ou pestanas falsas;
- Esclerótica: cor;
- Íris e pupilas: avaliação de profundidade, contratibilidade e presença de conteúdo hemático;
- Córnea: avaliação do aspeto.

(Monahan et al., 2010)

2º Identificação de fatores de risco

- Anemia: já identificada no pré-operatório ou consequente de perdas sanguíneas do intra-operatório;
- Hipotensão intraoperatória: intencional para o ato cirúrgico;
- Síndrome do olho seco: lubrificação diminuída aumenta o risco de lesão;
- Estado físico debilitado;
- Posicionamento cirúrgico em decúbito lateral ou ventral: ocorre um aumento da pressão intra-ocular e proximidade com corpos estranhos.

- Cirurgia de cabeça ou pescoço: proximidade do campo operatório dos olhos aumenta o risco de lesão por trauma.
- Procedimentos cirúrgicos prolongados: cirurgias com tempo de duração superior a 6h30 aumenta o risco de lesão. No entanto, as lesões surgem ao fim de 90-150min.

(Grixti et al., 2013; Wan et al., 2014)

3º Proteção ocular

1. Encerramento manual das pálpebras

Após antissepsia das mãos, fechar delicadamente as pálpebras da pessoa sob anestesia geral, garantindo que nenhuma área mucosa se encontra exposta. Ajustar as pestanas se necessário, de forma a evitar que fiquem interpostas ou em contacto com o olho.

2. Aplicação de lubrificação ocular (passo opcional)

Aplicar uma pequena quantidade de pomada ou gel oftálmico no fundo do saco conjuntival de cada olho. Não reaplicar, mesmo que a cirurgia se prolongue, pelo elevado risco de trauma.

3. Colocação de película estéril e transparente (hidro-gel ou poliuretano)

Cobrir os olhos com a película estéril disponível, certificando que todos os bordos estão colados na periferia da cavidade ocular.

4. Verificar periodicamente a integridade da proteção ocular.

4º Remoção da proteção ocular

Após o ato cirúrgico, remover cuidadosamente a proteção ocular, observando possíveis sinais de alarme.

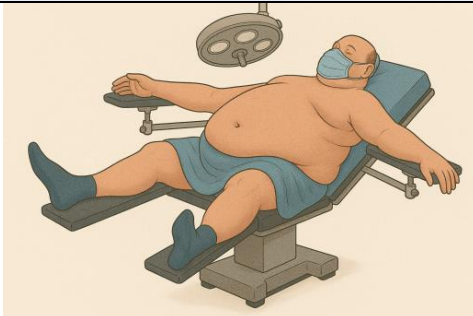
(Prado et al., 2023; Wan et al., 2014)

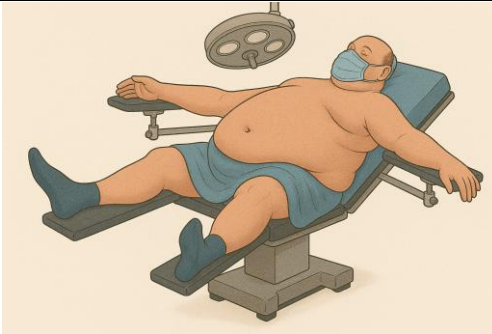
5. Registo e documentação

O método escolhido para proteção ocular deve se registado no processo clínico, do sistema informático em vigor, da pessoa submetida a uma anestesia geral e programar a intervenção “monitorizar lesão da córnea”.

Deve ser também documentada e reportada qualquer ocorrência de lesão ocular, como notificação de gestão de risco.

APÊNDICE 4 – *Preference Cards*

Cirurgia: <i>Sleeve</i> gástrico	
Equipa: X	
Posicionamento	
Membros inferiores em abdução, em ligeira flexão. Braços afastados do corpo em suporte apropriado. Corpo em proclive.	
Anestesia [geral]	
Profilaxia antibiótica, anti-trombótica, antiemética; analgesia; relaxante muscular; hipnótico.	
Equipamentos	
Aquecedor; torre de Laparoscopia, equipado com: suporte de imagem, câmara, insuflador de CO ₂ e fonte de luz fria; consola de bisturi elétrico; aspirador; consola do <i>ligasure</i> ; <i>Signia</i> (portátil), braço articulado à esquerda da pessoa (para afastador de fígado).	
Instrumental	
Caixa de obesidade laparoscópica, eixo da <i>signia</i> .	
Consumíveis	
Touca de laparoscopia, batas, luvas, solução de cloroheixidina alcoólica, eletrodo neutro para bisturi elétrico, endoclips de 10 mm, kit de <i>sleeve</i> gástrico (<i>ligasure</i> , três trocões de 12mm e dois trocões de 5mm, agulha de <i>veress</i> , 4 recargas roxas do agrafador linear de 60 mm, 1 recarga roxa do agrafador linear de 45 mm, capa estéril para <i>signia</i>), protetor de câmara, cobre-tubos (para braço articulado), caixa descartável de cortantes, máquina de agrafos, uma seringa de 10ml, duas agulhas, uma ampola de ropivacaína a 7,5mg/ml, três pensos impermeáveis médios, dois pensos impermeáveis pequenos, copo de anatomia patológica.	
Fios de sutura	
-	
Check final	
Remoção de sonda gástrica; Contagem de compressas, instrumental e agulhas; revisão de hemostase; encerramento de incisões cirúrgicas; infiltração de anestésico local; cuidados à ferida cirúrgica e colocação de pensos.	
Material opcional: almofada em cunha para intubação, vídeo-laringoscópio, cinta abdominal, perneiras, recargas roxas do agrafador linear de 60 mm adicionais, <i>endogia</i> em caso de ausência de <i>signia</i> , cateter urinário, dreno, saco de extração laparoscópica. Caso seja necessário alterar a técnica para <u>bypass gástrico</u> : sonda de <i>faucher</i> 36-40 Fr, soro fisiológico com azul de metileno, recargas de agrafador (ver preference card de bypass), porta-agulhas e fios de sutura.	

Cirurgia: Bypass gástrico	
Equipa: X	
Posicionamento	
Membros inferiores em abdução, em ligeira flexão. Braços afastados do corpo em suporte apropriado. Corpo em proclive.	
Anestesia [geral]	
Profilaxia antibiótica, anti-trombótica, antiemética; analgesia; relaxante muscular; hipnótico. Sonda de <i>faucher</i> 36-40 Fr, soro fisiológico com azul de metileno.	
Equipamentos	
Aquecedor; torre de Laparoscopia, equipado com: suporte de imagem, câmara, insuflador de CO ₂ e fonte de luz fria; consola de bisturi elétrico; aspirador; consola do <i>ligasure</i> ; <i>Signia</i> (portátil), braço articulado à esquerda da pessoa (para afastador de fígado)	
Instrumental	
Caixa de obesidade laparoscópica, eixo da <i>signia</i> , porta-agulhas	
Consumíveis	
Touca de laparoscopia, batas, luvas, solução de cloro-hexidina alcoólica, eletrodo neutro para bisturi elétrico, endoclips de 10 mm, kit de <i>sleeve</i> gástrico (<i>ligasure</i> , três trocões de 12 mm e dois trocões de 5 mm, agulha de <i>veress</i> , duas recargas do agrafador linear de 45 mm vascular/médium castanhas, uma recarga castanha de 30 mm vascular/medium, duas recargas roxas 60 mm medium/thick, uma recarga roxa de 45 mm médium/thick, capa estéril para <i>signia</i>), protetor de câmara, cobre-tubos (para braço articulado), caixa descartável de cortantes, máquina de agrafos, uma seringa de 10ml, duas agulhas, uma ampola de ropivacaína a 7,5mg/ml, três pensos impermeáveis médios, dois pensos impermeáveis pequenos.	
Fios de sutura	
PDS 3-0 (W9124) agulha redonda, PDS 2-0 (PDP317) agulha redonda, V-Lock 2-0 (VLOCM1545), V-Lock 3-0 (VLOCM0644)	
Check final	
Teste com azul de metileno; remoção de sonda gástrica; Contagem de compressas, instrumental e agulhas; revisão de hemostase; encerramento de incisões cirúrgicas; infiltração de anestésico local; cuidados à ferida cirúrgica e colocação de pensos.	
Material opcional: almofada em cunha para intubação, vídeo-laringoscópio, cinta abdominal, perneiras, <i>endogia</i> em caso de ausência de <i>signia</i> , recargas roxas do agrafador linear de 60 mm adicionais, cateter urinário, dreno.	

APÊNDICE 5 – Estudo de Caso

Influência da Presença Contínua de um Enfermeiro de Referência na Satisfação da Experiência Perioperatória – Estudo de Caso

RESUMO

Introdução: A experiência perioperatória de pessoas com obesidade submetidas a cirurgia bariátrica é frequentemente marcada por ansiedade e vulnerabilidade, exigindo intervenções de enfermagem que promovam confiança, segurança e continuidade de cuidados. O acompanhamento personalizado por um enfermeiro de referência é uma estratégia para reduzir a ansiedade e melhorar a satisfação da experiência perioperatória.

Objetivo: Analisar a influência da presença contínua de um enfermeiro de referência na qualidade da experiência perioperatória.

Metodologia: Estudo de caso único realizado entre 14 de abril e 21 de maio de 2025, numa unidade de cuidados hospitalares em contexto de Ensino Clínico. Implementou-se uma abordagem de enfermagem centrada na pessoa, com uso de estratégias personalizadas. Realizadas entrevistas semiestruturadas no período pré e pós-operatório, com foco na percepção de ansiedade, segurança e satisfação com a experiência perioperatória. Foram respeitados princípios ético-deontológicos, garantindo consentimento informado, confidencialidade e anonimato.

Resultados: Observou-se redução da ansiedade e manutenção de níveis elevados de satisfação e confiança. A participante destacou o vínculo com o enfermeiro de referência como elemento diferenciador e promotor de tranquilidade e segurança e superação das expectativas criadas a partir de experiências com familiares.

Conclusão: A presença contínua e personalizada do enfermeiro de referência contribuiu de forma significativa para uma experiência perioperatória mais positiva, demonstrando o impacto na redução da ansiedade e na satisfação global. Os achados reforçam a relevância do vínculo interpessoal e da continuidade dos cuidados na prática de enfermagem perioperatória, constituindo um contributo para cuidados centrados na pessoa e sua família/pessoa significativa. Apesar das limitações associadas a um estudo de caso único e o curto período de acompanhamento, este caso reforça que a presença consistente do enfermeiro é uma estratégia terapêutica essencial no contexto perioperatório, promovendo cuidados humanizados, centrados na pessoa e orientados para a segurança e qualidade assistencial. A continuidade relacional e o apoio empático emergem como pilares da intervenção de enfermagem especializada.

Palavras-chave: Enfermeiro de Referência; Experiência Perioperatória; Satisfação do Paciente; Cuidado Centrado na Pessoa; Estudo de Caso.

Introdução

A obesidade constitui um dos principais desafios de saúde pública contemporâneos, associando-se a um conjunto de comorbilidades que deterioram a qualidade de vida e aumentam a morbidade e mortalidade (Direção-Geral da Saúde, 2017). Em casos de obesidade severa, a cirurgia bariátrica tem vindo a afirmar-se como uma opção terapêutica eficaz e sustentada, conduzindo a perda ponderal significativa e à melhora de comorbilidades metabólicas (Neil & Roberson, 2015). Contudo, o sucesso desta intervenção não depende apenas do ato cirúrgico: pressupõe uma preparação e um acompanhamento multidisciplinares que correspondam às necessidades emocionais, biomédicas, nutricionais, psicológicas e sociais (Leahy & Luning, 2015; Neil & Roberson, 2015).

No âmbito da enfermagem perioperatória, a abordagem centrada na pessoa e na sua família revela-se determinante para promover adesão, segurança e capacitação para o autocuidado. Fatores como a ansiedade pré-operatória, as expectativas em relação aos resultados e as dinâmicas familiares influenciam a experiência da pessoa submetida à cirurgia e podem condicionar a adesão às alterações alimentares e à adesão de um novo estilo de vida (Alcan et al., 2025; Leahy & Luning, 2015). Em particular deste estudo caso, alterações relativamente ao paladar, intolerâncias alimentares e gostos alimentares muito específicos representam barreiras práticas e emocionais que exigem intervenção educativa e de suporte a longo prazo.

O presente estudo descreve o percurso de uma mulher adulta jovem submetida a *sleeve* gástrico, desde o período pré-operatório até ao pós-operatório imediato, destacando o papel da relação terapêutica e do acompanhamento contínuo por um enfermeiro de referência. O apoio familiar, embora que consistente, revelou-se temporariamente fragilizado pela ausência da figura materna no dia da cirurgia, o que intensificou a ansiedade e reforçou a importância da presença do enfermeiro agente promotor de segurança e apoio emocional.

Assim, este estudo de caso único tem como objetivo analisar de que forma a presença contínua de um enfermeiro de referência influencia a satisfação da pessoa durante a experiência perioperatória. A escolha deste caso resultou da sua singularidade e do seu potencial educativo, uma vez que foi possível um acompanhamento contínuo do mesmo enfermeiro ao longo do período perioperatório. Acresce o facto de a participante

apresentar expectativas previamente moldadas pelas experiências da mãe e irmã, também submetidas a cirurgia bariátrica.

As vivências profissionais prévias em bloco operatório e a convivência com familiares submetidos a intervenções cirúrgicas semelhantes, despertaram o interesse pela influência que a presença efetiva do enfermeiro exerce na redução da ansiedade, no fortalecimento da confiança e na percepção de segurança da pessoa em momentos de vulnerabilidade física e emocional.

Neste sentido, este estudo contribui para a reflexão sobre o impacto do acompanhamento personalizado e da presença do enfermeiro de referência, articulando-o com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória (Ordem dos Enfermeiros, 2017), que valorizam a relação terapêutica, a comunicação eficaz e a humanização dos cuidados. Através deste caso clínico, procura-se evidenciar que a continuidade da presença e o cuidado centrado na pessoa e na família/pessoa significativa representam não apenas uma competência técnica, mas uma responsabilidade ética e relacional, promotora de conforto, segurança e satisfação ao longo de todo o processo cirúrgico.

Neste percurso formativo, o desenvolvimento de competências especializadas revelou-se um eixo fundamental do crescimento profissional. Destacam-se, entre elas, prestar cuidados centrados na pessoa e família/pessoa significativa, sustentados em evidência científica; promover um ambiente seguro, que minimize a ansiedade e o risco associado ao contexto cirúrgico; e o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na empatia, comunicação eficaz e continuidade de cuidados. A consolidação destas competências reflete a integração do raciocínio clínico, da responsabilidade ética e da tomada de decisão fundamentada, pilares essenciais do exercício do enfermeiro especialista.

1. Apresentação do caso clínico

A pessoa alvo deste estudo de caso trata-se de uma mulher de 23 anos, solteira, trabalhadora-estudante e licenciada, que recorreu a consulta de enfermagem no dia 16/04/2025, no contexto do processo de preparação para a sua cirurgia bariátrica. O procedimento cirúrgico foi agendado para dia 19/05/2025 à tarde, estando previsto realizar um *sleeve gástrico*, sob anestesia geral balanceada. A decisão pela intervenção

cirúrgica surgiu após múltiplas tentativas de perda de peso ao longo dos últimos anos, sem resultados sustentáveis, resultando no agravamento de comorbidades.

A mesma apresentava antecedentes pessoais de escoliose, desvio rotuliano bilateral, rinite alérgica, ansiedade e intolerância a laticínios. Referia ainda alergias a picadas de abelhas e aracnídeos, encontrando-se medicada apenas com contraceção hormonal oral.

No contexto familiar, destacava-se a presença de história de obesidade e de cirurgia bariátrica na mãe e na irmã, o que contribuiu para o seu conhecimento prévio sobre o procedimento e para o reforço da motivação pessoal.

Durante a observação pré-operatória, constatou-se uma compreensão adequada do processo cirúrgico e das alterações necessárias ao seu estilo de vida. Contudo, mostrava uma expressão facial tensa, com discurso centrado em preocupações relacionadas com as mudanças alimentares e o medo da intolerância a alimentos previamente apreciados.

Do exame físico, registou-se uma tensão arterial de 107/68 mmHg, frequência cardíaca de 83 batimentos por minuto e glicemia capilar de 110 mg/dL. Medindo 1,68 metros de altura e pesando 98 kg, apresentava um IMC de 35 kg/m², correspondente a um quadro de obesidade grau II, de acordo com a classificação da Direção-Geral da Saúde (2017).

No período imediatamente anterior à cirurgia, apresentou sinais de ansiedade, acentuados pela ausência temporária da mãe, figura de referência e principal prestadora de suporte emocional, que se encontrava fora do país.

Na entrevista semiestruturada, ainda no período pré-operatório, salientou-se o diagnóstico de ansiedade vivenciada pela participante, face ao estado de vulnerabilidade inerente ao processo cirúrgico.

A intervenção cirúrgica decorreu sem intercorrências, tendo sido realizada conforme o planeado. No período pós-operatório imediato, a participante apresentou uma recuperação favorável, com sinais vitais estáveis e sem indicadores de complicações.

Durante o internamento, revelou uma atitude colaborante e receptiva às orientações da equipa de enfermagem, nomeadamente à progressão da dieta, à mobilização precoce e ao autocuidado. Apesar da ansiedade identificada, revelou capacidade de adaptação e motivação para cumprir com o plano terapêutico e adotar hábitos saudáveis após a alta.

Este caso ilustra a importância da avaliação integral da pessoa candidata à cirurgia bariátrica, onde os fatores emocionais, familiares e contextuais assumem um papel determinante no sucesso da intervenção e na adesão às mudanças comportamentais subsequentes. A presença de ansiedade associada à ausência de uma figura de referência, aliada ao acompanhamento por um enfermeiro de referência, permitiu compreender de forma mais profunda o impacto da relação terapêutica na experiência perioperatória. Esta constatação sustentou a pertinência da realização do presente estudo de caso, cujos aspectos metodológicos se descrevem a seguir.

1.1 Cuidados Pré-Operatórios

Nas três semanas que antecederam o procedimento cirúrgico, a utente compareceu a uma consulta de enfermagem pré-operatória, acompanhada pela mãe, principal figura de suporte emocional. Este momento permitiu uma avaliação integral e personalizada, com recolha de dados relevantes para o planeamento individualizado dos cuidados, de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Enfermagem Perioperatória (Ordem dos Enfermeiros, 2017)

Durante a consulta, o enfermeiro confirmou as informações previamente transmitidas sobre o procedimento cirúrgico, esclarecendo dúvidas quanto às etapas da cirurgia, possíveis complicações e o plano de recuperação esperado. O reforço da comunicação terapêutica e da escuta ativa foi uma intervenção essencial para a redução da ansiedade pré-operatória sentida e para a promoção da segurança (Alcan et al., 2025).

Foi também confirmado o regime terapêutico habitual, nomeadamente o uso de contraceção hormonal oral, garantindo a sua suspensão temporária para redução do risco de eventos trombóticos pós-operatórios.

Foi reforçada também a importância do cumprimento rigoroso do regime dietético prescrito pela nutricionista nos três dias anteriores à cirurgia, com o objetivo de reduzir o volume hepático e otimizar o acesso laparoscópico. Foi igualmente salientada a necessidade de cumprir jejum absoluto de seis horas antes da cirurgia, uma vez que o incumprimento desta recomendação pode determinar o adiamento do procedimento.

No âmbito da prevenção da infeção do local cirúrgico, foram fornecidas esponjas descartáveis embebidas em clorhexidina a 4%, com instruções para a sua utilização na véspera e duas horas antes da cirurgia, de acordo com as recomendações internacionais (Direção-Geral da Saúde, 2022; OMS, 2018). Foram ainda reforçadas as orientações

relativas à higiene corporal e pessoal, nomeadamente não aplicar cremes, maquilhagem ou verniz, manter as unhas curtas e limpas e realizar higiene oral habitual.

Foi igualmente recomendada a aquisição e o uso de meias antitrombóticas no dia da cirurgia, medida preventiva que visa reduzir o risco de tromboembolismo venoso associado ao período perioperatório, conforme orientações clínicas nacionais e institucionais (Sociedade Portuguesa de Cirurgia, 2012).

Esclarecidos também aspetos logísticos do internamento, informando que o tempo previsto de hospitalização seria de duas noites, durante as quais a utente permaneceria sob vigilância clínica contínua. Foram explicadas as regras institucionais relativas ao regime de visitas, nomeadamente os horários estabelecidos e o número máximo de visitantes, de forma a assegurar um ambiente tranquilo e propício à recuperação.

Devido ao histórico de infeção prévia por *Helicobacter pylori*, a utente encontrava-se sob antibioterapia recente, pelo que foi indicada a necessidade de rastreio de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA), conforme a norma clínica número 018/2014 (Direção-Geral da Saúde, 2014). Foram escutadas expectativas, identificados gatilhos de ansiedade e reconhecidas medidas que facilitassem um coping saudável.

No contexto da educação para o pós-operatório, foi explicado que o regime dietético líquido se iniciaria aproximadamente 12 horas após a intervenção cirúrgica, sendo normal a sensação de desconforto e dificuldade na deglutição durante os primeiros dias. O enfermeiro orientou quanto à importância de iniciar a ingestão com pequenos goles de líquidos, de forma lenta e progressiva, para prevenir náuseas e vômitos, reforçando que este é um período de adaptação que exige paciência, calma e confiança nos profissionais de saúde.

Por fim, foram transmitidas orientações adicionais quanto ao internamento, incluindo a recomendação de não trazer objetos de valor ou adornos, e de vestir roupa confortável e de fácil remoção. Foi também confirmada a hora de admissão hospitalar e a necessidade de apresentar todos os exames complementares de diagnóstico recentes.

Foi informada que 72/48 horas antes da cirurgia iria receber uma chamada telefónica de um enfermeiro, para lembrar aspetos referidos em consulta e para esclarecer possíveis dúvidas que surgissem.

Esta consulta configurou-se como um momento de capacitação e empoderamento, no qual o enfermeiro assumiu um papel fundamental na educação para a saúde, na prevenção de complicações e na promoção da segurança. As intervenções de enfermagem contribuíram, assim, para a criação de um ambiente de confiança, cooperação entre a pessoa, a família e a equipa cirúrgica e expectativas ajustadas ao seu processo.

1.2 Cuidados Intraoperatórios

1.2.1 Procedimento Cirúrgico

O sleeve gástrico (ou gastrectomia vertical) é uma técnica bariátrica de natureza restritiva, em que se remove uma grande parte da curvatura maior do estômago, desde cerca de 4 cm do piloro até ao fundo gástrico. O objetivo é reduzir o volume do estômago para um tubo estreito ou “manga”, preservando o intestino delgado e mantendo as vias de absorção nutricionais normais (Bužga et al., 2014). Esta resseção é realizada com uma máquina de corte e sutura automática e frequentemente reforçada com um agrafador manual endoscópico. O procedimento é realizado na grande maioria por via laparoscópica, através de quatro incisões ou mais. Esta abordagem não só reduz o risco de complicações associadas ao procedimento, como também confere uma rápida recuperação pós-operatória (Eisenberg et al., 2022).

Essa redução anatómica limita a quantidade de alimento ingerido e provoca saciedade precoce. Além disso, contribui para modificações hormonais significativas, especialmente redução na produção de grelina, hormona do apetite produzida predominantemente no fundo gástrico, levando a uma diminuição do mesmo e do desejo alimentar (Tolone et al., 2024).

Diversos estudos demonstram que, após a cirurgia, ocorre perda ponderal significativa já nos primeiros meses, acompanhada de melhoria no perfil metabólico (resistência à insulina, glicemia de jejum) e alterações de hormonas reguladoras do apetite, como o aumento de peptídeos como GLP-1 e PYY. A velocidade de esvaziamento gástrico também se altera, o que contribui para uma sensação de saciedade mais prolongada (Bužga et al., 2014).

Apesar das vantagens, há riscos e potenciais efeitos adversos associados ao sleeve. Entre eles destacam-se o aparecimento ou agravamento de doença do refluxo gastroesofágico, especialmente quando há hérnia de hiato ou disseção incompleta do fundo gástrico. Alguns pacientes desenvolvem sintomas de refluxo de novo ou pioram o

refluxo pré-existente. Mais ainda, complicações intraoperatórias ou no pós-operatório imediato podem incluir fuga na linha de sutura automática, sangramento, estenose ou intolerâncias alimentares (Fencel et al., 2015; Tolone et al., 2024).

Estudos recentes indicam também que o sleeve gástrico altera hábitos alimentares: existe a tendência de consumir menores porções, fracionar mais as refeições ao longo do dia, evitar alimentos com risco de intolerância ou desconforto e diminuição do apetite. Bužga et al. (2014) desenvolveu um estudo que acompanhou indivíduos no intervalo de 6 a 12 meses após a cirurgia e foi observada uma redução estatisticamente significativa dos níveis de grelina e leptina, além de melhoria nos hábitos alimentares e regulação da ingestão alimentar.

Em suma, o sleeve gástrico oferece benefícios substanciais na perda de peso a longo prazo, no controle metabólico e nos aspectos hormonais que regulam o apetite, mas exige acompanhamento cuidadoso, multidisciplinar, incluindo a avaliação pré-operatória de refluxo, educação para alterações alimentares, suporte psicológico, monitorização de complicações e comportamentos de risco.

1.2.2 Procedimento Anestésico

O procedimento anestésico representa um momento crítico do período intraoperatório, exigindo uma estreita colaboração entre o anestesiológico e a equipa de enfermagem. No caso em análise, recorreu-se a uma anestesia geral balanceada, técnica amplamente empregue em cirurgia bariátrica por permitir um controlo rigoroso da profundidade anestésica e garantir a estabilidade hemodinâmica durante todo o ato operatório.

Este tipo de anestesia combina a administração de fármacos endovenosos e inalatórios, cuja dosagem é cuidadosamente ajustada em função de variáveis individuais, nomeadamente o peso corporal, a idade e o estado clínico da pessoa. O seu principal objetivo é a indução e manutenção de um estado de inconsciência controlada, mas também a obtenção de hipnose, analgesia, amnésia e relaxamento muscular, assegurando que o procedimento decorre sem perceção de dor, stress fisiológico ou movimento involuntário (Monahan et al., 2010).

Durante todo o processo, o enfermeiro perioperatório desempenha um papel essencial na vigilância e apoio ao anestesiológico, garantindo a monitorização contínua dos parâmetros vitais e a deteção precoce de alterações que possam comprometer a

segurança da pessoa. É igualmente da responsabilidade do enfermeiro estar ciente dos benefícios e potenciais riscos associados à técnica anestésica, de modo a antecipar complicações e atuar prontamente em situações de instabilidade, como reações adversas, dificuldade de ventilação ou alterações hemodinâmicas súbitas (AESOP, 2012).

Assim, a anestesia geral balanceada exige não apenas conhecimento técnico e científico, mas também uma prática de enfermagem fundamentada na prevenção, vigilância e comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar, assegurando a continuidade de cuidados seguros e humanizados em todas as fases do processo cirúrgico.

1.2.3 Posicionamento

O posicionamento cirúrgico constitui uma etapa crítica do período intraoperatório, com impacto direto na segurança, no conforto e nos resultados pós-operatórios da pessoa. Trata-se de um procedimento que visa simultaneamente facilitar o acesso e a visualização do campo operatório, assegurando as condições ideais para a intervenção cirúrgica, e preservar a integridade anatômica e funcional da pessoa, minimizando os riscos associados à compressão, fricção, estiramento nervoso ou comprometimento hemodinâmico e respiratório (Guimarães, 2021).

De acordo com a AESOP (2012), o posicionamento deve ser considerado um procedimento tão relevante quanto qualquer outro cuidado perioperatório, uma vez que uma execução incorreta pode originar complicações graves, como lesões nervosas, úlceras de pressão, alterações circulatórias ou respiratórias. Apesar de ser uma intervenção interdependente, o enfermeiro perioperatório tem um papel essencial na sua implementação segura, assumindo a responsabilidade de identificar e mitigar os riscos relacionados. O posicionamento cirúrgico deve ser realizado após consentimento do anestesiológista, garantindo que a estabilidade hemodinâmica e a permeabilidade das vias aéreas não são comprometidas.

Embora possam existir nuances decorrentes da técnica cirúrgica ou das preferências da equipa cirúrgica, no presente caso foi adotado o posicionamento em decúbito dorsal, com o corpo alinhado pela linha média, membros superiores e inferiores ligeiramente afastados e o tronco em pró-clive, favorecendo a exposição do campo abdominal superior. Foram utilizados dispositivos de apoio específicos, nomeadamente estruturas de hidrogel, bem como barreiras laterais para suporte dos membros inferiores, prevenindo a sua queda e promovendo a estabilidade corporal durante a cirurgia.

Este posicionamento reflete uma prática baseada na segurança, ergonomia e prevenção de lesões, traduzindo o compromisso do enfermeiro perioperatório com a manutenção da integridade física da pessoa e a promoção de um ambiente cirúrgico seguro, conforme preconizado pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

1.3 Cuidados Pós-operatórios

O período pós-operatório imediato constitui uma fase determinante na recuperação da pessoa submetida a cirurgia bariátrica, exigindo vigilância contínua e cuidados de enfermagem centrados na segurança, conforto e promoção da autonomia. No caso em estudo, ainda durante o internamento, no dia seguinte à intervenção cirúrgica, foi iniciado o regime hídrico, composto por chá e água, conforme protocolo instituído pela equipa multidisciplinar. Este momento é frequentemente acompanhado por sensação de desconforto ou de estreitamento esofágico, resultante das alterações anatómicas e funcionais decorrentes do procedimento. Assim, é fundamental reforçar que a progressão da dieta deve ser lenta, fracionada e acompanhada de resiliência e paciência, de forma a evitar náuseas, vômitos ou distensão gástrica.

A alta hospitalar é considerada quando se verificam critérios clínicos de estabilidade, nomeadamente tolerância adequada à dieta hídrica, dor controlada, ausência de sinais de complicação cirúrgica e mobilização segura. Antes da alta, o enfermeiro tem um papel essencial na educação terapêutica e preparação para o regresso ao domicílio, reforçando a importância da manutenção das medidas de prevenção tromboembólica, como a administração de enoxaparina e o uso de meias de compressão elástica, conforme prescrição médica.

São igualmente reforçadas as orientações relativas ao cumprimento rigoroso do regime dietético personalizado pelo serviço de nutrição, à adesão à terapêutica farmacológica prescrita (nomeadamente suplementos vitamínicos e protetor gástrico), e à vigilância de sinais de alarme, como febre, dor abdominal intensa, náuseas persistentes ou alteração do aspeto da ferida cirúrgica. O fornecimento de contactos da equipa de saúde em caso de dúvida ou garante continuidade e acompanhamentos necessários.

O acompanhamento pós-alta inclui uma consulta telefónica 24 horas após a alta hospitalar, destinada a avaliar o bem-estar e esclarecer dúvidas emergentes, e uma reavaliação presencial aos 30 dias de pós-operatório. Durante este período, é

recomendada a manutenção de alguma atividade física leve, evitando o repouso prolongado, de modo a prevenir complicações respiratórias e tromboembólicas e a favorecer o processo de recuperação global.

2. Metodologia

O presente estudo de caso insere-se numa abordagem qualitativa, de carácter descritivo, realizado entre 14 de abril e 21 de maio de 2025, no âmbito de um Ensino Clínico desenvolvido numa unidade hospitalar especializada. Tendo como referência a importância da pessoa e sua família/pessoa significativa no processo de cuidar, adotou-se o Modelo Perioperatório Centrado na Pessoa, que orientou a conceção e o desenvolvimento deste estudo (Van Wicklin, 2020). Com recurso à linguagem CIPE®, foram identificados diagnósticos de enfermagem que traduzem as necessidades específicas da pessoa ao longo das diferentes fases do perioperatório, evidenciando o papel do enfermeiro especialista na promoção de cuidados seguros, humanizados e efetivamente centrados na pessoa e suas pessoas de referência.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com as diretrizes CARE (Alsaywid & Abdulhaq, 2019; Gagnier et al., 2013), assegurando a transparência e a complexidade do relato. Foram rigorosamente respeitados os princípios ético-deontológicos que regem a investigação em enfermagem, garantindo o consentimento informado, a confidencialidade e o anonimato da participante, salvaguardados pela não divulgação de qualquer dado identificativo.

Com o intuito de compreender de forma aprofundada a satisfação da pessoa relativamente à experiência perioperatória, tendo por referência o acompanhamento contínuo de um enfermeiro, foi elaborado e aplicado um questionário, adaptado à realidade vivenciada (apêndice 6). Questionário esse desenvolvido para este caso específico e orientado para analisar de que forma a presença contínua de um enfermeiro de referência influencia a satisfação da pessoa durante a experiência perioperatória. O mesmo assumiu uma natureza qualitativa e foi respondido pela participante em dois momentos distintos (no período pré-operatório e no pós-operatório imediato), na presença do enfermeiro.

As respostas foram recolhidas por meio de uma escala de Likert de 5 pontos, variando entre *1 – Discordo totalmente* e *5 – Concordo totalmente*, permitindo identificar

o grau de concordância da participante relativamente às afirmações apresentadas. No total foram feitas 10 perguntas de resposta fechada e uma questão aberta.

As questões foram estrategicamente escolhidas, de forma a recolher informações relativamente a dimensões como a ansiedade, condições ambientais, relação terapêutica e confiança, informação fornecida e satisfação global. A questão de resposta aberta permitiu uma expressão livre da sua perceção e opinião, complementando a análise qualitativa.

A análise dos dados foi conduzida de forma descritiva e interpretativa, procurando compreender os significados atribuídos pela participante à sua experiência perioperatória, e identificar implicações para a prática clínica, contribuindo para o aprimoramento da intervenção do enfermeiro especialista e para a valorização do acompanhamento de referência em contextos perioperatórios semelhantes.

Implica também referir que todos os dados recolhidos, foram feitos com o devido consentimento informado da participante (apêndice 7).

Figura 1- Linha temporal de acontecimentos do caso clínico

Evento/fase	Data/Período	Descrição
Consulta de enfermagem pré-operatória	14/04/2015	Avaliação integral da pessoa; recolha de dados clínicos e psicossociais; identificação de fatores de ansiedade; ensino sobre jejum, banho pré-operatório, medicação e regime dietético; reforço da comunicação terapêutica e escuta ativa; aplicação do questionário de avaliação. Diagnóstico de enfermagem: Ansiedade. Intervenções centrais: Executar técnica de relaxamento; assistir no treino e promover autocontrolo da ansiedade; assistir a analisar o significado dificultador.
Período de preparação cirúrgica	16/04/2025 - 18/05/2025	Presença contínua pelo enfermeiro de referência; Contacto telefónico de reforço educativo; Monitorização da adesão às orientações; Gestão da ansiedade relacionada com a ausência da figura materna; Diagnóstico de enfermagem: Desconforto. Intervenções centrais: Avaliar sinais de desconforto; implementar cuidados de conforto.
Ato cirúrgico – Sleeve gástrico	19/05/2025 (tarde)	Procedimento cirúrgico laparoscópico sob anestesia geral balanceada- sem intercorrências intraoperatórias;

Recuperação anestésica e cuidados pós-operatórios imediatos

19/05/2025 –
20/05/2025

Alta hospitalar 21/05/2025

Enfermeiro de referência acompanha o posicionamento, monitorização e segurança intraoperatória;

Diagnósticos de enfermagem: consciência comprometida, processo do sistema respiratório comprometido, risco de lesão por posicionamento perioperatório.

Intervenções centrais: avaliar evolução da consciência, monitorização de sinais vitais, prevenir lesão por posicionamento.

Diagnósticos de enfermagem: Limpeza das vias aéreas comprometida; risco de infeção; ferida cirúrgica; dor; náusea.

Intervenções centrais: monitorização de sinais vitais, gestão de regime farmacológico, oxigenoterapia, aspirar via aérea, posicionamento, técnicas de relaxamento, educação para o autocuidado.

Evolução favorável — problemas resolvidos exceto risco de infeção, ferida cirúrgica e ansiedade.

Reavaliação clínica e emocional; reaplicação do questionário (pós-operatório); diminuição da ansiedade (de 5 para 2) e elevada satisfação com o acompanhamento; orientação sobre autocuidado, ferida cirúrgica e regime dietético; manutenção do vínculo de referência.

Diagnóstico de enfermagem: Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético.

3. Resultados

A análise dos dados permitiu compreender as perceções da pessoa relativamente à sua experiência perioperatória e ao impacto do acompanhamento contínuo por um enfermeiro de referência.

De um modo geral, as respostas do questionário (apêndice 6) revelam elevados níveis de satisfação e confiança em ambas as fases do processo cirúrgico, com uma tendência para redução da ansiedade e reforço da perceção de segurança e tranquilidade após a cirurgia. Fortalecendo a ideia de que a ansiedade poderia estar associada ao período de maior vulnerabilidade e menor autonomia, que é a fase intraoperatória.

Na fase pré-operatória, a participante apresentou nível máximo de ansiedade (5), o que é expectável perante a proximidade da intervenção e a ausência temporária da figura materna, mencionada como fonte habitual de suporte emocional. Apesar disso, expressou

elevados níveis de confiança e segurança, nomeadamente nas afirmações nº 3, 5 e 6, com pontuação máxima.

No pós-operatório imediato, observa-se uma redução do nível de ansiedade (2) e um aumento da percepção de tranquilidade e acolhimento do ambiente hospitalar, passando de uma pontuação de 4 no pré-operatório para 5 no pós-operatório. A estabilidade das respostas nas restantes dimensões demonstra uma consistência positiva na experiência global, com destaque para a relação terapêutica estabelecida com o enfermeiro de referência (afirmações 5, 6, 8 e 9).

A afirmação nº 9 manteve a classificação máxima (5) nos dois momentos, refletindo a percepção de que a continuidade do acompanhamento proporcionou apoio emocional, confiança e personalização dos cuidados.

Nas questões abertas, a participante reforçou esta percepção. No pré-operatório, destacou que *“tranquiliza-me muito o facto de conseguir associar a cara ao nome e de essa pessoa já me conhecer”*, o que evidencia a importância do vínculo interpessoal e do reconhecimento mútuo como fatores de segurança emocional. No pós-operatório, referiu que *“fez muita diferença ter uma pessoa de referência, até porque nem a minha mãe nem a minha irmã tiveram este acompanhamento tão personalizado, por isso as minhas expectativas foram superadas”*. Esta resposta demonstra uma avaliação positiva do acompanhamento contínuo, percebido como diferenciador e humanizado quando comparado com experiências anteriores dentro do mesmo contexto familiar.

Os resultados deste estudo não se limitaram à análise das percepções da pessoa sobre a sua experiência perioperatória, mas abrangeram também a avaliação clínica sistematizada através do processo de enfermagem, que permitiu identificar diagnósticos, intervenções e resultados ao longo do período de internamento.

Os diagnósticos de enfermagem refletem a formalização de problemas identificados, atuais ou potenciais, constituindo uma ferramenta essencial para o planeamento e implementação de cuidados adequados às necessidades da pessoa. Conforme referido por Potter e Perry (2006), o enfermeiro possui competência legal e autonomia científica para planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem, promovendo uma resposta segura e eficaz aos problemas de saúde identificados.

Na figura 1, encontram-se identificados diagnósticos de enfermagem ao longo do tempo de acompanhamento que permite observar, de forma longitudinal, a evolução e a intervenção do enfermeiro. Preconiza-se que, com a continuidade de cuidados, haja uma reavaliação contínua de intervenções planejadas e/ou reformulação de novos focos de atenção.

Durante a fase intraoperatória, foram identificados diagnósticos como consciência comprometida, processo do sistema respiratório comprometido, risco de lesão por posicionamento e limpeza ineficaz da via aérea, todos problemas expectáveis face à técnica cirúrgica e anestésica utilizada. Com a recuperação anestésica e o apoio de intervenções de enfermagem direcionadas, estes diagnósticos foram resolvidos.

No pós-operatório imediato, emergiram ainda diagnósticos relacionados com dor e náusea, ambos geridos eficazmente através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, evidenciando o papel ativo do enfermeiro especialista na avaliação contínua e gestão sintomática. Estes problemas encontravam-se resolvidos aquando da alta clínica.

Por outro lado, o risco de infeção e o processo de cicatrização da ferida cirúrgica permaneceram por resolver, uma vez que o processo de cicatrização se encontrava ainda em curso, justificando a necessidade de acompanhamento continuado após a alta.

A ansiedade, embora tenha apresentado uma melhoria significativa - confirmada pelas respostas ao questionário - não se encontrava totalmente resolvida à data da alta, refletindo a natureza emocional e prolongada deste diagnóstico, frequentemente associada à recuperação e às mudanças no estilo de vida subsequentes.

Por fim, durante o planeamento da alta clínica, foi identificado o potencial para melhorar o conhecimento sobre a autogestão do regime dietético, aspeto determinante para o sucesso cirúrgico e manutenção de um estilo de vida saudável. A orientação neste domínio incluiu ainda a educação para a gestão da dor e prevenção de náuseas a longo prazo, reforçando a importância da continuidade de cuidados e da capacitação da pessoa para o autocuidado.

Em síntese, os resultados sugerem que o acompanhamento por um enfermeiro de referência contribuiu significativamente para reduzir a ansiedade pré-operatória, aumentar a confiança e a segurança percebida, reforçar a satisfação global com a

experiência perioperatória e superar expectativas face a experiências anteriores de familiares próximos.

Estes achados sustentam a importância da continuidade relacional do enfermeiro enquanto elemento estruturante da experiência cirúrgica, com impacto positivo na satisfação, tranquilidade e percepção de qualidade dos cuidados prestados.

4. Discussão

Os resultados obtidos neste estudo de caso permitem refletir sobre a importância do acompanhamento contínuo por um enfermeiro de referência na experiência da pessoa em processo perioperatório, evidenciando o impacto positivo dessa relação na redução da ansiedade, na percepção de segurança e na satisfação global com os cuidados recebidos.

A análise comparativa entre os dois momentos de aplicação do instrumento revelou uma diminuição significativa da ansiedade após a cirurgia, passando de uma pontuação máxima (5) para uma inferior (2). Este resultado está em consonância com estudos que identificam a ansiedade pré-operatória como um fenómeno frequente e multifatorial, influenciado pela antecipação do desconhecido, pela vulnerabilidade física e emocional e pela perda temporária de controlo (Oliveira et al., 2023; Ruiz Hernández et al., 2021). A presença consistente do enfermeiro de referência contribuiu para mitigar esses sentimentos, atuando como um mediador relacional entre a pessoa, a equipa e o ambiente cirúrgico.

O conceito de enfermeiro de referência assume particular relevância no contexto perioperatório, na medida em que permite a continuidade e personalização dos cuidados, facilitando a comunicação, a confiança e a adaptação às diferentes fases do processo cirúrgico (Silva et al., 2022). No caso em análise, a participante expressou que o facto de “conseguir associar a cara ao nome e de essa pessoa já me conhecer” proporcionou tranquilidade e segurança. Este testemunho confirma o papel da relação terapêutica como elemento essencial do cuidar, conforme defendido por Rego & Coelho (2017), para quem a interação interpessoal constitui o núcleo da prática de enfermagem.

Adicionalmente, o apoio informativo e emocional prestado pelo enfermeiro revelou-se determinante na gestão da ansiedade e na percepção de controlo sobre o processo. A clareza das orientações e a disponibilidade para o diálogo, refletidas nas respostas com pontuações elevadas (4 e 5), vão ao encontro das recomendações de entidades como a OMS (2009a) e a AESOP (2012), que reforçam a necessidade de

comunicação empática e individualizada na promoção da segurança e satisfação da pessoa em processo perioperatório.

Outro aspeto relevante é o reconhecimento, por parte da participante, de que este acompanhamento foi mais personalizado do que o vivido por familiares que realizaram o mesmo tipo de cirurgia. Esta observação sugere que o modelo de acompanhamento por enfermeiro de referência potencia uma experiência diferenciada e humanizada, destacando-se como prática de excelência em enfermagem perioperatória. Conforme argumentam Neil & Roberson (2015), o percurso de uma pessoa com obesidade tende a ser longo e marcado por experiências de estigma e julgamentos sociais persistentes. Neste contexto, o enfermeiro deve assumir o papel de uma figura de confiança, empática e isenta de julgamentos, capaz de proporcionar um ambiente terapêutico acolhedor que favoreça o conforto e promova a recuperação da pessoa.

Os resultados também corroboram o que os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001) preconizam: uma procura constante pela satisfação dos clientes. No contexto do presente caso, a manutenção de pontuações máximas nas dimensões de confiança, apoio emocional e satisfação global reforça a ideia de que a consistência do enfermeiro de referência contribui para uma experiência cirúrgica mais positiva.

Apesar do limite temporal e de se tratar de um único caso clínico, os achados vão ao encontro do propósito da enfermagem especializada no cuidado perioperatório em garantir cuidados centrados na pessoa, sustentados na promoção da segurança, mitigação de riscos e no vínculo relacional, permitindo uma melhor personalização de intervenções.

Conclusão

O presente estudo de caso permitiu analisar a experiência perioperatória de uma pessoa submetida a cirurgia bariátrica, centrando-se na influência do acompanhamento contínuo por um enfermeiro de referência. Os resultados evidenciam que a presença constante do enfermeiro teve um impacto positivo na vivência da pessoa, promovendo um sentimento de conforto entendido como um estado de alívio e satisfação com os cuidados recebidos. Este conforto, resultante de uma relação de proximidade e confiança, traduziu-se na diminuição da ansiedade e no aumento da satisfação global com a experiência perioperatória (Gonçalves Martins et al., 2022).

A participação da família, a clareza da informação fornecida e a personalização do acompanhamento revelaram-se fatores determinantes na percepção positiva da experiência, evidenciando que a figura do enfermeiro de referência funciona como ponto de estabilidade e segurança num contexto de vulnerabilidade e perda temporária de autonomia. A comparação entre os momentos pré e pós-operatório mostrou que a intervenção do enfermeiro não só manteve níveis elevados de confiança e satisfação, como também reduziu a ansiedade, reforçando a relevância do vínculo interpessoal na prática perioperatória.

Este estudo mostra a importância da continuidade e da relação terapêutica proporcionada pelo enfermeiro de referência, sugerindo que esta estratégia pode ser replicada em contextos semelhantes para promover cuidados centrados na pessoa, humanizados e seguros. Entre as limitações do estudo destaca-se o curto período de acompanhamento e a análise de uma única participante, o que restringe a generalização dos resultados. Contudo, os achados oferecem *insights* valiosos para a prática clínica e reforçam a necessidade de estudos futuros com amostras mais amplas, que permitam aprofundar a compreensão do impacto do enfermeiro de referência na experiência perioperatória.

Em suma, este estudo ilustra o valor da continuidade relacional na enfermagem perioperatória e reforça que o acompanhamento contínuo e personalizado do enfermeiro é um componente crucial para a qualidade da experiência perioperatória, constituindo um elemento estratégico para a promoção de cuidados centrados na pessoa e na sua família/pessoa significativa.

Referências Bibliográficas

- AESOP. (2012). Enfermagem Perioperatória - da Filosofia à Prática dos Cuidados. In *Enfermagem Perioperatória - da Filosofia à Prática dos Cuidados*. (2ª Edição). Lusodidata.
- Alcan, A. O., van Giersbergen, M. Y., & Doğan, O. (2025). Perceived Social Support and Social Appearance Anxiety After Bariatric Surgery. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 11(1). <https://doi.org/10.32598/JCCNC.11.1.697.1>
- Alsawyid, B., & Abdulhaq, N. (2019). Guideline on writing a case report. In *Urology Annals* (Vol. 11, Issue 2). Wolters Kluwer Medknow Publications. https://doi.org/10.4103/UA.UA_177_18
- Bužga, M., Zavadilová, V., Holéczy, P., Švagera, Z., Švorc, P., Foltys, A., & Zonča, P. (2014). Dietary intake and ghrelin and leptin changes after sleeve gastrectomy. *Wideochirurgia I Inne Techniki Maloinwazyjne*, 9(4), 554–561. <https://doi.org/10.5114/wiitm.2014.45437>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Obesidade: Otimização da Abordagem Terapêutica no Serviço Nacional de Saúde*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2019/12/PNPAS_DGS2017.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por MRSA nos Hospitais e Unidade de Internamento de Cuidados Continuados Integrados (Norma 018/2014)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma Clínica 020/2015: “Feixe de Intervenções” para Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>
- Eisenberg, D., Shikora, S. A., Aarts, E., Aminian, A., Angrisani, L., Cohen, R. V., De Luca, M., Faria, S. L., Goodpaster, K. P. S., Haddad, A., Himpens, J. M., Kow, L., Kurian, M., Loi, K., Mahawar, K., Nimeri, A., O’Kane, M., Pappasavas, P. K., Ponce, J., ... Kothari, S. N. (2022). 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 18(12), 1345–1356. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2022.08.013>
- Fencl, J. L., Walsh, A., & Vocke, D. (2015). The Bariatric Patient: An Overview of Perioperative Care. *AORN Journal*, 102(2), 116–131. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.05.007>
- Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., Riley, D., Allaire, A., Carpenter, J., Hanaway, P., Hayes, C., Jones, D., Kaszkin-Bettag, M., Kidd, M., Kiene, H., Kienle, G., Kligler, B., Knutson, L., Koch, C., Milgate, K., ... Tugwell, P. (2013). The CARE guidelines: Consensus-based clinical case reporting guideline development. *Headache*, 53(10), 1541–1547. <https://doi.org/10.1111/head.12246>

- Gonçalves Martins, A., Pontífice Sousa, P., & Margarida Marques, R. (2022). Conforto: Contributo Teórico Para a Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1–8. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>
- Guimarães, A. J. N. S. (2021). *Adaptação Cultural e Validação da Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico*. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/2787>
- Leahy, C. R., & Luning, A. (2015). Review of Nutritional Guidelines for Patients Undergoing Bariatric Surgery. *AORN Journal*, 102(2), 153–160. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.05.017>
- Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2010). *Enfermagem médico-cirúrgica : perspectivas de saúde e doença* (8th ed., Vol. 1, p. 288). Lusodidacta.
- Neil, J. A., & Roberson, D. W. (2015). Enhancing Nursing Care by Understanding the Bariatric Patient’s Journey. *AORN Journal*, 102(2), 132–140. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.05.014>
- Oliveira, P., Porfírio, C., Pires, R., Silva, R., Carvalho, J. C., Costa, T., & Sequeira, C. (2023). Psychoeducation Programs to Reduce Preoperative Anxiety in Adults: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph20010327>
- OMS. (2009). *Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS: 2009 Cirurgia Segura Salva Vidas*.
- OMS. (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection* (2nd ed.). World Health Organization.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Potter, A. P., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos* (Lusociência, Ed.; 5th ed.).
- Rego, A., & Coelho, P. (2017). Organizar a Prestação de Cuidados Por “Enfermeiro de Referência” Promove a Qualidade. *Servir*, 59. <https://doi.org/10.48492>
- Ruiz Hernández, C., Gómez-Urquiza, J. L., Pradas-Hernández, L., Vargas Roman, K., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 77, Issue 8). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jan.14827>
- Silva, E. M. B., Carvalho, V. M. P., & da Silva, D. M. (2022). The reference nurse in the care of children undergoing liver transplantation: A qualitative study. *New Trends in Qualitative Research*, 13. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e652>

- Sociedade Portuguesa de Cirurgia. (2012). *Recomendações de Prevenção do Tromboembolismo Venoso em Cirurgia*. <https://www.spcir.com/wp-content/uploads/2016/06/Vascular-Brochura-Prevencao.pdf>
- Tolone, S., Conzo, G., Flagiello, L., Gambardella, C., Lucido, F. S., Bruscianno, L., Parisi, S., De Bortoli, N., Savarino, E. V., Del Genio, G., & Docimo, L. (2024). De Novo Gastroesophageal Reflux Disease Symptoms Are Infrequent after Sleeve Gastrectomy at 2-Year Follow-Up Using a Comprehensive Preoperative Esophageal Assessment. *Journal of Clinical Medicine*, 13(2). <https://doi.org/10.3390/jcm13020545>
- Van Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. In *Perioperative Care and Operating Room Management* (Vol. 18). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>

**APÊNDICE 6 – Questionário Sobre a Experiência
Perioperatória**

Questionário sobre a Experiência Perioperatória

Instruções de preenchimento

O presente questionário tem como objetivo compreender a sua experiência durante o processo cirúrgico, nomeadamente o impacto do acompanhamento por um **enfermeiro de referência**.

As respostas são **confidenciais e anónimas** e destinam-se exclusivamente a fins de investigação.

Não existem respostas certas ou erradas — o importante é que exprimir a sua perceção de forma honesta.

Por favor, assinale a opção (X) que melhor traduz a sua opinião relativamente a cada afirmação, de acordo com a seguinte escala:

Escala	Significado
1	Discordo totalmente
2	Discordo
3	Nem concordo nem discordo
4	Concordo
5	Concordo totalmente

Parte I – Dados de caracterização

- Tipo de cirurgia: Sleeve gástrico
 - Data: ____ / ____ / _____
 - Presença de acompanhamento por enfermeiro de referência: Sim Não
-

Parte II – Avaliação da experiência perioperatória

Nº	Afirmação	1	2	3	4	5
1	Neste momento sinto-me ansiosa.					
2	O ambiente em que me encontro é tranquilo e acolhedor.					
3	Sinto-me informada quanto ao meu procedimento cirúrgico.					
4	Sinto-me à vontade para fazer questões à equipa multidisciplinar.					
5	Estou confortável para abordar o meu enfermeiro de referência.					
6	A presença constante do mesmo enfermeiro aumentou a minha confiança no processo.					
7	As orientações que tive foram claras e ajudaram-me a preparar adequadamente.					
8	Sinto que ter um enfermeiro conhecido contribuiu para gerir melhor a minha ansiedade.					
9	Ter um enfermeiro de referência contribuiu para uma melhor experiência cirúrgica.					
10	Estou satisfeita com o acompanhamento durante o período perioperatório.					
11	O que considera neste momento o mais importante para gerir a sua ansiedade?					

Obrigada pela colaboração!

APÊNDICE 7 – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ESTUDO DE CASO (CASE REPORT)

Título Do Estudo De Caso:

Influência da Presença Contínua de um Enfermeiro de Referência na Satisfação da Experiência Perioperatória – Estudo de Caso

Investigador/Responsável: Ana Isabel Alves de Barros Guedes.

Nº de cédula profissional: 96584

Instituição: Escola Superior de Saúde Santa Maria

1. Objetivo do Case Report: O presente case report tem como finalidade investigar, para fins científicos e académicos, um caso clínico que apresenta características relevantes para a prática de enfermagem. Acolheita de dados será realizada em três momentos diferentes (antes, durante e após a realização do procedimento cirúrgico). Será necessário aceder ao processo clínico eletrónico, quer à componente médica, quer de enfermagem. Os dados clínicos utilizados serão exclusivamente aqueles necessários à investigação.

2. Confidencialidade e Privacidade: As informações que constarão no estudo serão anónimas. Nenhum dado pessoal será divulgado, incluindo o seu nome, número de processo, data de nascimento ou qualquer outra informação que possa levar à sua identificação. Serão tomadas todas as medidas possíveis para garantir a sua privacidade e confidencialidade.

3. Livre-arbítrio: A sua participação é completamente voluntária. Ao assinar este consentimento, está a autorizar a utilização das suas informações clínicas, de forma anónima, para a elaboração e publicação do estudo de caso. Tem o direito de recusar, sem qualquer prejuízo no seu acompanhamento ou tratamento médico.

4. Benefícios e Riscos: Não há benefícios diretos ou riscos para si com a publicação deste estudo. A principal finalidade é contribuir para o avanço do conhecimento científico. Não receberá qualquer benefício financeiro em relação à utilização destes dados.

5. Contacto: Caso tenha alguma dúvida ou pretenda obter mais informações, pode contactar: Ana Guedes, através do email 2023101818@santamariasaude.edu.pt

Declaração de Consentimento:

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre os objetivos e os procedimentos deste Case Report. Compreendi que a minha identidade será preservada e que posso retirar este consentimento a qualquer momento, antes da sua publicação.

Autorizo a utilização das minhas informações clínicas, de forma anónima, para fins científicos e educacionais.

Nome do(a) pessoa (ou representante legal):

Assinatura: _____

Data: ___ / ___ / _____

Nome do Profissional de Saúde Responsável:

Ana Isabel Alves de Barros Guedes

Assinatura: _____

Data: ___ / ___ / _____

Porto, 16/04/2025