

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

POSICIONAMENTO DOS DOENTES SUBMETIDOS A ENCAVILHAMENTO  
TROCANTÉRICO NUMA MESA DE TRAÇÃO: CONTRIBUTOS DE ENFERMAGEM PARA  
A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

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

POSITIONING OF PATIENTS UNDERGOING TROCHANTERIC NAILING ON A  
TRACTION TABLE: NURSING CONTRUBUTIONS TO THE COMPLICATIONS  
PREVENTIONS

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

**Autor**

**David Miguel Quintas Viana**

**Porto, 2024**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

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

**Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**Orientador(es)**

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

Ana Leonor Alves Ribeiro  
*Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor*

**Autor**

David Miguel Quintas Viana

**Porto, 2024**



## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgico, na área de Enfermagem à pessoa em Situação de Perioperatória, inserido na unidade curricular estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II. Pretende documentar o desenvolvimento de competências avançadas, adquiridas durante o mestrado e os ensinamentos clínicos, com especial atenção aos padrões de qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, à pessoa em situação perioperatória, e seu contexto familiar.

Devido ao ambiente em que estão inseridos - ambiente multidisciplinar e multicultural, com ritmo acelerado, gastos económicos avultados, evolução tecnológica, e inúmeras oportunidades de danos aos utentes e profissionais - os cuidados perioperatórios são considerados cuidados de alto risco. Focado em alcançar cuidados de referência, eficientes e prudentes, almejando a segurança de todas as envolvidas do perioperatório, desenvolvi inúmeras atividades durante o meu estágio de natureza profissional. De modo a concretizá-lo, e fundamentando os cuidados na melhor evidência, desenvolvi uma revisão narrativa da literatura. Assim, realizei a pesquisa bibliográfica, com recurso ao agregador de bases de dados EBSCO (Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SPORTDiscus with Full Text) e as bases de dados Web of Science (SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC) e Scopus (Medline e EMBASE), livros e literatura cinzenta, entre maio e junho de 2023. Incluí, na pesquisa, vários artigos sem restrição temporal, alusivos à temática “Posicionamento dos doentes submetidos a encavilhamento trocantérico numa mesa de tração: contributos de enfermagem para a prevenção de complicações,” explorando individualmente as diferentes complicações derivadas do posicionamento inadequado, os fatores de risco e os cuidados de enfermagem no posicionamento. Desta análise, optou-se pela realização de uma ação de formação em serviço, dando a conhecer à equipa a *legis artis* da temática. Como complemento ao conhecimento da equipa, foi elaborado uma norma de instrução de trabalho, acerca do correto posicionamento dos doentes submetidos a encavilhamento trocantérico, numa mesa de tração. Ainda no plano investigativo, operou-se à validação do procedimento através do método - Grupo Focal.

Ao longo do relatório, irão estar explanadas várias experiências e atividades realizadas com o objetivo de alcançar as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na pessoa em situação perioperatória. Simultaneamente, são abordados dois estudos de casos, elaborados através da plataforma desenvolvida pela ESEP, *E4nursing*, aportando as três fases do perioperatório, pré, intra e pós-operatório.

Com esta produção, procuro não só analisar e descrever o meu percurso formativo, assim como enfatizar a importância crucial do papel da enfermagem avançada, na promoção da segurança, do conforto e da recuperação do utente, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados pela enfermagem.

**Palavras-chaves:** enfermagem perioperatória; segurança do posicionamento cirúrgico; complicações da mesa de tração.

## ABSTRACT

This report is part of a Master's Degree in Surgical-Medical Nursing, specifically in the area of Perioperative Nursing, included within the curricular unit a professional internship with a report - Módulo II. It aims to document the development of advanced skills acquired during the master's program and clinical teachings, with special attention to the quality standards of nursing care for individuals in perioperative situations and their family context.

Due to the environment in which perioperative care is provided - a multidisciplinary and multicultural setting with a fast pace, substantial economic costs, technological evolution, and numerous opportunities for harm to patients and professionals -perioperative care is considered high-risk. Focused on achieving a high standard, efficient, and prudent care, aiming for the safety of all perioperative aspects and based on the best evidence, I conducted my research, based on a narrative literature review. Thus, i conducted a literature search using the EBSCO database (Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SPORTDiscus with Full Text) e as bases de dados Web of Science (SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC) e Scopus (Medline e EMBASE), books, and grey literature, between May and June 2023. The search included various articles without time restrictions related to the theme, such as, "Positioning of patients undergoing trochanteric nailing on a traction table: nursing contributions to the complications preventions", exploring individually the different complications derived from improper positioning, risk factors, and nursing care in positioning. From this analysis, it was decided to carry out an in-service training action, introducing the team to the legis artis of the theme. As a complement to the team's knowledge, an instruction work norm, was elaborated on the correct positioning of patients undergoing trochanteric nailing on a traction table. While still, in the investigative plan, the procedure was validated through the method - Focal group.

Throughout the report, various experiences and activities will be explained, aimed at achieving the common and specific competencies of the nurse specialist in surgical-medical nursing for individuals in perioperative situations. Simultaneously, two case studies are addressed, developed through the platform developed by ESEP, E4nursing, covering the three phases of the perioperative period: preoperative, intraoperative, and postoperative.

With this production, I seek not only to analyze and describe my formative journey but also to emphasize the crucial importance of the role of care conception in perioperative patients and

research in promoting safety, comfort, and recovery, contributing to the improvement of nursing care.

**Keywords:** perioperative nursing; surgical positioning safety; traction table complications.

## **ABREVIATURAS**

ACEP - American college of emergency Physicians

AESOP - Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesa

AINE - Anti-inflamatório não esteroide

AORN - Association of perioperative registered nurses

ASA - American Society of Anesthesiology

ATA - Artroplastia total da anca

AVD'S - Atividades de Vida Diária

BIS - Bispectral index

BO - Bloco Operatório

B.O.C. - Bloco Operatório Central

BSA - Bloqueio sub aracnóideo

CDC - Center of Disease Control

DGS - Direção Geral de Saúde

DMO - Densidade Mineral Óssea

EEG - Eletroencefalograma

EORNA- European operating room nurses association

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FC - Frequência cardíaca

ILC - Infecção do local cirúrgico

ISBAR - Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation.

ITU - Infecção do trato urinário

LCR - Líquido cefalorraquidiano

MCDT'S - Meios Complementares de Diagnósticos

MEMCPSPE - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

NMBA - Agentes não despolarizantes de bloqueio neuromuscular

NVPO - Náuseas e vômitos no pós-operatório

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PPCIRA - Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

RPA - Registo Português de Artroplastias

RT - Responsável de Turno

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPOT - Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia

TA -Tensão arterial

TOF - Train-of-four

UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

WHO - World Health Organization

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....	19
3. ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA DIREITA .....	23
3.1. Enquadramento teórico .....	23
3.2. Clientes .....	34
3.3. Medicação .....	35
3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	35
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	38
3.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	42
3.5. Domínios .....	47
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	47
3.6. Conceção de Cuidados .....	58
3.7. Especificação das intervenções .....	62
3.8. Síntese relativa ao caso .....	64
4. ENCAVILHAMENTO TROCANTÉRICO .....	67
4.1. Enquadramento teórico .....	67
4.2. Clientes .....	74
4.3. Medicação .....	74
4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	75
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	76
4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	78
4.5. Domínios .....	81
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	82
4.6. Conceção de Cuidados .....	92
4.7. Especificação das intervenções .....	101
4.8. Síntese relativa ao caso .....	103
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	107
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	125
7. BIBLIOGRAFIA .....	127
ANEXOS .....	135



## ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

**Tabela 1** - Distribuição dos tempos operatórios pelas diferentes especialidades (Fonte B.O.C.).

**Tabela 2** - Distribuição do número de enfermeiros por turno.



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo II, integrado no Curso Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgico, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, no ano letivo 2023/2024, foi-me proposto, como estratégia de avaliação, a elaboração de um relatório de estágio, que transmitisse o meu desenvolvimento de competências durante este período, refletindo o cumprir dos objetivos da avaliação, assim como, objetivo primordial, o desenvolver das competências necessárias para me assumir como uma ajuda profissional especializada e efetiva para com os clientes, famílias e instituições.

Segundo a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006, p.7), “a enfermagem Perioperatória representa o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro no bloco operatório, através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado.” Trabalho esse, centrado no doente como um todo, através de um processo intelectual, científico e metódico. O enfermeiro perioperatório, operacionaliza os seus saberes para melhor cuidar, sendo sem dúvida, uma garantia da qualidade, da continuidade e da educação junto do doente/família e equipa de saúde.

Para a European Operating Room Nurses Association (EORNA), citada por AESOP (2006, pág. 7) “Os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos, têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado, num ambiente seguro, enquanto estiverem numa unidade perioperatória. Esse pessoal, experiente e qualificado, trabalhando numa equipa multidisciplinar, prestará cuidados com competência, mostrando conhecimentos baseados nas mais recentes pesquisas relacionadas com o bloco operatório e com os cuidados perioperatórios. O doente, os familiares e outras pessoas significativas, têm o direito de receber informação necessária, bem como apoio emocional e físico, que lhes permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios.”

A enfermagem perioperatória, deve assim, ser planeada, implementada e orientada por objetivos, tendo por base uma abordagem holística do indivíduo.

Hoje, o enfermeiro no contexto perioperatório, põe em prática os seus saberes específicos, antes, durante e após a cirurgia, desenvolvendo as suas funções de prestador de cuidados, advogado do utente, de líder, de investigador, educador e gestor. Da combinação de todas estas atividades resulta então a administração de cuidados durante o período perioperatório (AESOP,

2006).

No desenvolvimento deste relatório e conseqüente reflexão, questionei-me acerca de um pensamento por parte de Collière (2003, pág. 86) “Quem somos? Será que nós próprias já o sabemos, quando fazemos a pergunta. Quando é que arranjamos tempo para o perguntar? Para nos interrogar sobre o que fazemos, sobre a nossa razão social de existir, sobre o nosso papel nas diferentes atividades em que somos chamadas a participar?”

Passaram dezasseis anos desde que terminei a licenciatura de enfermagem e, tendo entrado no mundo profissional desde então, a verdade é que nunca, como "aqui", refleti sobre o porquê das minhas ações. E, pergunto-me, a que conclusão cheguei?! Existe uma teoria de enfermagem que se aplique na íntegra aos cuidados de enfermagem prestados no bloco operatório?! A primeira perceção é que toda a aplicação das teorias de enfermagem promove a construção de um conhecimento mais sólido, crítico, reflexivo e científico, acabando por valorizar a profissão. A segunda conclusão é mais complexa, na medida em que, na minha opinião, não existe uma, mas sim várias particularidades em diferentes teorias, que se enquadram na plenitude dos cuidados de enfermagem prestados no bloco operatório.

Em 1986, é fundada a AESOP, "defendendo que o trabalho dos enfermeiros tem que ser orientado pelo e para o doente. Este passa a ser o principal alvo dos seus cuidados. É por ele e para ele que o trabalho no bloco operatório passa a ser planeado, executado e avaliado. É no sentido de garantir a sua segurança física e emocional, para prevenir a infeção e os acidentes que os enfermeiros perioperatórios cuidam" (AESOP, 2006, pág. 6). Neste sentido, podemos fazer uma comparação com o que Florence acreditava, onde o seu foco se centrava no cuidar pelo meio ambiente, dando a devida atenção a pormenores como a temperatura ambiente, ventilação adequada, calor, iluminação natural, cuidados com assepsia e controle de infeção, transmitindo um ambiente calmo e seguro (Tomey & Alligood, 2003). Atualmente, estes aspetos à altura revolucionários, são essenciais na prevenção das infeções associadas a cuidados de saúde.

Ora, Henderson, para além das questões do ambiente seguro, partilhadas com Florence, alerta ainda para a importância da pesquisa bibliográfica e da investigação avançada, como elementos chaves na melhoria da prática de enfermagem, na era do progresso tecnológico (Tomey & Alligood, 2003). Sendo o bloco operatório um serviço onde diferentes níveis de conhecimento são declarados, fruto da experiência e do "know-how" que cada um desenvolveu, é por demais evidente que o papel de especialista é fundamental na transmissão de conhecimentos e na prevenção de eventuais complicações no decorrer das cirurgias.

Por outro lado, nos dias de hoje, percebemos que todo o utente que necessita dos cuidados perioperatórios, sofre uma transição no conceito saúde/doença, sendo o conceito de “transição” fulcral na atuação dos enfermeiros em contexto perioperatório. Deste modo, remeto para a teoria das transições de Afaf Meleis, como forma de salientar a importância das equipas de

saúde em lidarem com os processos de transição (sejam eles positivos ou negativos).

Num mundo em constantes evolução, e cada vez mais exigente, os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem na atualidade, uma maior importância, responsabilidade e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, uma necessidade, uma realidade e uma resposta, da generalidade dos profissionais de saúde. Deste modo, “o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Diário da República nº 135/2018, Série II de 16 de Julho de 2018).

O contexto perioperatório é, sem sombra de dúvidas, uma das áreas onde se sente a maior exigência dos novos desafios. Provavelmente, nenhuma outra área da enfermagem exige a larga base de conhecimentos, a memória instantânea da ciência cirúrgica, a necessidade de ser guiada intuitivamente pela experiência de enfermagem, a diversidade de pensamento e ação, assim como, as resistências física e mental.

Hoje, segundo a AESOP (2006), o enfermeiro perioperatório, põe em prática os seus saberes específicos, antes, durante e após a cirurgia, desenvolve as suas funções de prestador de cuidados, de advogado do utente, de líder, de investigador, de educador e de gestor. Da combinação de todas estas atividades, resulta a administração de cuidados durante o período perioperatório, onde é central a prática baseada na evidência, a investigação e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, garantindo o cumprimento dos princípios éticos e deontológicos da profissão.

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica. Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença (Diário da República nº 135/2018, Série II de 16 de Julho de 2018).

Durante o meu percurso percebi a importância e a responsabilidade não só da conceção dos cuidados no perioperatório, mas também da gestão do risco para os utentes, atuando como advogado, garantindo o máximo da segurança das pessoas e dos bens da instituição, e conseqüentemente, produzindo ganhos para a saúde.

Entro assim, na escolha do tema do projeto de desenvolvimento profissional realizado no módulo I, “Posicionamento dos doentes submetidos a encavilhamento trocantérico numa mesa de tração: contributos de enfermagem para a prevenção de complicações”, tema esse que norteou o percurso e a concretização das atividades planeadas, durante o módulo II.

Do objetivo geral - desenvolver competências necessárias de forma a contribuir na prevenção de complicações no posicionamento dos doentes submetidos a encavilhamento trocantérico - surgem os objetivos específicos:

- Aprofundar o conhecimento acerca da fratura trocantérica e respectivo procedimento cirúrgico, nomeadamente, o encavilhamento trocantérico numa mesa de tração;
- Aprofundar o conhecimento acerca da atuação da enfermagem na área anestésica nas três áreas do perioperatório do utente proposto ao encavilhamento trocantérico, na mesa de tração;
- Aprofundar o conhecimento acerca da atuação da enfermagem na área de circulante e instrumentista nas três áreas do perioperatório do utente proposto ao encavilhamento trocantérico, na mesa de tração;
- Desenvolver o conhecimento do enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista, na prevenção de complicações, derivadas do incorreto posicionamento do doente submetido ao encavilhamento trocantérico, na mesa de tração;
- Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao utente submetido ao encavilhamento trocantérico, na mesa de tração.

O posicionamento cirúrgico do utente, é um procedimento importante na assistência de enfermagem no período perioperatório, onde o posicionar o utente requer um esforço coordenado de toda a equipa perioperatória, de forma a contribuir para a prevenção de complicações e conseqüente segurança do doente. Na procura da melhor evidência, e com o objetivo de melhorar o conhecimento existente sobre esta temática, realizei então uma revisão narrativa da literatura sobre as complicações que possam existir derivadas do posicionamento dos utentes na mesa de tração, submetidos ao encavilhamento trocantérico. Para além da formação em serviço sobre o estado da arte, outra das estratégias, foi a criação de uma norma de instrução de trabalho, validada através de um grupo focal, aplicável nas diferentes fases do processo cirúrgico, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Acrescentando ao referido, e baseado na conceção de cuidados de casos reais, foram construídos e desenvolvidos, durante os ensinamentos clínicos no Bloco Operatório e na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, estudos de caso, através da plataforma em uso na ESEP, "E4nursing".

Assim, este relatório transcreve a reflexão de dois estágios divididos em dois módulos cada um, o primeiro estágio, compreendido entre 11 de abril a 24 de junho, e o segundo estágio, 18 de setembro a 26 de janeiro, com uma carga horária total de 840 horas. Incidiu num Bloco Operatório Central e respetiva Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, de um Hospital do norte do país, em que a sua visão é, elevar-se a modelo de referência para outros prestadores de

cuidados de saúde.

O presente relatório, encontra-se dividido em diferentes capítulos: introdução, caracterização do contexto de estágio, estudos de casos, e finalmente, os contributos para o desenvolvimento de competências, nomeadamente as competências comuns de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e as específicas de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Também, a respetiva conclusão e bibliografia, assim como os anexos, onde apresento as atividades por mim desenvolvidas, no intuito de dar resposta aos objetivos projetados no projeto de desenvolvimento profissional, dão corpo a este relatório.



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

A missão da instituição em que se realizou o presente estágio “assume um carácter compreensivo que vai desde a identificação das necessidades de saúde da população residente até à resposta integrada a essas necessidades, através dos serviços públicos, privados contratualizados, comunitários ou de solidariedade social, no respeito pela integridade e dignidade dos utentes, otimizando os recursos, garantindo a qualidade e efetividade da prestação de cuidados, com eficiência e eficácia, tendo em vista a excelência” (Instituição Hospitalar do Norte do País, 2022).

O presente estágio decorreu no serviço de Bloco Operatório Central (B.O.C.) desta Instituição Hospitalar na região do norte de Portugal, dividindo-se entre as salas cirúrgicas e a unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA).

### **Bloco Operatório Central:**

“O Bloco Operatório é uma unidade orgânico-funcional, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” (AESOP, 2006, p.20).

O B.O.C. do Hospital em questão encontra-se localizado no quarto piso, primeira fase, estando dividido em três áreas, área livre - zona externa do *transfere* e vestiários, área semi-restrita - corredores de acesso, unidade de recobro e salas de *stocks*, área restrita - sala de indução anestésica, lavabos e salas operatórias.

Em relação aos circuitos, o referido B.O.C., devido à sua limitação física, não possui circuitos de sujos e limpos, estando, no entanto, instituída uma política de gestão de risco, sendo usado carrinhos fechados para o material sujo se deslocar até à esterilização, evitando ao máximo o contato entre o espaço limpo e sujo. Possui 5 salas operatórias, onde as cirurgias ortopédicas se realizam na sala 2 e 3, salas que possuem estrutura e condições próprias para o efeito, como por exemplo, mais amplas e com fluxo laminar próprio. Dentro da especialidade ortopédicas, cirurgias específicas, que exigem posicionamentos específicos, como por exemplo ao ombro, encavilhamentos e até mesmo cirurgias à coluna, tendencialmente são realizadas na sala 2, por uma questão de disponibilidade da marquesa específica para elas, uma vez que se encontra nessa sala. A sala 1 é destinada à cirurgia de urgência, a sala 4 de cirurgia geral e a 5 fica distribuída para diferentes especialidades. A UCPA integra o serviço do B.O.C. e é composta por 10 unidades com monitorização individual, efetivando 3 enfermeiros e 1 anestesista.

Na seguinte tabela, encontra-se então a distribuição de tempos operatórios pelas diversas especialidades.

MES		2ª FEIRA	3ª FEIRA	4ª FEIRA	5ª FEIRA	6ª FEIRA	SAB	DOM	
BLOCO CENTRAL	Sala 1	M	SERVIÇO DE URGÊNCIA						
		T							
		N							
	Sala 2	M	ORT	ORT	ORT	ORT	ORT		
		T	2ª Sala Urg	2ª Sala Urg	2ª Sala Urg	2ª Sala Urg	2ª Sala Urg		
	Sala 3	M	ORT	ORT	ORT	ORT	ORT	AD	
		T	URO	AD	URO	ORL	AD		
	Sala 4	M	CIR	CIR	CIR	CIR	CIR	AD	
		T	CIR	CIR	CIR	CIR	AD	AD	
	Sala 5	M	GINE	ORL	(*)	GINE	AD		
		T	GINE	ORL	CIR	GINE	AD		

**Tabela 1** – Distribuição dos tempos operatórios pelas diferentes especialidades (Fonte B.O.C.).

Legenda:

- Produção Base:
- ORTO – Ortopedia;
- URO – Urologia;
- CIR – Cirurgia;
- GINE – Ginecologia;
- ORL – Otorrinolaringologia;
- AD – Produção Adicional
- (\*) – Rotatividade por Estomatologia, Ginecologia e Cirurgia Geral

Quanto aos recursos materiais, a gestão e reposição de *stocks* é efetuada segundo compras diretas e por perfis e níveis previamente definidos, de acordo com as necessidades do Serviço.

Em relação às intervenções mais realizadas no B.O.C., apresenta-se estatisticamente como as mais realizadas nos últimos anos, o parto por cesariana, a artroplastia total da anca, a colecistectomia laparoscópica, intervenções no útero ou anexos, cirurgia por trauma dos membros inferiores (exceto artroplastia da anca), seguido de artroplastia total do Joelho e ainda, procedimentos ao ombro, braço e antebraço.

## Recursos Humanos

A caracterização da equipa foi realizada através da execução de um formulário, sob a forma do aplicativo *Google™ Forms*, aplicado a todos os elementos da equipa, incluindo a enfermeira em funções de chefia e uma enfermeira que se encontra de apoio direto na gestão do serviço, assim como três elementos responsáveis pela formação, que assumiram a função no decorrer do ano de 2023. Concluiu-se que a equipa de enfermagem é composta por 55 elementos, inserindo-se a maioria no escalão etário dos 31 aos 40 anos (36,4%), havendo uma predominância do género feminino (60%). Quanto ao tempo de serviço, a faixa mais representada situa-se entre os 10 e

os 19 anos de experiência profissional, sendo que 49% trabalha no B.O.C. desta instituição há menos de 9 anos. Em relação ao título de especialização em enfermagem, 36% da equipa é detentora do mesmo, sendo a especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, a mais predominante (70%). Este é um valor que irá sofrer alterações no fim deste mestrado, uma vez que são vários os elementos da equipa que estão na fase final da especialização.

A distribuição da equipa é feita em dois grandes grupos, área anestésica com 22 profissionais e área cirúrgica, com 33 profissionais, divididos de acordo com as suas competências, interesses pessoais e necessidades do serviço, contribuindo esta separação, para uma maior especialização dos enfermeiros, permitindo cuidados de enfermagem de maior qualidade, assim como maior satisfação de grupo. Por sala, estão escalados 3 enfermeiros, com diferentes funções, enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista, estando a sala de urgência e a unidade de recobro, assegurada pela equipa de turnos de urgência.

	<b>Sala cirúrgica</b>	<b>UCPA</b>
<b>Turno da manhã</b>	3	3
<b>Turno da tarde</b>	3	3
<b>Turno da noite</b>	2	2

**Tabela 2:** Distribuição de número de enfermeiros de urgência por turno.

A unidade de dor aguda, relaciona-se diretamente com o pós-operatório tardio, uma vez que os clientes com alta da UCPA são referenciados para a analgesia não convencional, nomeadamente, bloqueios de nervos periféricos contínuos, analgesia epidural, ou outras situações solicitadas. Estes doentes são consultados em visitas e consultas diárias, durante a manhã, por um elemento de enfermagem do B.O.C.

### **Recursos Materiais e equipamentos clínicos**

Os recursos materiais e equipamentos clínicos, estão distribuídos pelas cinco salas cirúrgicas, UCPA e pelos *stocks* das respetivas áreas cirúrgicas. Em cada sala cirúrgica existe material específico da especialidade cirúrgica em causa. Todas as salas possuem dispositivos essenciais à correta monitorização intraoperatória, nomeadamente, cardiovasculares, respiratórios, neurológicos (BIS), termorreguladores (termómetros individuais, termómetros de sala, manta e aquecedores de corpos, aquecedores de soros), assim como um sistema de gestão automatizada de medicação, denominado como Pyxis MedStation 3500. Fora das salas, em local próprio e de fácil acesso encontra-se o indispensável carro da via aérea difícil, videolaringoscópio, carro de emergência e o fibroscópio.

A antecâmara da sala 1 encontra-se preparada para o acolhimento e a reanimação dos recém-nascidos, possuindo uma estufa, balança, NEO-PUF, medicação própria, e material próprio de

monitorização e de emergência pediátrica.

O serviço é ainda constituído por 9 áreas correspondentes aos *stocks* de material de apoio às diferentes especialidades, possuindo todo o tipo de equipamento para um correto posicionamento cirúrgico e ainda equipamentos para a execução das cirurgias, nomeadamente, aparelho laser (1), monitor de ureterorenoscopia flexível (1), aparelho de gesso (1), aparelho de imagiologia (2), torres laparoscópicas (6), uma das quais em 3D e ainda um microscópio (1).

Na UCPA, encontra-se também uma *Pyxis MedStations 3500*, com medicação específica para o pós-operatório, possuindo acoplado um frigorífico, que armazena os fármacos que necessitam de refrigeração. Possui ainda um carro de via aérea pediátrico e um carro de apoio ao tratamento de feridas cirúrgicas e traumáticas. No centro encontra-se montada uma central de monitorização, uma secretária de trabalho com três computadores.

### **Projetos em Desenvolvimento:**

Encontra-se em fase de desenvolvimento um projeto de desinfeção das salas que engloba a existência de um robot de desinfeção UVD, que está localizado junto do parque de macas utilizadas no interior do B.O.C., usado nas salas que foram ocupadas por utentes que estejam sujeitos a isolamento por contaminação com microrganismos.

Atualmente os registos são realizados num sistema de informação e documentação, existente desde o primeiro trimestre de 2021, que permite acompanhamento do cliente em todas as fases do perioperatório, possuindo uma ampla capacidade de rastreabilidade, sendo possível o registo em tempo real de todas as intervenções de enfermagem ao longo das fases no perioperatório, pré, intra e pós-operatório.

Também, em fase de desenvolvimento, encontra-se um projeto de passagem de informação clínica através do método ISBAR. Este projeto é recente, sendo a sua prática de aplicação ainda discutível pelos pares, não descurando contudo a sua importância. É objetivo das chefias e da equipa em questão, que a sua implementação seja feita futuramente através do programa informático em uso.

### 3. ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA DIREITA

Durante o ano corrente, a doente, por apresentar bastante dor e claudicação severa, sendo ela recorrente já há alguns anos, foi levada ao seu médico assistente por um dos seus familiares. Posteriormente a esta consulta, foi então reencaminhada para ortopedia na Unidade Local de Saúde. Após realização de MCDT'S, foi-lhe diagnosticada artrose primária unilateral na anca direita, sendo proposta para a intervenção cirúrgica de artroplastia total da anca, não cimentada, à anca direita. Na recolha dos dados iniciais a utente refere viver com o filho e a nora, ser autónoma nas AVD'S e de ser capaz de cozinhar para ela e para os seus familiares. Na consulta de anestesia, assinou o consentimento informado para o procedimento anestésico, nomeadamente anestesia loco-regional, mas sempre em alternativa e se necessário, uma anestesia geral balanceada. A cliente verbaliza ausência de conhecimento do circuito perioperatório, sobre os dispositivos de posicionamento no pós-operatório e sobre os cuidados do pós-operatório. Refere não se sentir ansiosa com a cirurgia, encontrando-se muito motivada, pois confia no médico e apenas quer deixar de sentir dores, pois já se sentia menos capacitada no seu dia-a-dia. Como medicação habitual refere apenas fazer analgesia em SOS, protetor gástrico, e anti-hipertensores. Refere ainda não ter alergias conhecidas a medicamentos. Como antecedentes cirúrgicos foi submetida, já há imensos anos, a uma intervenção ortopédica de urgência no membro inferior direito, devido a uma fratura causada num acidente de viação com o seu filho. NOTA: O presente estudo de caso reportar-se-á ao período pré e intra-operatório.

#### 3.1. Enquadramento teórico

Na década de 1960, a artroplastia total da anca revolucionou o tratamento de utentes idosos com artrose, apresentando ótimos resultados a longo prazo. Hoje, utentes jovens apresentam-se para cirurgia de substituição da anca na esperança de restaurar a sua qualidade de vida, o que normalmente inclui atividades fisicamente exigentes. Os avanços na tecnologia de bioengenharia impulsionaram assim o desenvolvimento de próteses da anca, tanto nas cimentadas como nas não cimentadas (Learmonth, *et al.*, 2007).

Em Portugal, segundo os dados da sociedade portuguesa de ortopedia e traumatologia (SPOT), a artroplastia mais comum é a artroplastia total da anca (ATA), sendo também aquela que atinge maior índice de sucesso entre as cirurgias de substituições articular (Agency for Healthcare Research and Quality, 2012).

## Epidemiologia

Os dados do último relatório do registo português de atroplastias (RPA), elaborado pela SPOT, referem que são realizadas por ano cerca de 6000 ATA.

Segundo este relatório, a maioria dos procedimentos são intervenções primárias, estimando-se a cirurgia de revisão em aproximadamente 10% dos casos. Apresenta, um ligeiro predomínio do género feminino 55% e uma maior incidência na faixa etária entre os 60 e 80 anos. Refere ainda que a maioria dos utentes foi submetida a anestesia loco-regional, (85% dos casos), e apenas 15% submetido a anestesia geral. Simultaneamente, constatou-se que o maior número de utentes submetidos a artroplastia da anca, (cerca de 48%), apresentavam obesidade mórbida, e uma atividade física ligeira a moderada (52%). Na maioria dos casos (60%), o procedimento dominante, foi o procedimento não cimentado (RPA, 2013).

## Etiologia e indicações cirúrgicas

Quanto à etiologia, é referido uma preponderância da artrose primária, com cerca de 60% dos casos, logo seguida das fraturas do colo do fémur (24%). Relativamente à etiologia das revisões, é referido que o descolamento assético da haste e do acetábulo são as principais causas da revisão da artroplastia da anca, seguido da luxação e da infeção (RPA, 2013).

Segundo, Learmonth, *et al.*, (2007), as indicações para artroplastia total da anca foram inicialmente restritas em grande parte a pessoas idosas e doentes, ou a indivíduos com limitações locomotoras associadas a outras comorbidades. No entanto, hoje em dia, a existência de um compromisso inaceitável com a qualidade de vida, constitui uma indicação válida para a substituição total da anca.

Caughran A. & Giangarra C. (2018), classificam a patologia da anca em 3 grandes grupos, intra/extra articular e mimetizadores da anca.

- A patologia intra-articular, inclui osteoartrite, osteonecrose, conflito fémur-acetabular, lesões da articulação da anca, lesões da labra do acetábulo, defeitos condrais e lesões ligamentares (Caughran A. & Giangarra C., 2018);
- A extra-articular, por sua vez, inclui as lesões das estruturas circundantes da anca, tais como, estiramentos musculares, roturas e a síndrome da *coxa saltans* (Caughran A. & Giangarra C., 2018);
- Já os mimetizadores da anca, incluem as lesões em localizações distantes que causam dor referida à anca, tais como pubalgia do atleta, radiculopatia lombar e osteíte púbica (Caughran A. & Giangarra C., 2018);

As lesões com indicação cirúrgica são as lesões incluídas na patologia intra-articular, sendo a prótese total da anca o procedimento mais usual. O seu objetivo cirúrgico passa por promover a

qualidade de vida através do alívio da dor e/ou melhoria da função em doentes com artropatia da anca (Caughran A. & Giangarra C., 2018).

Em Portugal, o Departamento da Qualidade na Saúde, em conjunto com a Ordem dos Médicos, elaborou a norma 014/2013 da Direção-geral da Saúde, de 23/09/2013, emitindo, entre várias indicações, o seguinte:

"As causas mais frequentes de dor e disfunção da anca e que estão na origem das indicações para artroplastia total da anca são (DGS, 014/2013, p. 2):

- Osteoartrose primária ou secundária;
- Osteonecrose da cabeça femoral;
- Doença inflamatória da anca;
- Fratura do colo do fémur."

O mesmo documento refere que, na artroplastia total da anca, há uma procura em privilegiar a artroplastia total cimentada nos doentes com idade avançada, seguindo-se assim uma recomendação mundial:

a) pessoas com idade inferior a 65 anos ou com boa qualidade óssea, estão indicadas para artroplastia total não cimentada (DGS, 2013);

b) pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, com má qualidade óssea, com mau estado geral ou curta expectativa de vida, estão indicadas para a realização da artroplastia total cimentada (DGS, 2013).

### **Contraindicações**

A DGS, (2013), divide-as em absolutas e relativas:

#### **"Contraindicações absolutas (DGS, 014/2013, p. 2):**

- Infecção ativa (local ou sistémica);
- Imaturidade esquelética;
- Paraplegia ou tetraplegia.

#### **Contraindicações relativas:**

- Obesidade mórbida;
- Artropatia de *Charcot*;
- Doença neurológica ou neuromuscular incapacitante e/ou progressiva."

"A idade por si só não constitui uma contra-indicação (exceto se imaturidade esquelética) para

avançar para a ATA. Apesar da necessidade de cirurgia de revisão ser tanto menor quanto mais tarde for a cirurgia primária, também é verdade que o resultado é tanto melhor quanto melhor for o estado funcional pré-cirurgia." (DGS, 014/2013, p.2).

### **Anatomo-fisiologia**

A articulação da anca é formada pela porção acetabular do osso íliaco e a extremidade proximal do fémur. É uma articulação caracterizada por uma importante estabilidade óssea, fornecida por uma cápsula, ligamentos e músculos. O ligamento iliofemoral é responsável por prender o íliaco ao fémur, anterior e superiormente, e os ligamentos isquiofemoral e pubo femoral por prender o ísquio e púbis ao fémur, respetivamente. O acetábulo é uma cavidade arredondada e articulada com a cabeça do fémur, e a extremidade proximal do fémur consiste numa cabeça e um colo, na porção superior da diáfise e nos grandes e pequenos trocânteres. O grande trocânter é amplo e sobressai da porção superior da diáfise, projetando-se para cima a partir da junção do bordo superior do colo com a superfície externa da diáfise, sendo o ponto de inserção para os músculos rotadores e abdutores. Já o pequeno trocânter é projetado a partir da porção posterior e inferior da base do colo do fémur na sua junção com a diáfise, funcionando como um ponto de inserção do músculo iliopsoas, (Bowen, 2007).

### **Abordagens e especificidades cirúrgicas**

A artroplastia total da anca é caracterizada por existirem diferentes abordagens e técnicas cirúrgicas. A sua natureza difere principalmente no fato do utente ser operado na posição lateral ou supina e se a anca está deslocada anterior ou posteriormente, sendo que a escolha dessa abordagem, acaba por depender da preferência e experiência do cirurgião (Harkess & Crokarell, 2021).

Segundo a DGS, (2013), todos os componentes femorais e acetabulares podem ser implantados por diferentes abordagens, existindo, no entanto, vantagens e desvantagens.

Harkess & Crokarell (2021) referem que, independentemente da técnica específica para uma ATA, as próteses totais da anca (PTA) vão consistir sempre num componente femoral, num componente acetabular e num interface que lhe conferem modularidade e grande flexibilidade, permitindo assim ao cirurgião lidar com os imprevistos e variações anatómicas.

Em Portugal, segundo a SPOT (2013), constatou-se que o posicionamento do doente mais usado é o decúbito lateral, e a via de abordagem, preferencialmente a posterior.

Segundo a National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), citada pela DGS (2013), a escolha do implante tem ausência de recomendações específicas, devido à falta de evidência científica e à escassez de estudos comparativos randomizados assim como à dificuldade na interpretação. Do mesmo modo, Sedrakyan, *et al*, (2011) citado pela DGS (2013), refere que uma revisão sistemática de ensaios clínicos e registos nacionais de artroplastia não demonstrou

vantagem na utilização das interfaces metal/metal ou cerâmica/cerâmica relativamente às interfaces tradicionalmente mais baratas como metal/polietileno ou cerâmica/polietileno. A DGS (2013), cita ainda McKellop, *et al*, (1999), o qual refere que o polietileno de última geração (crosslinked) demonstrou uma redução na taxa de desgaste e na libertação de partículas, havendo no entanto a necessidade da realização de mais estudos de longo prazo para avaliar o seu real benefício.

Sendo assim, conforme a norma 014/2013 da DGS, é importante ter em consideração diferentes fatores como o nível de atividade física, o estado geral, a qualidade óssea, a expectativa de vida e a idade do doente, podendo essa escolha ser influenciada pela experiência do cirurgião e pelas normas de orientação e experiência do serviço em que se encontra integrado.

**"Os interfaces mais comuns são (DGS 014/2013, p.3):**

- metal/polietileno;
- metal/metal;
- cerâmica/polietileno;
- cerâmica/metal;
- cerâmica/cerâmica".

Segundo a DGS na norma (014/2013, p.1), "o tipo de interface a utilizar deve ser ajustado à especificidade de cada doente, devendo, contudo, privilegiar-se a utilização metal/polietileno ou cerâmica/polietileno por apresentar resultados sobreponíveis com um custo inferior, estando contraindicada a utilização do interface metal-metal:

- a) na mulher em idade fértil;
- b) no caso de insuficiência renal;
- c) no caso de antecedentes conhecidos de hipersensibilidade aos metais".

Em relação às abordagens, Harkess & Crokarell, (2021), referem existirem vantagens e desvantagens:

**As vantagens da abordagem posterior são:**

- a preservação do nervo ciático - conservação dos abdutores;
- a melhor exposição acetabular e femoral;
- uma melhor e rápida recuperação;
- permite uma abordagem minimamente invasiva;

**As desvantagens da abordagem posterior são:**

- o risco de lesão vascular da cabeça femoral
- uma maior taxa de luxações;

**As vantagens da abordagem lateral são:**

- a preservação do nervo glúteo;
- preserva o nervo femoral, havendo ainda uma baixa incidência de luxação pós-operatória;
- facilita o acesso ao fémur proximal.

**As desvantagens da abordagem lateral são:**

- leva a uma maior probabilidade de claudicação pós-operatória;
- aumenta o risco de ossificação heterotópica.

**As vantagens da abordagem anterior são:**

- maior preservação do nervo cutâneo femoral lateral, assim como do ramo ascendente da artéria circunflexa femoral lateral;
- permite a luxação da anca sem dificultar o suporte vascular da cabeça femoral;
- expõe facilmente a cabeça, o acetábulo e colo femoral.

**As desvantagens da abordagem anterior são:**

- provoca uma debilidade dos abdutores;
- pode originar uma fratura do fémur proximal.
- aumenta o risco de ossificação heterotópica.

**Protocolo ERAS**

Uma vez que a artroplastia total da anca é uma cirurgia desafiante, exigindo uma necessidade de intervenção multidisciplinar, sentiu-se a necessidade da implementação sistemática de um protocolo de cuidados perioperatórios baseados na evidência, (Wainwright, *et al* 2019). O protocolo desenvolvido pela ENHANCED RECOVERY AFTER CIRURGY SOCIETY (ERAS) demonstrou haver uma diminuição do tempo médio de internamento e das complicações cirúrgicas, incluindo:

- Aconselhamento, educação e informação pré-operatórias ao utente, estando associados a uma diminuição de ansiedade e conseqüentemente a uma melhor adesão aos critérios de alta.
- Pré-habilitação do utente, onde se inclui o otimizar dos fatores de risco pré-operatórios, consumo de álcool, tabagismo, anemia, baixa atividade física e estado nutricional e metabólico,

reduzindo o número de dias do internamento.

- Reduzir o jejum pré-operatório ao consumo de líquidos claros até duas horas antes da cirurgia, bem como a introdução de dieta sólida seis horas após a mesma.

- Tipo de anestesia: adotar um regime anestésico multimodal, associando técnicas da anestesia geral e a abordagem do neuro eixo, evitando uso rotineiro de opióides intratecais. Do mesmo modo, a anestesia epidural não está recomendada devido aos potenciais efeitos que possam atrasar a recuperação.

- A profilaxia de náuseas e vômitos pós-operatórios deve ser realizada de rotina, usando profilaticamente combinações de dois ou mais fármacos.

- Recomenda-se o uso de ácido tranexâmico, uma vez que reduz as perdas de sangue perioperatórias e por sua vez, a necessidade de transfusões sanguíneas.

- A combinação de analgésicos orais de diferentes classes e com diferentes modos de ação no pós-operatório demonstrou uma melhoria significativa no controlo da dor, nomeadamente a associação de paracetamol a AINES, reservando o uso de opióides.

- A manutenção de normotermia no peri e pós-operatório.

- A profilaxia antibiótica e a técnica asséptica são fundamentais na prevenção da infeção do local da ferida cirúrgica, não existindo contudo um esquema universalmente recomendado.

- A mobilização precoce, bem como a profilaxia com fármacos anti trombóticos durante o tempo mínimo de 10 a 28 dias, são fundamentais no sentido de prevenir a doença venosa trombótica.

- Em relação à técnica cirúrgica e ao uso de drenos não existe qualquer evidência conclusiva. Contudo, o uso rotineiro de cateter urinários não está recomendado, devendo ser removido logo que possível, em caso do seu uso ser necessário.

- O retorno a uma dieta normal assim como a mobilização precoce estão associados aos critérios de alta atempados, não estando, no entanto, recomendado o uso de qualquer suplemento alimentar.

### **Complicações cirúrgicas**

Do mesmo modo, também a DGS, com o objetivo de diminuir as complicações cirúrgicas, criou diferentes indicações para a realização da artroplastia total da anca, nomeadamente:

- É absolutamente indicada a profilaxia da infeção no momento da indução anestésica de acordo com a Norma n.º 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção, de 28-12-2012 da DGS;

- A profilaxia anti trombótica é iniciada no pós-operatório imediato de acordo com a Norma n.º 026/2012 - Profilaxia do Trombo Embolismo Venoso em Ortopedia, de 27/12/2012 da DGS;

- O cumprimento da lista de verificação da Segurança Cirúrgica e APGAR Cirúrgico, nos termos da Norma n.º 2/2013 - Cirurgia Segura, Salva Vidas, de 12/02/2013 da DGS.

Apesar da existência de diferentes protocolos, programas e indicações, as complicações diretamente relacionadas com a ATA permanecem, podendo-se dividir em dois grupos, peri e pós-operatórias (DGS, 2013):

**"PERI-OPERATÓRIAS (DGS, 14/2013, p. 4):**

Fratura;

Infeção;

Lesão neuro-vascular;

Hipotensão relacionada com o cimento;

**PÓS-OPERATÓRIAS**

Luxação;

Dismetria;

Descelagem asséptica;

Falência do implante;

Osteólise e desgaste;

Ossificação heterotópica;

Doença tromboembólica;

Anemia;"

**FRATURA:** A fratura apresenta-se com um início súbito de dor, sendo mais comum em casos com componentes não cimentadas e nos primeiros meses após a cirurgia, sendo necessário uma cirurgia de revisão imediata. (Blom, 2019).

**LESÃO NEURO-VASCULAR:** as lesões neurológicas são complicações intraoperatórias podendo originar neuropatias. Os nervos referidos como os mais lesados são o femoral, obturador, ciático e glúteo inferior. Pode ainda surgir, apesar de menos comum, a neuropatia tardia, manifestando-se com edema ou tecido cicatricial (Blom, 2019).

**HIPOTENSÃO RELACIONADA COM O CIMENTO:** a fixação femoral cimentada para ATA primária ainda hoje está envolvida em discussão. Por um lado, os argumentos a favor são que a cimentação está associada a taxas de revisão mais baixas, menos fraturas peri protésicas, menor incidência de dor na coxa e sobrevida superior do implante a longo prazo nos idosos. Por

outro lado, os argumentos a favor da fixação femoral não cimentada, são que as hastes femorais não cimentadas requerem tempos operatórios mais curtos, oferecendo a possibilidade de fixação biológica a longo prazo (Heckmann, *et al.*, 2021).

Segundo Vaishya (2018), há ainda a questão da limpeza completa do osso, em que a expulsão da medula óssea se encontra associada à ocorrência de embolia pulmonar. A inserção prematura de cimento ósseo pode levar à queda da pressão arterial, podendo ser agravada se associada a uma hipovolémia. Essa queda na pressão arterial, pode levar a hipoxia, arritmias cardíacas, paragem cardíaca ou a uma isquemia do miocárdio, resultando na síndrome da implantação do cimento ósseo.

**INFEÇÃO:** a infecção é uma das complicações mais devastadoras da artroplastia da anca. Há que ter em conta que fatores como o tabagismo, o género masculino, a artrite reumatoide, o uso de glucocorticoides e cirurgia articular prévia, estão associados a um aumento risco de infecção, alavancando os custos pessoais e sociais. Os sinais clínicos de infecção são edema, rubor, dor, e calor, muitas vezes acompanhados por sinais sistémicos de infecção, como a contagem elevada de leucócitos e marcadores inflamatórios, como Proteína C-reativa. O tratamento passa por um desbridamento cirúrgico radical precoce, troca de componentes e antibioterapia adequada. Na maioria de casos, contudo, a infecção profunda geralmente requer uma cirurgia de revisão, sendo aconselhado dois procedimentos. Um primeiro, em que há a remoção de todo o tecido infetado e de todos os componentes. Posteriormente, durante aproximadamente 3 meses, procede-se à administração de antibióticos, ficando o doente sem articulação *in situ*, podendo, no entanto, ter um espaçador construído de materiais como cimento ósseo (polimetilmetacrilato) impregnado em antibióticos. Num segundo momento procede-se então à implementação das novas próteses (Blom, 2019).

**LUXAÇÃO:** a luxação é talvez a complicação mais comuns após ATA. Fatores como alcoolismo, fragilidade óssea e obesidade, além de fatores cirúrgicos como, mau posicionamento dos componentes, abordagem posterior ou e menor tamanho da cabeça protésica, estão associados a maiores taxas de deslocamento. Geralmente a redução fechada sob anestesia geral ou sedação, resolve a situação clínica, no entanto, pode ser necessária a redução aberta através de cirurgia (Blom, 2019).

**DISMETRIA:** Segundo Blom (2019), a discrepância do comprimento da perna é extremamente comum após ATA, sendo normalmente menor que 1 cm. No entanto a prevalência desta discrepância, relatada pelos utentes acaba por diminuir com o tempo, sugerindo a acomodação por parte dos utentes. Contudo, uma discrepância de comprimento superior a 1 cm torna-se incómoda, podendo originar dor e fadiga lombar.

## **ANESTESIA**

A escolha da anestesia para um determinado procedimento cirúrgico é feita pelo utente,

anestesista e cirurgião. Vários fatores influenciam esta escolha, nomeadamente: a vontade do anestesista e do utente, o estado fisiológico do paciente, a presença e a gravidade de patologias coexistentes, o estado mental e psicológico do doente, a recuperação pós-operatória, as opções para o tratamento da dor no pós-operatório, o tipo e a duração do procedimento cirúrgico, o posicionamento cirúrgico do utente durante a intervenção cirúrgica e ainda os requisitos particulares da equipa cirúrgica (DeLamar, 2007).

Existem várias técnicas anestésicas, desde a anestesia geral, loco regional, local, sedação ou sedo analgesia e o cuidado anestésico monitorizado. A anestesia geral proporciona ao doente um quadro de inconsciência reversível, caracterizado por amnésia (sono, hipnose), analgesia (isenção da dor), depressão dos reflexos, relaxamento muscular e homeostasia ou manipulação específica de funções e sistemas fisiológicos. Os utentes experimentam uma perda da consciência induzida por medicamentos durante a qual eles não são passíveis de despertar, ficando a capacidade de manter a função ventilatória prejudicada, exigindo assistência na manutenção de uma via aérea permeável. A anestesia regional é definida como uma perda sensorial reversível numa área específica do corpo quando um anestésico local é injetado para bloquear ou anestesiar as fibras nervosas no local cirúrgico ou ao seu redor. Esta anestesia regional, vai desde técnicas como os bloqueios subaracnoídeos, epidurais, caudais e os bloqueios dos principais nervos periféricos. Neste tipo de anestesia o doente pode permanecer consciente. A analgesia/sedação consciente é uma técnica anestésica cada vez mais usada nos procedimentos cirúrgicos, de diagnósticos e terapêuticos de curta duração, como cirurgia de ambulatório. Esta técnica, envolve a administração de fármacos como benzodiazepinas, indutores e/ou analgésicos, provocando uma depressão da consciência, durante a qual os pacientes respondem propositadamente aos comandos verbais, quer isoladamente, quer acompanhados por estimulação tátil leve. Deste modo, é frequente o seu uso como complemento da anestesia regional ou local, permitindo manter o doente cooperante ou profundamente sedado. O cuidado anestésico monitorizado é fornecido quando a infiltração do local cirúrgico com anestésico local é feita pelo cirurgião, sendo que o anestesista suplementa a anestesia local por meio de medicamentos IV, que proporcionam sedação e analgesia sistémica, sendo necessária a monitorização das funções vitais do paciente. Já a anestesia local, refere-se à administração de um agente anestésico numa parte do corpo através da infiltração local ou aplicação tópica (Delamar, 2007).

A sociedade ERAS, como referi anteriormente, nas cirurgias de ATA e como técnica anestésica, favorece o bloqueio do neuroeixo em relação à anestesia geral. Quanto ao uso de opioides no bloqueio subaracnoideu, apesar dos benefícios analgésicos que este proporciona, o grupo ERAS, considera que devido aos efeitos laterais como, depressão respiratória, náusea, vômitos, prurido e retenção urinária, não devem ser usados de forma rotineira. Do mesmo modo, considera que sedativos e ansiolíticos não devem ser administrados por rotina e só quando indicados, de modo a promover o conforto do paciente e/ou facilitar a conclusão da técnica anestésica como no

bloqueio subaracnoideu. Alerta ainda para o uso de sedativos de curta duração de forma a prevenir a sedação no pós-operatório (Wainwright et al, 2020).

### **Bloqueio subaracnoídeo**

O bloqueio subaracnoídeo é caracterizado pela injeção de um anestésico local, como a bupivacaína, no líquido cefalorraquidiano (LCR) num espaço virtual, contido entre a aracnoide e a pia-máter, denominado por espaço subaracnoide. Frequentemente adiciona-se o uso de opioides, como fentanil, morfina ou sufentanil, com o objetivo de proporcionar uma analgesia adicional. O utente pode ser posicionado em decúbito lateral ou na posição sentada. Geralmente, o anestésico local é misturado a uma solução de glicose para um total de 1 a 4 ml, de modo a compor uma solução hiperbárica (mais pesada que o LCR). Estas misturas hiperbáricas depositam-se de uma forma dependente da gravidade depois da injeção dentro do LCR e ao mudar a posição do utente, o bloqueio pode ser dirigido para cima, para baixo ou para o lado da medula espinal, sendo o sistema nervoso simpático geralmente bloqueado dois dermatómos acima e o sistema neuromuscular dois dermatómos abaixo em relação ao bloqueio sensorial. A baricidade desempenha assim, um papel importante na determinação da propagação do anestésico local no espaço espinal, uma vez que as soluções hipobáricas são menos densas que o LCR e tendem a subir contra a gravidade para a área não-dependente, optando-se por as realizar já com o doente posicionado para a intervenção cirúrgica. Já as soluções isobáricas são tão densas quanto o LCR sendo a sua distribuição minimamente afetada pela gravidade (DeLamar, 2007).

Segundo NYSORA, (2022), existem várias contraindicações absolutas para a sua realização, nomeadamente a recusa do paciente, a alergia a qualquer um dos fármacos, a infeção no local da punção, o aumento da pressão intracraniana e a hipovolémia grave não corrigida. Do mesmo modo, é essencial perceber a duração do tempo cirúrgico, não podendo o mesmo exceder a duração do bloqueio.

### **Fisiologia do BSA e complicações frequentes**

O BSA pode provocar diferentes respostas fisiológicas, originando diversas complicações, nomeadamente, náuseas, vômitos, uma anestesia espinal alta, hipotensão, tremores, prurido, cefaleias pós-punção da dura, problemas de posicionamento e finalmente a retenção urinária (NYSORA, 2022).

A hipotensão pode acontecer rapidamente. Ela é causada por vasodilatação, uma vez que são bloqueados os nervos simpáticos que controlam o tónus vasomotor, provocando uma diminuição do retorno venoso para o coração, uma diminuição do débito cardíaco e consequentemente, uma hipotensão, sendo estas alterações mais acentuadas em doentes idosos e hipovolémicos, podendo ser minimizadas com o preenchimento dos doentes, administrando vasopressores ou anticolinérgicos imediatamente antes do bloqueio (DeLamar,

2007).

A anestesia espinal total, ou um bloqueio inadvertidamente alto, pode provocar paralisia dos músculos respiratórios exigindo a intubação e ventilação imediata (DeLamar, 2007).

A cefaleia pós-punção da dura, constitui uma queixa pós-operatória frequente depois da anestesia espinal, acreditando-se que a cefaleia resulte do extravasamento do LCR através do orifício na dura-máter, ocorrendo tipicamente quando o paciente assume uma posição ereta (DeLamar, 2007).

Em relação aos problemas de posicionamento, estes assumem um especial cuidado pela parte da enfermagem, pois a dor e os estímulos sensoriais do paciente, encontram-se bloqueados em certas zonas do seu corpo. Deve-se por isso, ter cuidado no posicionamento do paciente no período do intra-operatório, de modo a evitar lesões neurológicas, queimaduras, perda da integridade cutânea ou outro traumatismo (DeLamar, 2007).

Ainda associada ao bloqueio subaracnoídeo pode surgir a retenção urinária no pós-operatório, podendo ocorrer devido a fatores relacionados com doente, como sexo masculino e disfunção urológica prévia, ou a fatores cirúrgicos como cirurgia prolongada e ainda fatores anestésicos, nomeadamente o uso de opioides (DeLamar, 2007).

### **3.2. Clientes**

**Cliente**

Adulto | Idade: 75 anos | Feminino

**3.3. Medicação**

<b>Início</b>	<b>Medicação</b>	<b>Fim</b>
2023-10-23 09:00:00	Solução Polielectrolítica 1000cc IV	
2023-10-23 09:15:00	Midazolam 15 mg/3 ml Sol inj Fr 3 ml IV 1 mg IV 09:15	
2023-10-23 09:15:00	Sufentanilo 0.005mg/ml Sol inj Fr 10 ml Epidural 09:15	
2023-10-23 09:15:00	Bupivacaina 50mg/10ml Sol inj Fr 10 ml Epidural 09:15	
2023-10-23 09:15:00	Cefazolina 1000mg Pó sol inj Fr IV 09:15	
2023-10-23 09:15:00	Dexametasona 4mg/ml Sol inj Fr 1ml IV 09:15	
2023-10-23 09:15:00	Cetorolac 30mg/1ml Sol INJ Fr 1ml IV	
2023-10-23 09:15:00	Ondasetron 8 mg/4 ml Sol inj Fr 4 ml IV 09:15	
2023-10-23 09:15:00	Efedrina 30 mg/ml Sol inj Fr 1 ml IV 10 mg IV às 9:15	

**3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita**

No período perioperatório é importante que o enfermeiro tenha o conhecimento científico e farmacológico necessário para que os fármacos sejam manuseados, administrados, vigiados e documentados de forma correta.

Os enfermeiros em contexto perioperatório deverão manter-se familiarizados com o uso seguro dos medicamentos, compreendendo os seus padrões de ação, precavendo complicações e promovendo a segurança do utente. É por isso importante que para além de ter o conhecimento acerca da pré-medicação, medicação anestésica e medicação emergente, seja capaz de realizar corretamente intervenções de monitorização e avaliação contínua, quer na preparação, quer na administração da medicação, da anestesia e finalmente da cirurgia (DeLamar, 2007).

Do mesmo modo, é preciso não descurar a preparação prévia e a correta verificação dos equipamentos necessários ao suporte anestésico, mais concretamente, o ventilador e seus acessórios, material de aspiração; material de entubação, ressuscitador manual, carro de medicação, realizando as respetivas listas de verificação segura (SPA, 2019).

Com um doente submetido a uma anestesia e sua medicação específica, os cuidados de enfermagem prendem-se com a monitorização contínua dos sinais vitais, a administração de

oxigênio, a avaliação da consciência. Também, o balanço hídrico, a monitorização do estado neurológico, a estabilidade hemodinâmica, o posicionamento cirúrgico e a observação das proeminências ósseas, vão exigir ao enfermeiro, um grande conhecimento científico (Falk *et al.*, 2023).

Os fármacos utilizados foram:

### **1ª Sessão - acolhimento no B.O. (pré-operatório):**

#### **Solução Polielectrolítica 1000cc IV:**

O jejum pré-operatório adequado aumenta a segurança no controlo da via aérea, reduzindo o risco de regurgitação e aspiração pulmonar de conteúdo gástrico. Contudo, o jejum prolongado pode ter efeitos adversos ao reduzir a sensibilidade insulínica, aumentando as complicações pré-operatórias. Recomenda-se portanto, para além do controlo glicémico, a administração de soluções salinas, proporcionando uma otimização do doente e a prevenção de futuras complicações (Garcez, *et al.*, 2019).

Como profissionais de saúde, sabemos que a dosagem e a velocidade de administração depende do peso, podendo a prescrição do débito, sempre que necessário, sofrer alterações durante o procedimento invasivo. É assim importante, monitorizar a permeabilidade do cateter, a sua integridade, para além da vigia da perfusão.

### **2ª Sessão - Intra-operatório:**

#### **Midazolam 15 mg/3 ml Sol inj Fr 3 ml IV 1 mg IV:**

O stress emocional, no período pré-operatório, deve-se à preocupação com os possíveis danos decorrentes da cirurgia, da dor pós-operatória, separação da família, dependência física e do medo da morte, que ativa o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal estimulando a libertação de cortisol. Esta ansiedade, pode influenciar a perceção da dor pós-operatória, necessitando de uma maior procura de analgésicos, e de ansiolíticos como o midazolam (Garcez, *et al.*, 2019).

DeLamar (2007) refere que as benzodiazepinas, como o midazolam, são fármacos utilizados para sedação, amnésia, ansiólise ou como auxiliares da anestesia geral na indução, sendo os seus efeitos de anticonvulsivantes, relaxantes musculares e sedativos hipnóticos, proporcionais à dose. Em relação ao sistema cardiovascular, pode provocar vasodilatação sistémica e diminuição do débito cardíaco, não sendo notória, no geral, alteração da frequência cardíaca. Quanto ao sistema respiratório, provoca pequenas diminuições da frequência respiratória e do volume corrente proporcionais à dose, com consequente depressão respiratória, necessitando da monitorização contínua.

#### **Cefazolina 1000mg Pó sol inj Fr IV 2000mg IV:**

O risco de infeção depende da magnitude da contaminação da ferida e da resistência do

hospedeiro. O antibiótico profilático é selecionado de acordo com espectro, farmacocinética, toxicidade, frequência de secreções adversas e possibilidade de atingir boas concentrações em dose única e custos baixos, sendo as mais utilizadas, as cefalosporinas e dependendo a sua eficácia do momento da administração e do tempo mantido. Deve-se, no entanto administrar 1 hora antes do evento cirúrgico, não se justificando mais de 24 a 48 horas (Maya, 2022). Ainda, segundo a autora, a comissão de infeções de cada hospital, através por exemplo da PPCIRA, deve formular protocolos e métodos próprios, ajustados aos recursos económicos e às características da população.

No caso específico relatado neste caso, foi usado a Cefazolina, protocolada na instituição, como profilaxia antibiótica cirúrgica nas cirurgias de ortopedia, sendo a sua administração efetuada nos 60 minutos que antecedem a cirurgia.

Esta ação deve estar totalmente realizada antes da incisão cirúrgica (DGS, 2015).

Segundo DeLamar (2007) estão relatadas, como reações adversas, vômitos, convulsões, cólicas, diarreia, náuseas, erupções cutâneas, prurido, urticária, flebite, dor e ainda reações anafiláticas.

#### **Sufentanilo 0.005mg/ml Sol inj Fr 10 mcg Epidural 09:15:**

A seleção de um opioide e a sua dosagem dependem de fatores específicos como o procedimento (grau de analgesia necessário, duração da cirurgia), o utente (idade, tolerância a opioides), a velocidade desejada de início e fim, e ainda a interação com outros analgésicos administrados (Khorsand, *et al.*, 2023).

Neste caso específico, a via administrada foi a via intratecal, sendo que, segundo Khorsand, *et al.*, (2023), melhora a qualidade do bloqueio e apresenta efeito analgésico no pós operatório, beneficiando ainda em não prolongar a duração do bloqueio, nem a depressão respiratória no pós operatório. Por outro lado, contribui para a retenção urinária causada por aumento do tónus do esfíncter vesical e da inibição do reflexo do miccional, podendo ainda provocar prurido.

Mais uma vez, com o conhecimento adquirido ao longo da prática clínica e baseado na evidência científica, é extremamente importante a monitorização contínua, a observação detalhada dos efeitos da medicação no utente, o registo e ainda a comunicação com o anestesista, como sendo ações imperativas pela equipa de enfermagem.

#### **Bupivacaina 50mg/10ml Sol inj Fr 10 ml Epidural 8mg 09:15:**

Este anestésico, segundo DeLamar (2007), possui uma ação longa como bloqueador da condução nervosa, podendo, no entanto, a sua super dosagem, causar colapso cardíaco. O bloqueio completo do nervos periféricos progride primeiramente, num bloqueio simpático com vasodilatação periférica e elevação da temperatura cutânea, seguido da perda de sensibilidade álgica e térmica, perda de sensibilidade tátil e à pressão e, finalmente, paralisia motora. É essencial, no uso e na administração deste fármaco, a monitorização com foco no sistema

cardiovascular uma vez que há repercussões ao nível da frequência cardíaca bem como da pressão arterial.

Como já referido anteriormente, segundo NYSORA (2022) as complicações mais frequentes do bloqueio subaracnoideo são as náuseas, os vômitos, hipotensão, tremores, prurido e retenção urinária.

No caso específico do doente, houve uma acentuada hipotensão no momento imediatamente a seguir ao bloqueio sub-aracnoídeo, agravada ainda por ser um doente já hipertenso de base. Por este motivo se administrou 10mg de efedrina, revertendo a hipotensão.

#### **Efedrina 30 mg/ml Sol inj Fr 1 ml IV 10 mg IV:**

Agonista adrenérgico dos receptores alfa e beta que causa libertação endógena de norepinefrina. Administração de efedrina 5 a 10 mg IV em bolus aumenta a pressão arterial e a frequência cardíaca (FC), podendo as doses serem repetidas se necessário (Khorsand, *et al.*, 2023).

#### **Ondansetrom 8 mg/4 ml Sol inj Fr 4 ml IV 4 mg IV:**

No período pós-operatório, as náuseas e vômitos complicam a recuperação da anestesia. Frequentemente os pacientes classificam as náuseas e vômitos no pós-op. (NVPO) como pior do que a dor pós-operatória, podendo requerer hospitalização imprevista e retardar a alta da sala de recuperação. Além disso, os vômitos podem resultar numa deiscência da ferida, rutura esofágica, aspiração, desidratação, aumento da pressão intracraniana e pneumotórax. O termo NVPO é normalmente usado para descrever náusea e/ou vômito na unidade de recuperação pós-anestésica (UCPA) ou nas 24 horas de pós-operatório imediato, sendo indicado a administração de Ondansetron - 4 mg IV no fim da cirurgia (Feinleib, *et al.*, 2023).

#### **Dexametasona 4 mg/ml Sol inj Fr 1 ml, 4 mg IV:**

A dexametasona é um corticosteroide com efeitos anti-emético, anti-inflamatório e analgésico. É normalmente utilizada no controle de náuseas e vômitos, estando indicada para efeitos anti-eméticos na dose, 4 a 8 mg IV depois da indução (Bernardo & Aires, 2013).

#### **Cetorolac 30mg/1ml Sol INJ Fr 1ml IV 30 mg:**

Relembrando uma das indicações do grupo ERAS, a combinação de analgésicos de diferentes classes e com diferentes modos de ação no pós-operatório mostrou uma melhoria significativa no controlo da dor, nomeadamente associando paracetamol e AINES, reservando o uso de opióides ao mínimo.

O cetorolac é um anti-inflamatório não esteroide (AINE), usado para dor moderada, e associado na dor intensa (DeLamar, 2007), podendo assim, ser evitado, o uso excessivo de opioides.

### 3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

#### Atitudes terapêuticas

23-10-2023 09:00

#### **23-10-2023 09:00 - Procedimento invasivo [RESOLVIDO] 23-10-2023 10:15**

23-10-2023 09:00 - Tipo de procedimento invasivo: Artroplastia Total da Anca direita.

23-10-2023 09:15 - Tipo de procedimento invasivo: artroplastia total da anca direita.

23-10-2023 09:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

23-10-2023 09:15 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

23-10-2023 09:15 - Localização do Pulso

23-10-2023 09:15 - Tórax

23-10-2023 09:15 - Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

23-10-2023 09:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

23-10-2023 09:15 - Membro superior Direita(o)

23-10-2023 09:15 - Pressão sanguínea sistólica: 83 mmHg.

23-10-2023 09:15 - Pressão sanguínea diastólica: 48 mmHg.

23-10-2023 09:15 - Temperatura corporal periférica

23-10-2023 09:15 - Região temporal: 36.00 °C.

#### **23-10-2023 09:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo [FIM] 23-10-2023 10:15**

23-10-2023 09:15 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [Turno da manhã] [FIM] 23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:15 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Manha 23/10] [FIM] 23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:15 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Turno da manhã] [FIM] 23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:15 - Posicionar para procedimento invasivo utilizando dispositivos de posicionamento [Turno da manhã] [FIM] 23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:15 - Aplicar dispositivos de prevenção de queda do doente no posicionamento [Turno da manhã] [FIM] 23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:15 - Realizar instrumentação cirúrgica [Turno da manhã] [FIM] 23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:15 - Preparar a pele para o procedimento cirúrgico [Turno da manhã] [FIM] 23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:15 - Preparar o local de colocação da placa neutra do bisturi elétrico [Turno da manhã] [FIM] 23-10-2023 10:15

#### **23-10-2023 09:00 - Regime de nada pela boca [RESOLVIDO] 23-10-2023 09:15**

#### **23-10-2023 09:00 - Anestesia Combinada - Bloqueio sub-aracnoideo e sedação**

[RESOLVIDO] 23-10-2023 09:15

23-10-2023 09:00 - Cliente não verbaliza conhecimento sobre o circuito perioperatório

23-10-2023 09:00 - *Ensinar sobre circuito perioperatório [FIM] 23-10-2023 09:15*

23-10-2023 09:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre circuito perioperatório [FIM] 23-10-2023 09:15*

23-10-2023 09:15

**23-10-2023 09:15 - Oxigenoterapia** [RESOLVIDO] 23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:15 - FiO<sub>2</sub>: 30 %.

23-10-2023 09:15 - Débito de oxigênio: 3.00 L/min.

23-10-2023 09:15 - Cateter binasal

**23-10-2023 09:15 - Assegurar oxigenoterapia** [FIM] 23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:15 - *Manter oxigenoterapia [Turno da manhã] [FIM] 23-10-2023 10:15*

23-10-2023 09:15 - *Avaliar evolução da saturação de oxigênio no sangue [Turno da manhã] [FIM] 23-10-2023 10:15*

**23-10-2023 09:15 - Anestesia combinada - Bloqueio sub-aracnoideo com sedação**

[RESOLVIDO] 23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:15 - *Avaliar a evolução da ventilação [Turno da manhã] [FIM]*

23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:15 - *Avaliar evolução da consciência [Turno da manhã] [FIM]*

23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:15 - *Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Turno da manhã] [FIM]*

23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:15 - *Avaliar evolução do bloqueio motor dos membros inferiores [Turno da manhã] [FIM] 23-10-2023 10:15*

23-10-2023 09:15 - *Posicionar para prevenir úlcera de pressão [Turno da manhã] [FIM]*

23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:15 - *Aplicar dispositivos de alívio de pressão no posicionamento [Turno da manhã] [FIM] 23-10-2023 10:15*

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

23-10-2023 09:00

**23-10-2023 09:00 - Cateter venoso periférico** [RESOLVIDO] 23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:00 - Localização do cateter venoso periférico

23-10-2023 09:00 - Mão Esquerda(o)

23-10-2023 09:00 - Características do dispositivo: 16 G.

23-10-2023 09:00 - Ausência de dor.

23-10-2023 09:00 - Ausência de calor.

23-10-2023 09:00 - Ausência de rubor.

23-10-2023 09:00 - Ausência de tumefação.

23-10-2023 09:00 - Ausência de exsudado.

23-10-2023 09:00 - Ausência de infiltração.

23-10-2023 10:15 - Localização do cateter venoso periférico

23-10-2023 10:15 - Mão Direita(o)

23-10-2023 10:15 - Ausência de dor.

23-10-2023 10:15 - Ausência de calor.  
23-10-2023 10:15 - Ausência de rubor.  
23-10-2023 10:15 - Ausência de tumefação.  
23-10-2023 10:15 - Ausência de exsudado.  
23-10-2023 10:15 - Ausência de infiltração.

23-10-2023 09:15 - Localização do cateter venoso periférico

23-10-2023 09:15 - Mão Direita(o)

23-10-2023 09:15 - Características do dispositivo: 16 G.

23-10-2023 09:15 - Ausência de dor.

23-10-2023 09:15 - Ausência de calor.

23-10-2023 09:15 - Ausência de rubor.

23-10-2023 09:15 - Ausência de tumefação.

23-10-2023 09:15 - Ausência de exsudado.

23-10-2023 09:15 - Ausência de infiltração.

**23-10-2023 09:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter [FIM]**

23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Manha 23/10] [FIM] 23-10-2023 10:15

23-10-2023 10:15 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.

23-10-2023 10:15 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 550 ml.

**23-10-2023 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 23-10-2023 10:15**

23-10-2023 09:00 - Otimizar cateter venoso periférico [Turno da manhã] [FIM]

23-10-2023 10:15

**23-10-2023 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico [FIM] 23-10-2023 10:15**

23-10-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Manha 23/10] [FIM] 23-10-2023 10:15

**23-10-2023 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico [FIM] 23-10-2023 10:15**

23-10-2023 09:15 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [FIM] 23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:15

**23-10-2023 09:15 - Sonda de oxigênio [RESOLVIDO] 23-10-2023 10:15**

23-10-2023 09:15 - Características do dispositivo: cateter bi-nasal.

23-10-2023 10:15 - Características do dispositivo: cateter bi-nasal.

**23-10-2023 09:15 - Assegurar funcionamento da sonda [FIM] 23-10-2023 10:15**

23-10-2023 09:15 - Otimizar sonda de oxigênio [Turno da manhã] [FIM]

23-10-2023 10:15

**23-10-2023 09:15 - Cateter urinário**

23-10-2023 09:15 - Quantidade de urina: 100 ml.

23-10-2023 10:15 - Quantidade de urina: 200 ml.

23-10-2023 09:15 - Cor da urina: alaranjada.

23-10-2023 10:15 - Cor da urina: alaranjada.

23-10-2023 09:15 - Transparência da urina: Límpida.

23-10-2023 10:15 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

23-10-2023 09:15 - Características do dispositivo: Foley 2 vias 16 G.

23-10-2023 10:15 - Características do dispositivo: Foley 2 vias 16 G.

**23-10-2023 09:15 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário**

*23-10-2023 09:15 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário [Turno da manhã]*

**23-10-2023 09:15 - Assegurar funcionamento do cateter**

*23-10-2023 09:15 - Otimizar cateter urinário [Turno da manhã]*

**23-10-2023 09:15 - Determinar sinais de infecção do sistema urinário**

*23-10-2023 09:15 - Avaliar evolução de sinais de infecção do sistema urinário [Turno da manhã]*

**23-10-2023 09:15 - Prevenir complicações relacionadas com cateter urinário**

23-10-2023 10:15

**23-10-2023 10:15 - Dreno**

23-10-2023 10:15 - Localização do dreno

23-10-2023 10:15 - Coxa Direita(o)

23-10-2023 10:15 - Tipo de dreno: fechado de sucção.

23-10-2023 10:15 - Substância drenada: hemática.

23-10-2023 10:15 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 30 ml.

23-10-2023 10:15 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

23-10-2023 10:15 - Características do dispositivo: Red-y-vac 12.

**23-10-2023 10:15 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno**

*23-10-2023 10:15 - Avaliar evolução da drenagem [Turno da manhã]*

**23-10-2023 10:15 - Assegurar funcionamento do dreno**

*23-10-2023 10:15 - Otimizar dreno [Turno da manhã]*

**23-10-2023 10:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o dreno**

*23-10-2023 10:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do dreno [Turno da manhã]*

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

O BO é um ambiente único, complexo e desafiador, caracterizando-se por ser uma unidade funcional com características e especificidades muito próprias e que, fruto das exigências da medicina atual, encontra-se em constante evolução técnica implicando um investimento proporcional na formação dos recursos humanos que dele fazem parte (Gomes, 2012 cit. por Silva, 2019).

O conteúdo funcional dos profissionais de saúde que nele exercem passa pela execução de

procedimentos e técnicas anestésico-cirúrgicas que obrigam o enfermeiro perioperatório a ser altamente qualificado e a estar bem preparado de modo a responder com eficiência às exigências que estes atos requerem. A par de tudo isto, há um comprometimento da equipa multidisciplinar para que seja assegurado a humanização dos cuidados e a segurança das pessoas que são, sem margem de dúvidas, o centro das prioridades e o principal foco de atenção da enfermagem perioperatória (Silva, 2019).

### **Fase pré-operatória (1ª sessão)**

"A prática de enfermagem perioperatória representa o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro perioperatório, através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e segurança e ainda os avalia apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado" (AESOP, 2006, p.7). Centra-se assim, no doente que vai ser submetido a procedimento cirúrgico/anestésico, procurando dar resposta às necessidades do doente nas três fases do perioperatório - pré, intra e pós-operatória (AESOP, 2006).

A fase do pré-operatório inicia-se quando o doente e o médico se decidem pela cirurgia, culminando quando o mesmo é transferido para a mesa operatória. Neste período há lugar para a preparação física e psicológica da pessoa, para o procedimento cirúrgico, culminando as intervenções de enfermagem em intervenções de suporte, ensino e preparação à pessoa que será submetida aos procedimentos anestésico e cirúrgicos em questão (Duarte & Martins, 2014 cit. por Silva, 2019).

### **Atitudes terapêuticas:**

O domínio "atitudes terapêuticas" encontra-se aberto nesta primeira sessão, uma vez que o mesmo engloba o procedimento invasivo, razão pela qual a doente se encontra neste momento no Bloco Operatório. O procedimento invasivo surge, associado à cirurgia e a todas as implicações que daí decorrem para a pessoa e família. Quando uma pessoa recebe a notícia de que terá que se submeter a um procedimento cirúrgico, automaticamente ficará focalizado nas implicações deste evento na sua vida. A pessoa/família terá necessidade de se adaptar a esse contexto de forma adequada, havendo deste modo, a oportunidade por parte do enfermeiro do contexto perioperatório, de fornecer os conhecimentos perioperatórios necessários ao utente.

O período pré-operatório define-se como o tempo oportuno para avaliar as condições psicossociais e as necessidades educacionais do cliente. A consciência do estado emocional e psicológico é tão relevante quanto a condição física do cliente. O enfermeiro em contexto perioperatório deve valorizar o momento da entrevista pré-operatória, explicando os eventos a seguir. Muitas vezes as preocupações do cliente estão focalizadas nos familiares e entes queridos que deixaram e não na cirurgia iminente. O enfermeiro assume um papel importante

nesta fase, desenvolve uma série de ações, entre as quais a preparação física e emocional para a cirurgia (Rothrock, 2008, como citado Silva, 2016).

Para além desta importante informação e ensino, que o enfermeiro fornece, deve simultaneamente assegurar-se da verificação da garantia da segurança do doente.

A nível mundial e apesar do aumento de conhecimentos relacionados com a segurança do doente, as complicações cirúrgicas evitáveis são responsáveis por um elevado número de lesões e mortes. Mais concretamente são estimados 3 a 16% de eventos adversos em todos os doentes internados, metade dos quais ocorre durante o ato cirúrgico e são considerados evitáveis. "Assumindo uma taxa de 3% de eventos adversos perioperatórios e uma taxa de 0,5% de mortalidade global, quase 7 milhões de doentes cirúrgicos terão complicações significativas em cada ano, 1 milhão dos quais morrerá durante ou imediatamente após a cirurgia" (WHO, 2010, p. 3-4, como citado por Silva, 2019). Deste modo, cabe a toda a equipa multidisciplinar, onde se inclui o enfermeiro perioperatório, com um papel fundamental, o garantir da correta verificação dos antecedentes clínicos, alergias, do consentimento informado devidamente assinado, da medicação pré-operatória se necessária (medicação domiciliária e/ou medicação anti trombótica), da remoção próteses e adornos, da correta identificação do doente e da respetiva cirurgia, do jejum, assim como da preparação pré-operatória completa, cumprindo assim, os objetivos elencados no programa da OMS, "Cirurgia Segura Salva Vidas", que Portugal aderiu em fevereiro de 2013.

No período pré-operatório podemos então identificar dois momentos fundamentais dos cuidados perioperatórios, a consulta ou visita pré-operatória, e o acolhimento do cliente no Bloco operatório.

A visita ou consulta pré-operatória, é uma das atividades autónomas do enfermeiro em contexto perioperatório, representando o início do processo de cuidados de enfermagem perioperatória. Os objetivos da visita pré-operatória passam por avaliar as dimensões do ser humano respeitando a sua individualidade e protegendo os seus direitos, onde se inclui a avaliação física e as ações de educação que permitam reduzir a angústia e ansiedade relacionada com a intervenção cirúrgica. É o momento ideal para familiarizar o cliente com o enfermeiro e com o ambiente do bloco operatório, obtendo informações importantes que permitam o conhecimento da história clínica, o estabelecer de corretos diagnósticos de enfermagem e a elaboração de um plano de cuidados individualizado. Permitindo, por outro lado, a operacionalização do processo de enfermagem e a continuidade dos cuidados, promovendo o melhor acolhimento no bloco operatório (Maya, 2022).

Além disso, é nestas consultas ou visitas pré-operatórias que se proporciona o treino de habilidades do ensino. Esta prática orientada por medidas específicas, como o treinar torna o pós-operatório mais simples, acelera a recuperação e ajuda a prevenir complicações. O cuidado

emocional inclui a presença física que implica ouvir e explicar; contato físico que expressa sentimentos de compreensão, interesse, confiança e significado de presença ativa; contato visual durante a comunicação verbal ou não verbal; fornecer orientações para promover o autocuidado; auxiliar com presença física e atitude empática em situações de vulnerabilidade explícita ou implícita, tanto do utente quanto do familiar; fornecer intervenções para potencializar o controle dos processos de pensamento para que crenças negativas sejam substituídas por atitudes positivas; capacidade de compreender e responder afetiva e adequadamente às necessidades físicas, emocionais e espirituais do doente, expressas verbalmente e não verbalmente; manter distância adequada e proporcionar confiança e intimidade para os doentes se expressarem; fornecer informações adequadas e individualizadas de acordo com a situação do doente e família. Os utentes devem demonstrar que compreendem a experiência cirúrgica e devem receber educação pré-operatória e pós-operatória; saber o horário da cirurgia; conhecer a unidade pós-operatória e a localização da família durante a intervenção cirúrgica e após a recuperação; conhecer os acompanhamentos e tratamentos previstos no pós-operatório; conhecer a retoma das suas atividades e as medidas para alívio da dor, bem como permitir expressar seus sentimentos em relação à cirurgia (Maya, 2022).

O acolhimento no bloco operatório decorre assim momentos antes da cirurgia, onde o utente é recebido, pelo enfermeiro à entrada do bloco operatório. É feita uma apresentação e o preenchimento de uma lista de verificação e de validação da conformidade da preparação pré-operatória, conforme norma da Organização Mundial de Saúde. Este momento do pré-operatório, é um momento nobre entre o enfermeiro e o doente, que permite diminuir a ansiedade, os medos e as incertezas, relativamente ao espaço físico e à cirurgia. Uma vez que, na instituição onde me encontro a realizar a componente prática, não se realizam as consultas/visitas pré-operatórias, a mesma não irá ser retratada no caso clínico.

### **Sondas Drenos e Cateteres**

A terapia intravenosa é habitualmente utilizada em hospitais, por meio da inserção de cateteres intravenosos periféricos, estimando-se o seu uso entre 80,6% e 86,4%. A maioria dos cateteres, são removidos devido a complicações, fim de tratamento ou à ausência do seu uso. Apesar desse uso prolongado, o uso de cateteres venosos periféricos pode levar a complicações como flebite, obstrução, infiltração, extravasamento e remoção acidental, resultando no aumento de custos de hospitalização e tratamento, além de desconforto para o paciente (Johann *et al*, 2016).

Segundo Johann *et al*. (2016) ao comparar os cateteres que desenvolveram flebite com os cateteres que desenvolveram outras complicações, a permanência do cateter por mais de 72 horas mostrou-se como um fator de aumento do risco, recomendando que a equipa adquira treino específico para inserção, manutenção e remoção de cateteres, de modo a obter sucesso na primeira tentativa e minimizando os fatores de risco e as complicações associadas. Os

autores, referem ainda que se deve puncionar preferencialmente com cateteres calibre 20G na região do antebraço, realizar monitorização cuidadosa aos acessos venosos no qual são administrados antibióticos, soluções salinas, corticosteroides, e por fim registrar adequadamente as complicações do cateterismo venoso periférico de forma clara, objetiva e completa.

A equipa de enfermagem deve compreender os fatores de risco no desenvolvimento de complicações, de modo a minimizar o risco da terapia intravenosa periférica.

## **2ª Sessão:**

### **Intra-operatório:**

A fase intraoperatória tem início com o fim da fase anterior, submetendo-se ao procedimento anestésico/cirúrgico, terminando quando o doente é transferido para a unidade de cuidados pós anestésicos. As áreas de intervenção do foro da enfermagem contemplam a segurança do doente, a facilitação do procedimento, a prevenção de infeções e complicações, e a satisfação das necessidades fisiológicas e emergentes, em resposta à anestesia e à intervenção cirúrgica (Silva, 2019).

Os cuidados de enfermagem perioperatória decorrem do planeamento de intervenções que visam a eficácia do procedimento cirúrgico, com garantia de conforto e segurança para o cliente. Deste modo, alguns aspetos são considerados pelo enfermeiro no seu desempenho na sala cirúrgica, tais como a monitorização de sinais vitais, posicionamento, vigilância do equilíbrio hidro eletrolítico, prevenção de hipotermia, prevenção de infeção, entre outros.

Neste sentido, Viegas, Névoa (2014), citados por Silva, (2016), operacionalizam o papel do enfermeiro nesta fase, referindo que este preenche a *check-list* nas diversas fases cirúrgicas, transfere o cliente para a marquesa e posiciona, atendendo ao conforto e prevenção de lesão. Controla igualmente, a temperatura e o aquecimento, controla o ruído e a exposição corporal, zela pelo cliente, atendendo à sua dignidade, conforto, manutenção de segurança e prevenção da infeção, tendo assim, funções e preocupações específicas e trabalhando em parceria, na identificação e minimização de fatores de risco para otimizar o resultado cirúrgico.

Nessa fase, há uma comoção perturbadora que gera ansiedade nos utentes ao consultarem os médicos na cirurgia, como é o caso ao observarem os instrumentos com os quais serão operados ou alguma compressa cirúrgica ou gaze ensanguentada. Essa ansiedade pode determinar a necessidade de mais anestesia e, portanto, o aumento de riscos. Os utentes acordados durante o procedimento cirúrgico ouvem tudo na sala cirúrgica, como as conversas da equipa e os ruídos relacionados ao procedimento, onde um alto nível de ruído na sala cirúrgica pode levar a distúrbios do sono pós-operatório. A experiência de ansiedade durante todo o processo pode provocar aumento da dor pós-operatória, náuseas e vômitos, bem como atraso na recuperação pós-operatória e hospitalização. A dor pós-operatória aumenta porque a

ansiedade cria tolerância e limiar de dor diminuídos, o que – por sua vez – prolonga a recuperação pós-operatória do utente no hospital (Maya, 2022).

A equipa multidisciplinar, trabalha simultaneamente na preparação do doente para o ato cirúrgico, identificando novamente o utente, confirmando a cirurgia, o procedimento, o local da intervenção e o posicionamento na mesa cirúrgica, monitorizando-o constantemente, com registo eletrocardiográfico da frequência cardíaca, pressão arterial não invasiva, oximetria de pulso, capnografia contínua se doente ventilado, assumindo sempre que nenhum aparelho de monitorização substitui o julgamento clínico. Também a preservação da normotermia, cuidados para evitar trombose venosa profunda, bem como a correta desinfeção entre muitos outros, que representam a exposição e manipulação do corpo do utente são da responsabilidade não só da equipa médica, mas também do enfermeiro perioperatório (Maya, 2022).

Antes de iniciar qualquer procedimento cirúrgico, deve-se garantir que todo o material e equipamentos anestésicos e cirúrgicos estejam disponíveis para o evento cirúrgico. É essencial que dentro do contexto cirúrgico, o cuidado seja oferecido com alta tecnologia, sendo para isso fundamental ter bom conhecimento sobre dispositivos médicos e sobre as condições ideais da sala cirúrgica, nomeadamente um sistema de ventilação e iluminação ideais na sala cirúrgica durante todo o procedimento, assim como a ausência de ruído. O objetivo do sistema de ventilação é manter a temperatura de 18 a 25 °C com uma humidade > 50%, e realizar 25 renovações de ar por hora, de modo a reduzir o conteúdo microbiano do ar e ao mesmo tempo diluir os gases anestésicos (Maya, 2022).

### 3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
23-10-2023 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
23-10-2023 09:00	Metabolismo	
23-10-2023 09:00	Termorregulação	
23-10-2023 09:00	Emoção	23-10-2023 10:15
23-10-2023 09:00	Atitudes terapêuticas	23-10-2023 10:15
23-10-2023 09:15	Consciência	
23-10-2023 09:15	Sistema respiratório	
23-10-2023 09:15	Sistema cardiovascular	
23-10-2023 09:15	Eliminação urinária	
23-10-2023 09:15	Pele e mucosas	
23-10-2023 09:15	Digestão	
23-10-2023 10:15	Sensações somáticas	

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

#### **Atitudes Terapêuticas:**

#### **Anestesia combinada - loco-regional (bloqueio subaracnoídeo) e sedação:**

Para a realização do procedimento cirúrgico, os utentes devem ser submetidos a algum tipo de anestesia: geral, local ou regional. Neste caso, a anestesia escolhida foi loco-regional (bloqueio subaracnoídeo) com sedação. Como vimos anteriormente, a anestesia loco-regional (bloqueio subaracnoídeo e bloqueio de nervos periféricos), é a anestesia preferencial para doentes em situação de ATA.

"Devido às rápidas mudanças no estado do paciente durante a anestesia, pessoal de anestesia qualificado deve estar continuamente presente para monitorizar o paciente e fornecer cuidados anestésicos" (ASA, 2020).

O enfermeiro deve assim estar comprometido com a identificação das alterações anatómicas e fisiológicas associadas à anestesia e cirurgia, garantindo ainda a funcionalidade e acessibilidade de todos os equipamentos necessários para o seguro e correto posicionamento cirúrgico. Segundo, Vieira (2016), o doente cirúrgico submetido ao bloqueio subaracnoídeo, fica suscetível a desenvolver lesões derivadas do posicionamento, por questões não só relacionadas com a perda de sensibilidade e consequentes alterações hemodinâmicas, mas também com a própria posição cirúrgica e o tempo de duração da mesma, a idade do doente, e até as superfícies de apoio.

No caso em análise, o doente foi ainda submetido a uma sedação. De acordo com o American College of Emergency Physicians (ACEP) citado por Benzoni & Cascella (2023) a sedação "é uma técnica de administração de sedativos ou agentes dissociativos com ou sem analgésicos, para induzir um estado que permita ao utente tolerar procedimentos desagradáveis, mantendo a função cardiorrespiratória, com o objetivo de provocar um nível de consciência deprimido que permita ao utente manter a oxigenação e o controle das vias aéreas de forma independente."

Segundo, Benzoni & Cascella (2023), diferentes métodos de avaliação do grau de sedação têm sido desenvolvidos, tanto na sala cirúrgica como em ambientes externos à sala de cirurgia, sendo a escala de Ramsay, uma das técnicas mais usadas. Ainda referindo os mesmos autores, a profundidade da sedação tem quatro níveis, de diferente profundidade, mínimo, moderado, profundo e dissociativo, podendo o utente cair num estado mais profundo do que o inicialmente previsto. A sedação pode então ser utilizada como complemento da anestesia local ou loco-regional, de modo a diminuir a perceção do doente. Esta técnica é utilizada durante o período intraoperatório, sendo necessário uma constante monitorização não só do estado de consciência, mas também do sistema respiratório, pois o limiar de uma sedação superficial para

uma profunda, é muito ténue.

É assim evidente, que no período pós-operatório, haja a necessidade de avaliar a evolução do utente, de forma a garantir o retorno ao seu estado basal de consciência, estando sempre garantida a administração de oxigénio. Igualmente, não é possível descurar a avaliação da integridade dos tecidos, sendo mandatário que as áreas de maior pressão - orelha, acrómio, crista ilíaca, maléolo, trocânter e joelho - no caso da ATA, estejam protegidas enquanto é mantido o alinhamento corporal. Deste modo, é facilmente compreensível que o posicionamento cirúrgico seja uma preocupação do enfermeiro em contexto perioperatório, (Silva, 2016).

### **Posicionamento cirúrgico:**

O objetivo é obter ótima exposição da região a ser operada, acesso a cateteres venosos e à monitorização. Deve-se atender ao conforto e segurança do utente, bem como às estruturas circulatórias, respiratórias, musculoesqueléticas e neurológicas. É essencial que seja um momento de muita atenção, contudo, é frequentemente realizado de forma rotineira e muitas vezes subestimado. O corpo em determinada posição exerce pressão externa sobre o tecido do utente que, em pressões capilares  $> 32$  mm Hg, causa oclusão do fluxo sanguíneo inibindo a perfusão tecidual, produzindo isquemia tecidual. Reconhece-se que 23% das lesões por pressão intraoperatórias são adquiridos em procedimentos com duração superior a três horas. Além disso, utentes sob anestesia local ou loco-regional podem não sentir dor ou não conseguir comunicar onde está a dor, dependendo da enfermagem e dos membros da equipa cirúrgica para defendê-los. Muitas vezes, numa determinada posição, não é permitida uma distribuição uniforme do peso corporal, o que leva ao risco de lesão tecidual. As áreas da pele sobre proeminências ósseas são particularmente vulneráveis às lesões por pressão, sobretudo em indivíduos com baixo peso, por isso mesmo, é necessário identificar os riscos e iniciar a sua prevenção, evitando complicações de maior. O procedimento e o estado do utente determinam o equipamento a ser utilizado. A equipa deve assim verificar se a mesa cirúrgica possui todos os seus acessórios e se realiza todos movimentos necessários à cirurgia. Após a identificação dos riscos potenciais ao utente e da avaliação das suas necessidades e características, o mesmo é então colocado na posição ideal para o procedimento cirúrgico (Maya, 2022).

### **Pele e Mucosas:**

Como referi no tópico anterior, o correto posicionamento é essencial para evitar lesões por pressão durante o intra-operatório.

Segundo, Maya (2022), os utentes cirúrgicos ficam vulneráveis a múltiplos fatores de risco, sejam eles intrínsecos:

- como a capacidade da pele contra pressões e forças cortantes e de cisalhamento, ajustadas à idade avançada, medicamentos, comorbidades, como doenças oncológicas, doenças vasculares ou cardiovasculares e diabetes mellitus, baixo índice de massa corporal, pressão arterial

sistêmica baixa, níveis baixos de hemoglobina e hematócrito, mau estado nutricional com baixos níveis de albumina e diminuição da pressão arterial;

ou extrínsecos ao utente:

- as condições dos procedimentos realizados para solucionar um quadro por meio de uma intervenção cirúrgica dependem de fatores físicos e ambientais e incluem cisalhamento, fricção, humidade, posição e duração da cirurgia. Muitas vezes, essas lesões não estão presentes no pós-operatório imediato e pode levar até cinco dias a se tornarem visíveis. Os materiais à base de espuma, especificamente a espuma selada, redistribuem de forma mais eficaz a pressão da interface corporal nas mesas cirúrgicas.

As novas diretrizes da AORN, de 2017, para o posicionamento do utente, referem que, curativos profiláticos podem ser aplicados nas proeminências ósseas (por exemplo, calcânhares, sacro) ou outras áreas sujeitas a pressão e fricção, sugerindo ainda o uso da monitorização neurofisiológica no intraoperatório com o objetivo de identificar possíveis lesões de posicionamento.

A preparação da pele para o ato cirúrgico é de extrema importância, sempre com o objetivo de evitar as infeções do local da cirurgia.

De modo a suprimir a flora transitória e inibir a flora residente, é realizado o banho e assepsia da área cirúrgica. O banho pré-cirúrgico é feito com sabonete antisséptico, com foco nas áreas contaminadas, como umbigo, períneo, pregas inguinais e axilas, no dia anterior ou no dia da intervenção (Maya, 2022).

Também é importante a tricotomia da área a operar. A tendência atual consiste em fazer uma tricotomia evitando lacerações por serem focos infecciosos. Deve ser feita com barbeador elétrico e cabeças descartáveis, ou com creme depilatório, imediatamente antes da cirurgia, idealmente até 2 horas antes (Maya, 2022).

Na instituição em questão, é realizada neste momento da sessão do intra-operatório, imediatamente antes da lavagem pré-cirúrgica.

Antes de iniciar a antissepsia, ocorre lavagem cirúrgica das mãos por 2 a 5 minutos, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde. Ao mesmo tempo, a pele é examinada para identificar a presença de matéria orgânica ou sujidade. A eficácia dos antissépticos depende da pele estar limpa, livre de materiais orgânicos e resíduos. Diferentes produtos antissépticos têm sido utilizados, estes não devem ser irritantes, mas de amplo espectro, ação rápida e efeito residual. Cada instituição cria suas próprias políticas para os antissépticos, suas concentrações e áreas onde são utilizados. Do mesmo modo é importante que ao finalizar a antissepsia, os lençóis e equipamentos para posicionamento do utente estejam protegidos dos sabonetes antissépticos utilizados, devendo a região estar seca e os elétrodos ou placas neutras de

corrente elétrica, não devem ter contato direto com antissépticos para evitar reações ou eventos adversos no utente. O tempo de aplicação do antisséptico depende do fabricante, variando entre 30 a 120 segundos, devendo a desinfecção começar, do local da incisão em direção à periferia de forma circular com círculos cada vez maiores (Maya, 2022).

Também o tratamento da ferida cirúrgica, elencado na 3ª sessão, é um cuidado de enfermagem que releva para a prevenção da ILC, como é referido na norma da DGS (020/2015).

Segundo Maya (2022), a infeção do local cirúrgico (ILC), gera grande consternação para utentes e familiares e representa um alto custo para os sistemas de saúde. Assim, a sua prevenção deve ser uma prioridade para todos. Os fatores de risco que podem causá-la estão relacionados com internamento hospitalar prolongado antes ou após a cirurgia, prescrição infundada de antibióticos, limpeza antisséptica deficiente da pele do utente antes da cirurgia e outros descuidos, como falta de higienização das mãos dos profissionais.

### **Sistema Respiratório:**

Devido às rápidas mudanças no estado do utente durante a anestesia, é importante uma monitorização constante do doente, fornecendo os melhores cuidados anestésicos, avaliando continuamente a oxigenação, a ventilação, a circulação e a temperatura corporal (ASA, 2020). Relativamente ao domínio do sistema respiratório e mais em concreto o foco de atenção, ventilação e oxigenoterapia, este deve ser identificado pelo enfermeiro como uma prioridade nos cuidados de vigilância e despiste de eventuais complicações.

As possíveis complicações da cirurgia, diretas ou indiretas, como o posicionamento do cirúrgico ou os efeitos secundários dos fármacos, afetam de forma importante a ventilação agravando a relação ventilação/perfusão, exigindo ao enfermeiro, um conjunto de intervenções de vigilância e avaliação contínua.

### **Oxigenação:**

Deve ser garantida a concentração adequada de oxigénio no gás inspirado e no sangue durante o procedimento anestésico e cirúrgico, sendo necessária a monitorização da concentração de oxigénio no sistema respiratório do utente, através da oximetria de pulso (ASA, 2020).

No caso específico do cliente foi colocado um cateter nasal com O<sub>2</sub> a 3L, de forma a garantir uma boa oxigenação e consequente perfusão.

### **Ventilação:**

Durante a anestesia regional (sem sedação) ou anestesia local (sem sedação), a ventilação deve ser avaliada pela observação contínua dos sinais clínicos qualitativos. Durante a sedação moderada ou profunda, a ventilação deve ser avaliada pela observação contínua de sinais clínicos qualitativos e monitorização da presença de dióxido de carbono exalado, a menos que

seja impedido ou invalidado pela natureza do utente, procedimento ou equipamento. Por outro lado, o posicionamento em decúbito lateral durante a cirurgia, também afeta de forma importante a ventilação agravando a relação ventilação / perfusão. (ASA, 2020).

Uma vez mais, é essencial possuir um conjunto de intervenções de vigilância e avaliação contínua ao longo do período intraoperatório, com o objetivo de detetar precocemente complicações e permitir intervir rapidamente.

### **Sistema Cardiovascular:**

Todos os utentes que recebem anestesia devem ter monitorização da FC, TA e um eletrocardiograma contínuo, desde o início da anestesia até a preparação para deixar o local de anestesia (ASA, 2020).

O utente submetido a ATA, apresenta, como referido anteriormente, vários riscos de vir a apresentar complicações derivadas da cirurgia (TEP, hemorragia, hipotensão, arritmia, síndrome de hipotensão associada à implantação do cimento), da técnica anestésica e das características do próprio cliente. O objetivo da intervenção do enfermeiro em contexto perioperatório, passa então, por evitar complicações, detetá-las e tratá-las precocemente.

A obtenção de determinados dados e a monitorização constante torna-se fundamental para orientar as decisões clínicas dos enfermeiros e dos restantes elementos da equipa.

A monitorização hemodinâmica é uma componente crucial para a condução adequada dos utentes no período perioperatório, sobretudo quando essa condução se faz em utentes de alto risco para complicações perioperatórias. Os objetivos principais da monitorização hemodinâmica incluem avaliar a função cardiovascular, avaliar a reserva cardiovascular, garantir que a oxigenação tecidual seja adequada e avaliar a resposta ao tratamento direcionado à otimização da função cardiovascular e da oferta de oxigénio aos tecidos. O objetivo principal da reposição de fluidos para utentes cirúrgicos é manter ou restaurar o volume circulante efetivo de sangue durante o período perioperatório imediato. A manutenção da volemia e da pressão de perfusão é um componente-chave para assegurar a perfusão adequada dos órgãos e evitar os riscos associados tanto à hipoperfusão, em caso de hipovolemia, quanto à hiperperfusão, em caso de hipervolemia. É de fundamental importância salientar que a monitorização hemodinâmica padrão utilizada (p. ex., TA e FC) muitas vezes falha em detetar os estágios iniciais de hipovolemia, que ocorrem com bastante frequência durante a cirurgia e contribuem de sobremaneira para a hipoperfusão tecidual e o desenvolvimento de complicações pós-operatórias. Nos utentes gravemente hipovolémicos, a presença de hipotensão e taquicardia será facilmente detetada. Porém, caso se aguarde o desenvolvimento de hipotensão para intervir no utente, há grande hipótese da hipoperfusão já estar instalada no momento da intervenção (Brandão *et al.*, 2019).

As complicações cardíacas são as principais causas de morbimortalidade no ambiente cirúrgico.

Sabe-se que o enfarte agudo do miocárdio (EAM) isoladamente aumenta em 20% o risco de morte perioperatória, e a isquemia miocárdica transitória durante o despertar da anestesia aumenta em 9 vezes o risco de EAM, angina instável ou morte até 2 anos. Além disso, cerca de 50 a 65% dos idosos com mais de 70 anos apresentam alteração no sistema cardiovascular e/ou doenças arteriais coronárias mesmo sem qualquer sintomatologia. As estratégias para proteção orgânica miocárdica são a adequada avaliação pré-operatória e preparação para a cirurgia de acordo com os riscos avaliados, adequada oxigenação, diminuição do consumo de oxigênio, prevenção do aumento da demanda tecidual de oxigênio, e até mesmo intervenções metabólicas farmacológicas (Brandão *et al.*, 2019).

A hipertensão arterial sistêmica, é uma condição comum na população, que pode aumentar a morbimortalidade se não controlada. Durante procedimentos cirúrgicos, há alterações hemodinâmicas mais pronunciadas em doentes hipertensos, que se não controladas serão mais evidenciadas. A importância da manutenção dos anti-hipertensivos, aliado ao planejamento de controle de dor e ansiedade, minimizam o risco de complicações no pós-operatório. Doentes hipertensos possuem um grau de disfunção autônoma que pode precipitar maior ocorrência de hipotensão durante o período do intra-operatório (Garcez, 2018).

### **Consciência:**

De modo a avaliar o nível de consciência do utente, para além da comunicação com o próprio, e da observação dos seus sinais vitais, é importante ter conhecimento dos mecanismos de ação dos diferentes anestésicos no sistema nervoso central e os seus efeitos na alteração do estado de consciência.

As drogas anestésicas, ao atuarem deprimindo a função do SNC, induzem diferentes níveis de inconsciência. Para que um nível ideal seja alcançado, deve-se monitorizar parâmetros subjetivos e objetivos. Como parâmetros subjetivos, são utilizadas, as já referidas, escalas clínicas de sedação (ex. escala de Ramsay), e como objetivos empregam-se os processadores do eletroencefalograma (EEG), como: o índice bispectral (BIS) e a entropia espectral (Hobaiaca, *et al.*, 2007).

Para garantir a segurança da continuidade dos cuidados, é essencial a avaliação do estado de consciência do doente antes, durante e após a cirurgia, garantindo que este se encontra no seu retorno do estado basal de consciência.

### **Eliminação Urinária**

Embora seja solicitado aos utentes que esvaziem a bexiga antes da cirurgia, em casos especiais é necessária a colocação de cateter urinário como prevenção da distensão da bexiga em cirurgias da metade inferior do abdômen, nas quais a bexiga cheia seria um obstáculo mecânico para a intervenção cirúrgica, e nos casos em que se deseja monitorizar o débito urinário e garantir ou controlar o fluxo de urina (Maya, 2022).

No foco, eliminação urinária, uma das complicações pós-operatórias frequentes é a retenção urinária devido à anestesia (bloqueio subaracnoídeo) com utilização de fármacos opioides, e necessidade por vezes de administração de maior volume de líquidos.

A retenção urinária pós-operatória, é de origem multifatorial. Por um lado temos, os fatores de risco do utente, idade avançada, sexo masculino e disfunção urológica prévia. Por outro, os fatores de risco cirúrgicos, cirurgia pélvica ou prolongada e finalmente os fatores anestésicos, que incluem as drogas anticolinérgicas, os opioides e administração de fluidos a partir de 1000 ml. Esta complicação, retenção urinária, pode ocorrer com anestesia geral ou com anestesia neuroaxial (BSA). Deve-se salientar que o tipo e a dose do anestésico local, bem como o uso de opioide neuroaxial, vão influenciar o retorno da micção espontânea (NYSORA, 2022).

Para o grupo ERAS, o uso por rotina de cateteres urinários não é recomendado e, quando usado, deve ser removido assim que o paciente for capaz de urinar, idealmente dentro de 24 horas após o término da cirurgia. No entanto, no caso específico deste doente, optou-se, por indicação anestésica, pela colocação do dispositivo urinário, especificamente, algália de Foley 16Fr, de modo a se poder controlar o débito urinário.

### **Metabolismo:**

Os níveis de glicose no sangue aumentam durante e após a cirurgia devido ao stress cirúrgico. A cirurgia causa uma resposta ao stress que resulta na libertação de hormonas catabólicas e na inibição da insulina. Além disso, o stress cirúrgico influencia a função das células beta pancreáticas, o que resulta em níveis mais baixos de insulina plasmática. Esta associação de fatores, relativa hipoinsulinemia, resistência à insulina e catabolismo excessivo da ação de hormonas contrarreguladoras, tornam os utentes cirúrgicos em alto risco de hiperglicemia, mesmo indivíduos não diabéticos. Vários estudos observacionais, demonstraram que a hiperglicemia está associada a um risco aumentado de ILC e, portanto, a um risco aumentado de morbidade, mortalidade e custos mais elevados de cuidados de saúde em utentes diabéticos e não diabéticos independentemente do tipo de cirurgia. Alguns estudos visando níveis de glicose perioperatórios relativamente baixos destacaram o risco de efeitos adversos associados a protocolos intensivos, pois podem causar hipoglicemia. Embora a maioria das recomendações se concentre apenas no utente diabético, as emitidas pelo American College of Physicians aplicam-se a todos os utentes cirúrgicos. Eles recomendam níveis-alvo entre 140–200 mg/dL (7,8–11,1 mmol/L) ou limites superiores de 180 mg/dL (10mmol/L) ou 198 mg/dL (11mmol/L). É importante que, devido ao risco de hipoglicemia, se evite atingir níveis mais baixos (OMS, 2018).

Quer o CDC quer a OMS, recomendam o controlo da glicemia como forma de prevenção da infeção do local cirúrgico.

### **Termorregulação:**

Assim como o controlo da glicemia, também a manutenção da normotermia perioperatória faz

parte das recomendações da OMS, do CDC, bem como do feixe de intervenções da norma da DGS para a prevenção da infecção do local cirúrgico (DGS, 2022).

A hipotermia (ou baixa temperatura corporal) é definida como uma temperatura central abaixo de 36°C e é comum durante e após grandes procedimentos cirúrgicos que duram mais de duas horas. O corpo humano possui um compartimento central que compreende os principais órgãos onde a temperatura é rigorosamente regulada e um compartimento periférico onde a temperatura varia amplamente. A perda de calor é compensada pela redução do fluxo sanguíneo através da pele e pelo aumento da produção de calor, principalmente pela indução da atividade muscular (tremores) e pelo aumento da taxa metabólica basal. Normalmente, o compartimento periférico pode ser 2-4°C mais frio que o compartimento central (OMS, 2018).

A exposição a um ambiente frio da sala de cirurgia e o comprometimento do controle termorregulador induzido por anestésicos são os eventos mais comuns que levam à hipotermia. A exposição da superfície da pele durante o período perioperatório pode aumentar a perda de calor. Além disso, os fluidos intravenosos e de irrigação arrefecem diretamente os utentes. Também, os sedativos e agentes anestésicos, inibem a resposta normal ao frio, resultando na melhoria do fluxo sanguíneo para a periferia e aumento da perda de calor. Durante o período inicial da anestesia, estes efeitos são observados como uma rápida diminuição da temperatura central causada pela redistribuição do calor do compartimento central para o periférico. Esta diminuição inicial é seguida por um declínio mais gradual, refletindo a perda contínua de calor. Com analgesia epidural ou espinhal, o bloqueio periférico da vasoconstrição abaixo do nível do bloqueio nervoso resulta em vasodilatação e maior perda contínua de calor (OMS, 2018).

Pelas razões acima, a hipotermia não terapêutica inadvertida é considerada um efeito adverso da anestesia geral e regional. Pesquisas publicadas correlacionaram a hipotermia perioperatória não planeada com cicatrização prejudicada de feridas, eventos cardíacos adversos, metabolismo alterado de medicamentos e coagulopatias. Não está claro como a manutenção da normotermia no compartimento central do corpo pode reduzir a incidência da infecção do local da cirurgia. Todos os estudos disponíveis medem a temperatura central e não a periférica. No entanto, é altamente provável que as temperaturas centrais mais baixas relatadas resultem em redução da temperatura cutânea no local da operação. Do mesmo modo, não foi demonstrado que o aquecimento incisional diminui as taxas de ILC. Uma revisão recente da Cochrane sobre o efeito de fluidos intravenosos aquecidos não encontrou diferenças estatisticamente significativas na temperatura corporal central ou tremores entre indivíduos que receberam fluidos de irrigação aquecidos e em temperatura ambiente. Outra revisão Cochrane sobre intervenções utilizadas no tratamento da hipotermia pós-operatória inadvertida concluiu que o aquecimento ativo reduz o tempo para atingir a normotermia. A monitorização da temperatura pode ser realizada de forma não invasiva, por via oral ou por medição infravermelha da temperatura do ouvido, o que é impreciso. No período intra-operatório, os locais de monitorização de temperatura não invasivos

aceitáveis são a nasofaringe, o esôfago e a bexiga urinária. Alguns dos atuais pacotes e diretrizes de cuidados de saúde recomendam que a temperatura corporal seja mantida acima de 35,5–36°C durante o período perioperatório, embora não haja consenso entre essas recomendações para o limite inferior ou o momento ideal para a normotermia. Do mesmo modo, não foi possível chegar a um acordo quanto ao momento pré e pós-operatório ideal para aquecimento (OMS, 2018).

### **Emoção:**

A preparação para um procedimento cirúrgico invasivo é uma experiência que normalmente gera ansiedade nos utentes. O período de espera antes da operação pode contribuir para o desencadeamento do stress, pois promove preocupação com o procedimento cirúrgico. O paciente vivencia a sensação de medo de que algo resulte errado durante o procedimento e ansiedade em relação ao resultado da cirurgia. Desta forma, a ansiedade é considerada uma parte normal da experiência pré-operatória. Ser comum, no entanto, não significa que deva ser ignorado. Parte do papel do enfermeiro no contexto perioperatório é gerir a ansiedade dos utentes para promover um resultado cirúrgico positivo e satisfação com a experiência cirúrgica (Barrel, *et al.*, 2017).

A ansiedade desencadeia a resposta ao stress, estimulando a libertação de epinefrina e norepinefrina, o que aumenta a pressão arterial e a frequência cardíaca, elevando assim o débito cardíaco. Pode ter componentes psicológicos e inibir o cliente à concentração e às tarefas rotineiras. Manter um nível mínimo de ansiedade é importante no período pré-operatório, pois se os utentes estiverem ansiosos, podem não conseguir reter instruções importantes sobre cuidados domiciliares (Barrel, *et al.*, 2017).

As causas que podem desencadear ansiedade nos utentes durante o pré-operatório podem incluir: espera para serem encaminhados para a cirurgia, vivenciar um ambiente desconhecido, perda de controle, separação de amigos e/ou familiares, resultados de diagnósticos indesejados, perda de identidade enquanto estão em hospital, incerteza sobre a recuperação pós-operatória e sensação de que os eventos estão fora de seu controle (Barrel, *et al.*, 2017).

### **Digestão:**

Dores, náuseas e vômitos são comuns e frequentes nos registos do pós-operatório. Embora exista grande preocupação com prevenção de dor, os vômitos no pós-operatório ocorrem em aproximadamente 30% dos utentes (Gondim *et al.*, 2009).

Segundo os autores, náusea é definida como um desconforto abdominal subjetivo associado à vontade de vomitar, podendo ser causada pela estimulação de recetores mecânicos do trato gastrointestinal e do sistema vestibular. O vômito consiste na expulsão forçada do conteúdo gástrico pelo complexo neuromuscular, com componentes voluntários ou involuntários.

As consequências das náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) variam desde desidratação, distúrbios eletrolíticos, deiscência de suturas, sangramentos, broncoaspiração e ruptura de esôfago, sendo ainda de sinalizar o impacto económico da ocorrência deste síndrome, uma vez que os custos a ele associados podem aumentar significativamente o tempo de recuperação após as cirurgias (Gondim *et al.*, 2009).

De entre as causas, há uma associação ao utente, ao ato cirúrgico e à anestesia. Múltiplas variáveis relacionadas à anestesia foram associadas à maior incidência de NVPO, comprovando-se que o uso de opióides no período intra e pós-operatório, assim como o uso de anestésicos voláteis e do óxido nitroso, aumentam o risco de desenvolvimento de NVPO. Entre os fatores associados ao utente, o principal fator de risco é o género feminino. Mulheres antes da puberdade aparentemente não apresentam aumento do risco de NVPO, sugerindo assim a associação a fatores hormonais. Há ainda a destacar como possíveis fatores de risco, os piores “scores” de avaliação da American Society of Anesthesiology (ASA), a enxaquecas e a ansiedade pré-operatória. Por outro lado, em relação aos fatores associados ao ato cirúrgico, sabe-se que o tipo de cirurgia é considerado como um importante fator de risco, nomeadamente nas cirurgias intra-abdominais, laparoscópicas ortopédicas, ginecológicas, plásticas, otorrinolaringológicas e ainda cirurgias de tireoide e mama. Também o tempo cirúrgico é relevante para as NVPO, estimando-se que cada 30 minutos a mais no tempo cirúrgico, leve a um aumento do risco de NVPO, em cerca de 60% (Gondim *et al.*, 2009).

Como estratégias perioperatórias, os autores supra citados referem que a hipovolémia do utente se encontra associada ao aumento da incidência de NVPO, sendo importante uma conduta menos rigorosa em relação à dieta zero e à hidratação. Igualmente a manutenção da anestesia com propofol, quando comparada com agente anestésico inalatório, reduz significativamente a incidência de NVPO, principalmente quando usado em infusão contínua. No mesmo sentido, fazem referência ao uso de ondansetron como sendo efetivo no tratamento de NVPO, apresentando ainda assim melhor efeito contra o vômito do que as náuseas.

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

O uso de sistemas de drenagem (3ª sessão), é uma prática comum, contribuindo para a redução do hematoma formado com a cirurgia.

Esse hematoma, prejudica a capacidade de cicatrização devido ao aumento de pressão no local cirúrgico e consequente redução da perfusão tecidual, apresentando capacidade diminuída de afastar bactérias e é ainda considerado um fator predisponente ao aparecimento de infeções. Além disso, considera-se que a mobilização precoce é mais difícil e a dor no pós-operatório maior quando os hematomas são formados, levando a um aumento do risco de deiscência da ferida e formação de fibrose, levando ainda a uma maior rigidez articular (Andrade, *et al.*, 2010).

Em contrapartida, os drenos podem funcionar como fonte de contaminação e impedir o efeito de

tamponamento natural que ocorre quando as cirurgias são simplesmente fechadas por sutura, provocando uma maior perda sanguínea (Andrade, *et al.*, 2010).

### 3.6. Conceção de Cuidados

#### Consciência

23-10-2023 09:15

23-10-2023 09:15 - Consciente.

#### **23-10-2023 09:15 - Determinar sinais de alteração da consciência**

*23-10-2023 09:15 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Turno da manhã]*

23-10-2023 10:15

23-10-2023 10:15 - Consciente.

23-10-2023 10:15 - Responde aos estímulos verbais de forma perceptível

#### Sensações somáticas

23-10-2023 10:15

23-10-2023 10:15 - Sem manifestação de prurido.

23-10-2023 10:15 - Sensibilidade superficial

23-10-2023 10:15 - Dermátomo sensitivo - T10

23-10-2023 10:15 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

23-10-2023 10:15 - Com compromisso da sensibilidade térmica.

23-10-2023 10:15 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

23-10-2023 10:15 - Sem manifestação de dor.

#### **23-10-2023 10:15 - Determinar sinais de dor**

*23-10-2023 10:15 - Avaliar evolução de sinais de dor [Turno da manhã]*

#### **23-10-2023 10:15 - Sensibilidade comprometida**

#### **23-10-2023 10:15 - Determinar evolução da sensibilidade**

*23-10-2023 10:15 - Avaliar evolução da sensibilidade [Turno da manhã]*

*23-10-2023 10:15 - Referenciar compromisso da sensibilidade ao médico*

#### **23-10-2023 10:15 - Melhorar sensibilidade**

*23-10-2023 10:15 - Executar estimulação da sensibilidade tátil [Turno da manhã]*

#### **23-10-2023 10:15 - Determinar evolução da dor**

*23-10-2023 10:15 - Avaliar evolução da dor [Turno da manhã]*

#### Sistema respiratório

23-10-2023 09:15

23-10-2023 09:15 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

23-10-2023 09:15 - Ritmo respiratório regular.

23-10-2023 09:15 - Movimento respiratório simétrico.

23-10-2023 09:15 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

23-10-2023 09:15 - Saturação do oxigénio no sangue

23-10-2023 09:15 - Periférico(a): 98 %.

23-10-2023 09:15 - Coloração da mucosa: rosada.

23-10-2023 09:15 - Não comunica falta de ar.

23-10-2023 09:15 - Reflexo da tosse: presente.

23-10-2023 09:15 - Expele as secreções das vias aéreas.

23-10-2023 09:15 - Sons respiratórios: normais.

**23-10-2023 09:15 - Ventilação comprometida** [RESOLVIDO] 23-10-2023 10:15

**23-10-2023 09:15 - Determinar evolução da ventilação**

*23-10-2023 09:15 - Avaliar evolução da ventilação [Turno da manhã]*

*23-10-2023 09:15 - Referenciar saturação do oxigénio no sangue ao médico [Turno da manhã] [FIM]* 23-10-2023 10:15

*23-10-2023 10:15 - Manter cabeceira elevada [Turno da manhã]*

**23-10-2023 09:15 - Melhorar ventilação** [FIM] 23-10-2023 10:15

*23-10-2023 09:15 - Iniciar oxigenoterapia [Turno da manhã] [FIM]* 23-10-2023 10:15

**23-10-2023 09:15 - Determinar evolução da limpeza da via aérea** [FIM] 23-10-2023 10:15

*23-10-2023 09:15 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Turno da manhã] [FIM]*

23-10-2023 10:15

23-10-2023 10:15

23-10-2023 10:15 - Frequência respiratória: 16 ciclos/min.

23-10-2023 10:15 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

23-10-2023 10:15 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

23-10-2023 10:15 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

23-10-2023 10:15 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

23-10-2023 10:15 - Sem adejo nasal.

23-10-2023 10:15 - Saturação do oxigénio no sangue

23-10-2023 10:15 - Periférico(a): 99 %.

23-10-2023 10:15 - Coloração da mucosa: rosada.

23-10-2023 10:15 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].

23-10-2023 10:15 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

23-10-2023 10:15 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

23-10-2023 10:15 - Sons respiratórios: normais.

23-10-2023 10:15 - Secreções em pequena quantidade.

23-10-2023 10:15 - Secreções normais.

23-10-2023 10:15 - Secreções esbranquiçadas.

**23-10-2023 10:15 - Determinar evolução da ventilação**

*23-10-2023 10:15 - Avaliar evolução da ventilação [Turno da manhã]*

### **Sistema cardiovascular**

23-10-2023 09:15

23-10-2023 09:15 - Localização do Pulso

23-10-2023 09:15 - Tórax

23-10-2023 09:15 - Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

23-10-2023 09:15 - Pulso rítmico.

23-10-2023 09:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

23-10-2023 09:15 - Membro superior Direita(o)

23-10-2023 09:15 - Pressão sanguínea sistólica: 83 mmHg.

23-10-2023 09:15 - Pressão sanguínea diastólica: 46 mmHg.

**23-10-2023 09:15 - Determinar evolução do ritmo cardíaco**

23-10-2023 09:15 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Turno da manhã]

23-10-2023 09:15 - Referenciar arritmia ao médico

**23-10-2023 09:15 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

23-10-2023 09:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Turno da manhã]

23-10-2023 09:15 - Referenciar hipertensão ao médico

**23-10-2023 09:15 - Hipotensão [RESOLVIDO] 23-10-2023 10:15**

**23-10-2023 09:15 - Prevenir complicações da hipotensão**

23-10-2023 09:15 - Referenciar hipotensão ao médico [Turno da manhã] [FIM]

23-10-2023 10:15

23-10-2023 09:15 - Administrar medicação em SOS [Turno da manhã]

23-10-2023 10:15

23-10-2023 10:15 - Localização do Pulso

23-10-2023 10:15 - Tórax

23-10-2023 10:15 - Frequência do pulso: 76 pulsações por minuto.

23-10-2023 10:15 - Pulso rítmico.

23-10-2023 10:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

23-10-2023 10:15 - Membro superior Direita(o)

23-10-2023 10:15 - Pressão sanguínea sistólica: 101 mmHg.

23-10-2023 10:15 - Pressão sanguínea diastólica: 72 mmHg.

23-10-2023 10:15 - Temperatura das extremidades

23-10-2023 10:15 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.

23-10-2023 10:15 - Coloração das extremidades

23-10-2023 10:15 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.

23-10-2023 10:15 - Perda sanguínea

23-10-2023 10:15 - Perna Direita(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

23-10-2023 10:15 - Perdas de sangue estimada durante a cirurgia: 250cc

**23-10-2023 10:15 - Hemorragia**

**23-10-2023 09:15 - Determinar evolução de sinais de hemorragia**

23-10-2023 09:15 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [Turno da manhã]

23-10-2023 09:15 - Referenciar hemorragia ao médico [Turno da manhã]

23-10-2023 10:15 - Avaliar quantidade e características das perdas sanguíneas no sistema de drenagem [Turno da manhã]

23-10-2023 10:15 - Avaliar perdas hemáticas pelo penso cirúrgico [Turno da manhã]

**Digestão**

23-10-2023 09:15

23-10-2023 09:15 - Sem sensação de enjojo.

23-10-2023 09:15 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

23-10-2023 09:15 - Sem vômitos.

23-10-2023 09:15 - Sensação de náusea

23-10-2023 10:15

23-10-2023 10:15 - Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

23-10-2023 10:15 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos [MANTEVE].

23-10-2023 10:15 - Sem vômitos.

### **Eliminação urinária**

23-10-2023 09:15

23-10-2023 09:15 - Quantidade de urina: 100 ml.

23-10-2023 09:15 - Cor da urina: alaranjada.

23-10-2023 09:15 - Cheiro da urina: "sui generis".

23-10-2023 09:15 - Transparência da urina: Límpida.

23-10-2023 09:15 - Colocação de algália por justificação de ato anestésico

### **23-10-2023 09:15 - Determinar evolução da eliminação urinária**

*23-10-2023 09:15 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Turno da manhã]*

*23-10-2023 09:15 - Avaliar evolução do balanço hídrico [Turno da manhã]*

*23-10-2023 10:15 - Otimizar cateter urinário [Turno da manhã]*

### **Pele e mucosas**

23-10-2023 09:15

23-10-2023 09:15 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

### **23-10-2023 09:15 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

*23-10-2023 09:15 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Turno da manhã]*

23-10-2023 10:15

23-10-2023 10:15 - Alterações da integridade dos tecidos.

23-10-2023 10:15 - Ferida cirúrgica na anca direita.

23-10-2023 10:15 - Material de sutura: agrafos metálicos

23-10-2023 10:15 - Ausência de exsudado

23-10-2023 10:15 - Penso compressivo

23-10-2023 10:15 - Adesivo hipoalérgico

### **23-10-2023 10:15 - Ferida cirúrgica**

23-10-2023 10:15 - Localização da ferida cirúrgica

23-10-2023 10:15 - Anca Direita(o)

23-10-2023 10:15 - Comprimento da lesão tegumentar: 18.00 cm.

23-10-2023 10:15 - Ausência de exsudado.

23-10-2023 10:15 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

23-10-2023 10:15 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

23-10-2023 10:15 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

23-10-2023 10:15 - Tecido / estrutura afetada: músculo / fáscia.

### **23-10-2023 10:15 - Determinar evolução da ferida cirúrgica**

*23-10-2023 10:15 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [Turno da manhã]*

*23-10-2023 10:15 - Avaliar temperatura corporal [Turno da manhã]*

*23-10-2023 10:15 - Avaliar sinais inflamatórios [Turno da manhã]*

### **23-10-2023 10:15 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica**

*23-10-2023 10:15 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [Turno da manhã]*

### **Metabolismo**

23-10-2023 09:00

23-10-2023 09:00 - Glicemia capilar: 90 mg/dl.

#### **23-10-2023 09:00 - Determinar evolução da glicemia**

*23-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da glicemia [Manha 23/10]*

23-10-2023 09:15

23-10-2023 09:15 - Glicemia capilar: 100 mg/dl.

23-10-2023 10:15

23-10-2023 10:15 - Glicemia capilar: 92 mg/dl.

### **Termorregulação**

23-10-2023 09:00

23-10-2023 09:00 - Temperatura corporal periférica

23-10-2023 09:00 - Região temporal: 36.20 °C.

#### **23-10-2023 09:00 - Determinar evolução da temperatura corporal**

*23-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Manha 23/10]*

23-10-2023 09:15

23-10-2023 09:15 - Temperatura corporal periférica

23-10-2023 09:15 - Região temporal: 36.00 °C.

23-10-2023 10:15

23-10-2023 10:15 - Temperatura corporal periférica

23-10-2023 10:15 - Região temporal: 36.20 °C.

23-10-2023 10:15 - Mantém manta termica

### **Emoção**

23-10-2023 09:00

23-10-2023 09:00 - Não verbaliza ansiedade.

#### **23-10-2023 09:00 - Ansiedade [RESOLVIDO] 23-10-2023 10:15**

**23-10-2023 09:00 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 23-10-2023 10:15**

*23-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da ansiedade [Manha 23/10] [FIM] 23-10-2023 10:15*

23-10-2023 09:15

23-10-2023 09:15 - Não verbaliza ansiedade [MANTEVE].

## **3.7. Especificação das intervenções**

Otimizar cateter venoso periférico

- Manter perfusão de SF

Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

- Manter perfusão de SF

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

- Manter perfusão de SF

Avaliar evolução da temperatura corporal

- executar aquecimento do cliente
- colocar dispositivo manta de aquecimento

Avaliar evolução de sinais de hemorragia

- Avaliar reservatório do sistema de drenagem
- Avaliar penso cirúrgico

Avaliar evolução de sinais de arritmia

- Avaliar ritmo cardíaco
- Avaliar frequência cardíaca
- Avaliar perdas sanguíneas

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Avaliar evolução da pressão sanguínea
- Avaliar perdas sanguíneas

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Colocar membros inferiores sobre superfícies lisas de lençóis
- Colocar membros inferiores alinhados com o corpo

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- Questionar o cliente pelo nome próprio
- Comunicar com o cliente

Avaliar evolução da eliminação urinária

- Avaliar quantidade de urina no saco coletor

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Manter superfícies lisas
- Avaliar possíveis zonas de pressão

Posicionar para procedimento invasivo utilizando dispositivos de posicionamento

- Colocar apoios de braço
- Posicionar em decúbito lateral esquerdo
- Aplicar almofada de gel em cunha de posicionamento lateral
- Aplicar suporte laterais de proteção
- Fletir membro inferior esquerdo
- Avaliar o correto alinhamento corporal

Aplicar dispositivos de prevenção de queda do doente no posicionamento

- Aplicar suporte laterais de proteção

Realizar instrumentação cirúrgica

- Reunir material
- Prepar instrumental
- Assistir na técnica cirúrgica

Preparar a pele para o procedimento cirúrgico

- Executar tricotomia, se necessário
- Lavar o membro inferior a operar
- Desinfetar membro inferior a operar

Preparar o local de colocação da placa neutra do bisturi elétrico

- Avaliar a pele para a colocação da placa neutra do bisturi elétrico
- Realizar tricotomia se necessário
- Colocar placa neutra

Avaliar a evolução da ventilação

- Monitorizar a sat. O2

Avaliar evolução da consciência

- Questionar o cliente pelo nome próprio

Avaliar evolução do bloqueio motor dos membros inferiores

- Questionar o cliente se tem dor
- Questionar o cliente quanto à sensibilidade dos membros inferiores

Posicionar para prevenir úlcera de pressão

- Colocar colchão gel em cunha
- Colocar Dispositivos de proteção da integridade da pele dos calcâneos
- Colocar penso ocular

Aplicar dispositivos de alívio de pressão no posicionamento

- Colocar colchão gel em cunha

Avaliar evolução da sensibilidade

- Avaliar retorno sensitivo e motor dos membros inferiores

Executar tratamento da ferida cirúrgica

- Colocar penso compressivo

Avaliar evolução da dor

- Colocar almofada triangular entre os membros inferiores após a passagem para o leito

Avaliar evolução de sinais de dor

- Avaliar frequência cardíaca
- Avaliar expressão facial
- Comunicar com o paciente

### **3.8. Síntese relativa ao caso**

Este caso reporta-se a dois momentos do perioperatório nomeadamente, o pré e o intra-

operatório, estando representado em três sessões, de um doente do sexo feminino que será submetido a uma artroplastia total da anca à direita.

A primeira sessão refere-se ao momento de acolhimento do cliente no B.O., momento ímpar do pré-operatório.

A segunda e terceira referem-se ambas ao intra-operatório, respetivamente ao início e fim da cirurgia e todas as atividades que a representam.

"O enfermeiro de perioperatório tem como missão, garantir e disponibilizar ao doente cirúrgico, cuidados de enfermagem específicos, de qualidade, no bloco operatório ou fora dele, onde se realizem procedimentos invasivos e anestésicos. É essencial que o enfermeiro perioperatório, saiba "saber ser" na gestão e liderança, educação, investigação, advocacia e prestação direta de cuidados no âmbito da anestesia, circulação, instrumentação, assentando a filosofia da enfermagem perioperatória em princípios científicos, assim como no desenvolvimento de competências. Deve ainda possuir competência clínica específica para poder trabalhar de forma independente e cooperar com a equipa multiprofissional, garantindo a segurança e humanização dos cuidados no bloco operatório, sustentando as suas intervenções no processo de enfermagem, ao mesmo tempo que participa na organização e gestão desta mesma unidade" (AESOP, 2006, p.8).

A prática de enfermagem perioperatória centra-se assim no doente que vai ser submetido a procedimento cirúrgico/anestésico, correspondendo a todas as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro que procuram dar resposta às necessidades do doente nas fases pré, intra e pós-operatória.

A fase do pré-operatório tem início quando o doente e o médico se decidem pela cirurgia, culminado quando o mesmo é transferido para a mesa operatória, sendo que é neste período que há lugar à preparação física e psicológica da pessoa para a cirurgia, havendo lugar para as intervenções de enfermagem de suporte, ensino e preparação aos procedimentos objetivados. Esta fase, no presente caso, está elencada como já referido, no acolhimento do cliente no Bloco Operatório.

A fase do intraoperatório é a continuidade da anterior, tendo início com o seu fim, sendo caracterizada pelo procedimento anestésico/cirúrgico. A mesma, termina quando o doente é transferido para a unidade de cuidados pós anestésicos. As áreas de intervenção do foro da enfermagem contemplam a segurança e o bem estar físico e psicológico do doente e da equipa, a prevenção de infeção e a satisfação das necessidades fisiológicas em resposta à anestesia e à intervenção cirúrgica, e a prevenção de complicações.

Finalmente a fase do pós-operatório, não retratada neste caso, inicia-se quando termina a fase anterior e prolonga-se até ao momento em que o doente está recuperado da cirurgia e são ultrapassadas eventuais complicações do procedimento. No período pós-operatório imediato, os

cuidados de enfermagem centram-se na manutenção dos sistemas fisiológicos e, nas fases seguintes, o foco principal incide no ensino de competências ao doente e cuidadores para a preparação da alta sem intercorrências.

É, como se depreende, necessário ter habilidades técnicas para obter um ótimo desempenho e um ainda melhor resultado cirúrgico, o que significa que os enfermeiros em contexto perioperatório devem ter um conhecimento diversificado de todos os procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Do mesmo modo, é essencial compreender os efeitos da medicação, assim como os efeitos prejudiciais do posicionamento inadequado e como as comorbidades existentes podem alterar o curso cirúrgico, sem nunca esquecer o nosso dever de ser observadores astutos e defensores dos pacientes.

Com o fim de proporcionar conhecimentos teóricos e competências práticas numa linguagem clínica padronizada pelos enfermeiros, procurei então, identificar os domínios que na minha opinião melhor retratam os focos de observação e intervenção da enfermagem perioperatória no caso apresentado. Incluí de forma exaustiva, o registo de diagnósticos e intervenções de enfermagem perioperatória, ao longo da descrição dos cuidados ao paciente, para deste modo, melhor atender à prática clínica.

## 4. ENCAVILHAMENTO TROCANTÉRICO

Mulher de 77 anos, ativa, com antecedentes de escoliose e DM II, admitida no serviço de urgência várias horas após escorregar e cair. Ela não consegue suportar nenhum peso na perna direita e relata que sente dor a qualquer tentativa de movimento. Na inspeção, sua perna direita está encurtada e girada externamente. Uma radiografia simples da pélvis e da anca confirmam uma fratura não deslocada do trocânter femoral direito. É submetida a uma cirurgia ortopédica de urgência no próprio dia, nomeadamente, encavilhamento trocantérico, usando uma mesa de tração “ortotraumática”.

### 4.1. Enquadramento teórico

Por todo o mundo, segundo Bhandari, & Swiontkowski (2017), as fraturas da anca constituem um problema significativo de saúde pública, encontrando-se entre as 10 principais causas de incapacidade.

#### Epidemiologia

Os dados epidemiológicos variam entre os países, mas estima-se globalmente que as fraturas da anca afetam cerca de 18% das mulheres e 6% dos homens. Embora a incidência padronizada por idade esteja a diminuir gradualmente em muitos países, esta situação é largamente compensada pelo envelhecimento da população. Assim, espera-se que o número global de fraturas da anca aumente de 1,26 milhões em 1990 para 4,5 milhões até ao ano 2050. O local estatisticamente mais afetado é o colo do fémur, contudo os números das fraturas trocantéricas são muitos semelhantes, especialmente em utentes mais velhos, e com maior incidência no sexo feminino do que no masculino. Na verdade, estima-se que cerca de um terço das mulheres que vivem até aos 80 anos terão problemas na anca. A nível mundial, nas mulheres, a taxa de incidência anual mais baixa foi observada na Nigéria (2/100.000), sendo o mais elevado nos países do Norte da Europa, especificamente na Dinamarca (574/100.000). No entanto, nos homens, o risco de fraturas da anca aumenta exponencialmente após os 70 anos, e 17% dos homens que vivem além dos 80 anos de idade, registam uma fratura da anca. Embora menos frequentes do que nas mulheres, as fraturas da anca nos homens, parecem ser mais perigosas, uma vez que um terço dos homens que relatam uma fratura da anca morrem dentro de um ano. Também a raça, parece determinar diferenças significativas na epidemiologia da fratura da anca, onde os brancos que vivem em latitudes mais altas exibem maior incidência de fraturas

da anca, variando, por exemplo de 420/100000 de novas fraturas a cada ano, na Noruega, para 195/100000 nos EUA (Veronese & Maggi, 2018).

### **Fisiopatologia**

As fraturas da anca são classificadas anatomicamente em relação à cápsula como fraturas intracapsulares (no colo do fêmur) ou fraturas extracapsulares (fraturas trocântéricas ou subtrocântéricas). As fraturas do colo do fêmur podem ser não deslocadas (ou seja, muito pouca separação no local da fratura, o que ocorre em aproximadamente um terço das fraturas do colo do fêmur) ou deslocadas (maior separação). Por convenção, as fraturas do colo femoral podem ser ainda classificadas como Garden tipo I ou II, representando padrões de fratura não deslocadas ou impactadas, e Garden tipo III ou IV, representando padrões de fratura deslocadas. As fraturas abaixo do colo femoral são chamadas de fraturas trocântéricas, e aquelas abaixo do trocânter menor, designam-se por fraturas subtrocântéricas (Bhandari, & Swiontkowski, 2017).

### **Causas**

A origem das fraturas da anca é multifatorial, mas os fatores de risco para esta condição podem, aproximadamente, ser divididos entre os que diminuem a densidade mineral óssea (DMO) e os que aumentam a taxa de quedas. Os fatores que afetam negativamente a DMO podem ser categorizados como fatores não modificáveis ou modificáveis. Na primeira categoria podemos incluir a predisposição genética para baixa DMO/osteoporose, idade, sexo feminino, história familiar de osteoporose/fraturas e baixo tamanho corporal. Entre os fatores modificáveis para baixa DMO, podemos incluir a baixa ingestão de cálcio, exposição reduzida à luz solar, doenças inflamatórias, uso de alguns medicamentos (cortisona, diuréticos), consumo excessivo de álcool, distúrbios alimentares (anorexia nervosa) e baixo índice de massa corporal (IMC) (Veronese & Maggi, 2018).

Muitas vezes, os idosos sofrem uma fratura da anca por uma simples queda da altura do próprio corpo. Também os fatores de risco para quedas podem ser categorizados como subjetivos (ou seja afetando o sujeito), ou objetivos (afetando os ambientes em que a pessoa vive), e ambos são importantes para se prever o início de quedas e conseqüentemente da fratura da anca. Segundo os autores supracitados, a adesão a uma dieta mediterrânea rica em proteínas, fruta e vegetais, bem como a manutenção da função física, representam alterações modificáveis não farmacológicas, que melhoram a saúde óssea, e, conseqüentemente, diminuem o risco de fratura.

### **Diagnóstico**

A radiografia simples é o diagnóstico inicial para a fratura da anca. Uma imagem radiográfica de face e perfil da anca e uma visão ântero-posterior da pelve são apropriadas. No entanto, o posicionamento dos membros para esta visão resulta numa dor intensa, podendo causar deslocamento de uma fratura não deslocada ou agravar uma fratura deslocada. Se a radiografia

for negativa e ainda há suspeita de fratura do quadril, deve-se realizar uma ressonância magnética ou exames de cintilografia óssea (LeBlanc, *et al.*, 2014).

### **Custos Sociais**

Os custos diretos associados a esta condição são enormes, uma vez que requer um longo período de hospitalização e subsequente reabilitação. Além disso, a fratura da anca está associada ao desenvolvimento de outras consequências negativas, como incapacidade, depressão e doenças cardiovasculares, com custos adicionais para a sociedade. Vale a pena ressaltar que todos os anos cerca de 300 mil indivíduos são hospitalizados por fraturas da anca nos Estados Unidos da América. Um estudo prospectivo belga, demonstrou que os custos de um grupo de idosos com a mesma idade e sexo, com fratura da anca foi quase o triplo de um outro grupo hospitalizado por outras razões. Os custos hospitalares são múltiplos e incluem custos associados a cirurgia, exames laboratoriais, radiológicos, e duração do internamento. Em relação a este último parâmetro, a duração média é altamente variável de país para país, dependendo dos diferentes sistemas de saúde e dos custos relativos para cada internamento. Por exemplo, no Reino Unido, um estudo relatou que a média da duração de internamento hospitalar foi 23 dias, enquanto em Itália foi cerca de 15 dias (Veronese & Maggi).

Da mesma forma, também a reabilitação é necessária e dispendiosa. A percentagem de utentes, que necessitam de cuidados em unidades de internamento de longo prazo após fraturas da anca é estimada entre 6 a 60%, sendo o impacto sobre a incapacidade após a cirurgia realizada, impressionante. É relatado que, um ano após a cirurgia à fratura da anca, 40% dos utentes, ainda não consegue andar de forma independente, 60% tem dificuldade em pelo menos uma atividade da vida diária e 80% estão restritos a atividades simples, como dirigir ou fazer compras. Estudos recentes, indicam que pessoas que sofreram uma fratura da anca têm maior incidência de alterações de condições psiquiátricas, como depressão e isolamento social e, parece ainda, aumentar de forma independente o risco de doença cardiovascular (Veronese & Maggi).

### **Tratamento**

A história natural das fraturas da anca é sombria se não forem tratadas. Doentes que tiveram fratura da anca correm risco de complicações cardiovasculares, pulmonares, trombo-embólicas, infecciosas e hemorrágicas, podendo ainda resultar em morte (Bhandari, & Swiontkowski, 2017).

Em todo o mundo, 4,5 milhões de pessoas possuem limitações de mobilidade devido a fraturas da anca, sendo a cirurgia para fratura da anca, o tratamento de eleição. No entanto, o declínio funcional e a diminuição da qualidade de vida são comuns após o período perioperatório. A taxa de mortalidade de um mês após a cirurgia da fratura da anca, aproxima-se dos 10%, com os utentes que sobrevivem até trinta dias, a correr o risco substancial de incapacidade. A taxa de mortalidade dentro de um ano após a cirurgia e respetiva reabilitação à fratura da anca, chega

aos 36%, permanecendo esta taxa relativamente estável ao longo do tempo, em contraste com o declínio das taxas de mortalidade associadas a outras causas, como o enfarte agudo do miocárdio (Bhandari, & Swiontkowski, 2017).

A menos que haja alto risco de morte intraoperatória para o utente, o tratamento para a maioria das fraturas da anca recomendado é o procedimento cirúrgico. Num estudo retrospectivo, utentes com fratura da anca que foram tratados conservadoramente tiveram um risco de morte num ano quatro vezes maior, e um risco de morte em dois anos três vezes maior, do que os utentes submetidos à cirurgia. Ainda noutro estudo retrospectivo, utentes submetidos a tratamento conservador com repouso no leito tiveram um risco de morte em 30 dias que foi três vezes maior (risco absoluto, 73%) do que aqueles que tiveram mobilização precoce (Bhandari, & Swiontkowski, 2017).

### **Tratamento cirúrgico**

As diretrizes recomendam que a cirurgia para fratura da anca seja realizada dentro de 48 horas após o evento. Esta recomendação é baseada em estudos observacionais que sugerem que um tempo mais curto até a cirurgia está associado a melhores resultados nos utentes. Além disso, dados fisiológicos indicam que, a dor, o sangramento e a imobilidade associados a uma fratura da anca aguda, resulta em inflamação e catabolismo, fornecendo suporte adicional para cirurgia precoce. Evidências recentes sugerem que minimizar o tempo desde a admissão hospitalar até a cirurgia para apenas seis horas está associado a uma maior redução na incidência de complicações pós-operatórias em trinta dias do que um tempo de mais de seis horas (Bhandari, & Swiontkowski, 2017).

### **Fratura trocantérica**

As fraturas trocantéricas são tratadas principalmente por meio de fixação interna, seja com parafuso deslizante da anca ou haste intramedular, uma vez que o suprimento sanguíneo para a cabeça femoral geralmente está intacto. Para fraturas consideradas estáveis, ensaios randomizados comparando esses implantes não mostraram diferença significativa nos resultados funcionais, mas os parafusos deslizantes da anca são mais custo-efetivos do que as hastes intramedulares. Já as fraturas instáveis, são normalmente tratadas com cavilhas intramedulares, demonstrando uma melhoria na mobilidade dos utentes (Bhandari, & Swiontkowski, 2017).

### **Cuidados a longo prazo**

Cuidados a longo prazo são essenciais para permitir o retorno do utente ao estado mais funcional o mais rápido possível, idealmente para o nível de atividade pré-fratura. Como uma fratura prévia da anca é um fator de risco para outras fraturas da anca, os utentes devem receber, independentemente dos resultados da densidade mineral óssea, a menos que contra indicado, cálcio (1.000mg por dia) e suplementos de vitamina D (pelo menos 800 UI por dia). A

maioria dos utentes beneficia de uma avaliação de prevenção de quedas, que inclui a remoção de riscos ambientais domésticos, revisão de medicamentos, avaliar a força muscular, equilíbrio e marcha. Do mesmo modo, todos os utentes necessitam de terapia de reabilitação após a alta hospitalar, apesar da duração ideal dessa terapia ainda não ser clara. É certo, no entanto, que a deambulação precoce melhora os resultados dos utentes, assim como os suplementos proteicos em utentes desnutridos. É importante perceber que fraturas deslocadas apresentam risco aumentado de desenvolvimento de necrose. Portanto, radiografias periódicas ou ressonâncias magnéticas, devem ser realizadas após a cirurgia (LeBlanc, *et al.*, 2014).

## **Anestesia**

As fraturas da anca, ocorrem, como já vimos, principalmente na população mais idosa, muitas vezes, após traumas leves. São lesões extremamente dolorosas, e essa dor, se não tratada, pode levar a múltiplas complicações.

Após este trauma ou lesão, e como consequência à sensação dolorosa, ocorre uma resposta do organismo, caracterizada por alterações hormonais fisiológicas e alterações endócrinas. O objetivo desta resposta ao stress é prevenir a existência de maiores danos ao organismo, contudo, se for prolongada, acaba por consumir a capacidade celular e tecidual causando um desequilíbrio fisiopatológico (Simic, *et al.*, 2022).

Fornecer a analgesia adequada e eficaz para estes utentes é complicado, quer pela idade avançada, quer pelas comorbilidades concomitantes. A dor tratada inadequadamente, tem diversas repercussões nos utentes geriátricos com fratura da anca. O delirium é uma complicação comum, afetando aproximadamente 13% a 61% dos pacientes, e a dor subtratada aumenta significativamente o risco de delirium perioperatório nos utentes cognitivamente intactos. O aumento da dor pós-operatória também está associado a períodos de internamentos significativamente mais longos, atraso na deambulação, sessões de fisioterapia perdidas ou encurtadas e comprometimento da locomoção após a lesão. O uso de anti-inflamatórios não esteroides não é recomendado devido aos seus efeitos colaterais, aumento do risco de hemorragia gastrointestinal, comprometimento da função renal e inibição da agregação plaquetária. O paracetamol por si só é frequentemente insuficiente e os opioides têm muitos efeitos colaterais potencialmente prejudiciais, como o desenvolvimento do já referido delirium (Simic, *et al.*, 2022)

Deste modo, embora não haja um consenso alcançado sobre qual a anestesia, geral ou regional, é a ideal para a cirurgia da fratura da anca, têm havido fortes evidências que apoiam o uso de bloqueios nervosos regionais e periféricos, para reduzir a dor perioperatória (Scala, *et al.*, 2019).

No caso em questão, o tipo de anestesia utilizada foi uma combinação entre ambos os métodos anestésicos, designando-se anestesia combinada. Optou-se pela anestesia combinada, entre anestesia geral balanceada, através de intubação endotraqueal, pelos antecedentes de

escoliose, e uma anestesia dos nervos regionais primários, através de bloqueio femoral, para melhor controlo da dor no pós-operatório.

### **Tipos de bloqueio**

Os bloqueios nervosos regionais primários apresentados na literatura para fraturas do fémur, incluem bloqueios do nervo femoral e do compartimento da fáscia ilíaca. Estes bloqueios podem ser administrados com uma injeção única ou com um cateter de infusão contínua, ambos usando a mesma técnica anatómica. Assim que a agulha estiver na posição correta para qualquer bloqueio, um cateter pode ser inserido 2-4 cm além da ponta da agulha. Após um teste de aspiração negativo, uma dose em bolus de anestésico local é injetado seguido por uma infusão contínua, e/ou bólus intermitentes de anestésico local por meio de uma bomba de infusão (Scala, *et al.*, 2019).

As vantagens destes bloqueios são o maior alívio da dor, a menor necessidade de opioides e diminuição da incidência de delírium, uma baixa curva de aprendizagem e baixa taxa de complicações, para além de encurtar o tempo de internamento hospitalar, o risco de pneumonia, e ainda a diminuição do custo do tratamento da dor para a instituição (Simic, *et al.*, 2022).

Apesar destes benefícios, existem também eventos adversos, nomeadamente, os danos estruturais do tecido subjacente, como nervos, grandes vasos ou tendões musculares, havendo ainda um potencial para o desenvolvimento de toxicidade do sistema anestésico local, (LAST), apesar de uma taxa de incidência verdadeiramente baixa (0.04 a 108/1000 bloqueios de nervos periféricos). Os efeitos do LAST, podem ser divididos em dois grupos principais: toxicidade do sistema nervoso central (SNC) e toxicidade do sistema cardiovascular. As manifestações precoces de toxicidade do SNC, podem ser confusão, distúrbios audiovisuais, agitação ou redução do nível de consciência, coma e paragem respiratória. Já a toxicidade do sistema cardiovascular, pode apresentar disritmias, déficits de condução, hipotensão e, eventualmente, paragem cardíaca (Simic, *et al.*, 2022).

### **Bloqueio do nervo femoral**

Os principais pontos de referência para o bloqueio do nervo femoral incluem o ligamento inguinal, a prega inguinal e a artéria femoral. A agulha é inserida na prega femoral, abaixo da prega inguinal e 1-2 cm lateral ao pulso da artéria femoral. A ponta da agulha deve ser posicionada abaixo da fáscia ilíaca para obter um bloqueio completo do nervo femoral. Na técnica "3 em 1", a pressão digital pode ser aplicada distalmente ao local da injeção para promover a propagação do anestésico cranialmente e lateralmente, bloqueando a região femoral, obturadora, femoral lateral e nervos cutâneos (Scala, *et. al.*, 2019).

### **Bloqueio de compartimento da fáscia ilíaca**

O compartimento da fáscia ilíaca é um espaço delineado anteriormente pela fáscia ilíaca, posteriormente pela face externa do músculo ilíaco, medialmente pela coluna vertebral e a parte superior do sacro, e ainda, lateralmente pelo lábio interno da crista ilíaca. Este compartimento contém o nervo cutâneo femoral lateral, o nervo femoral e o nervo obturador. O local da injeção fica vários centímetros lateral à artéria femoral (Scala, *et. al*, 2019).

### **Anestesia Geral**

Este tipo de anestesia proporciona ao doente um quadro de inconsciência reversível, caracterizado por amnésia (sono, hipnose), analgesia (ausência de dor), depressão dos reflexos, relaxamento muscular e homeostasia. A anestesia geral divide-se em três fases: indução, manutenção e emergência. A indução começa com a administração dos agentes anestésicos, a manipulação das vias aéreas e continua até que o utente esteja apto para o posicionamento ou preparação, manipulação cirúrgica ou incisão (DeLamar, 2007).

Na primeira fase, é comum a pré-oxigenação com oxigênio inspirado a 100%, usado para reduzir o teor de nitrogênio na capacidade residual funcional do utente. O risco de aspiração do conteúdo gástrico ajuda a optar entre uma indução com sequência padrão e não rápida ou uma indução de sequência rápida. Durante a verificação da lista de cirurgia segura é reforçada a ausência de conteúdo gástrico, assegurando o jejum do utente, de modo a evitar a aspiração do conteúdo gástrico para as vias aéreas (Lynette *et al.*, 2021).

A ASA elaborou diretrizes para jejum pré-operatório baseadas no tempo necessário para o esvaziamento gástrico em utentes saudáveis, recomendando jejum de 2 horas para líquidos claros, 4 horas para leite materno, e 6 horas para outros alimentos ou bebidas, incluindo fórmulas infantis e leite. Além da adesão às diretrizes de jejum, também certos fármacos administrados no pré-operatório podem reduzir o risco de aspiração. Estes incluem antiácidos (citrato de sódio), anticolinérgicos (atropina), e metoclopramida (para estimular o esvaziamento gástrico e aumentar a diminuição do tónus do esfíncter esofágico) (Lynette *et al.*, 2021).

Depois da monitorização e pré-oxigenação, idealmente por 3 minutos, uma anestesia geral é induzida. Quando o utente estiver inconsciente, é realizada ventilação com máscara de pressão positiva. Só depois da ventilação bem-sucedida com máscara, é administrado um relaxante muscular. Esta abordagem gradual à manipulação das vias aéreas aumenta a segurança do utente, porque mesmo que a entubação não possa ser realizada com sucesso, o utente ainda pode ser ventilado e oxigenado com máscara enquanto o efeito do relaxante muscular passa, ou enquanto alternativa às técnicas de entubação são preparadas, sendo a capacidade de ventilar o utente mais crucial do que entubar. Após ventilação bem-sucedida com máscara, e a administração do relaxante, o utente é então entubado, geralmente por laringoscopia direta. Após a confirmação da colocação adequada do tubo endotraqueal (TET) por capnografia do CO<sub>2</sub> expirado, e por auscultação de sons respiratórios, o balão do TET é insuflado e a pressão na cricóide libertada (Lynette *et al.*, 2021).

Após a manipulação das vias aéreas e respetiva entubação, pode ser necessário o uso de monitores invasivos, ou a adição de acessos intravenosos (IV). A ASA, lançou pela primeira vez em 1986, os critérios para a monitorização de anestesia básica, atualizados em 2011. Esses padrões incluem avaliação da oxigenação, da ventilação, da circulação do paciente, e da temperatura durante todos os anestésicos administrados. Esse documento introduziu a oximetria de pulso e a capnografia como padrões de tratamento, permitindo assim um reconhecimento mais rápido e preciso da saturação e da entubação esofágica previamente não reconhecida. Na prática, a monitorização anestésica básica deve incluir a análise contínua de oxigênio, oximetria de pulso, capnografia em forma de uma onda contínua, medição do volume corrente, eletrocardiografia e medição de temperatura, bem como medição intermitente (não menos frequentemente do que a cada 5 minutos) da pressão arterial e da frequência cardíaca. Além disso, o uso de um monitor de bloqueio neuromuscular, para avaliar o grau de paralisia muscular e o retorno da força muscular após reversão farmacológica da paralisia contribuiu significativamente para melhorar a segurança do paciente (Lynette, et al., 2021).

A fase da manutenção continua a partir deste ponto até quase o final do procedimento, podendo ser realizada com agentes inalatórios e/ou com medicamentos IV administrados em doses tituladas ou por infusões contínuas. A emergência ou despertar é caracterizada pela extubação, depende do estado do utente, bem como com da profundidade e duração da anestesia, terminando quando o utente está apto a deixar a sala de cirurgia. A recuperação da anestesia dos doentes nas unidades de recobro pode ser considerada uma quarta fase de anestesia geral (DeLamar, 2007).

## 4.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 78 anos | Feminino

## 4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-04 17:00:00	Sugamadex 100 mg/ml Sol inj Fr 2 ml IV 200 mg IV	17:00
2024-01-04 17:00:00	Solução Salina 0,9% 1000cc IV	17:00

Início	Medicação	Fim
2024-01-04 17:15:00	Paracetamol 1gr. IV	
2024-01-04 17:15:00	Droperidol, 0.625mg IV	

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

##### Sugamadex

Sugamadex é um medicamento de reversão que se liga ao rocurónio e ao vecurónio, removendo assim o bloqueio neuromuscular. A dosagem intravenosa depende do grau de bloqueio motor residual: para bloqueio moderado com TOF > 2, a dose é de 2 mg/kg; para bloqueio profundo com TOF 1 a 2 a dose é de 4 mg/kg; e para reversão imediata do bloqueio completo, a dose é de 16 mg/kg. Como o sugamadex é eliminado por via renal, o seu uso nos utentes com insuficiência renal não é recomendado. O efeito clínico do relaxante muscular é seguido pela observação da resposta do TOF à estimulação nervosa. Os relaxantes musculares não despolarizantes em concentrações suficientemente baixas, podem ter os seus efeitos clínicos revertidos pela administração de neostigmina ou outro inibidor da colinesterase, onde o aumento resultante da acetilcolina disponível na junção neuromuscular leva ao retorno da força muscular. No entanto, os inibidores da colinesterase também levam ao aumento dos efeitos parassimpáticos nos recetores muscarínicos, provocando bradicardias ou assistolias. Já o Sugamadex não parece causar esses efeitos colaterais, produzindo reversão superior do bloqueio, sendo particularmente útil na prevenção da reintubação (Lynette, *et al.*, 2021).

##### Droperidol, 0.625mg IV

As náuseas e vômitos no pós-operatório são uma experiência comum e desagradável para os utentes, estando associada à permanência prolongada em recuperação e a readmissões imprevistas. Protocolos de antieméticos podem ser desenvolvidos na unidade e os utentes não devem receber alta até que os inconvenientes de náuseas e vômitos estejam adequadamente controlados. Outro inconveniente relatado pelos utentes é a sede e, à medida que sua intensidade aumenta, o desconforto resultante é maior (Maya, 2022).

No caso deste utente, o antiemético administrado foi o droperidol, com a sua dose de efeito antiemético.

Tem ação antiemética central e dose efetiva de 0,625 mg na prevenção de náuseas e vômitos no pós-operatórios em adultos, sem atrasar o despertar da anestesia (Brandão, *et al.*, 2019).

##### Paracetamol

A Organização Mundial de Saúde inclui o paracetamol na sua lista de medicamentos essenciais (“os medicamentos mais eficazes, seguros e económicos para condições prioritárias”). A ação

analgésica do paracetamol tem sido atribuída à sua inibição da via da ciclooxigenase (COX) no sistema nervoso central, reduzindo a produção de prostaglandinas mediadoras da dor, mas também pode aumentar a transmissão endocanabinoide e modular as vias inibitórias serotoninérgicas descendentes (Abdel Shaheed, *et al.*, 2021).

As diretrizes de prática clínica recomendam o uso regular e por tempo limitado de paracetamol para o tratamento da dor aguda leve a moderada e da dor crônica não maligna. Apesar do uso generalizado de paracetamol, foram expressas considerações de que ele possa ser ineficaz no tratamento de condições dolorosas e talvez menos seguro do que se pensava anteriormente. No entanto, as alegações relativas à frequência e gravidade dos eventos adversos baseiam-se em grande parte em estudos observacionais nos quais foram consumidas doses terapêuticas comparativamente grandes durante longos períodos (por exemplo, até 4 g/dia durante quatro semanas ) (Abdel Shaheed, *et al.*, 2021).

### **Solução Salina 0.9%**

Quase todas as cirurgias requerem fluidos cristalóides intravenosos para administração de medicamentos e reposição de volume vascular. A solução salina (cloreto de sódio a 0,9%; “solução salina normal”) é um cristalóide comumente usado, mas tem uma concentração de cloreto muito mais alta do que o plasma humano e, portanto, é desequilibrada. Em contraste, outro cristalóide comumente usado, a solução de lactato com Ringer, é uma mistura de cloreto de sódio, lactato de sódio, cloreto de potássio e cloreto de cálcio. A concentração de cloreto no Ringer com lactato é semelhante à do plasma e, portanto, a solução é considerada equilibrada. A infusão de grandes volumes de solução salina pode causar acidose metabólica hiperclorêmica. No entanto, os volumes típicos utilizados durante a cirurgia não cardíaca nunca foram associados de forma convincente a piores resultados clínicos, como disfunção renal, coagulopatia, aumento da necessidade de transfusão ou morbidade e mortalidade geral. Uma revisão recente da Cochrane relatou que a maior morbidade e mortalidade foram comparáveis com o uso perioperatório de solução salina ou de lactato de Ringer. Embora os fluidos intravenosos sejam amplamente utilizados, um fluido ideal ainda não foi desenvolvido. Apesar da disponibilidade imediata de fluidos balanceados, a solução salina continua sendo de uso comum para reposição do volume vascular (Maheshwari, *et al.*, 2020)

Segundo a conclusão do estudo supra citado, em pacientes eletivos de cirurgia ortopédica e colorretal, não houve diferença clinicamente significativa nas complicações pós-operatórias com lactato de Ringer ou reposição de volume com solução salina.

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

##### Atitudes terapêuticas

04-01-2024 17:00

##### **04-01-2024 17:00 - Procedimento invasivo**

04-01-2024 17:00 - Tipo de procedimento invasivo: Encavilhamento trocantérico numa mesa de tração ortopédica.

04-01-2024 17:15 - Tipo de procedimento invasivo: Encavilhamento trocantérico numa mesa de tração ortopédica.

04-01-2024 18:30 - Tipo de procedimento invasivo: Encavilhamento trocantérico numa mesa de tração ortopédica.

04-01-2024 17:00 - Perda sanguínea

04-01-2024 17:00 - Perna Direita(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

04-01-2024 17:00 - Localização do Pulso

04-01-2024 17:00 - Tórax

04-01-2024 17:00 - Frequência do pulso: 57 pulsações por minuto.

04-01-2024 17:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

04-01-2024 17:00 - Membro superior Direita(o)

04-01-2024 17:00 - Pressão sanguínea sistólica: 125 mmHg.

04-01-2024 17:00 - Pressão sanguínea diastólica: 53 mmHg.

04-01-2024 17:00 - Temperatura corporal periférica

04-01-2024 17:00 - Região temporal: 36.60 °C.

04-01-2024 18:30 - Temperatura corporal central: 36.60 °C.

##### **04-01-2024 17:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo**

04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [turno da tarde]

04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [turno da tarde]

##### **04-01-2024 17:00 - Repouso no leito**

##### **04-01-2024 17:00 - Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais**

04-01-2024 17:00 - Arranjar o cliente [turno da tarde]

##### **04-01-2024 17:15 - Promover adesão: repouso no leito**

04-01-2024 17:15 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: facilitador.

04-01-2024 18:30 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: facilitador [MANTEVE].

##### **04-01-2024 17:00 - Regime de nada pela boca**

##### **04-01-2024 17:00 - Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 04-01-2024 17:15**

04-01-2024 17:00 - FiO2: 30 %.

04-01-2024 17:00 - Débito de oxigénio: 3.00 L/min.

04-01-2024 17:00 - cateter binasal

**04-01-2024 17:00 - Assegurar oxigenoterapia** [FIM] 04-01-2024 17:15

*04-01-2024 17:00 - Manter oxigenoterapia [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 17:15*

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

04-01-2024 17:00

**04-01-2024 17:00 - Sonda de oxigénio** [RESOLVIDO] 04-01-2024 17:15

04-01-2024 17:00 - Características do dispositivo: cateter bi-nasal.

**04-01-2024 17:00 - Cateter venoso periférico**

04-01-2024 17:00 - Localização do cateter venoso periférico

04-01-2024 17:00 - Antebraço Esquerda(o)

04-01-2024 17:00 - Características do dispositivo: 18 G.

04-01-2024 17:00 - Ausência de dor.

04-01-2024 17:00 - Ausência de calor.

04-01-2024 17:00 - Ausência de rubor.

04-01-2024 17:00 - Ausência de tumefação.

04-01-2024 17:00 - Ausência de exsudado.

04-01-2024 17:00 - Ausência de infiltração.

**04-01-2024 17:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter**

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [turno da tarde]*

**04-01-2024 17:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

*04-01-2024 17:00 - Otimizar cateter venoso periférico [turno da tarde]*

**04-01-2024 17:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [turno da tarde]*

**04-01-2024 17:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**

*04-01-2024 17:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 18:30*

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

Do meu ponto de vista, na análise a esta fase do período pós-operatório imediato é importante considerar, para uma melhor conceção dos cuidados, alguns aspetos relacionados com o procedimento invasivo e o posicionamento para esse procedimento, que irão ter interferência no pós-operatório tardio e conseqüentemente na qualidade de vida do utente em reflexão.

Para que o papel do enfermeiro seja relevante nesta fase de transição do utente é essencial, apesar da reduzida margem temporal, o envolvimento particular e orientado do enfermeiro com o cliente, de modo a o informar dos cuidados e necessidades essenciais, para que o cliente esteja mais capacitado a enfrentar o pós-operatório, garantindo deste modo, a qualidade

máxima em saúde.

Donabedian, 1990, citado por Brandão *et al.* (2019), define a qualidade na saúde como o conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo risco ao utente e um alto grau de satisfação por parte dos utilizadores, considerando os valores sociais existentes. Para este autor, são sete os pilares da qualidade que, mensurados isoladamente ou combinados, expressam a magnitude da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Um cuidado de qualidade, segundo Donabedian, é aquele que proporciona ao utente o bem-estar máximo e completo, após ter sido considerado o equilíbrio previsto entre os ganhos e as perdas que acompanham o processo de cuidado em toda a sua extensão.

De modo a alcançar esta qualidade máxima, é importante olhar para o utente de forma individual, exigindo-se ao enfermeiro em contexto perioperatório, que compreenda a magnitude das complicações da cirurgia e da anestesia em cada subjetividade do utente com que se depara. Deste modo, não só as complicações cirúrgicas e anestésicas devem fazer parte do nosso foco de atenção, mas também complicações derivadas de posicionamentos ou de imobilizações no pré e no pós-operatório podem ter um efeito nefasto para o indivíduo, família e sociedade.

O posicionamento cirúrgico do utente é deste modo um procedimento importante na assistência de enfermagem no período perioperatório. O principal objetivo desse procedimento é promover a ótima exposição do local cirúrgico e, ao mesmo tempo, a prevenção de complicações, decorrentes do posicionamento. Para tal, é essencial o trabalho em equipa e a utilização correta de dispositivos e equipamentos de posicionamento específicos para cada utente e cirurgia. O enfermeiro partilha com a equipa a decisão do melhor posicionamento do utente de modo a facilitar as atividades durante o ato anestésico e cirúrgico. É assim, necessária a identificação das alterações anatómicas e fisiológicas do utente, associadas ao tipo de anestesia, tipo de procedimento e ao tempo cirúrgico a que será submetido, evitando complicações pós-operatórias (Lopes & Galvão, 2010).

Este caso específico, em que o utente em questão é submetido a um encavilhamento trocantérico numa mesa de tração, acarreta cuidados especiais e específicos ao utente durante o pós-operatório imediato e tardio. Várias são as complicações relatadas na bibliografia, derivadas do simples uso da mesa ortopédica de tração, nomeadamente o desalinhamento da fratura, paralisia do nervo pudendo, disfunção erétil, lesão do nervo ciático e peroneal, lesão de partes moles, síndrome de esmagamento e síndrome compartimental. Todas elas, podem ser consequência do mau manuseio do equipamento junto do doente, sendo a atuação do enfermeiro no pós-operatório imediato e tardio essencial para as diagnosticar o mais antecipadamente possível, prevenindo complicações mais nefastas assim como internamentos prolongados.

Simultaneamente, estudos recentes, têm demonstrado a importância de alteração de ideias e comportamentos em relação ao pós-operatório tardio destes doentes.

No período pós-operatório, restrições de sustentação de peso a utentes idosos submetidos a fraturas da anca, são frequentemente prescritas. No entanto, segundo as Diretrizes Ortopédicas da Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos, de 2015, estudos recentes têm vindo a demonstrar que estes utentes podem beneficiar de uma mobilização precoce, pois as restrições de sustentação de peso podem levar à imobilização, desencadeando complicações pós-operatórias como tromboembolismo venoso, pneumonia, infeções do trato urinário e úlceras de pressão, para além de ter sido demonstrado que, utentes imobilizados por longos períodos de tempo, nomeadamente duas semanas, correm maior risco de mortalidade (Kammerlander, *et al.*, 2018).

Estas descobertas, sublinham assim a importância da mobilização precoce após a cirurgia, devendo o enfermeiro em contexto perioperatório atuar no sentido de prevenir complicações que possam retardar a mesma.

Uma outra parte integrante da continuidade de cuidados de boa qualidade é a transferência eficaz de informação clínica. Durante o perioperatório, o utente passa por múltiplos processos: pré-operatório, intra-operatório, unidade de cuidados pós-anestésicos e, por fim, a alta para outro serviço da instituição. É por isso essencial que a transmissão e a rastreabilidade dos cuidados seja realizada de forma correta, eficaz e o mais universal possível. Nesta unidade específica, iniciou-se o projeto de transmissão de informação do utente, através do formulário ISBAR, em que é dada a informação do utente, seguindo a nomenclatura, "S" situação do utente (nome, idade e cirurgia realizada), "B" antecedentes (história médica, alergias, medicamentos, técnica anestésica, "A" avaliação (via aérea, permeabilidade, possíveis dificuldades antecipadas, necessidade de oxigénio, frequência respiratória e cardíaca, necessidade de monitorização invasiva, etc), e finalmente "R" recomendações (plano analgésico, recomendações específicas, informações adicionais, como análises, drenos e algálias).

Conclui-se então que, prestar uma assistência em consonância com os princípios da gestão da qualidade e livre de danos desnecessários ao utente, profissionais, instituições e à sociedade em geral, torna-se imperativo, do qual os cuidados perioperatórios, não podem fugir dessa responsabilidade, sendo mesmo um desafio no atual cenário de saúde.

### **Oxigenoterapia:**

Com os avanços na tecnologia de bloqueio nervoso guiado por ecografia, a combinação de anestesia geral com bloqueio nervoso é cada vez mais utilizada em cirurgias ortopédicas para utentes idosos. No entanto, os utentes frequentemente apresentam hipoxemia quando o tubo traqueal é removido após a cirurgia, devido a doenças crónicas pré-existentes e ao declínio da reserva de órgãos. Atualmente, o critério de diagnóstico aceite para hipoxemia é a saturação

periférica de oxigénio (SpO<sub>2</sub>) ≤ 90% e a incidência pós-operatória de hipoxemia pode chegar a 28% -50%. Esta hipoxemia pode causar delírio pós-operatório e infeção de feridas cirúrgicas e, em casos graves, pode levar a vários tipos de arritmia, lesões no sistema nervoso e alterações anormais na pressão arterial, aumentando simultaneamente o risco ortopédico perioperatório, afetar a recuperação pós-operatória e até prolongar o tempo de internamento hospitalar (Li, et al., 2022).

A hipoxemia pós-operatória resulta predominantemente de dois mecanismos. As trocas gasosas são prejudicadas durante a anestesia em decorrência da redução do tónus muscular da parede torácica e provavelmente de alterações no tónus broncomotor e vascular, persistindo no pós-operatório as alterações resultantes. Além disso, existe uma anormalidade no controlo da respiração, que resulta em apneia obstrutiva episódica. Esses episódios continuam por vários dias após a cirurgia e estão relacionados ao padrão de sono e à administração analgésica, tendo a administração de oxigênio um efeito na redução do grau de hipoxemia (Jones, et al., 1990).

### **Cateter Venoso Periférico:**

A terapia intravenosa é uma intervenção essencial, frequentemente realizada nas instituições de saúde, com o objetivo de promover a distribuição de fluidos, nutrição parental e ação de medicamentos, em situações perioperatórias, emergenciais, de cuidados intensivos e clínicos. Para realizar a terapia intravenosa, é necessário inserir um cateter numa veia, existindo diferentes tipos de cateteres, sendo os intravenosos periféricos os mais utilizados, pois proporcionam acesso ao sistema vascular de uma forma mais rápida, e menos invasiva. Embora o uso deles esteja associado a muitos benefícios terapêuticos, estão também relacionados ao desenvolvimento de complicações locais e sistémicas como extravasamento, infiltração, hematoma, infeção e flebites (Enes, et al., 2016).

A flebite é uma das complicações locais mais frequentes e graves, relacionadas com o uso do cateterismo periférico, caracterizada por inflamação da parede venosa com sintomas em graus variáveis de edema, dor e eritema ao redor do local de inserção do cateter ou ao longo dos vasos sanguíneos, com possível prognóstico para um cordão fibroso palpável e intensa vermelhidão, sensibilidade e febre. Pode ser classificada, de acordo com os fatores predisponentes de complicação, em flebite mecânica, resultante do trauma causado pelo cateter na parede do vaso durante o movimento de punção ou durante o uso do cateter; em flebite química, quando há relação com os fluidos de infusão ou soluções com baixa solubilidade, pH extremo ou alta osmolaridade, ou devido à presença de pequenas partículas na solução; em flebite infecciosa, provocada por contaminação de soluções, provocada pela má conduta da técnica asséptica durante a inserção e manuseio de dispositivos e soluções (Enes, et al., 2016).

Na minha opinião, atesta-se assim a importância de uma boa vigilância, constante monitorização e otimização dos cateteres durante a a infusão.

## 4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
04-01-2024 17:00	Consciência	
04-01-2024 17:00	Sensações somáticas	
04-01-2024 17:00	Sistema respiratório	
04-01-2024 17:00	Sistema cardiovascular	
04-01-2024 17:00	Eliminação urinária	04-01-2024 18:30
04-01-2024 17:00	Pele e mucosas	
04-01-2024 17:00	Metabolismo	
04-01-2024 17:00	Termorregulação	04-01-2024 18:30
04-01-2024 17:00	Emoção	
04-01-2024 17:00	Transferir-se	
04-01-2024 17:00	Atitudes terapêuticas	
04-01-2024 17:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
04-01-2024 17:00	Digestão	04-01-2024 18:30
04-01-2024 17:15	Força muscular	04-01-2024 18:30
04-01-2024 17:15	Movimento articular	

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

Todo este caso diz respeito ao período da fase pós-operatória. Encontra-se dividido em três sessões, sendo que a primeira sessão (fim da anestesia-despertar do doente) ainda é decorrida dentro da sala cirúrgica, com o doente na marquesa cirúrgica, e as restantes (2ª e 3ª sessão), decorrem na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos, UCPA. A segunda sessão refere-se especificamente ao momento de acolhimento do utente na UCPA, e a terceira ao momento da alta clínica. Nas diferentes fases são abordados os aspetos que considero mais relevantes para cada uma das situações, expressos nos diferentes domínios por mim identificados, e sua respetiva evolução.

#### **Pós-operatório:**

Sendo a nossa população cada vez mais envelhecida, o grande desafio dos cuidados perioperatórios prende-se com o progresso das intervenções cirúrgicas, a manipulação das doenças crónicas e a melhoria das condições de saúde do utente. Os cuidados durante este período são um processo complexo, em que a segurança do utente está presente em todos os cuidados prestados.

O período pós-operatório é a última fase do perioperatório, iniciando-se quando termina a fase anterior, intra-operatório, e prolonga-se até ao momento em que o utente está recuperado da cirurgia e estão ultrapassadas eventuais complicações do procedimento. No período pós-

operatório imediato, os cuidados de enfermagem centram-se na manutenção dos sistemas fisiológicos e, nas fases seguintes, o foco principal incide no ensino de competências ao doente e cuidadores para a preparação para a alta. O pós-operatório imediato, que começa com a transferência do utente para a unidade de cuidados pós anestésicos, é um período essencial para monitorizar o estado de consciência, a capacidade de comunicação do utente, proteger o sistema respiratório e cardiovascular do mesmo, a manutenção da normotermia, o controlo da dor e das náuseas e vômitos, terminando com a sua transferência para o serviço de internamento ou domicílio (Maya, 2022).

Silva, (2016) citando vários autores, define Unidade de Cuidados pós anestésicos (UCPA) como unidades altamente especializadas, dotadas de recursos humanos competentes e vocacionados para a monitorização, vigilância e cuidados intensivos, durante um período curto, mas crítico que se segue imediatamente à intervenção cirúrgica, e equipadas com meios tecnológicos sofisticados. Segundo a autora, o foco da atuação do enfermeiro na UCPA é o cliente, promovendo uma avaliação sistematizada e regular. O enfermeiro, ao acolher o cliente na UCPA, tem acesso a um relatório do tipo de intervenção, da técnica anestésica, dos medicamentos utilizados, das intercorrências, das perdas hídricas ou sanguíneas. Simultaneamente, faz uma avaliação inicial e despiste de complicações respiratórias, cardiovasculares, termorreguladoras, gástricas, consciência e dor, tornando-se imperativo estabelecer diagnósticos, definir e executar um plano de cuidados e a sua reavaliação sistemática.

O tempo de recuperação dos utentes submetidos a anestesia é variável, dependendo do procedimento cirúrgico, da duração da cirurgia, da ação residual dos fármacos anestésicos e das condições clínicas prévias. As altas para as unidades de internamento podem ser dadas por prescrição médica, de acordo com escalas de recuperação (Brandão, *et al.*, 2019)

Na unidade em que se realizou esta unidade prática, especificamente no momento da alta deste utente, foi usado o índice de Aldrete.

Segundo, Brandão *et al.*, (2019), esta escala, é a mais utilizada, e é caracterizada por analisar 5 itens (atividade, respiração, consciência, circulação e saturação) cuja resposta é graduada de 0 a 2, e tem um valor total mínimo para alta de, 10.

### **Consciência:**

Segundo Hobaiaka *et al.* (2007), a anestesia geral é o conjunto de vários estados fisiológicos, incluindo inconsciência, imobilidade e amnésia. As drogas anestésicas deprimem a função do SNC, induzindo diferentes níveis de inconsciência. Para que um nível ideal seja alcançado monitoriza-se parâmetros subjetivos e objetivos.

As escalas clínicas de sedação avaliam o nível de consciência do paciente de maneira subjetiva. Uma das escalas mais utilizadas na prática clínica é a de Ramsay. Esta escala usa parâmetros clínicos e é graduada de um a seis. O grau seis poderia ser o ideal para um utente em anestesia

geral, visto que a sua consciência se encontra profundamente deprimida. Todavia, esse mesmo utente pode estar num plano muito profundo de anestesia e até mesmo perigoso, provocado por excessos de anestésicos. Deste modo, depreende-se que este tipo de escalas não pode fazer estas distinções, sendo necessários valores medidos com mais precisão, ou seja parâmetros objetivos, como é o caso dos processadores de eletroencefalograma, nomeadamente o índice bispectral (BIS) e a entropia espectral (Hobaika, *et al.*, 2007).

**BIS:**

O índice bispectral é um equipamento utilizado para medir de forma objetiva o nível de consciência de um utente submetido a sedação ou anestesia geral. Ele capta continuamente, através de eletrodos colocados na região frontotemporal, as ondas cerebrais do córtex (alfa, beta, delta e teta), gerando um valor que corresponde ao estado clínico do utente. A escala do BIS vai de zero a 100, sendo que o valor máximo indica que o utente está acordado e o valor mínimo indica a supressão do eletroencefalograma. Durante procedimentos cirúrgicos em que se utiliza anestesia geral, o valor ideal indicado pelo BIS deve estar entre 40 e 60, para que o utente se mantenha inconsciente e não tenha memória da cirurgia no pós-operatório (Hobaika, *et al.*, 2007).

**Delirium:**

A disfunção cognitiva pós-operatória de cirurgias sob anestesia geral é um evento relativamente frequente, principalmente em utentes geriátricos. Embora a maioria dos casos seja reversível, em alguns casos torna-se permanente. Do mesmo modo, também a anestesia regional, pode causar disfunção cognitiva transitória no pós-operatório imediato. Quer a cirurgia, quer a anestesia, exercem efeitos adversos cerebrais mais acentuados nos idosos do que nos jovens, o que é manifestado pela maior prevalência de delirium pós-operatório e disfunção cognitiva, atrasando a reabilitação e aumentando a morbilidade e mortalidade nos idosos. Também outras situações, como a falta de sono, dor pós-operatória, desidratação, restrição no leito e uso de analgésicos opioides e de benzodiazepinas, podem concorrer para o declínio mental, estando muito associados ao desenvolvimento do delirium (Brandão, *et al.*, 2019).

Os opioides alteram o nível de neurotransmissão (acetilcolina e serotonina), e sua atividade neurotóxica e anticolinérgica direta pode produzir delirium. A sedação pós-operatória induz delirium, interferindo com o sono normal, o que resulta na depleção de acetilcolina diminuída e na formação de melatonina. A razão plausível para o aumento da incidência de delirium após anestesia geral pode ser atribuída à hipoxemia residual resultante de efeitos de relaxantes musculares não despolarizantes, assim como ao uso de outros fármacos, nomeadamente, depressores do SNC, antagonistas H<sub>2</sub>, anticolinérgicos, digitálicos, fenitoína, lidocaína, anti-histamínicos de primeira geração (hidroxizina) e anti-hipertensivos (b-bloqueadores), devendo por este motivo serem usados com alguma cautela (Brandão, *et al.*, 2019).

## Náuseas e vômitos

Os antieméticos são utilizados para minimizar os riscos, prevenir náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) e a broncoaspiração, antes, durante e depois do ato anestésico.

O vômito é estimulado por duas vias: estímulos iniciados na zona do gatilho e sinais provenientes da faringe como, o trato gastrointestinal, mediastino e áreas do cérebro relacionadas à visão e ao olfato. A zona do gatilho é estimulada por substâncias endógenas e exógenas (incluindo os fármacos anestésicos) que se ligam a recetores adrenérgicos colinérgicos, histaminérgicos, serotoninérgicos, dopaminérgicos e opióides. Estímulos sobre o aparelho vestibular também podem provocar vômitos ao ativarem a zona do gatilho. Assim, os estímulos relacionados à anestesia, incluindo boa parte das medicações anestésicas, o estímulo cirúrgico em si, a resposta endócrino-metabólica ao trauma, a dor, a hidratação, entre outros fatores, estão associados a NVPO. Os fármacos procinéticos aumentam a motilidade gastrointestinal, aumentam o tónus do esfíncter gastro-esofágico inferior, relaxam o piloro e o duodeno, favorecendo o conteúdo gástrico. Deste modo, esses efeitos resultam em diminuição do tempo de esvaziamento gástrico. O tratamento racional profilático com tais agentes visa a profilaxia de situações de maior gravidade, como a broncoaspiração. Deste modo, diferentes antieméticos podem ser administrados, como por exemplo, metoclopramida, droperidol ou ondansetron (Brandão, *et al.*, 2019).

É, assim importante, que o enfermeiro perioperatório, esteja atento aos sinais, e possa atuar profilaticamente ao acontecimento da náuseas e vômitos por parte do utente, prevenindo-os, com o uso de antieméticos, ou outras formas, como a gestão do ambiente físico e sonoro da UCPA, promovendo o conforto do cliente. Muitas vezes este acontecimento, é uma manifestação da dor, estando também associado a um dos maior motivos de ansiedade dos doentes.

Dentro do domínio da digestão, é importante dar relevo ao Íleo-paralítico.

O Íleo pós-operatório é uma alteração transitória da motilidade gastrointestinal, e é uma causa frequente de atraso no retorno à motilidade intestinal normal, após a cirurgia abdominal. Os doentes que desenvolvem íleo pós-operatório apresentam uma maior utilização de recursos de cuidados de saúde, com atrasos na alta hospitalar (Goulart & Martins, 2010).

Segundo os autores supra citados, é universalmente reconhecido que os opióides exacerbam o íleo pós-operatório, referindo contudo, que os novos anestésicos intravenosos (propofol) e inalatórios (sevoflurano e desflurano) e ainda alguns opióides (remifentanil) raramente causam disfunção intestinal prolongada.

No caso do doente estudado, apesar de ter sido submetido a uma anestesia geral, não se prevê que possa sofrer da atenuação do peristaltismo, uma vez que os fármacos e a dosagem usada não predispõe tal efeito, não tendo por este motivo identificado a sua vigilância no referido caso.

**Sensações somáticas - Dor:**

Uma ampla gama de estratégias farmacológicas e não farmacológicas pode ser usada para controlar a dor durante o pós-operatório. Pode ser usado um bloqueio neuroaxial de nervos periféricos, analgesia controlada pelos profissionais e posteriormente pelo utente, musicoterapia, entre outros. No entanto, é essencial, que os profissionais de saúde estejam despertos para reconhecer os potenciais efeitos colaterais derivados desta técnica (Maya, 2022).

No caso específico deste utente, no momento imediatamente a seguir à indução procedeu-se ao bloqueio femoral, através do uso de Ropivacaína, numa dosagem de 0,2%, encontrando-se o utente neste período de pós-operatório imediato sem sensibilidade no membro inferior direito e sem dor no resto do corpo, incluindo no momento da alta da UCPA, estimando-se que esta ausência da sensibilidade profunda e superficial à dor no membro operado, tenha uma duração de 12h.

Devido a esta ausência de sensibilidade somática, torna-se ainda mais urgente, que o enfermeiro perioperatório esteja de sobreaviso e de vigia, a sinais de feridas na pele, decorrentes do posicionamento, assim como ao correto posicionamento, alinhamento, perfusão periférica e temperatura do membro, durante a permanência do utente no leito, na UCPA.

**Pele e mucosas:**

A capacidade de cicatrização das feridas é uma das mais poderosas propriedades defensivas que o ser humano possui, sendo a sua cicatrização uma resposta complexa e organizada, à rutura tecidual devido a lesão, onde a manutenção das bordas da ferida limpa, é essencial para a cicatrização espontânea.

As infeções pós-operatórias do local cirúrgico são uma fonte importante de complicações, pelo que as ações executadas pela equipa perioperatória, podem significar a diferença entre desenvolver uma ILC e o processo normal de cicatrização. O centro de controlo e prevenção de doenças (CDC), recomenda a classificação das feridas cirúrgicas em quatro classes: feridas limpas, feridas contaminadas limpas, feridas contaminadas, e feridas sujas ou infetadas, refletindo-se este esquema de classificação na possibilidade de infeção, possibilitando que sejam tomadas medidas adequadas a cada uma (Mcewen, 2007).

A intervenção cirúrgica em questão implica obrigatoriamente uma ferida cirúrgica, sendo a deste caso, classificada como ferida limpa. É essencial que o enfermeiro na UCPA e no internamento esteja atento à evolução do penso dessa ferida, mantendo-o limpo e seco, assim como da pele ao redor da ferida cirúrgica e do penso, ajudando, deste modo, a identificação de sinais de inflamação que possam obrigar a outros cuidados, prevenindo o aparecimento de maiores complicações e ao prolongamento do internamento hospitalar.

Do mesmo modo, como já foi referido, a permanência dos utentes, por longos períodos de tempo na mesma posição e em determinadas posições cirúrgicas, na mesa operatória, submetidas aos efeitos anestésicos, analgésicos e relaxantes musculares predispõe-nos ao risco potencial de lesões na pele e mucosas.

Para que o utente retome as suas condições normais de saúde, sem complicações decorrentes do posicionamento ou da cirurgia em geral, devem ser asseguradas as medidas necessárias durante o perioperatório competindo, especialmente ao enfermeiro em contexto perioperatório, a elaboração de um plano de cuidados que vise a prevenção do aparecimento de úlceras de pressão e a conseqüente manutenção da integridade cutânea.

### **Termorregulação**

A hipotermia perioperatoria inadvertida é uma complicação frequente, capaz de ser prevenida e que está associada a piores outcomes, estando definida por uma temperatura central inferior a 36°C. Segundo a literatura, 26% a 90% dos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresentam-se hipotérmicos no final da cirurgia e esta complicação pode ocorrer em qualquer fase do período perioperatorio. Fatores como a inibição das respostas fisiológicas termorreguladoras associada a anestesia, a diminuição do metabolismo basal, os fatores associados ao procedimento cirúrgico e a exposição do doente a baixas temperaturas do bloco operatório, assumem um papel importante para o desenvolvimento desta complicação, sendo a associação entre a hipotermia inadvertida no perioperatorio e o aumento da morbimortalidade do doente cirúrgico evidente (Azenha, *et al.*, 2017).

Os mecanismos fisiopatológicos associados a hipotermia são responsáveis pela ocorrência de várias complicações, nomeadamente o aumento da incidência de infeção da ferida operatória pelo efeito direto na resposta imunitária e indireto pela diminuição da perfusão tecidual; eventos cardíacos adversos (hipertensão arterial, taquicardia, consumo aumentado de oxigénio e propensão para eventos isquémicos); alterações da coagulação (redução da síntese de tromboxano A2, ativação plaquetaria e coagulopatia); disfunção endocrino-metabólica (supressão da secreção de corticoides, redução da libertação de insulina com maior resistência a sua atividade nos tecidos, produção aumentada de TSH e tiroxina); e shivering. Preocupam ainda, as alterações no metabolismo dos fármacos com conseqüente aumento na concentração plasmática de alguns destes (ex. propofol), o prolongamento da duração de ação dos bloqueadores neuromusculares e uma diminuição estimada da MAC (concentração alveolar média) em cerca de 5 % por cada queda de 1°C. Estas alterações parecem predispor a uma maior tendência para instabilidade hemodinâmica, uma recuperação anestésica prolongada e a um impacto desconhecido na função cognitiva. Para além da repercussão nos resultados clínicos, outros indicadores como o prolongamento da duração da hospitalização, a maior utilização de cuidados diferenciados hospitalares, o aumento dos custos e a diminuição da satisfação do doente, são igualmente afetados (Azenha, *et al.*, 2017).

O período pós-operatório consiste numa fase crucial da manutenção e otimização dos cuidados que asseguram a integridade corporal do doente. Nesta fase de estabilização, após um período de agressão a sua homeostasia, é essencial promover a manutenção da temperatura corporal ou instituir medidas ativas para a sua otimização. Como consequência indesejável, a hipotermia inadvertida perioperatoria está frequentemente associada ao aumento do tempo de permanência na unidade de cuidados pós anestésicos, na tentativa de restauração da normotermia, pelo que a prevenção e o adequado tratamento, terão impacto na qualidade dos cuidados prestados e na relação custo-benefício global. Depois de uma intervenção cirúrgica é expectável a progressiva normalização da resposta fisiológica dos mecanismos de termorregulação. Não obstante, existem diferentes contributos externos, ou diretamente relacionados com o doente, que podem modificar essa mesma resposta, entende-se assim que a fase pós-operatória, que compreende o período de tempo decorrido até 24 horas após a admissão no recobro/UCPA, seja reconhecida como um momento fulcral para implementação de medidas de atuação, devendo estas medidas, estarem sujeitas a reavaliações progressivas desde a admissão até a alta para internamento (Azenha, *et al.*, 2017).

Segundo os autores supra citados, no documento elaborado da SPA, no final de uma intervenção cirúrgica, o momento ideal para a transferência ao recobro/UCPA deve ter em conta os seguintes parâmetros:

- 1) Temperatura corporal do doente a saída da sala > 36°C;
- 2) Ausência de sinais ou sintomas de hipotermia (shivering, pilo-ereção e extremidades frias);
- 3) Verbalização de conforto por parte do doente.

Após admissão imediata no recobro/UCPA, o doente deve ser submetido a uma avaliação inicial, onde deverá ser reunida e integrada toda a informação recolhida, que irá possibilitar a inclusão do doente num de dois grupos distintos: doentes em Normotermia ou doentes em Hipotermia Inadvertida na admissão.

### **Sistema Respiratório:**

Para alta da UCPA, o utente deve estar consciente, com reflexos ílesos e capaz de manter trato respiratório próprio, via aérea permeável e frequência respiratória. A obstrução do trato respiratório pode ocorrer a qualquer momento com repercussões como edema pulmonar e hipoxemia. Muitos utentes chegam à unidade de recobro com cânula de Guedell ou tubo orotraqueal, neste caso, deve-se realizar conexão ao capnógrafo para deteção precoce de obstrução do trato respiratório, bem como da hipoventilação que resulta em hipercapnia. A equipa de enfermagem, deve estar treinada na extração dos referidos dispositivos, no entanto, no caso de tubo endotraqueal, a responsabilidade pela sua remoção cabe ao anestesista (Maya, 2022).

Segundo Maya, (2022), complicações pulmonares pós-operatórias podem ocorrer em 20% dos utentes submetidos a cirurgia. O reconhecimento precoce das complicações pode minimizá-las por meio da monitorização da frequência respiratória, da oximetria de pulso e da capnografia, nas circunstâncias descritas, bem como da administração de oxigénio. Do mesmo modo, é importante conhecer a morbilidade da curarização residual pós-operatória, razão pela qual o estimulador de nervo pode estar disponível para avaliar o bloqueio residual quando houver suspeita clínica nos utentes que receberam bloqueadores neuromusculares.

Por conseguinte, o enfermeiro perioperatório, deve estar à vontade com as diferentes técnicas de monitorização, para além da observação direta e indireta dos sinais de dificuldade respiratória.

TOF:

Agentes não despolarizantes de bloqueio neuromuscular (NMBA) são amplamente usados na prática anestésica de modo a facilitar a entubação traqueal e a cirurgia. Segundo as diretrizes internacionais, é recomendado o uso de monitorização tecnológica do efeito de NMBA. Dos diferentes padrões de estimulação, o mais comumente usado é o TOF. Para determinar o TOF, quatro estímulos elétricos são aplicados e, em seguida, a proporção das respostas motoras ao 4º estímulo e o 1º estímulo é calculado. O resultado é expresso em percentagem (razão TOF) variando de 100% (sem efeito NMBA) a 0% (sem resposta muscular ao quarto estímulo). Quando a quarta resposta desaparece completamente, as contrações restantes são expressas como zero (sem resposta muscular, bloqueio neuromuscular completo). Para entubação traqueal, o objetivo é a relação TOF 0% ou contagem TOF zero. Para a maioria dos casos, não é necessário um bloqueio neuromuscular completo, sendo que uma contagem de TOF dois considerada suficiente e uma recuperação do efeito dos NMBA, é definida numa razão TOF  $\geq 90\%$  (Marckle, *et al.*, 2020).

### **Sistema Cardiovascular:**

Os efeitos de certos anestésicos residuais, bem como a perda de sangue perioperatório e alterações de fluidos, tornam os utentes propensos a potencial instabilidade cardiovascular. Juntamente com a monitorização da saturação de oxigénio, o traçado eletrocardiográfico e a medida não invasiva da pressão arterial são padrões mínimos de acompanhamento. No entanto, muitos utentes entram na UCPA, com pressão arterial invasiva e monitorização da pressão venosa central ou de outra linha *in situ*, sendo essencial alcançar a estabilidade cardiovascular para cumprir os critérios de alta. Planos de cuidados individualizados são elaborados para cada utente e cada intervenção precisa, como fluidos pós operatórios, medicamentos, oxigénio administrado, deve ser prescrita e documentada, antes de sua transferência para outro serviço (Maya, 2022).

### **Emoção:**

Segundo, Prezzim *et al*, citado por Maya, 2022, a ansiedade também está presente no pós-operatório, identificando que utentes com sintomas prevalentes de ansiedade e depressão são mais dependentes dos cuidados de enfermagem do que os utentes assintomáticos.

Muitas vezes, a ansiedade demonstrada pelos utentes no período pré-operatório, transmite-se no período do pós-operatório. Eventos como náuseas e vômitos ou dor, são, como já referido, desencadeantes de stress, e ansiedade por parte dos utentes, prejudicando a sua recuperação pós cirúrgica e consequentemente, o momento da sua alta.

### **Força muscular e movimento articular:**

A imobilidade é relatada como fator de risco significativo para o internamento hospitalar prolongado. Todavia, há muitas barreiras que dificultam a prática clínica da mobilização precoce, entre elas barreiras relacionadas ao paciente (condições clínicas, dispositivos conectados no paciente), barreiras estruturais (recursos humanos), barreiras relacionadas à cultura de cada instituição (rotinas de cada unidade) e barreiras relacionadas ao processo (Brandão, *et al.*, 2019).

A mobilização precoce após estas cirurgias é, como anteriormente referido, um reconhecido componente dos cuidados perioperatórios para recuperação acelerada. Brandão, *et al.*, (2019), define mobilização como uma atividade física que produz benefícios fisiológicos ao organismo, capaz de agir na circulação, na ventilação e no nível de consciência. O termo “precoce” refere-se às atividades que podem ser feitas a partir da estabilização fisiológica e que continuam a ser realizadas na UCPA e internamentos.

Para os mesmos autores, os benefícios desta mobilização precoce inclui a melhoria da capacidade funcional, da força muscular, da mobilidade, da qualidade de vida, bem como da redução da duração da ventilação mecânica, da incidência de fraqueza adquirida na UCPA, do tempo de internamento e para a alta hospitalar. Um exemplo de protocolo que auxilia a recuperação precoce dos pacientes é o, já várias vezes referido, Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), um protocolo realizado de forma multidisciplinar para recuperação avançada após cirurgias de grande porte, implementado visando ao cuidado cirúrgico e consistindo numa abordagem multimodal e centrada no utente. A finalidade do ERAS é modificar a resposta fisiológica e psicológica ao trauma cirúrgico, integrando uma série de componentes baseados em evidência e num caminho clínico padronizado, visando reduzir a taxa de complicações, melhorar a recuperação cirúrgica e diminuir o tempo de internamento pós cirúrgico.

No entanto, toda esta resposta à mobilização precoce, pode estar comprometida, caso a força muscular e articular estejam comprometidas. É assim, uma vez mais, importante perceber, por parte da equipa de enfermagem, as complicações que possam advir dos posicionamentos e da cirurgia para uma melhor atenção a determinados focos, como, neste caso específico, a força muscular e articular.

O posicionamento numa mesa de tração ortopédica, predispõe nervos específicos para possíveis lesões iatrogénicas. A incidência de paralisia do nervo pudendo, ciático e peroneal, varia devido à tração excessiva e/ou prolongada contra a haste perineal. Na maioria dos casos, as lesões dos nervos foram transitórias e resolvidas em vários meses. No entanto, o retorno da função neurológica pode ser imprevisível e vários pacientes apresentam apenas recuperação parcial ou sofrem disfunção permanente (Flierl, *et al.*, 2010).

No caso, do utente específico, deve o enfermeiro perioperatório, focar-se na observação e monitorização da recuperação da força muscular, e do movimento articular, observando a mobilização de ambos os membros inferiores, garantindo deste modo, o não comprometimento a nível neuro-vascular, essencial para o pós-operatório tardio.

### **Transferir-se:**

O cuidado ao utente cirúrgico é um esforço cooperativo, sendo que os profissionais envolvidos no período perioperatorio devem atuar como uma equipa bem coordenada e ágil. Os profissionais de saúde nunca deverão mover um utente inconsciente ou consciente, sem primeiramente coordenar a posição de cada um em grupo. Deve ser feita uma verificação de ambos os membros, e das zonas de pressão, garantindo a segurança do utente (DeLamar, 2007).

No momento da transferência da utente, da marquesa cirúrgica, para o leito, a utente encontrava-se já consciente e desperta apesar de sonolenta, pelo que foi um trabalho de equipa, já com a colaboração da própria. No entanto, foi assegurada a correta disposição do corpo sob superfícies lisas, o correto alinhamento corporal, a força muscular e o movimento articular, para além das funções cardiorrespiratórias, assim como da ausência de dor, e ainda o correto funcionamento da perfusão periférico.

Neste momento, o risco de queda está exacerbado, sendo essencial, para além de um bom trabalho em equipa, o elevar as grades no leito, de modo a prevenir o risco de queda, pois o utente, apesar de consciente, encontra-se a despertar de uma anestesia geral, estando os seus reflexos e a sua orientação ainda algo limitada.

### **Eliminação urinária:**

Segundo, Vallverdú & Barcenilla (2019), as infeções do trato urinário (ITU) estão entre as infeções bacterianas mais comuns adquiridas na comunidade e nos hospitais. Atualmente, é comumente desaconselhável o uso de cateter urinários por rotina, encontrando-se o seu uso associado ao aumento de ITU. Deve, a necessidade do seu uso, ser decidida de forma individual, pesando os riscos e benefícios.

No caso em análise, uma vez que a cirurgia se previa de curta duração, nem havia necessidade de um controlo preciso do balanço hídrico, optou-se pela não colocação do cateter urinário,

seguindo as normas baseadas na evidência. No entanto, é mandatário que, durante o período do pós-operatório, seja monitorizado o momento do retorno da primeira micção, de modo a serem descartadas complicações, do mesmo modo que se procura promover o conforto do cliente.

## 4.6. Conceção de Cuidados

### Consciência

04-01-2024 17:00

04-01-2024 17:00 - Consciente.

04-01-2024 17:00 - BIS: 95%

04-01-2024 17:00 - Escala de Ramsay: 2 (cooperativo e tranquilo)

**04-01-2024 17:00 - Determinar sinais de alteração da consciência** [FIM] 04-01-2024 18:30

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 18:30*

*04-01-2024 17:00 - Manter grades da cama elevadas [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 18:30*

*04-01-2024 17:00 - Avaliar estado de consciência através da escala de coma de glasgow [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 18:30*

*04-01-2024 17:00 - Avaliar valor BIS [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 17:15*

*04-01-2024 17:00 - Manter cabeceira da cama elevada a 30º [turno da tarde] [FIM]*

*04-01-2024 18:30*

**04-01-2024 17:00 - Determinar evolução da consciência** [FIM] 04-01-2024 18:30

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução da consciência [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 18:30*

**04-01-2024 17:00 - Prevenir alterações do estado de consciência** [FIM] 04-01-2024 18:30

*04-01-2024 17:15 - Escala de coma de Glasgow: 15*

04-01-2024 17:15

04-01-2024 17:15 - Consciente.

04-01-2024 17:15 - Orientado e colaborante

04-01-2024 17:15 - Responde a diferentes estímulos

04-01-2024 17:15 - Escala de Coma de Glasgow: 15

04-01-2024 18:30

04-01-2024 18:30 - Consciente.

04-01-2024 18:30 - Sem alteração do estado de consciência.

### Força muscular

04-01-2024 17:15

04-01-2024 17:15 - Força - contração muscular

04-01-2024 17:15 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

**04-01-2024 17:15 - Determinar evolução da força muscular [FIM] 04-01-2024 18:30**

*04-01-2024 17:15 - Avaliar evolução da força - contração muscular [turno da tarde]  
[FIM] 04-01-2024 18:30*

### **Movimento articular**

04-01-2024 17:15

04-01-2024 17:15 - Articulação

04-01-2024 17:15 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.

04-01-2024 17:15 - mobilidade articular limitada.

04-01-2024 17:15 - Articulação da anca Direita(o): Adução.

04-01-2024 17:15 - mobilidade articular limitada.

**04-01-2024 17:15 - Determinar evolução da mobilidade articular**

*04-01-2024 17:15 - Avaliar evolução da mobilidade articular [turno da tarde]*

**04-01-2024 17:15 - Rigidez articular**

**04-01-2024 17:15 - Determinar evolução da amplitude articular**

*04-01-2024 17:15 - Avaliar evolução da amplitude articular [turno da tarde]*

04-01-2024 18:30

04-01-2024 18:30 - Articulação

04-01-2024 18:30 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.

04-01-2024 18:30 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

04-01-2024 18:30 - Articulação da anca Direita(o): Adução.

04-01-2024 18:30 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

### **Sensações somáticas**

04-01-2024 17:00

04-01-2024 17:00 - Sem manifestação de prurido.

04-01-2024 17:00 - Sensibilidade superficial

04-01-2024 17:00 - Direita(o)

04-01-2024 17:00 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

04-01-2024 17:00 - Com compromisso da sensibilidade térmica.

04-01-2024 17:00 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

04-01-2024 17:00 - Sensibilidade profunda

04-01-2024 17:00 - Membro inferior Direita(o)

04-01-2024 17:00 - Com compromisso da sensibilidade proprioceptiva.

04-01-2024 17:00 - Com compromisso da sensibilidade discriminativa.

04-01-2024 17:00 - Sem manifestação de dor.

04-01-2024 17:00 - Sem lesão na pele resultante do posicionamento

**04-01-2024 17:00 - Determinar sinais de dor**

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [turno da tarde]*

**04-01-2024 17:00 - Sensibilidade comprometida**

**04-01-2024 17:00 - Determinar evolução da sensibilidade**

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução da sensibilidade [turno da tarde]*

*04-01-2024 17:00 - Referenciar compromisso da sensibilidade ao médico [turno da*

tarde]

04-01-2024 17:00 - Posicionar corretamente os membros inferiores [turno da tarde]

04-01-2024 17:00 - Manter a temperatura corporal [turno da tarde]

04-01-2024 17:00 - Vigiar a integridade dos tecidos [turno da tarde]

**04-01-2024 17:15 - Melhorar sensibilidade**

04-01-2024 17:15 - Executar estimulação da sensibilidade tátil [turno da tarde]

**04-01-2024 18:30 - Promover autogestão: sensibilidade**

04-01-2024 18:30 - Capacidade para estimular a sensibilidade tátil: facilitadora.

04-01-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre a estimulação e a recuperação da sensibilidade: facilitadora.

**04-01-2024 17:00 - Prevenir lesões tegumentares dos membros inferiores**

**04-01-2024 17:00 - Identificar precocemente alterações na sensibilidade**

**04-01-2024 17:00 - Determinar evolução da dor**

04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução da dor [turno da tarde]

04-01-2024 17:00 - Posicionar para aliviar dor [turno da tarde]

04-01-2024 17:15

04-01-2024 17:15 - Sem manifestação de prurido [MANTEVE].

04-01-2024 17:15 - Sensibilidade superficial

04-01-2024 17:15 - Membro inferior Direita(o)

04-01-2024 17:15 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

04-01-2024 17:15 - Com compromisso da sensibilidade térmica.

04-01-2024 17:15 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

04-01-2024 17:15 - Sensibilidade profunda

04-01-2024 17:15 - Membro inferior Direita(o)

04-01-2024 17:15 - Com compromisso da sensibilidade propriocetiva.

04-01-2024 17:15 - Com compromisso da sensibilidade discriminativa.

04-01-2024 17:15 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

04-01-2024 18:30

04-01-2024 18:30 - Sensibilidade superficial

04-01-2024 18:30 - Membro inferior Direita(o)

04-01-2024 18:30 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

04-01-2024 18:30 - Com compromisso da sensibilidade térmica.

04-01-2024 18:30 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

04-01-2024 18:30 - Sensibilidade profunda

04-01-2024 18:30 - Membro inferior Direita(o)

04-01-2024 18:30 - Com compromisso da sensibilidade propriocetiva.

04-01-2024 18:30 - Com compromisso da sensibilidade discriminativa.

04-01-2024 18:30 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

**Sistema respiratório**

04-01-2024 17:00

04-01-2024 17:00 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

04-01-2024 17:00 - Ritmo respiratório regular.

04-01-2024 17:00 - Movimento respiratório simétrico.

04-01-2024 17:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

04-01-2024 17:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

04-01-2024 17:00 - Sem adejo nasal.

04-01-2024 17:00 - Saturação do oxigênio no sangue

04-01-2024 17:00 - Periférico(a): 100 %.

04-01-2024 17:00 - Coloração da mucosa: rosada.

04-01-2024 17:00 - Não comunica falta de ar.

04-01-2024 17:00 - Reflexo da tosse: presente.

04-01-2024 17:00 - Sons respiratórios: normais.

04-01-2024 17:00 - TOF: 4 contagens, 95%

04-01-2024 17:00 - Cânula binasal a 3l

#### **04-01-2024 17:00 - Determinar evolução da ventilação**

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução da ventilação [turno da tarde]*

*04-01-2024 17:00 - Manter oxigenoterapia, através de cateter binasal. [turno da tarde]*

*[FIM] 04-01-2024 17:15*

*04-01-2024 17:00 - Elevar cabeceira a 30º [turno da tarde]*

*04-01-2024 17:00 - Avaliar a monitorização TOF [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 17:15*

04-01-2024 17:15

04-01-2024 17:15 - Frequência respiratória: 13 ciclos/min.

04-01-2024 17:15 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

04-01-2024 17:15 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

04-01-2024 17:15 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

04-01-2024 17:15 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

04-01-2024 17:15 - Sem adejo nasal.

04-01-2024 17:15 - Saturação do oxigênio no sangue

04-01-2024 17:15 - Periférico(a): 98 %.

04-01-2024 17:15 - Coloração da mucosa: rosada.

04-01-2024 17:15 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].

04-01-2024 17:15 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

04-01-2024 17:15 - Expele as secreções das vias aéreas.

04-01-2024 18:30

04-01-2024 18:30 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

04-01-2024 18:30 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

04-01-2024 18:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

04-01-2024 18:30 - Profundidade da ventilação: inspirações profundas [PIOROU].

04-01-2024 18:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

04-01-2024 18:30 - Sem adejo nasal.

04-01-2024 18:30 - Saturação do oxigênio no sangue

04-01-2024 18:30 - Periférico(a): 98 %.

04-01-2024 18:30 - Coloração da mucosa: rosada.

04-01-2024 18:30 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].

04-01-2024 18:30 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

04-01-2024 18:30 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

## Sistema cardiovascular

04-01-2024 17:00

04-01-2024 17:00 - Temperatura das extremidades

04-01-2024 17:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.

04-01-2024 17:00 - Coloração das extremidades

04-01-2024 17:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.

04-01-2024 17:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

### **04-01-2024 17:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [turno da tarde]*

*04-01-2024 17:00 - Avaliar sinais de hemorragia [turno da tarde]*

*04-01-2024 17:15 - Vigiar penso [turno da tarde]*

### **04-01-2024 17:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos**

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [turno da tarde]*

*04-01-2024 17:00 - Manter a temperatura corporal [turno da tarde]*

*04-01-2024 17:00 - Aquecer o utente [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 18:30*

*04-01-2024 17:00 - Garantir o correto posicionamento dos membros inferiores [turno da tarde]*

### **04-01-2024 17:00 - Determinar evolução do processo neurovascular**

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução de sinais de compromisso neurovascular [turno da tarde]*

04-01-2024 17:15

04-01-2024 17:15 - Localização do Pulso

04-01-2024 17:15 - Tórax

04-01-2024 17:15 - Frequência do pulso: 55 pulsações por minuto.

04-01-2024 17:15 - Pulso rítmico.

04-01-2024 17:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

04-01-2024 17:15 - Membro superior Direita(o)

04-01-2024 17:15 - Pressão sanguínea sistólica: 100 mmHg.

04-01-2024 17:15 - Pressão sanguínea diastólica: 50 mmHg.

04-01-2024 17:15 - Temperatura das extremidades

04-01-2024 17:15 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

04-01-2024 17:15 - Coloração das extremidades

04-01-2024 17:15 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

04-01-2024 17:15 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

### **04-01-2024 17:15 - Determinar evolução do ritmo cardíaco**

*04-01-2024 17:15 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [turno da tarde]*

04-01-2024 18:30

04-01-2024 18:30 - Localização do Pulso

04-01-2024 18:30 - Tórax

04-01-2024 18:30 - Frequência do pulso: 55 pulsações por minuto.

04-01-2024 18:30 - Pulso rítmico.

04-01-2024 18:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

04-01-2024 18:30 - Membro superior Direita(o)

04-01-2024 18:30 - Pressão sanguínea sistólica: 88 mmHg.

04-01-2024 18:30 - Pressão sanguínea diastólica: 55 mmHg.

04-01-2024 18:30 - Temperatura das extremidades

04-01-2024 18:30 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

04-01-2024 18:30 - Coloração das extremidades

04-01-2024 18:30 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

04-01-2024 18:30 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

### **Digestão**

04-01-2024 17:00

04-01-2024 17:00 - Sem sensação de enjoo.

04-01-2024 17:00 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

04-01-2024 17:00 - Sem vômitos.

04-01-2024 17:15

04-01-2024 17:15 - Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

04-01-2024 17:15 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos [MANTEVE].

04-01-2024 17:15 - Sem vômitos.

04-01-2024 17:15 - Coloração da pele e mucosas normais

**04-01-2024 17:15 - Determinar evolução da náusea** [FIM] 04-01-2024 18:30

*04-01-2024 17:15 - Avaliar evolução da náusea [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 18:30*

**04-01-2024 17:15 - Determinar vômitos** [FIM] 04-01-2024 18:30

*04-01-2024 17:15 - Avaliar evolução do vomitar [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 18:30*

### **Eliminação urinária**

04-01-2024 17:00

04-01-2024 17:00 - Quantidade de urina: 0 ml.

04-01-2024 17:00 - Sem globo vesical.

04-01-2024 17:00 - Eliminação urinária involuntária ausente.

**04-01-2024 17:00 - Determinar evolução da eliminação urinária** [FIM] 04-01-2024 18:30

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [turno da tarde] [FIM]*

*04-01-2024 18:30*

*04-01-2024 17:00 - Oferecer possibilidade de urinar numa arrastadeira ao utente [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 18:30*

**04-01-2024 17:00 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária** [FIM]

04-01-2024 18:30

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [turno da tarde]*

*[FIM] 04-01-2024 18:30*

*04-01-2024 17:00 - Vigiar globo vesical [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 18:30*

04-01-2024 17:15

04-01-2024 17:15 - Quantidade de urina: 0 ml.

04-01-2024 17:15 - Sem globo vesical [MANTEVE].

### **Pele e mucosas**

04-01-2024 17:00

04-01-2024 17:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

04-01-2024 17:00 - Ferida cirúrgica encerrada com fileira de agrafos

04-01-2024 17:00 - Penso simples

04-01-2024 17:00 - Ferida traumática derivada da tração cutânea

**04-01-2024 17:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [turno da tarde]*

*04-01-2024 17:00 - Avaliar a evolução da ferida cirúrgica [turno da tarde]*

*04-01-2024 17:00 - Avaliar penso [turno da tarde]*

*04-01-2024 17:00 - Avaliar zona circundante ao penso cirúrgico [turno da tarde]*

**04-01-2024 17:00 - Ferida cirúrgica**

04-01-2024 17:00 - Localização da ferida cirúrgica

04-01-2024 17:00 - Membro inferior Direita(o)

04-01-2024 17:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 10.00 cm.

04-01-2024 17:00 - Exsudado em pequena quantidade.

04-01-2024 17:00 - Tipo de exsudado da lesão tegumentar: hemático.

04-01-2024 17:00 - Consistência do exsudado da lesão tegumentar: aquoso.

04-01-2024 17:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: pálida.

04-01-2024 17:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

04-01-2024 17:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ligeira.

04-01-2024 17:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

04-01-2024 17:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

**04-01-2024 17:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica**

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [turno da tarde]*

*04-01-2024 17:00 - Vigiar penso [turno da tarde]*

**04-01-2024 17:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica**

*04-01-2024 17:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [turno da tarde] [FIM]*

04-01-2024 17:15

*04-01-2024 17:00 - Aplicar penso de ferida [turno da tarde] [FIM]* 04-01-2024  
17:15

**04-01-2024 17:00 - Prevenir infecção do local cirúrgico**

04-01-2024 17:00 - Penso limpo e seco

04-01-2024 17:00 - Pele circundante sem sinais inflamatórios

**04-01-2024 17:00 - Identificar precocemente complicações da ferida cirúrgica**

**04-01-2024 17:00 - Ferida traumática**

04-01-2024 17:00 - Localização da ferida traumática

04-01-2024 17:00 - Perna Distal

04-01-2024 17:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 5.00 cm.

04-01-2024 17:00 - Largura da lesão tegumentar: 2.00 cm.

04-01-2024 17:00 - Diâmetro da lesão tegumentar: 2.00 cm.

04-01-2024 17:00 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.11 cm.

04-01-2024 17:00 - Exsudado em pequena quantidade.

04-01-2024 17:00 - Tipo de exsudado da lesão tegumentar: sero hemático.

04-01-2024 17:00 - Consistência do exsudado da lesão tegumentar: aquoso.

04-01-2024 17:00 - Cheiro do exsudado da lesão tegumentar: "sui generis".

04-01-2024 17:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

04-01-2024 17:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

04-01-2024 17:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

04-01-2024 17:00 - Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido de epitelização.

04-01-2024 17:00 - Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.

04-01-2024 17:00 - Ausência de trajetos fistulosos.

04-01-2024 17:00 - Margens da lesão tegumentar regulares.

04-01-2024 17:00 - Tecido / estrutura afetada: pele / tecido cutâneo.

**04-01-2024 17:00 - Determinar evolução da ferida traumática**

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução da ferida traumática [turno da tarde]*

**04-01-2024 17:00 - Promover cicatrização da ferida traumática**

*04-01-2024 17:00 - Executar tratamento da ferida traumática [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 17:15*

*04-01-2024 17:00 - Aplicar penso de ferida [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 17:15*

*04-01-2024 17:00 - Vigiar penso da ferida traumática [turno da tarde]*

04-01-2024 17:15

04-01-2024 17:15 - Penso cirúrgico limpo e seco

04-01-2024 17:15 - Penso traumático limpo e seco

04-01-2024 17:15 - Pele circundante sem sinais inflamatórios

04-01-2024 17:15 - Restante pele e mucosas sem sinais de feridas ou zonas de pressão

04-01-2024 18:30

04-01-2024 18:30 - Penso cirúrgico limpo e seco

04-01-2024 18:30 - Penso da ferida traumática limpo e seco

**Metabolismo**

04-01-2024 17:00

04-01-2024 17:00 - Glicemia capilar: 98 mg/dl.

04-01-2024 17:15

04-01-2024 17:15 - Glicemia capilar: 98 mg/dl.

**04-01-2024 17:15 - Glicemia**

**04-01-2024 17:00 - Determinar evolução da glicemia**

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução da glicemia [turno da tarde]*

**04-01-2024 17:15 - Controlar glicemia**

04-01-2024 18:30

04-01-2024 18:30 - Glicemia capilar: 90 mg/dl.

**Termorregulação**

04-01-2024 17:00

**04-01-2024 17:00 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM] 04-01-2024 18:30**

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [turno da tarde] [FIM]*

04-01-2024 18:30

04-01-2024 17:00 - Aplicar manta de aquecimento [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024  
18:30

04-01-2024 17:15

04-01-2024 17:15 - Temperatura corporal periférica

04-01-2024 17:15 - Região temporal: 36.80 °C.

04-01-2024 17:15 - Manta térmica presente

04-01-2024 17:15 - Aquecedor corporal presente

**04-01-2024 17:15 - Promover autocontrole: temperatura corporal** [FIM] 04-01-2024  
18:30

04-01-2024 17:15 - Conhecimento sobre autovigilância da temperatura corporal:  
facilitador.

04-01-2024 17:15 - Conhecimento sobre controlo da temperatura corporal: facilitador.

### **Emoção**

04-01-2024 17:00

04-01-2024 17:00 - Sem indícios de humor depressivo.

04-01-2024 17:00 - Sem indícios de euforia.

04-01-2024 17:00 - Não verbaliza ansiedade.

04-01-2024 17:15

04-01-2024 17:15 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

04-01-2024 17:15 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

04-01-2024 17:15 - Verbaliza ansiedade [PIOROU].

04-01-2024 17:15 - Sem manifestação de inquietação.

04-01-2024 17:15 - Sem manifestação de irritabilidade.

04-01-2024 17:15 - Sem manifestação de pânico .

**04-01-2024 17:15 - Ansiedade** [RESOLVIDO] 04-01-2024 18:30

**04-01-2024 17:15 - Determinar evolução da ansiedade** [FIM] 04-01-2024 18:30

04-01-2024 17:15 - Avaliar evolução da ansiedade [FIM] 04-01-2024 18:30

04-01-2024 17:15 - Comunicar com o utente [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024  
18:30

**04-01-2024 17:15 - Diminuir ansiedade** [FIM] 04-01-2024 18:30

04-01-2024 17:15 - Executar técnica de relaxamento [turno da tarde] [FIM]

04-01-2024 18:30

04-01-2024 17:15 - Assistir cliente no treino do autocontrole da ansiedade [turno  
da tarde] [FIM] 04-01-2024 18:30

04-01-2024 17:15 - Gerir ambiente físico [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 18:30

04-01-2024 17:15 - Gerir ambiente sonoro [turno da tarde] [FIM] 04-01-2024 18:30

04-01-2024 18:30

04-01-2024 18:30 - Não verbaliza ansiedade [MANTEVE].

04-01-2024 18:30 - Sem manifestação de inquietação [MANTEVE].

04-01-2024 18:30 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

### **Transferir-se**

04-01-2024 17:00

04-01-2024 17:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

04-01-2024 17:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e

Identificada.

04-01-2024 17:00 - Grades da cama elevadas

**04-01-2024 17:00 - Transferir-se comprometido**

**04-01-2024 17:00 - Determinar evolução do transferir-se** [FIM] 04-01-2024 17:15

*04-01-2024 17:00 - Avaliar evolução do transferir-se [turno da tarde] [FIM]*

04-01-2024 17:15

**04-01-2024 17:00 - Prevenir queda**

*04-01-2024 17:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [turno da tarde]*

**04-01-2024 17:15 - Promover autogestão: prevenção de quedas**

04-01-2024 17:15 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador.

*04-01-2024 17:00 - Colaborar na transferência do utente [turno da tarde] [FIM]*

04-01-2024 17:15

04-01-2024 17:15

04-01-2024 17:15 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

04-01-2024 17:15 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e identificada.

04-01-2024 17:15 - Grades da cama elevadas

#### 4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da ventilação

- Avaliar a saturação de Oxigénio
- Avaliar a frequência respiratória

Avaliar evolução da sensibilidade

- Estimular a sensibilidade do membro inferior direito
- Questionar o utente
- Promover a autogestão do estímulo da sensibilidade

Avaliar evolução da ferida cirúrgica

- Vigiar penso

Executar tratamento da ferida cirúrgica

- Lavar ferida cirúrgica com NaCl 0,9%
- Desinfetar bordos com Betadine
- Limpar com compressas secas
- Colocar compressas e penso autoadesivo

Executar tratamento da ferida traumática

- Limpar com NaCl 0,9%
- Colocar gaze gorda
- Aplicar penso esterilizado

Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

- Avaliar temperatura dos membros inferiores
- Avaliar o tempo de preenchimento capilar

Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

- Vigiar globo vesical

Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- Elevar grades da cama

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Trocar penso do cateter
- Limpar pele circundante com NaCl 0,9%

Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

- Optimizar cateter

Avaliar evolução de sinais de hemorragia

- Vigiar penso

Avaliar evolução de sinais de compromisso neurovascular

- Avaliar mobilidade
- Avaliar sensibilidade

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Observar o estado da pele no momento da transição

Avaliar evolução de sinais de dor

- Avaliar expressão facial
- Avaliar frequência cardíaca

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- Comunicar com o utente

Avaliar evolução da eliminação urinária

- Observar sinais de retenção urinária
- Vigiar globo vesical

Avaliar a evolução da ferida cirúrgica

- Vigiar penso

Avaliar sinais de hemorragia

- Vigiar penso
- Vigiar mucosas
- Vigiar pressão sanguínea

Manter a temperatura corporal

- Pré-aquecer a cama
- Fornecer mantas térmicas

- Fornecer aquecimento corporal através de aquecedores corporais

#### **4.8. Síntese relativa ao caso**

O caso representado, é um caso típico de uma utente idosa, que após uma queda da própria altura, faz uma fratura trocantérica direita.

De modo a melhor caracterizar este cenário no período pós-operatório, criei três sessões. A primeira decorre ainda na sala cirúrgica, no fim da cirurgia, logo após o despertar da anestesia, caracterizada pela extração do tubo, e pela identificação dos domínios, essenciais para a transferência do utente em segurança, para a UCPA. Seguidamente, é caracterizada na segunda sessão, já a decorrer na UCPA, o momento de acolhimento na unidade de recobro, sua monitorização e uma vez mais identificação dos domínios essenciais à prestação de cuidados por parte do enfermeiro. Nesta 2ª sessão é dada uma continuidade de cuidados aos focos anteriormente identificados, prestando atenção à sua evolução e à necessidade de maiores vigilâncias e observações. Finalmente, a 3ª sessão, em que o utente é avaliado com condições para ter alta da UCPA, e respetiva transferência para o serviço de origem.

A UCPA, é um espaço concebido para o cuidado ao utente, submetido a um ato anestésico e cirúrgico e estão equipadas com meios técnicos e humanos, competentes e vocacionados, para a monitorização, vigilância e cuidados, durante um período curto mas crítico, que se segue imediatamente a seguir à cirurgia. Durante este período, o utente vê conjugado o risco anestésico ao cirúrgico, tornando-se, por isso, vulnerável, a alterações do seu estado de consciência, dos reflexos protetores da via aérea, e das funções vitais (AESOP, 2006).

A ênfase dos cuidados de enfermagem é colocada na segurança e bem estar do doente, numa perspetiva de proporcionar uma avaliação crítica permanente do pós-operatório dos doentes, antecipando e prevenindo possíveis complicações, atuando de imediato.

Nesta fase, assim como em todas as fases do perioperatório, procurei então, desenvolver e perspetivar o cuidar centrado no doente, personalizando o conhecimento técnico e científico, acolhendo o utente na UCPA, através de uma correta avaliação inicial, estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, elaboração e implementação de um plano de cuidados, e executando a respetiva avaliação do mesmo.

Deste modo, o caso retrata uma especial atenção ao nível da prevenção de complicações anestésico-cirúrgicas, na sua deteção precoce, no tratamento daquelas que não foram evitáveis, como o tratamento à ferida traumática derivada do posicionamento cirúrgico, e na preparação do utente para a sua reabilitação e recuperação do seu equilíbrio fisiológico.

Segundo a AESOP (2006, p.160), "o enfermeiro na UCPA, deve desenvolver a sua atuação ao longo das seguintes fases:

- Preparação da unidade para acolher os doentes;
- Avaliação inicial;
- Estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem;
- Elaboração do plano de cuidados;
- Implementação do plano de cuidados elaborado;
- Avaliação".

Seguindo estes pressupostos, o caso retrata então a primeira avaliação inicial, em que é feito um acolhimento do utente, realizando-se uma colheita de dados diretos e indiretos, nomeadamente através de um exame físico, psíquico, informações recebidas e registos efetuados.

Realizou-se a recolha de elementos relativos ao doente (nome, idade, sexo, diagnóstico limitações físicas e psíquicas), o procedimento cirúrgico e anestésico, e outras ocorrências intra-operatórias.

Em continuidade, foram identificados os domínios essenciais à avaliação do utente, dando especial atenção aos domínios, da consciência, da função cardiovascular, da função respiratória, alterações sensório-motoras, do nível de dor, da temperatura, digestão (náuseas e vômitos), metabolismo, emoção, do conforto do utente, e ainda outras alterações resultantes da intervenção anestésico-cirúrgicas e do respetivo posicionamento, nomeadamente, feridas cirúrgicas e traumáticas, pensos e suas características, cateteres, drenagens e fluidos e ação medicamentosa.

De modo a ser garantida a continuidade dos cuidados, optou-se por não se realizar o término de nenhuma observação aos domínios, excetuando a "força muscular" e a "emoção", por se encontrarem resolvidos, não se afigurando o seu retorno. No entanto, em relação aos outros domínios, a contínua monitorização e avaliação, é essencial durante a permanência do utente na UCPA, mesmo após a alta, assim como no internamento.

Não se perspetivando, por exemplo, que o utente tenha dor, pois a anestesia de bloqueio efetuada prevê uma duração sensitiva de 12 horas, a sua monitorização deve ser constante, assim como a avaliação ao retorno do reflexo sensitivo profundo e superficial.

A decisão do momento da alta é sempre uma decisão médica, no entanto a tomada dessa decisão, depende da correta observação, realizada e comunicada, pelo enfermeiro. Para isso não só os registos devem estar completos e corretos, assim como os indicadores devem ser sistematizados a todo o serviço.

No serviço em questão, objetivando uma avaliação de forma sistematizada, usa-se, para além da técnica de comunicação ISBAR, uma escala indicadora do nível de recuperação pós anestésica do utente, a escala ALDRETE, onde é registada a avaliação da atividade muscular, respiratória, circulatória, consciência e saturação de oxigénio, estando representada na 3ª sessão do caso.



## 5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A Enfermagem perioperatória já não é vista apenas como um trabalho técnico que qualquer um pode fazer. Os enfermeiros no contexto perioperatórios, são profissionais qualificados e bem informados que cuidam dos utentes antes, durante e após a cirurgia. Os valores fundamentais da enfermagem (conhecimento, habilidades e julgamento) estão presentes e são a base da qualidade do atendimento que os utentes cirúrgicos, podem e devem esperar e confiar. Cada vez mais a população vê e acredita no que fazemos (Nagle, 2006).

A enfermagem perioperatória, tal como a conhecemos no dia de hoje, sofreu então um processo evolutivo com o desenvolvimento paulatino da sua base de conhecimentos e de competências próprias. Face às atualizações constantes, mudanças sem precedentes, e à complexidade dos cuidados de saúde, os enfermeiros, educadores e líderes académicos, devem ser proactivos em inovar na sucessão perioperatória, enveredando pelo caminho da especialização, no objetivo de adquirir novas competências.

### **Análise crítica ao desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista:**

O enfermeiro especialista é um profissional com um conhecimento aprofundado numa área específica de enfermagem, como tal dotado de competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, e partilha um conjunto de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019).

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

Fazem parte integrante das competências comuns, a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e é na prática clínica que o desenvolvimento destas competências melhor se materializa, por forma a serem percebidas e concebidas.

**Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:**

A busca incessante de conhecimento competente nas suas diferentes dimensões nem sempre se afigura fácil, sendo a sua aplicação muitas vezes incompreensível aos olhos dos nossos doentes e seus familiares, necessitando estes de uma readaptação face a uma decisão eticamente competente, mas que por vezes, incompreendida socialmente. O poder que possuímos para refletir sobre a prática nada mais é do que uma virtude que consiste em evitar a precipitação nos juízos, a imprudência e a impulsividade na conduta, que por sua vez, podem afetar o respeito inalienável pela vida humana.

Independentemente da sua área de atuação, os enfermeiros especialistas partilham uma série de competências que resultam do aprofundamento dos domínios de competências de cuidados gerais, entre as quais a responsabilidade ética (Regulamento nº140/2019). Compete-lhes, a análise das situações singulares e consequente ação responsabilizada e fundamentada, na deontologia profissional.

No artigo 76º, a Ordem dos Enfermeiros (2015, p.30), preconiza que cada membro efetivo é obrigado a exercer a profissão “com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”. Estas questões da bioética, já de si delicadas, são recorrentemente abordadas recorrendo aos princípios de autonomia, de não maleficência, de beneficência e de justiça, constituindo uma forma hábil de as examinar, consciencializando os limites intimamente implicados. “Cada um dos referidos princípios formula a exigência de respeito por determinado valor: a autonomia ou liberdade das pessoas, o seu bem-estar, a igualdade ou a imparcialidade” (Archer, *et. al.*, 1996, p.53).

Para a Ordem dos Enfermeiros (2015), a dignidade humana é a pedra basilar do cuidado ético, partindo desse valor para desenvolver todo o saber ético, mais concretamente toda a decisão e intervenção na pessoa e na sua circunstância. Os esforços e os avanços tecnológicos têm permitido não só salvar como manter a vida de pessoas que, irremediavelmente, há uns anos atrás estariam num processo de morte irreversível.

Como se depreende, a evolução não só das doenças como dos meios para a tratar implica, por parte dos profissionais, a consideração de muitos fatores, entre os quais as questões éticas associadas à circunstância, podendo originar falsas expectativas na pessoa, na família e até nos próprios cuidadores. É inquestionável, e resulta diretamente do princípio da autonomia, que os doentes possam e devam assumir o direito na participação da decisão do tratamento, incluído, se o mesmo assim o entender, a recusa de todo e qualquer tratamento, impondo um limite definitivo. A análise do artigo, 84º da Deontologia Profissional, projeta-nos para o dever de informar. Tal direito e dever, inscreve-se na decorrência à proteção da saúde, consagrado na Lei de Bases da Saúde. O consentimento informado, “traduz o respeito pela autonomia da pessoa

doente no diálogo com o médico; porque a pessoa doente pode perder, por exemplo, a autonomia para se deslocar, mas não perde, por isso, a autonomia para decidir sobre a sua pessoa, sobre os tratamentos que aceita ou não, até sobre a sua própria vida” (Archer, *et. al.*, 1996, p.79). O dever de informar consagrado no artigo 84º da Deontologia Profissional, assenta sobre bases sólidas, como são os princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da pessoa. Numa das suas alíneas é preconizado o respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado. É o direito à autodeterminação, ou seja, a capacidade e a autonomia que os próprios doentes têm para decidir sobre si. O consentimento informado, não é apenas um formulário, mas sim processo contínuo que destaca a importância do respeito à autonomia do utente e da comunicação na tomada de decisão relacionada com a sua saúde.

Deve-se ainda, considerar, a figura do consentimento presumido, que surge em duas situações, “quando a obtenção do consentimento implicar adiamento que represente perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde” e “quando tiver sido dado consentimento para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.74-75).

Em relação ao consentimento presumido foram vários os casos, essencialmente em situações de urgência/emergência, que pude vivenciar ao longo do estágio, comprovando o claro princípio de não prejudicar e maliciar, mas sim beneficiar.

Ao longo dos ensinamentos clínicos procurei sempre tratar os dados pessoais dos utentes de forma a respeitar a sua singularidade e privacidade, sem recorrer a informações privadas e sem facultar a atribuição desses dados à sua identificação pessoal. Nem sempre é fácil, distinguir o que pode ser comentado a familiares, no entanto, o enfermeiro especialista, assume um papel crucial no respeito e na confidencialidade, pela informação do utente primando pela segurança e independência da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Em relação ao consentimento informado, e à presença da assinatura do utente no devido formulário, pude constatar que, felizmente, a maior parte dos utentes, conscientes e orientados, tinham noção da importância de tal assinatura, assim como das complicações cirúrgicas/anestésicas e do que acarretava para as suas vidas. Na instituição em que exerci a prática clínica, o momento de verificação do consentimento informado, era exercido previamente à chegada do doente ao bloco, pelos colegas do internamento, e confirmado no acolhimento do cliente no bloco operatório, em local próprio e de forma individual, pelo enfermeiro do bloco operatório, onde realizava desde logo uma lista de verificação segura.

Da mesma forma, com o objetivo de respeitar a individualidade, singularidade, vulnerabilidade e privacidade do doente, tentei sempre, seja em sala ou na UCPA, proteger a sua dignidade do corpo e mente, zelando pela sua exposição corporal e segurança, seja com o uso de lençóis,

batas ou cortinas, seja com comportamentos verbais, comportamentos esses, que muitas vezes são descurados e negligenciados pela equipa cirúrgica, mas que podem ser ofensivos e desrespeitosos.

Apesar do curto espaço temporal com o utente, uma vez que a instituição não tem preconizado a consulta pré-operatória, procurei ao longo de todo o ensino clínico, criar uma relação de total transparência e confiança com os utentes e famílias, respeitando a sua individualidade e singularidade, fomentando uma verdadeira relação terapêutica.

### **Domínio da melhoria contínua da qualidade:**

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2001), dão a entender que, a qualidade na saúde assenta na satisfação do cliente, na promoção da saúde, prevenção de complicações, no bem-estar e autocuidado, na readaptação funcional e finalmente, na organização dos cuidados de enfermagem.

Quando falamos na especialização em enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória, é crucial que o domínio da melhoria contínua da qualidade esteja presente. Só assim é salvaguardada a garantia da segurança, eficácia e qualidade contínua, dos cuidados prestados aos utentes, durante o período pré, intra e pós-operatório.

No meu entender, a educação e a formação contínua são a certificação de que os profissionais estão atualizados com as melhores práticas, tecnologia e procedimentos, sendo importante para isso a fomentação e a participação em programas de formação, como especializações e “workshops”.

Segundo, o regulamento nº140/2019, documentado no artigo 6º do Diário da República “As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são: a) o garante de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; c) Garante um ambiente terapêutico e seguro”.

No sentido de corresponder a estes desafios, desenvolvi na área de gestão da risco, mais precisamente na segurança do cliente, atividades que me pareciam ir de encontro com os objetivos a que me propus no projeto inicial de estágio. Após uma avaliação de riscos no local de estágio, senti e identifiquei uma área que poderia ser alvo de melhoria. Com esse intuito, procurei desenvolver estratégias que mitigassem os riscos para o utente, melhorassem a segurança do próprio, e alertassem a equipa profissional de enfermagem para as últimas atualizações e inovações, baseadas em evidência.

Uma das estratégias, foi a criação de uma norma de instrução de trabalho (Anexo I), onde

constam, para além de imagens alusivas ao correto posicionamento, as diretrizes e responsabilidades dos membros da equipa nas três fases do perioperatório, uma descrição detalhada do procedimento, e as atualizações das revisões do procedimento em causa, nomeadamente, “o posicionamento dos utentes submetidos a encavilhamento trocantérico, numa mesa de tração”. Resumidamente, o documento faz alusão, na fase do pré-operatório ao *briefing* pela equipa, onde é realizada a verificação não só do equipamento necessário, mas também a existência do material e as condições do utente. No intra-operatório, as indicações são em relação à segurança do posicionamento cirúrgico específico, tendo em atenção as possíveis complicações imediatas e tardias. Finalmente, o pós-operatório, onde estão expressas as orientações para uma correta avaliação pós-operatória, salientando a importância do correto registo e transmissão das notas de enfermagem no sistema de informação, assim como da importância de uma atenta transferência para o leito.

Este documento, foi realizado após uma revisão narrativa da literatura acerca da temática, da qual anexo o respetivo resumo (Anexo II), e validado após a elaboração de um grupo focal, constituído por 5 elementos, selecionados por diferentes e criteriosos critérios (Anexo III).

A melhoria contínua deve ser um processo contínuo, por esse motivo, procurei aliar a minha presença nos ensinamentos clínicos, com uma aprendizagem formativa, também ela, contínua. Deste modo, tive a oportunidade de participar na melhoria das minhas competências, participando em diferentes formações ministradas durante o período de estágio (Anexo IV).

A cultura de segurança em saúde é assim uma componente fundamental no garantir da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos utentes. Ela deve envolver a criação de um ambiente em que todos os membros da equipa estejam envolvidos, comprometidos e reconheçam a importância da promoção e aplicabilidade das práticas seguras, analisando incidentes para aprender com os erros, prevenindo a sua recorrência, incentivando uma comunicação aberta e atitude proactiva.

### **Domínio da Gestão dos Cuidados:**

“A aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem perioperatória é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade ao indivíduo, permitindo uma maior compreensão da dimensão da pessoa doente, num ambiente seguro. Só assim, é possível responder de uma forma mais organizada, eficaz e eficiente às necessidades do doente/família” (AESOP, 2006, P.107). A AESOP (2006, p.107), define enfermagem perioperatória como, “o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas entre si) ...”

Depreendo portanto, que gerir os cuidados, seja a gestão rotineira do planeamento de cuidados

ou do planeamento pré-operatório, seja a coordenação interdisciplinar, a gestão de uma equipa, expressa nos recursos humanos, nas salas cirúrgicas ou até mesmo nos recursos materiais e na preparação do ambiente, se afigura como essencial no desenvolvimento de competências.

Segundo o Regulamento nº140/2019 p. 4745, “as competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.”

Ora, uma vez que a enfermeira, por quem tive a oportunidade de ser tutorado, exerce funções de enfermeira gestora do B.O.C., seria estranho da minha parte, se não aproveitasse tal conhecimento, ainda mais como futuro enfermeiro especialista, para tirar proveito de novos saberes e habilidades, de modo a desenvolver novas competências. Procurei então, ir de encontro aos meus objetivos, trabalhando mais em equipa, solicitando a participação de todos, procurando satisfazer as necessidades da equipa de enfermagem e cirúrgica, sempre que me era solicitada pela enfermeira gestora, a responsabilidade de liderança. Por todo o mundo, segundo Macphee, (2012), os líderes de enfermagem, têm a oportunidade de fazer a diferença no que diz respeito às reformas dos sistemas de saúde, sendo necessário enfermeiros líderes eficazes e eficientes, para abordar questões complexas associadas às novas reformas. É assim essencial que um líder conheça a sua equipa, de modo a organizar os recursos humanos no intuito de prestar os melhores cuidados para o doente, gerindo os recursos disponíveis, e evitando os conflitos internos que possam existir. Não se tendo afigurado uma tarefa fácil, pois para ser líder é preciso que seja visto pelos pares como tal, procurei afirmar-me nessa vertente desenvolvendo a escuta das necessidades dos meus pares, procurando satisfazê-las e adaptando-me às diferentes situações, no sentido de garantir da qualidade dos cuidados.

Tive então a oportunidade de, não só elaborar os planos mensais de trabalho da equipa de enfermagem e a distribuição diária por salas cirúrgicas, tendo em conta as preferências pessoais e suas habilidades, conhecimentos e experiência, assim como supervisionar a satisfação dos mesmos. Em alguns turnos, tendo sido delegado como responsável de turno (RT), precisei de tomar decisões rápidas e bem fundamentadas, sentindo a necessidade de avaliar as situações de diferentes prismas, de modo a que me permitisse a mim mesmo, tomar a decisão correta, em benefício tanto dos clientes, como dos enfermeiros e dos médicos. Neste aspeto, foi-me importante ter algum conhecimento acerca das dotações adequadas de enfermeiros, registado no Regulamento nº 743/2019, da Ordem dos Enfermeiros, patente na pág. 128, Nº 184, do Diário da República, “a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações,

devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população”, justificando assim determinadas distribuições de enfermeiros especialistas e generalistas. Reconhecendo a importância do conhecimento de tal documento, e das verdadeiras raízes e implicações das dotações seguras, assisti então à ação de formação “Considerações sobre gestão do B.O.C.”, ministrada no B.O.C. (Anexo IV).

Contudo, como já foi referido, o domínio da gestão dos cuidados não é exclusivo à gestão dos recursos humanos. A gestão dos recursos de materiais no bloco operatório, é uma parte integrante na eficácia deste ambiente. O enfermeiro gestor desempenha um papel fundamental na coordenação dos recursos, na sua compra e no controlo dos gastos e das necessidades, garantindo a disponibilidade em quantidades diárias para os procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Para que haja um controlo efetivo do material existente, é necessário um inventário atualizado e detalhado, a monitorização das validades e qualidades dos mesmos, o controlo diário dos stocks, a rastreabilidade da conformidade dos registos da equipa, e ainda, e não menos importante, a formação à equipa do adequado uso e manuseio do material, alertando para o controlo do desperdício e sustentabilidade.

Neste sentido, e uma vez que acredito na velha máxima, de que para liderar é preciso dar o exemplo, procurei participar em diferentes formações que fossem ao encontro do uso e manuseio correto do material no bloco, nomeadamente, “Apresentação da torre de artroscopia stryker”; Manuseamento e funcionamento de microscópio Zeus”, (Anexo IV).

Uma vez mais, ao acompanhar a enfermeira gestora durante o ensino clínico, tive a oportunidade de monitorizar, verificar e controlar o material existente, as entradas e saídas do material, as validades, assim como, perceber os diferentes níveis de qualidade, proporcionadas por diferentes marcas. Compreendi então que a gestão de materiais no bloco operatório é um processo dinâmico, que exige o planeamento cuidadoso e diário, uma atenção aos detalhes e uma coordenação eficaz e eficiente, de modo a garantir a segurança e o sucesso cirúrgico.

Liderar uma equipa de enfermagem é desafiador, mas ao mesmo tempo altamente gratificante, na medida em que se tem a capacidade de influenciar positivamente a equipa em prol de melhores prestações de cuidados aos utentes.

### **Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:**

Para a Ordem dos Enfermeiros, as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens, inserem-se no desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, e na evidência científica, como base da praxis clínica do enfermeiro especialista.

Para a AESOP (2007, p.107), “a aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem perioperatória, são fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade ao indivíduo...” e “as práticas recomendadas são recomendações realizáveis, baseadas em evidências de eficácia, obtidas através de literatura publicada, investigação e opiniões de peritos” (AESOP, 2007, p. 196).

Tomey & Alligoog, (2003, p. 187), afirmam que, Benner declara que “o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina prática consiste no alargamento dos conhecimentos práticos (*know-how*) através de investigações científicas baseadas na teoria e através do levantamento do *know-how* existente desenvolvido por meio da experiência clínica na prática dessa disciplina”.

Da minha parte, não poderia estar mais de acordo com estas definições, uma vez que só o domínio das constantes aprendizagens, aliando o *know-how* e os anos de experiência, à investigação e formação constante e atualizada, nos poderão dar as habilidades avançadas e fundamentais para o desenvolvimento profissional em prol de uma prática segura.

Por olhar para a segurança do paciente, como uma prioridade absoluta no ambiente perioperatório, assim como na importância em manter os conhecimentos atualizados, baseados na última evidência científica, desenvolvi a já referida, revisão narrativa da literatura, sobre as complicações que possam advir do posicionamento, inadequado e até mesmo adequado, de um doente submetido ao encavilhamento trocantérico, numa mesa de tração (Anexo II).

O rápido desenvolvimento tecnológico, a complexidade do doente cirúrgico e dos seus procedimentos associados, confronta-se com a essência da enfermagem perioperatória, sendo o enfermeiro no contexto perioperatório, um profissional com conhecimentos e habilidades que permitem ajudar o utente, na manutenção da sua estabilidade, segurança e bem-estar, antes, durante e imediatamente após a cirurgia. Posto isto, é essencial, que o enfermeiro perioperatório, assuma a responsabilidade pelo planeamento e implementação das intervenções, que ajudem a prevenir as complicações decorrentes do procedimento anestésico/cirúrgico, como as que advêm do posicionamento cirúrgico.

Este pressuposto, aliado ao meu gosto pela temática, à elevada casuística da cirurgia em questão, e ao descontentamento da equipa perioperatória em relação à limitação da mesa ortopédica vigente no B.O.C, refletida ainda num questionário realizado pelos responsáveis pelo Plano de Formação, vigente no serviço do local de estágio, foram então o mote que faltava para a escolha da temática no meu já referido projeto de estágio.

No desejo de ir no encontro dos objetivos do projeto, “desenvolver o conhecimento do enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista, na prevenção de complicações, derivadas do incorreto posicionamento do doente submetido ao encavilhamento trocantérico, na mesa de tração;”, assim como, “contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao

cliente submetido ao encavilhamento trocantérico, na mesa de tração”, desenvolvi a ação de formação em serviço à equipa, representada no plano de sessão de formação em serviço (Anexo V), sob o tema: “Posicionamento dos doentes submetidos a encavilhamento trocantérico numa mesa de tração. Contributos de enfermagem para a prevenção de complicações.”

Na ação de formação em questão, desenvolvi então os pontos chave, fratura da anca, objetivos do posicionamento cirúrgico, o posicionamento cirúrgico na mesa de tração, complicações associadas a uma mesa de tração, doentes com fratura trocantérica, posição supina na mesa de tração, a técnica anestésica, e as diretrizes atuais da AORN, para o posicionamento, transmitindo a evidência científica encontrada na revisão narrativa da literatura realizada.

Para minha satisfação, foi um espaço de partilha de informação, que se revelou bastante interessante, com partilhas de conhecimento e de diferentes experiências, chamando a atenção para as dificuldades e necessidades de melhorias, sentindo um ótimo feedback por parte dos meus pares, no que concerne às novidades da matéria dada.

Outro dos desafios para a segurança do doente no contexto de BO é a prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC) e a retenção inadvertida de dispositivos médicos. Foi com o objetivo de procurar adquirir novos conhecimentos, nesta temática tão necessária à nossa prática clínica, que aproveitei a oportunidade de participar no XX Congresso Nacional da AESOP, como co-autor, numa apresentação sob a forma de “e-Poster”, subordinado ao tema “A segurança da pessoa em situação perioperatória: As intervenções de enfermagem na prevenção da infeção do local cirúrgico” (Anexo VI), e “O enfermeiro perioperatório na gestão da segurança do doente no bloco operatório” (Anexo VII), tendo inclusive ganho o prémio, 2º melhor, na categoria de e-Poster, com o primeiro trabalho. As conclusões para estes resumos, surgiram como resultado de uma revisão da literatura, realizada em grupo, durante a frequência do primeiro ano deste mestrado. Considerando o mesmo pano de fundo, segurança do doente em contexto do BO, assisti à formação em serviço, “Fatores que influenciam a contagem cirúrgica para a segurança da pessoa” (Anexo IV).

Aproveitando a temática da segurança do doente, desenvolvi um estudo de caso relativo à conceção de cuidados de um doente submetido a um encavilhamento trocantérico, numa mesa de tração, através da já referida plataforma, “E4-nursing”.

Compreendo portanto, que o autoconhecimento envolve uma compreensão profunda das minhas habilidades e limitações, sendo crucial, que eu como futuro enfermeiro especialista, me permita fazer uma reflexão profunda e contínua, sobre a minha prática profissional, conhecendo as minhas próprias forças e fraquezas e investindo na melhoria contínua, baseado na melhor evidência.

## **Desenvolvimento das competências específicas de enfermagem médico-cirúrgica à**

### **pessoa em situação perioperatória:**

“A intervenção do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória desenvolve -se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Este período comporta as fases pré, intra e pós -operatório: a fase pré -operatória tem início quando a pessoa e o cirurgião decidem pela cirurgia e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória; a fase intraoperatória inicia aquando a transferência da pessoa, para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA); a fase pós -operatória, tem início quando a pessoa dá entrada na UCPA e termina quando se considera que a pessoa está recuperada do processo cirúrgico/anestésico” (Regulamento 429/2018, p. 19366).

Depreende-se portanto, que o cliente cirúrgico, ao se sujeitar ou necessitar, dos cuidados perioperatórios, passa a enfrentar não só a cirurgia e as expectativas de melhorias, mas também, o desafio da alteração do seu estado de consciência, ficando vulnerável física, emocional e socialmente.

Estas características, aliadas às caraterísticas muito próprias do bloco operatório, traz ao de cima a necessidade do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatório, construir a sua consciência cirúrgica em volta da garantia da segurança, mobilizando os conhecimentos e habilidades em prol do cuidar da pessoa/família.

Embora grande parte da minha experiência e da minha paixão profissional, ser nesta área de especialização, e apesar de todo o conhecimento teórico-prático e “*know-how*” que considero possuir, considero também que no decorrer destes ensinamentos clínicos, adquiri e mobilizei, novos e atuais, conhecimentos que procurarei explanar seguidamente, onde contemplo as três fases do perioperatório, pré, intra e pós-operatório.

### **Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa:**

Quando pensamos nos cuidados perioperatórios, visamos muitas vezes os aspetos físicos da cirurgia. No entanto, devido à complexidade do doente cirúrgico e como forma de promover a sua recuperação completa, é necessário abordar as suas necessidades emocionais e sociais. Almejando alcançar o cuidar holístico, é fundamental que se construa com o doente e sua família, uma comunicação eficaz, compreendendo os seus medos e receios, mitigando assim as dores provocadas pela vulnerabilidade em que se encontra.

Citando Silva (2007), Meleis & Trangenstein (1994), definiram Enfermagem como o processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar, apresentando esta definição

um conceito central, a “Transição”. Segundo os autores, o enfermeiro interage com o ser humano numa situação de saúde/doença que é parte do contexto sócio-cultural, vivenciando uma transição real ou por antecipação. Ainda, segundo Silva, Meleis (2005), assume que as transições são despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades, requerendo conseqüentemente que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere comportamentos e altere o conceito de si mesmo num contexto social, passando a haver uma valorização da pessoa relativamente aos processos de vida e de transição.

Segundo Meleis (2000), as mudanças na saúde e na doença dos indivíduos criam um processo de transição, e os clientes em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem, por sua vez, afetar a sua saúde. A descoberta destes riscos pode ser melhorada através da compreensão do processo de transição.

É importante percebermos que, não raras as vezes, as cirurgias implicam uma mudança, não desejada, no estilo e condição de vida da pessoa. A adaptação às restrições causadas, ou ajustes diários à nova condição, requerem muitas vezes, um apoio emocional, que permita o utente ou família, fazer a transição. Cabe ao enfermeiro, como elemento fulcral nos saberes técnicos e humanos, fornecer informações educativas e compreensivas, fomentando uma relação de confiança, e capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social. Algo que me ajudou a compreender este tópico, foi sem dúvida, o conteúdo lecionado na unidade curricular, Comunicação e Relação Terapêutica, uma vez que me permitiu para além de assimilar novos conceitos, compreender a importância que o toque terapêutico pode ter nos melhores resultados do pós-operatório.

Esta comunicação será, contudo, tanto melhor quanto mais previamente se realizar. É sabido, que a relação de confiança é fortalecida se houver realmente uma preparação pré-operatória, idealmente num espaço de consulta pré-operatória, abordando as expectativas pós-operatórias, os cuidados do pré, do intra e do pós-operatório, o “stress”, os receios e a ansiedade. Como tive a oportunidade de aportar nos casos clínicos relatados, só a iminente perspectiva da anestesia, da dor, ou mesmo das náuseas e vômitos, pode ser desencadeadora de ansiedade e “stress” emocional, deteriorando os prognósticos de recuperação, os “outcomes” e aumentando o período de internamento.

Infelizmente, nem todas as entidades perceberam ainda a importância da consulta pré-operatória, como o espaço mais capacitado para a adequação ao ambiente cirúrgico. No local onde tive a oportunidade de realizar os ensinamentos clínicos, não existe protocolada a consulta/entrevista clínica pré-operatória. No entanto, o momento de acolhimento do cliente no bloco operatório, foi um espaço, apesar de não o ideal, em que procurei aproveitar para gerir as preocupações e informações relevantes, desejando criar um campo nobre na gestão da experiência vivida pelo utente. Em relação à privacidade do utente, é um momento desafiador,

mas sendo bem gerido, é também ele um bom momento para se fazerem alguns ensinamentos, tirar dúvidas e angústias, permitindo melhores resultados no pós-operatório.

Simultaneamente, é no momento do pré-operatório, que o enfermeiro aproveita para confirmar dados pessoais do utente, como o nome e a data de nascimento, e outros dados pertencentes à lista de verificação segura, tendo em vista a segurança cirúrgica. É uma vez mais a altura em que se confirma o já referido consentimento informado, confirmando que o utente recebeu e percebeu conscientemente, a informação correta acerca do ato cirúrgico e anestésico a que irá ser sujeito. No serviço em que referencio a minha prática de estágio, é por hábito o enfermeiro da anestesia que atua neste momento, não sendo no entanto obrigatório, e no meu entender, deve mesmo passar por ser uma prática alargada ao enfermeiro circulante e instrumentista, pois desse modo, envolve os vários elementos da equipa, havendo mais consciencialização da importância da criação de confiança com o utente e sua segurança.

A própria WHO, (2009), defende que os fatores para uma boa implementação da lista de verificação segura, são o envolvimento precoce da equipa, para além da liderança ativa, do espaço para ampla discussão, educação e treinamento, o envolvimento multidisciplinar e o feedback contínuo.

Segundo o Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes, 2015-2020, publicado em Diário da República, a lista de verificação segura, “pretende melhorar a identificação correta do doente, do procedimento e do local cirúrgico, implementar práticas anestésicas universalmente aceites, prevenir a infeção do local cirúrgico e, de forma abrangente, melhorar o trabalho em equipa e a comunicação entre os elementos da equipa cirúrgica”, acabando por ir ao encontro, no meu entender, com as competências específicas do enfermeiro especialista na área do perioperatório. Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde, “esta Lista torna-se o meio agregador, através do qual a equipa cirúrgica pode validar, numa sequência de atividades, o modo de assegurar cuidados seguros perioperatórios sistemáticos e, desta forma, minimizar os riscos de ocorrência de incidentes”, identificando “três momentos-chave para a equipa utilizar a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e antes do doente sair da sala de operações”, portanto, os momentos do pré, intra e pós-operatórios. Nos três momentos, o enfermeiro da anestesia, o enfermeiro circulante e o enfermeiro instrumentista, assumem o papel chave na verificação de todo o processo, centrado no aumento da cultura de segurança do ambiente interno, nomeadamente, no aumento da segurança da comunicação, da segurança cirúrgica, da segurança na utilização da medicação, no assegurar a identificação inequívoca dos doentes, na prevenção de ocorrência de quedas e de úlceras de pressão, em assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes, e em prevenir e controlar as infeções e as resistências ao antimicrobiano. “A Organização Mundial de Saúde recomenda, ainda, que sejam estabelecidas e desenvolvidas rotinas de vigilância da capacidade cirúrgica, do seu volume e dos seus resultados, monitorizando-se e avaliando-se a segurança cirúrgica”. É, por conseguinte realçada, a

importância das auditorias e em dar a conhecer esses resultados à equipa, de forma pedagógica e não punitiva, desenvolvendo estratégias de dinamização, de melhoria do trabalho em equipa e da comunicação das equipas cirúrgicas.

Como Berges, *et al.* (2015), referem, as barreiras na implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica, são multifatoriais, interdependentes, e requerem uma mudança na perceção da equipa sobre a mesma, devendo ser apoiadas com diretrizes claras e treino sobre como, quando e quem as executa.

A já referida comunicação, mostra-se assim essencial e transversal à gestão e minimização do erro. Segundo a DGS, (2017), 70% dos eventos adversos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde durante os momentos de transição dos cuidados ao cliente. Neste sentido, é importante estar salvaguardada para além da comunicação dentro do próprio serviço, gerindo o ambiente sonoro e as próprias relações interpessoais, mas também a comunicação entre os diferentes serviços, havendo espaço para uma correta passagem de informação e um correto registo da mesma, na transferência dos doentes. O momento da saída do utente, da sala cirúrgica, para a UCPA, ou mesmo da UCPA, para outras unidades, seja internamento, ou unidade de cuidados intensivos, é um momento, em que não só as necessidades fisiológicas, a segurança do utente, devem ser asseguradas e monitorizadas, mas também a informação, comunicação e o registo, deve ser objeto de atenção por parte da equipa de enfermagem. Esta informação registada, é o garante da continuidade de cuidados, assim como a justificação legal da nossa prática de cuidados.

Tendo em atenção estes pressupostos, considero, que como futuro enfermeiro especialista, assumi uma atitude ética e deontológica, não só na relação com o utente mas também nas relações interpessoais com os diferentes membros da equipa multidisciplinar, de modo a facultar a polivalência de funções, que acredito serem benéficas na otimização dos cuidados. Admito que, o novo conhecimento, adquirido em várias unidades curriculares, aliado à investigação realizada durante as práticas clínicas, e à minha própria experiência, fizeram com que olhasse para os registos e à passagem de informação, com outra atenção, assumindo um papel mais completo exigente comigo próprio. Procurei assim, registar a informação mais fidedigna possível e com o mínimo de falhas, acerca do utente, tarefa facultada pelo excelente programa informático que serve de apoio à nossa prática clínica, na instituição onde exerci o estágio.

Tive a oportunidade de referir, quer nos estudos de caso, quer no enquadramento do contexto de estágio, o uso da técnica de ISBAR, como uma técnica ideal e eficaz, no garantir da segurança do utente, durante o processo de transição de informação. Segundo a Norma, 001/2017, da DGS, “A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR”. Enquanto profissional e futuro

enfermeiro especialista, considerando a aplicação da técnica de mnemónica do ISBAR, como parte fulcral da segurança dos doentes, procurei atender à sua aplicabilidade, granjeando melhorar a minha performance, estando presente inclusivamente, numa ação de formação, alusiva ao tema “Implementação do Projeto: Técnicas ISBAR na transição de cuidados ao doente submetido a cirurgia no B.O.C.” (Anexo IV).

Nesta altura do relatório, não posso deixar de referir, ainda aludindo ao pós-operatório, a possibilidade de participar na Unidade de Dor Aguda. Tal só foi possível, devido ao projeto existente no local de estágio, mais precisamente na UCPA. Se a consulta pré-operatória, é essencial, na gestão dos ensinamentos ao doente, dos medos, das dores e ansiedades, não menos importante é este contato entre o enfermeiro e o utente, no pós-operatório. Foi um espaço, em que tive a oportunidade de gerir verdadeiramente uma continuidade de cuidados, gerindo por exemplo, a evolução do penso e da ferida cirúrgica, o controlo da dor e da analgesia pós-operatória, assim como os ensinamentos pós-operatórios ao cliente, participando ativamente na recuperação ativa dos utentes.

Enquanto aluno, sou responsável pelo meu percurso, e como tal, procurei estar mais presente em situações clínicas norteadas pelo meu projeto. Parte disso, foi a escolha de cirurgias que coincidissem com a segurança cirúrgica em doentes submetidos ao encavilhamento trocantérico, numa mesa de tração. Isso possibilitou-me criar o já referido caso de estudo real, que por outro lado, permitiu-me evoluir no planeamento de cuidados, focando numa melhor identificação de prioridades, evolução de conhecimentos, estruturação de pensamento e por conseguinte melhor execução da minha atuação. Em relação ao utente referido no estudo de caso, fiz questão de o acompanhar durante o projeto da dor aguda, e pude verificar que toda a perda de sensibilidade identificada e relatada, foi realmente derivada da anestesia, não havendo sequelas, tendo havido um perfeito controlo da dor. Testemunhei portanto, que a evolução das técnicas anestésicas, é essencial no controlo e gestão da dor, de modo a minimizar o sofrimento do utente e a facilitar a sua recuperação mais rapidamente. Igualmente, verifiquei, que a descontinuidade da pele, presenciada no intra-operatório, no momento da extração da tração cutânea, ficou parcialmente resolvida ainda antes do utente ter alta para o domicílio, sentindo deste modo a operacionalização dos cuidados por mim planeados.

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

Ao longo do meu relatório, percebemos a preponderância que a segurança tem no ambiente perioperatório, sendo objeto de diferentes cuidados. Não são raros os momentos em que eu guiei e monitorizei o meu percurso académico, com atividades e projetos, nesse âmbito, percebendo a importância que a gestão do risco tem na saúde e sua sustentabilidade.

Fiesta, (1991), citado pela AESOP, (2006), refere que a gestão do risco e a garantia da qualidade trabalham em conjunto passo a passo, fazendo parte integrante da melhoria contínua.

Segundo a AESOP, (2006, p. 63), “Prestar cuidados perioperatórios é uma atividade de risco, que poderá ser minorada com pessoal competente e treinado, políticas claras, procedimentos normalizados e um verdadeiro trabalho em equipa.” “A segurança do doente e do pessoal é primordial num ambiente de alta tecnologia, de uma enorme especialização, onde se pretende presta cuidados de qualidade. Por isso, é necessário uma política pró-ativa de gestão do risco, que proteja ambas as partes, doente e profissional, que interfira no meio ambiente, pela identificação, controlo, minimização, prevenção e avaliação dos riscos.”

O já referido, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (p.3882-(2)), ciente da importância da segurança dos cuidados prestados para a qualidade em saúde, “visa apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades. O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear”.

Neste sentido, o ciclo de melhoria contínua da qualidade exige que os riscos sejam identificados, avaliados e hierarquizados, construindo ações de melhoria.

A experiência resultante da execução do PNSD 2015 -2020, bem como da sua avaliação, foram fatores determinantes na elaboração do novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026), reunindo este plano o conhecimento mais atualizado no âmbito da segurança do doente. O objetivo deste plano, passa por, “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, e, em particular no SNS, incluindo em contextos próprios dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos” (PNSD 2021-2026, p.97), estando assente em cinco pilares, Cultura de segurança, Liderança e governança, Comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, e Práticas seguras em ambientes seguros.

Não é por isso possível, dissociar a segurança cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, cabendo ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente perioperatória, através dos seus conhecimentos teórico-práticos, *know-how* e investigação, promover a segurança do doente e profissionais, almejando a qualidade na saúde, criando projetos que garantam e melhorem a segurança. Foi com esta premissa como base, e não me querendo repetir, que criei a já referida formação (Anexo V), e o subsequente procedimento de

instrução de trabalho (Anexo I), com o objetivo claro de promover e envolver, comportamentos similares e padronizados, cuidadosos e baseados na investigação mais atualizada, de toda a equipa, em prol do conforto dos doentes e seus posicionamentos cirúrgicos, e na consequente prevenção de complicações.

Contudo, como previamente dito, a melhoria contínua da qualidade, depende de vários fatores interligados na cultura de segurança. Um desses pontos, está intimamente relacionado com a nossa prática, o controlo da infeção do local cirúrgico.

Segundo o PNSD (2015-2020), as infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente, sendo a causa de significativa morbilidade e mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários, quando cerca de um terço podem ser evitáveis.

Para a AESOP (2006), as infeções do local cirúrgico (ILC), podem ser provocadas por fatores endógenos e exógenos ao doente, referindo-se o primeiro, ao hospedeiro e às suas condições físicas e psicológicas, bem como à existência de patologia associada. Nos fatores exógenos inclui a pré existência de lesões cutâneas e suas características e ainda fatores relacionados com o tipo de cirurgia e técnica cirúrgica.

A DGS (2018), citada por Mota *et al.*, (2021), refere que as ILC, são um incidente comum associado à atividade cirúrgica, encontrando-se em Portugal, como uma das infeções mais prevalentes, apesar da diminuição da taxa de infeção de 12,8% entre 2013 e 2017 e do aumento do número de organizações envolvidas na vigilância epidemiológica das ILC (42,6%).

A norma da DGS, 020/2015, “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico”, refere que a infeção é multifatorial e está relacionada com a condição do doente, com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico envolvido, ocorrendo no local da incisão cutânea ou próximo dela, nos primeiros trinta dias de pós-operatório, ou, até três meses após colocação de prótese. Os fatores de risco podem ser modificáveis, nomeadamente, a administração do antimicrobiano, a monitorização e manutenção da glicemia e temperatura normais, a regulação da tricotomia, a oxigenação dos tecidos, entre outros, e não modificáveis, como a idade, comorbilidades, severidade da doença, classe da ferida cirúrgica, entre outros.

Mais uma vez, se concluí que os enfermeiros em contexto perioperatório, seja o enfermeiro de anestesia, seja o enfermeiro circulante e/ou instrumentista, têm um papel essencial na prevenção das infeções do local cirúrgico e na aplicação destes feixes de intervenção, intimamente relacionados com a consciência cirúrgica.

Como atuação preventiva, é indispensável às boas práticas, a manutenção dos princípios da técnica de assética cirúrgica. Este conceito, inclui os procedimentos da desinfeção cirúrgica das mãos, de vestir bata estéril e calçar luvas, da desinfeção adequada e atenta da pele do utente,

do uso do desinfetante correto para a pele e em consonância com o protocolado em cada hospital, da confirmação da esterilização do material cirúrgico, da colocação dos campos cirúrgicos, da movimentação da equipa cirúrgica, constituindo um conjunto de barreiras à contaminação do campo operatório e da ferida cirúrgica. Em toda a minha experiência profissional, sempre me guiei pela procura da excelência, se é que ela existe, neste campo, pois acredito ser uma temática relevante no nosso campo de atuação, minimizando os riscos para o doente, com tarefas totalmente independentes das outras classes, fazendo do garantir da técnica da assepsia um pouco a minha imagem como instrumentista e circulante.

Alusivo ao tema do controlo da ILC, senti uma vez mais, durante os ensinamentos clínicos, a importância e a necessidade da aplicação do conhecimento adquirido nas unidades curriculares, ministradas durante o curso. Como futuro enfermeiro especialista, e após o conhecimento adquirido, principalmente acerca dos feixes de intervenção, a minha atuação passou a ser muito mais promotora destes cuidados, inculcando uma justificação científica e estimulando mudanças de comportamentos. Procurei assim, servir com o exemplo, gerindo para além da assepsia, outros feixes, como controlo da normotermia, quer na sala quer na UCPA, a atenção ao timing ideal da antibioterapia, e da tricotomia. É disso exemplo, a atenção que dou a estes domínios e dados, nos casos práticos, quer da prótese total da anca, quer do encavilhamento trocantérico. Aproveito, uma vez mais para aludir à apresentação do “E-poster”, “A segurança da pessoa em situação perioperatória: As intervenções de enfermagem perioperatória prevenção da infeção do local cirúrgico”, no qual atuei como coautor, no XX Congresso Nacional da AESOP (Anexo VI).

Durante o estágio, como tutorando da enfermeira gestora, uma das práticas que tive oportunidade de aprofundar, foi a liderança como responsável de turno. Permite-me assim, desenvolver competências em mais um meio do garantir a segurança do ambiente perioperatório. Para garantir que estão asseguradas as condições de boa prática e dotações seguras para o início e/ou continuidade dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, é essencial ter o conhecimento não só das dinâmicas dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, mas também ter capacidade de comunicação com toda a equipa, otimizando a resposta da equipa de enfermagem às diferentes situações e contextos, evitando o stress da equipa. Neste contexto, posso dar o exemplo de uma situação vivenciada como responsável de turno, em que foi preciso selecionar elementos e sala operatória, para atuarem numa cesariana emergente. É um momento só por si desencadeador de ansiedade, e a decisão tem de ser tomada de forma rápida, concisa e consciente, de modo a garantir uma vez mais a segurança de todos os envolvidos, e a qualidade dos cuidados. Tal só foi possível, pelo entrosamento criado entre mim e a equipa, conhecimento do espaço físico e pessoal, e ainda pela perceção e colaboração que obtive de toda a equipa.

Uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, é a promoção, a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório. Mais uma vez, olho para atuação do enfermeiro especialista neste domínio,

como preponderante para a relevância da nossa profissão. Contudo, para que possamos assegurar a gestão, a disponibilidade, integridade e funcionalidade dos dispositivos médicos, é indispensável que saibamos atuar na sua utilização, percebendo o seu uso, e conhecendo as suas normas de utilização, segurança e manutenção. Nesse sentido, uma vez mais, entra a utilidade da formação contínua, exemplificado nas formações "*Demonstração e funcionamento coledoscopia descartável*" e "*Apresentação e demonstração de OSCAR, STIMULAN E FITAS DE CERCLAGE*", (Anexo IV), pois é o espaço em que podemos continuar a atualizar e inovar com a evolução tecnológica, estando a par das novidades dos produtos lançados pelas marcas de dispositivos médicos, permitindo-nos dominar as suas normas de segurança. Esta é outra das particularidades que o Responsável de Turno deve ter, o conhecimento da existência e do manuseio do material no Bloco Operatório, pois só assim irá fazer a gestão diária e preponderante das necessidades essenciais à continuidade dos cuidados.

Quando olho para um dos critérios de avaliação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória, "Participa na conceção e na implementação dos processos de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo", compreendo a repercussões que o mundo atual e sua evolução tecnológica, podem ter na sustentabilidade dos sistemas de saúde. Este, foi aliás, um tema que tive a oportunidade de abordar na unidade curricular "Assistência de Enfermagem no Bloco Operatório", em que se evidenciou o papel do enfermeiro nesta temática, não havendo contudo conclusões éticas e legais acerca do reprocessamento. Mais uma vez, acredito ser uma área que a enfermagem perioperatória deve investir na sua investigação e implementação, de forma a garantir a preponderância merecida na garantia da qualidade dos serviços prestados, na segurança dos doentes e profissionais e na sustentabilidade económica da saúde.

Sinto que toda a enfermagem perioperatória, é um ciclo, em que uma competência do enfermeiro especialista, não está nem pode estar dissociada da outra, não se repetindo, complementam-se e interagem de forma, cíclica e interdependente.

## 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Findada mais uma jornada, é altura de concluir este percurso, concluindo reflexivamente o relatório.

O estágio de natureza profissional, expressado no relatório, proporcionou-me imergir numa reflexão profunda e constante, acerca da minha experiência enquanto profissional de enfermagem, enquanto enfermeiro do contexto perioperatório, e enquanto aluno do MEMCPSPE.

Ao longo, deste desafiador percurso, fui-me apercebendo que mudei. A variedade de situações clínicas, como procedimentos cirúrgicos, simples e complexos, a gestão de recursos, as situações éticas, o trabalho em equipa, não foram diferentes da rotina do meu dia-a-dia, no entanto, a minha tomada de decisão, o meu comportamento, o meu olhar sobre cada situação em particular, esse sim foi enriquecedoramente diferente.

É inegável que aprendi..., aprendi, que a enfermagem perioperatória, não é uma execução de tarefas, do plano de trabalho, do melhor conhecimento da cirurgia e da anestesia, não é uma enfermagem tecnicista. É muito mais além, é um compromisso. É um compromisso, com e para o doente e sua família, é um compromisso com a segurança do cliente e do profissional, é um compromisso para com a sustentabilidade do hospital e do próprio SNS, é um compromisso com a excelência.

O ensino clínico, foi o momento ideal para aprofundar e pôr em prática, as novas aprendizagens, os novos conhecimentos, adquiridos durante o curso e durante os anteriores ensinamentos clínicos. Para uma melhor gestão de tempo, foi essencial a realização do projeto de estágio, elaborado no módulo I. Isso, aliado ao cronograma, em que me orientei para a realização das atividades a que me propus, permitiu-me ir ao encontro dos objetivos delineados. Não posso, no entanto, deixar de referir, de que somos seres biopsicossocioculturais, e para cuidar dos outros, precisamos de primeiramente cuidar de nós próprios. Essa, foi a maior limitação e a maior crítica que faço ao curso agora findado. A minha força é a minha família, e infelizmente foi a minha família que mais sofreu com a minha indisponibilidade, sendo eu o responsável pela minha ausência, uma vez que não me foi possível conciliar todas as minhas componentes. Penso que este aspeto, exige uma reflexão profunda e séria, da parte de todas as entidades responsáveis, para que a formação não seja apenas e só em número, mas realmente efetiva na qualidade.

Na minha perspetiva, ainda em relação às limitações, acredito que, de forma a preparar e educar os enfermeiros nesta área da Enfermagem à pessoa em contexto perioperatório, na sua diferenciação, deveria existir mais espaço para *briefing* das nossas práticas, aproveitando para

discutir casos clínicos reais, como os realizados na plataforma *E4nursing*. Acredito que seria uma forma a fomentar o espírito de equipa, assim como aumentar, os níveis de conhecimento e de consciência, dos que trabalham connosco.

Reconheço também, a relevância do autoconhecimento na construção do desenvolvimento das habilidades relacionadas com uma conduta ética e deontológica individual, em que a consciência das minhas próprias fraquezas e o reconhecimento da necessidade de uma busca constante pela maior evidência, são o pilar fundamental para o meu crescimento enquanto profissional. Este estágio, reforçou a necessidade de me manter atualizado, participar ativamente na gestão do serviço, na busca pela melhoria contínua, na entrega e disponibilidade para ajudar e incentivar a formar o próximo. Resumidamente, este estágio contribuiu para que também eu queira ter uma palavra, e uma ação ativa, na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Deste modo, encerro o relatório, com um profundo agradecimento, a quem mais me ajudou a escalar mais este degrau, num percurso tão exigente, como é a vida profissional. Agradeço verdadeiramente, pelas orientações recebidas, aos professores Paulo Machado e Ana Leonor, e pelas aprendizagens partilhadas e tutoradas, à enfermeira tutora e ao enfermeiro cotutor.

Sinto que o estágio, não foi o fim, mas sim a continuidade do meu compromisso, em continuar a crescer como profissional e ainda mais como pessoa.

## 7. BIBLIOGRAFIA

Abdel Shaheed, C., Ferreira, G. E., Dmitritchenko, A., McLachlan, A. J., Day, R. O., Saragiotto, B., Lin, C., Langendyk, V., Stanaway, F., Latimer, J., Kamper, S., McLachlan, H., Ahedi, H., & Maher, C. G. (2021). The efficacy and safety of paracetamol for pain relief: an overview of systematic reviews. *The Medical journal of Australia*, 214(7), 324-331.

Adriano Bechara de Souza Hobaika, A. B. S., Fantini C. N. C., Figueiredo, C. L., Sanos, P. R., Alves, N. G. (2007). *Monitorização dos níveis de consciência em anestesiologia*. (Artigo de revisão. Faculdade ciências Médicas de Minas Gerais).

Andrade, M., & Silva, g., (2010). Avaliação prospectiva dos pacientes submetidos à artroplastia do joelho com e sem colocação de dreno de sucção (six month follow-up of patients submitted to total knee arthroplasty with and without placement of suction drainagedevices). *Revista Brasileira Ortopédica*. 2010;45(6):549-553.

AORN (2017). Guideline Summary: Positioning the Patient. *AORN journal*, 106(3), 238-247. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.006>

Archer, L. ; Biscaia, J. ; Asswald, Walter - *Bioética*. Lisboa : Ed. Verbo, 1996.ISBN 972-22-1719-4

ASA American Society of Anesthesiologists (2020). *Standarts & Guidlenis: Standards for Basic Anesthetic Monitoring Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA)* (asahq.org)

Associação dos Enfermeiros de Sala de operações Portuguesas - *Enfermagem perioperatória - da Filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal, M., Macedo, A. L., Gomes, M., (2017). *Recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia para a manutenção da normotermia no período perioperatório*. Consultado a 04 de Janeiro de 2024. <https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Barel PS, Sousa CS, Poveda VB, Turrini RNT. Anxiety and knowledge of patients before being subjected to orthognathic surgery. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 5):2081-6. [Thematic Issue: Mental health] DOI: dx.doi.org

Benzoni, T., & Cascella, M. (2023). Procedural Sedation. *In StatPearls*. StatPearls Publishing.

Bergs, J., Lambrechts, F., Simons, P., Vlayen, A., Marneffe, W., Hellings, J., Cleemput,I., & Vandijck, D. (2015). Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence. *BMJ quality & safety*, 24(12),

776-786. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004021>.

Bernardo, W. M., & Aires, F. T. (2013). Efficacy of dexamethasone in the prophylaxis of nausea and vomiting during the postoperative period of laparoscopic cholecystectomy. *Revista da Associação Médica Brasileira* (1992),59(4),387-391. <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.008>

Bhandari, M., & Swiontkowski, M. (2017). Management of Acute Hip Fracture. *The New England journal of medicine*, 377(21), 2053-2062. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1611090>

Blom, A. (2019). Long-term complications of total hip and knee replacement. In M. Hochberg et. al (Eds), *Rheumatology* (seventh edition, pp. 467-471). Elsevier

Bowen, B. (2007). Cirurgia Ortopédica. In J. Rothrock. *Alexander Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª Edição, pp. 704-798). Lusodidacta.

Brandão, J. C. M., Miranda, C. A., Leal P. C., Nunes R. R., Mattos, S. L., Tardelli, M. A., Curi E. F. (2019). Medicina perioperatória e anestesia. *Sociedade Brasileira de Anestesiologia*. Rio de Janeiro.

Bravenec, B., *General anesthesia: Intravenous induction agents* (2022). Uptodate.

Casserly, E., PharmD, BCPS, Alexander J. C., MBA. *Perioperative uses of intravenous opioids in adults: General considerations* (2023).uptodate.

Caughran A., Giangarra, C. (2018). The Arthritic Hip. In *Clinical Orthopaedic Rehabilitation: A Team Approach*. (pp. 432-436). Elsevier

Colliere, Marie-Francoise ; Breda, J. - *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-53-3

Comissão Nacional da Unesco (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_por?posInSet=1&queryId=16aaa219-cb5f-44cb-b074-41832be9e11f](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por?posInSet=1&queryId=16aaa219-cb5f-44cb-b074-41832be9e11f)

DeLamar L. M. (2007). Anestesia. In J. Rothrock *Alexander. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª Edição, pp. 103-129). Lusodidacta.

Despacho nº 1400-A/2015 do Ministério da Saúde (2015). Diário da República: 2ª Série, nº 28. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 publicado em Diário da República (ordemenfermeiros.pt)

Despacho nº 9390/2021 do Ministério da Saúde (2021). Diário da República: 2ª Série, nº 187. Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24 | DR (diariodarepublica.pt)

Direção Geral da Saúde. (2013). Norma nº014/2013: Artroplastia total da anca, osteoartrose, prótese da anca.

Direção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. (2017). Norma 001: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

DGS (2022). Norma nº 020/2015, atualizada a 17/11/2022: “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção do local cirúrgico. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico - Portal das Normas Clínicas (min-saude.pt). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>

Enes, S. M., Opitz, S. P., Faro, A. R., & Pedreira, M.deL. (2016). Phlebitis associated with peripheral intravenous catheters in adults admitted to hospital in the Western Brazilian Amazon. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(2), 263-271.

Falk, S. A., Fleisher, L. A., *Overview of anesthesia* (2022). Uptodate.

Feinleib, J., PhD, Kwan, L., Yamani, A. *Postoperative nausea and vomiting* (2023). Uptodate

Flierl, M. A., Stahel, P. F., Hak, D. J., Morgan, S. J., & Smith, W. R. (2010). Traction table-related complications in orthopaedic surgery. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 18(11), 668-675.

Garcez, J. S., Sousa, L. C. B., Neta, M. B. N., Maia, F. L., Araújo, F. P. C. (2018). Principais Recomendações em cuidados pré-operatórios. *Rev. Med UFC*. 2019 Jan-mar, 59 (1): 53-59. doi: 10.20513/2447-6595.2019v59n1p53-60

Gondim, C., Japiassú, A., Filho, P., Almeida, G., Kalichsztein, M. & Nobre, G. (2009). Prevenção e tratamento de náuseas e vômito no período pós-operatório [Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting]. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009; 21(1):89-95. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2009000100013>

Goulart, A & Martins, S. (2010). Íleo paralítico pós-operatório: Fisiopatologia, Prevenção e Tratamento. *Rev. Port Coloproct*. p. 60-67.

Harkess J., Crockarell J. (2021). Arthroplasty of the hip. In. F. Azar & J. Beaty. *Campbell's Operative Orthopaedics*, (Fourteenth edition, pp 179-321). Elsevier.

Johann, D. A., Danski, M. T., Vayego, S. A., Barbosa, D. A., & Lind, J. (2016). Risk factors for complications in peripheral intravenous catheters in adults: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24, e2833.

Jones, J. G., Sapsford, D. J., & Wheatley, R. G. (1990). Postoperative hypoxaemia: mechanisms and time course. *Anaesthesia*, 45(7), 566-573. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.1990.tb14833.x>

Kammerlander, C., Pfeufer, D., Lisitano, L. A., Mehaffey, S., Böcker, W., & Neuerburg, C. (2018). Inability of Older Adult Patients with Hip Fracture to Maintain Postoperative Weight-Bearing Restrictions. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 100(11), 936-941. <https://doi.org/10.2106/JBJS.17.01222>

Khorsand, S. M., *Maintenance of general anesthesia: Overview* (2023). Uptodate.

King, A., Benedetto W., Plichta, A., *Induction of general anesthesia: Overview* (2023). Uptodate.

Learmonth, I. D., Young, C., & Rorabeck, C. (2007). The operation of the century: total hip replacement. *Lancet (London, England)*, 370(9597), 1508-1519. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60457-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60457-7)

LeBlanc, K. E., Muncie, H. L., Jr, & LeBlanc, L. L. (2014). Hip fracture: diagnosis, treatment, and secondary prevention. *American family physician*, 89(12), 945-951.

Linda M. (2008). Anestesia. In J. Rothrock. *Alexander Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª Edição, pp. 105-129). Lusodidacta.

Li, X. N., Zhou, C. C., Lin, Z. Q., Jia, B., Li, X. Y., Zhao, G. F., & Ye, F. (2022). High-flow nasal cannula oxygen therapy during anesthesia recovery for older orthopedic surgery patients: A prospective randomized controlled trial. *World journal of clinical cases*, 10(24), 8615-8624. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i24.8615>

Lopes, C., Galvão, C., (2010). *Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Dói:10.11606/D.22.2009.tde-18082009-125209. Recuperado em 2023-06-09, de [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br)

Lynette, J. M. & Alexander, T. H & Laeben, L & Akst, S, & Cover, R. & Herzer, K. (2021). Considerações Gerais da anestesia e Manipulação das vias aéreas difíceis [General Considerations of Anesthesia and Management of the Difficult Airway]. In W. F., Paul & H. H., Bruce Cummings & J. L., Valerie & T., Robbins & R. Thomas & M. M., Lesperance & W. F., Howard. *Otolaryngology: Head and Neck Surgery* (pp. 49-72). Elsevier.

Macphee, M., Skelton-Green, J., Bouthillette, F., & Suryaprakash, N. (2012). An empowerment framework for nursing leadership development: supporting evidence. *Journal of advanced nursing*, 68(1), 159-169. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05746.x>

Maheshwari, K., Turan, A., Makarova, N., Ma, C., Esa, W. A. S., Ruetzler, K., Barsoum, S., Kuhel, A. G., Ritchey, M. R., Higuera-Rueda, C., Kopyeva, T., Stocchi, L., Essber, H., Cohen, B., Suleiman, I., Bajracharya, G. R., Chelnick, D., Mascha, E. J., Kurz, A., & Sessler, D. I. (2020). Saline versus Lactated Ringer's Solution: The Saline or Lactated Ringer's (SOLAR) Trial. *Anesthesiology*, 132(4), 614-624. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003130>

Markle, A., Graf, N., Horn, K., Welter, J. E., & Dullenkopf, A. (2020). Neuromuscular monitoring using TOF-Cuff® versus TOF-Scan®: an observational study under clinical anesthesia conditions. *Minerva anesthesiologica*, 86(7), 704-711. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.20.14272-X>

Maya, A. M. S. (2022). Nursing care during perioperative within the surgical context. (Thematic review . Universidade de Antiquia). Vol. 40 No.2, May-August 2022 • ISSN: 2216-0280. <https://orcid.org/0000-0001-7599-1193>

Mcewen (2007). Cicatrização de Feridas, Curativos e Drenos. In J. Rothrock Alexander. *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª Edição, pp. 228-245). Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-07-9

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mota, A. S., Castilho, A. F., & Martins, M. M. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (6), e 20134, 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20134>.

Nagle G. M. (2006). Perioperative nursing. *The Nursing clinics of North America*, 41(2), xi-xv. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2006.02.001>

NYSORA, (2022). *Técnicas neuroaxiais: anestesia espinhal* [www.nysora.com/pt/técnicas/técnicas-neuroaxiais-e-perineuraxiais/anestesia](http://www.nysora.com/pt/técnicas/técnicas-neuroaxiais-e-perineuraxiais/anestesia)

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento Conceptual - Enunciados Descritivos*. Conselho de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018. *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Diário da República, 2ª série, nº 135, pp. 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª Serie. Nº 26. pp. 4744- 4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 743/2019. *Regulamento da Norma para*

*Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.*  
[https://dre.pt/web/guest/home//dre/124981040/details/maximized?serie=II&parte\\_filter=33&drel=124972060](https://dre.pt/web/guest/home//dre/124981040/details/maximized?serie=II&parte_filter=33&drel=124972060)

Organização Mundial de Saúde. (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection.*

Registo Português de Artroplastias. (2010). *Anca-Complicações das PTA's.*  
<http://rpa.spot.pt/Main-Sections/Informacao-ao-doente/Anca.aspx>

Renew, J., *Clinical use of neuromuscular blocking agents in anesthesia* (2023). Uptodate

Scala, V. A., Lee, L. S. K., & Atkinson, R. E. (2019). Implementing Regional Nerve Blocks in Hip Fracture Programs: A Review of Regional Nerve Blocks, Protocols in the Literature, and the Current Protocol at The Queen's Medical Center in Honolulu, HI. *Hawai'i journal of health & social welfare*, 78(11 Suppl 2), 11-15.

Silva A. P. (2007). "Enfermagem avançada": um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina ["Advanced nursing": a sense for the development of the profession and the discipline]. *Servir* (Lisbon, Portugal), 55(1-2), 11-20.

Silva, R. L. A. P. (2019). *Cultura de Segurança do Doente no Bloco Operatório: Subsídios para a qualidade dos cuidados de saúde.* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico, Instituto Politécnico de Viana do Castelo).

Silva, R. M. (2016). *Inovação informática de atendimento holístico do idoso no bloco operatório.* (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10400.13/2548>

Simić, A., Nesek Adam, V., Rošić, D., Kočet, N., Svetec, M., Herceg, A., Keranović, A., & Rašić, Ž. (2022). PERIPHERAL NERVE BLOCKS FOR HIP FRACTURES IN EMERGENCY MEDICINE. *Acta clinica Croatica*, 61(Suppl 1), 78-83. <https://doi.org/10.20471/acc.2022.61.s1.13>

Sociedade Portuguesa de anesthesiologia: *Recomendações para verificação do equipamento anestésico.*  
Recuperado de:  
[http://www.spanesthesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes\\_Equipamento\\_Anestesico.pf](http://www.spanesthesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes_Equipamento_Anestesico.pf)

Stobinski J. X. (2008). Perioperative nursing competency. *AORN journal*, 88(3), 417-436.  
<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2008.05.001>

Tapadinhas M., (2013). *Registo Português de Artroplastias.* ISSN 2182-2247. Edição nº 3.  
[rpa.spot.pt](http://rpa.spot.pt)

Tietze, K., J., Fuchs B., *Sedative-analgesic medications in critically ill adults: Properties, dose regimens, and adverse effects* (2022). Uptodate

Tomey, A. M. ; Alligod, M. L. - *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. 5ª. ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383- 74-6

ULSAM, (2022). Relatório e contas - Unidade Local de saúde do Alto Minho, E.P.E.

Vaishya, R., Maini, L., & Lal, H. (2018). A journey of the Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma. *Journal of clinical orthopaedics and trauma*, 9(4), 277-280. doi.org

Vallverdú Vidal, M., & Barcenilla Gaité, F. (2019). Antiseptic urinary catheterization and maintenance of the bladder catheter. Antisepsia en el sondaje urinario y en el mantenimiento de la sonda vesical. *Medicina intensiva*, 43 Suppl 1, 48-52.

Vieira, M. M., (2016). *Fatores determinantes na incidência de úlceras por pressão no bloco operatório em doentes submetidos a cirurgia major*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo).

Veronese, N., & Maggi, S. (2018). Epidemiology and social costs of hip fracture. *Injury*, 49(8), 1458-1460. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.04.015>

Wainwright, T. W., Gill, M., McDonald, D. A., Middleton, R. G., Reed, M., Sahota, O., Yates, P., & Ljungqvist, O. (2020). Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Acta orthopaedica*, 91(1), 3-19. <https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790>

WHO (2009). *Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009: Safe Surgery Saves Lives*. Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598590>



## **8. ANEXOS**



## Anexo I



	<b>Norma/Instrução de Trabalho</b>	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 1 de 9
<b>Identificação do documento:</b> Posicionamento dos utentes submetidos a encavilhamento trocantérico numa mesa de tração		
<b>Âmbito:</b> Aplica-se a todos os enfermeiros perioperatórios que exercem funções no Bloco Operatório Central		

## OBJETIVO:

- Prevenir complicações no posicionamento dos utentes submetidos a encavilhamento trocantérico numa mesa de tração;
- Sistematizar boas práticas de posicionamento;
- Assegurar o uso, manuseio e manutenção correta do equipamento de posicionamento;

## RESPONSABILIDADES:

- É da responsabilidade dos diretores de serviço do Bloco Operatório Central, de ortopedia e de anestesia, a operacionalização deste protocolo, assim como a sua divulgação junto das equipas;
- É da responsabilidade do enfermeiro gestor do Bloco Operatório Central a operacionalização deste protocolo, assim como a sua divulgação junto das equipas;
- É da responsabilidade de todos os enfermeiros peri-operatórios a implementação/verificação das boas práticas de posicionamento do utente submetido a encavilhamento trocantérico numa mesa de tração.

## DESCRIÇÃO:

Todo o utente submetido a um procedimento cirúrgico corre o risco de sofrer lesões derivadas do posicionamento. O enfermeiro perioperatório é responsável pelo planeamento e implementação de intervenções de enfermagem que minimizam ou possibilitam a prevenção de complicações decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico, visando a segurança, conforto e a individualidade do utente.

O posicionamento cirúrgico do utente é deste modo um procedimento importante na assistência de enfermagem no período perioperatório. O principal objetivo desse procedimento é promover a ótima

<b>Elaborado: David Viana</b>		<b>Aprovado:</b>		<b>Próxima Revisão</b>
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

	<b>Norma/Instrução de Trabalho</b>	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 2 de 9
<b>Identificação do documento:</b> Posicionamento dos utentes submetidos a encavilhamento trocantérico numa mesa de tração		
<b>Âmbito:</b> Aplica-se a todos os enfermeiros perioperatórios que exercem funções no Bloco Operatório Central		

exposição do local cirúrgico e, ao mesmo tempo, a prevenção de complicações, decorrentes do posicionamento cirúrgico. Para tal, é essencial o trabalho em equipa e a utilização correta de dispositivos e equipamentos de posicionamento específicos para cada utente e cirurgia. O enfermeiro partilha com a equipa a decisão do melhor posicionamento do utente de modo a facilitar as atividades durante o ato anestésico e cirúrgico. Para isso, é necessária a identificação das alterações anatómicas e fisiológicas do utente, associadas ao tipo de anestesia, tipo de procedimento e ao tempo cirúrgico a que será submetido, de modo a evitar complicações pós-operatórias (Lopes e Galvão, 2010).

Sob a anestesia geral ou até mesmo local, o utente não se consegue mover, sentir dor, ou ser capaz de comunicar a localização da sensação de dor. Como consequência, lesões provocadas por estiramento, compressão de tecidos, fricção ou por forças de cisalhamento, são frequentes, podendo provocar redução do fluxo sanguíneo e isquemia, ou descontinuidade da pele, que exigem aumentos de tempos de internamento e/ou novos tratamentos.

O posicionamento dos utentes, submetidos a tratamentos cirúrgicos, com fraturas trocantéricas e do colo do fémur, é na sua maioria, em decúbito dorsal numa mesa de tração, merecendo este posicionamento, uma particular atenção da parte dos profissionais. A utilização de mesa de tração, permite a redução da fratura e de movimentos dos membros inferiores. No entanto, o seu uso não é isento de riscos, estando descritas complicações significativas, tais como lesão do tegumento perineal e tecidos moles em geral, comprometimento neurológico do nervo pudendo, peroneal e ciático, disfunção erétil, desalinhamento da fratura, e ainda síndrome do compartimento ou de esmagamento. Deste modo, é deveras importante que toda a equipa perioperatória esteja familiarizada e atenta aos perigos e riscos potenciais associados, estando capacitada para desenvolver um plano preventivo de complicações, na altura do posicionamento, durante e após a cirurgia.

### **FASE PRÉ-OPERATÓRIO:**

- Realizar um briefing;
- Identificar o local e lado da fratura;

<b>Elaborado:</b>		<b>Aprovado:</b>		<b>Próxima Revisão</b>
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

	<b>Norma/Instrução de Trabalho</b>	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 3 de 9
<b>Identificação do documento:</b> Posicionamento dos utentes submetidos a encavilhamento trocantérico numa mesa de tração		
<b>Âmbito:</b> Aplica-se a todos os enfermeiros perioperatórios que exercem funções no Bloco Operatório Central		

- Tipo de cirurgia planeada;
- Condição dos tecidos moles (fratura: aberta ou fechada);
- Implante a ser usado;
- Detalhes do utente (incluindo, termo de consentimento assinado, antibioterapia e profilaxia tromboembólica apropriados, antecedentes);
- Realizar uma avaliação pré-operatória para identificar o risco de lesões de posicionamento;
- Realizar uma avaliação pré-operatória para identificar lesões cutâneas provocadas pela tração cutânea;

#### **FASE INTRA-OPERATÓRIO:**

- Identificar, selecionar, manter e usar equipamentos e dispositivos de posicionamento, incluindo redistribuição de pressão superfícies de apoio e pensos profiláticos para evitar lesão por pressão;
- Inspeccionar e manter equipamentos de posicionamento, dispositivos e superfícies de suporte e garantir que sejam reparados ou substituídos quando danificados, defeituosos ou obsoletos.
- Tomar precauções específicas ao posicionar utentes com situações de alterações de mobilidade (ex. próteses da anca) de gravidez ou obesidade;
- Permanência de um membro da equipa aquando a presença do utente no leito cirúrgico;
- Posicionar os utentes sob superfícies lisas;
- Não usar várias camadas de lençóis ou materiais para posicionar os utentes;
- Não utilizar lençóis ou cobertores como dispositivos de posicionamento;
- Apósitos profiláticos podem ser aplicados em proeminências ósseas (por exemplo, calcanhares, sacro) ou outras áreas sujeitas a pressão, fricção e cisalhamento.

<b>Elaborado:</b>		<b>Aprovado:</b>		<b>Próxima Revisão</b>
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

	<b>Norma/Instrução de Trabalho</b>	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 4 de 9
<b>Identificação do documento:</b> Posicionamento dos utentes submetidos a encavilhamento trocantérico numa mesa de tração		
<b>Âmbito:</b> Aplica-se a todos os enfermeiros perioperatórios que exercem funções no Bloco Operatório Central		

- Colocação de gel especial ou almofadas de espuma em áreas expostas a alta pressão pode ajudar a minimizar os efeitos do posicionamento adverso.
- O corpo do utente deve ser impedido de entrar em contato com partes metálicas da cama cirúrgica e outras superfícies duras.
- Confirmar se a pélvis está centralizada no suporte perineal acolchoado (entre 8 a 10 cm de diâmetro);
- Proteger a genitália do utente;
- Estabilizar a perna lesionada (com a bota na mesa de tração) e assegurar que o pé esteja seguro, permitindo que a correta tração e rotação possam ser aplicadas de forma eficaz;
- Estabilizar a perna saudável num suporte de perna apropriado;
- Ajustar o tronco do utente;
- Máximo cuidado ao colocar o membro saudável, se necessário, na posição de litotomia, de modo a evitar a lesão do nervo ciático e peroneal;
- Assegurar a observação total à tração aplicada contra o pino perineal, evitando as complicações, como, lesão do nervo pudendo, disfunção erétil, lesão tegumentar e dos tecidos moles;
- Fornecer exposição do local cirúrgico;
- Manter o conforto, a temperatura e a privacidade do utente;
- Fornecer acesso a linhas IV e equipamentos de monitorização;
- Permitir ventilação ideal;
- Manter a circulação;
- Proteger os dedos das mãos e dos pés, genitais, músculos, nervos, proeminências ósseas, articulações, pele e órgãos vitais de lesões;
- Estabilizar o utente para evitar deslocamentos ou movimentos não intencionais.

<b>Elaborado:</b>		<b>Aprovado:</b>		<b>Próxima Revisão</b>
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

	<b>Norma/Instrução de Trabalho</b>	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 5 de 9
<b>Identificação do documento:</b> Posicionamento dos utentes submetidos a encavilhamento trocantérico numa mesa de tração		
<b>Âmbito:</b> Aplica-se a todos os enfermeiros perioperatórios que exercem funções no Bloco Operatório Central		

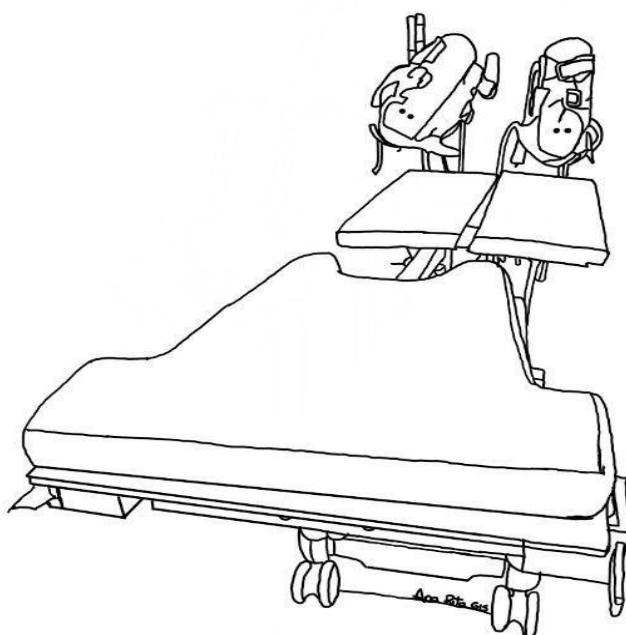
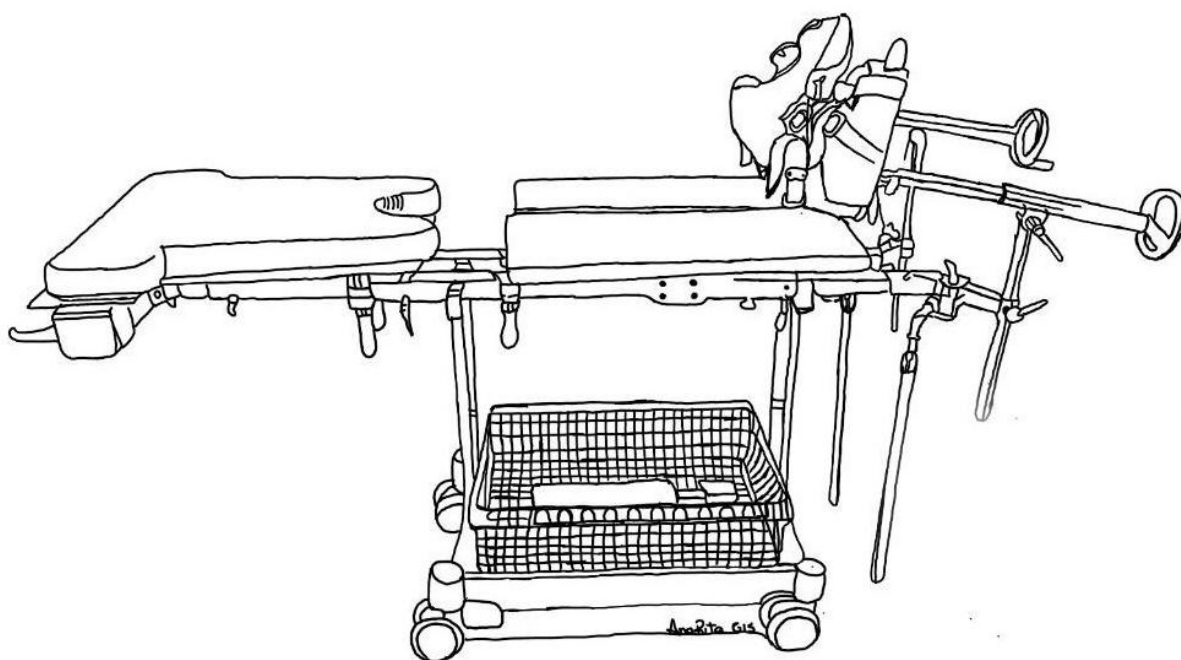
- A extremidade inferior não afetada é cuidadosamente abduzida para permitir o uso de intensificador de imagem “C-arm”.
- Usar as componentes de posicionamento da marquesa de forma correta.

### **FASE PÓS-OPERATÓRIO:**

- Realizar uma avaliação pós-operatória do utente para identificar lesões no próprio, causadas pelo posicionamento cirúrgico.
- Transferir o utente da mesa cirúrgica para o leito de forma segura, e com o número ideal de profissionais;
- Monitorizar o utente assim que se encontre na UCPA;
- Fazer os respetivos registos de enfermagem e em local próprio;
- Dar especial atenção ao retorno da mobilidade e à perfusão tecidular;

<b>Elaborado:</b>		<b>Aprovado:</b>		<b>Próxima Revisão</b>
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

	<b>Norma/Instrução de Trabalho</b>	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 6 de 9
<b>Identificação do documento:</b> Posicionamento dos utentes submetidos a encavilhamento trocantérico numa mesa de tração		
<b>Âmbito:</b> Aplica-se a todos os enfermeiros perioperatórios que exercem funções no Bloco Operatório Central		

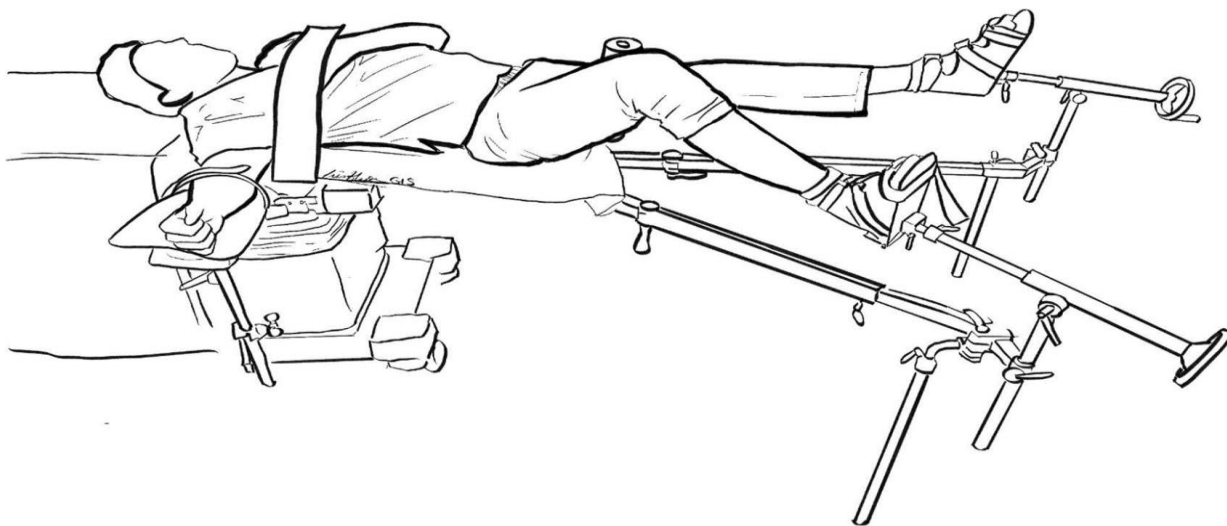


<b>Elaborado:</b>		<b>Aprovado:</b>		<b>Próxima Revisão</b>
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

	<b>Norma/Instrução de Trabalho</b>	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 7 de 9

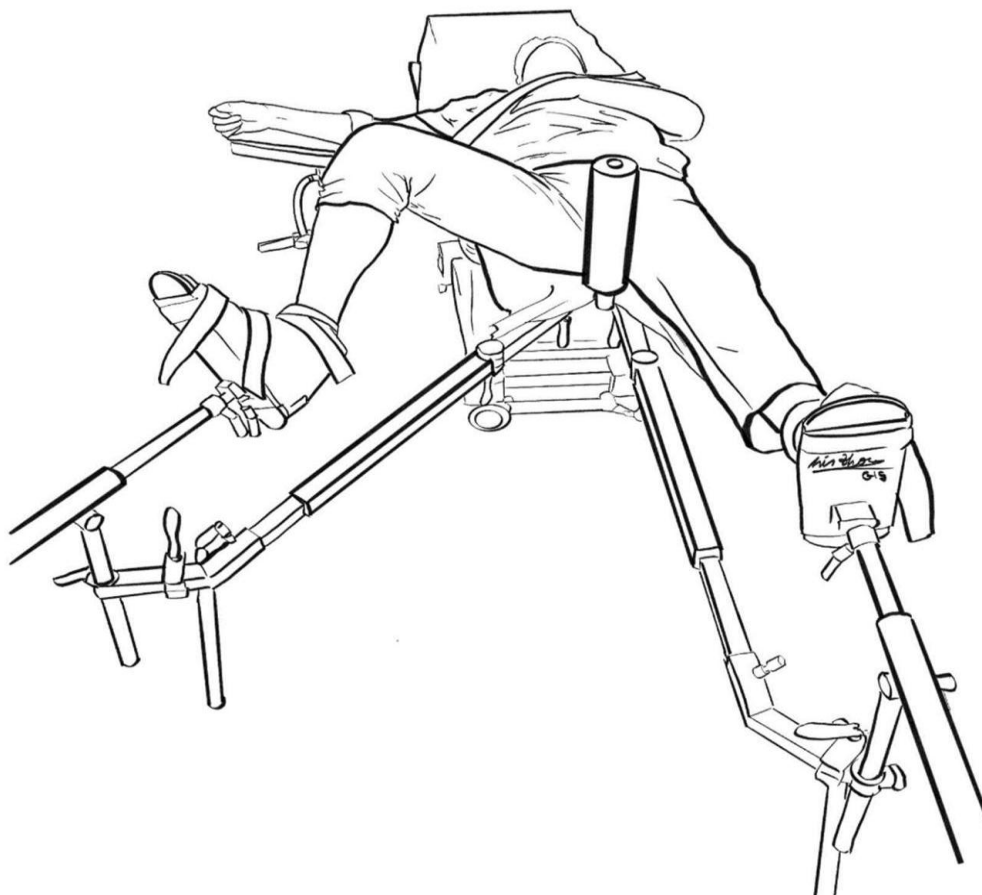
**Identificação do documento:** Posicionamento dos utentes submetidos a encavilhamento trocantérico numa mesa de tração

**Âmbito:** Aplica-se a todos os enfermeiros perioperatórios que exercem funções no Bloco Operatório Central



<b>Elaborado:</b>		<b>Aprovado:</b>		<b>Próxima Revisão</b>
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

	<b>Norma/Instrução de Trabalho</b>	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 8 de 9
<b>Identificação do documento:</b> Posicionamento dos utentes submetidos a encavilhamento trocantérico numa mesa de tração		
<b>Âmbito:</b> Aplica-se a todos os enfermeiros perioperatórios que exercem funções no Bloco Operatório Central		



<b>Elaborado:</b>		<b>Aprovado:</b>		<b>Próxima Revisão</b>
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

	<b>Norma/Instrução de Trabalho</b>	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 9 de 9
<b>Identificação do documento:</b> Posicionamento dos utentes submetidos a encavilhamento trocantérico numa mesa de tração		
<b>Âmbito:</b> Aplica-se a todos os enfermeiros perioperatórios que exercem funções no Bloco Operatório Central		

## DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

AORN (2017). Guideline Summary: Positioning the Patient. *AORN journal*, 106(3), 238–247.

<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.006>

Attenasio, A., Kraeutler, M. J., Hong, I. S., Baskar, S., Patel, D. V., Wright, C., Jankowski, J. M., Liporace, F. A., & Yoon, R. S. (2023). Are complications related to the perineal post on orthopaedic traction tables for surgical fracture fixation more common than we think? A systematic review. *Patient safety in surgery*, 17(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s13037-023-00355-y>

Flierl, M. A., Stahel, P. F., Hak, D. J., Morgan, S. J., & Smith, W. R. (2010). Traction table-related complications in orthopaedic surgery. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 18(11), 668–675. <https://doi.org/10.5435/00124635-201011000-00004>

Lopes, C., Galvão, C., (2010). *Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Dói:10.11606/D.22.2009.tde-18082009-125209. Recuperado em 2023-06-09, de [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br)  
[https://surgeryreference.aofoundation.org/orthopedic-trauma/adult-trauma/proximal-femur/preparation/supine-position-on-fracture-table#%3Ca%3E\[object%20Object\]%3C/a%3E](https://surgeryreference.aofoundation.org/orthopedic-trauma/adult-trauma/proximal-femur/preparation/supine-position-on-fracture-table#%3Ca%3E[object%20Object]%3C/a%3E)

<b>Elaborado:</b>		<b>Aprovado:</b>		<b>Próxima Revisão</b>
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	



## **Anexo II**



## RESUMO DA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA:

Todo utente submetido a um procedimento cirúrgico corre o risco de lesão relacionado à posição necessária para o procedimento cirúrgico. As lesões podem ser causadas por estiramento ou compressão dos tecidos podendo levar à redução do fluxo sanguíneo e isquemia, por forças de fricção e cisalhamento, ou por pressão prolongada, originando zonas e úlceras de pressão. Estas lesões derivadas do mau posicionamento podem causar danos maiores ou menores, podendo os seus efeitos serem temporários ou permanente (AORN, 2017).

Posicionar o utente corretamente é assim essencial, uma vez que, sob o efeito dos diferentes tipos de anestesia, o utente fica incapaz de se mover ou sentir dor e até mesmo referenciá-la. Tendo em conta estas limitações, a equipa perioperatória deve tomar medidas que ajudem a evitar e precaver lesões derivadas do posicionamento cirúrgico, exigindo-se uma atenção especial de toda a equipa, especialmente ao enfermeiro, estando em constante alerta para as necessidades de reposicionamento durante o procedimento cirúrgico. É exigido ao enfermeiro em contexto perioperatório, o conhecimento das complicações que possam advir do posicionamento em causa, o conhecimento dos dispositivos necessários ao correto posicionamento do doente na determinada posição, a avaliação contínua do estado dos dispositivos, o garantir do alinhamento corporal do doente, prestar atenção às extremidades, ao sistema circulatório, respiratório, tegumentar, musculo-esquelético e neurológico do utente (AORN, 2017).

Focado em alcançar o “legis artis” sobre o correto posicionamento do doente submetido a um encavilhamento trocantérico, numa mesa de tração, e identificar as suas complicações e riscos para o doente, procedeu-se então à elaboração de uma revisão narrativa da literatura, alusiva ao tema de base, “Posicionamento dos doentes submetidos a encavilhamento trocantérico numa mesa de tração: contributos de enfermagem para a prevenção de complicações”.

**Metodologia:** Revisão narrativa da literatura, com pesquisa sobre o estado da arte realizada entre Maio e Junho de 2023, com recurso ao agregador de bases de dados EBSCO (Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SPORTDiscus with Full Text) e as bases de dados Web of Science (SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC) e Scopus (Medline e EMBASE), livros e literatura cinzenta.

**Resultados:** É importante referir a pouca bibliografia existente referente às complicações derivadas do incorreto posicionamento, ainda assim realço, como resultados obtidos, a correta técnica de posicionamento numa mesa de tração, os riscos para o doente derivados do posicionamento na mesa de tração, as complicações de um posicionamento incorreto, os cuidados de enfermagem no posicionamento cirúrgico e ainda os dispositivos de posicionamento.

Os enfermeiros do contexto perioperatório, desempenham um papel crucial na avaliação do posicionamento cirúrgico, no planeamento e na implementação do correto posicionamento do utente, garantindo a segurança e o conforto do doente durante todo o período perioperatório. É, por isso, fundamental o conhecimento atualizado e científico acerca da temática, integrando práticas baseadas na evidência, de modo a pautar a sua ação com procedimentos e normas o mais atuais possíveis.

**Palavras-chave:** Enfermagem perioperatória, segurança do posicionamento cirúrgico, complicações da mesa de tração, fratura da anca.

## **BIBLIOGRAFIA:**

AORN (2017). Guideline Summary: Positioning the Patient. *AORN journal*, 106(3), 238–247. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.006>

## **Anexo III**



## **A TÉCNICA DE GRUPO FOCAL NA VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DA NORMA DE INSTRUÇÃO DE TRABALHO PARA O POSICIONAMENTO DOS UTENTES SUBMETIDOS A ENCAVILHAMENTO TROCANTÉRICO NUMA MESA DE TRAÇÃO:**

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área da Enfermagem à Pessoa em situação perioperatória:

### **Protocolo de Estudo**

**Título do estudo:** “Posicionamento dos Doentes Submetidos a Encavilhamento Trocantérico numa Mesa de Tração: Contributos De Enfermagem Para a Prevenção de Complicações”

### **Justificação e pertinência do estudo**

Atualmente, o setor de cuidados de saúde enfrenta consideráveis desafios estratégicos e forte pressão para se tornar mais sensível às necessidades dos clientes, ao mesmo tempo que deve melhorar a qualidade, segurança e eficiência. O bloco operatório devido à complexidade da sua atividade e à sua natureza interdisciplinar constitui um campo vasto para a implementação de medidas para garantir a qualidade (Gomes, *et al.*, 2017).

Todo o utente submetido a um procedimento cirúrgico corre o risco de sofrer lesões derivadas do posicionamento. O enfermeiro perioperatório é responsável pelo planeamento e implementação de intervenções de enfermagem que minimizam ou possibilitam a prevenção de complicações decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico, visando a segurança, conforto e a individualidade do utente (AORN, 2017).

O posicionamento cirúrgico do utente é deste modo um procedimento importante na assistência de enfermagem no período perioperatório. O principal objetivo desse procedimento é promover a ótima exposição do local cirúrgico e, ao mesmo tempo, a prevenção de complicações, decorrentes do posicionamento cirúrgico. Para tal, é essencial o trabalho em equipa, a utilização correta de dispositivos e equipamentos de posicionamento específicos para cada utente e cirurgia. O enfermeiro partilha com a equipa a decisão do melhor posicionamento do utente, de modo a facilitar as atividades, durante o ato anestésico e cirúrgico. Para isso, é necessária a identificação das alterações anatómicas e fisiológicas do utente, associadas ao tipo de anestesia, tipo de procedimento e ao tempo cirúrgico a que será submetido, de modo a evitar complicações pós-operatórias (Lopes & Galvão, 2010).

Com a norma, que de seguida descrevo, procuro sensibilizar a equipa perioperatória, enfermeiro da anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista, para que esteja familiarizada e atenta aos perigos e riscos potenciais associados, estando capacitada para desenvolver um plano preventivo e específico de complicações, no pré, intra e pós-operatório.

**Procedimento:**

Posicionamento dos Doentes Submetidos a Encavilhamento Trocantérico numa Mesa de Tração

**Objetivo geral do estudo:** validar a norma com peritos selecionados por diferentes critérios, recorrendo à técnica de “Grupo Focal”.

**Objetivos específicos:**

- Identificar os itens a integrar a referida Norma;
- Identificar a sequência das atividades apresentadas na descrição da Norma;
- Identificar sugestões de melhoria com base nas recomendações dos participantes.

**Materiais e Métodos**

**Método** - Técnica de Grupos Focais

**Participantes:**

Número de participantes: 6

**Critérios:**

- “*Know how*” – enfermeiro com mais experiência, na área de ortopedia, no bloco operatório onde decorreu o ensino clínico;
- Responsável pela especialidade ortopédica no B.O.C.: Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgico na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e responsável pela especialidade ortopédica;
- Enfermeira gestora;
- Enfermeiro de anestesia, com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica e com responsabilidade, no serviço, pela verificação da lista de segurança cirúrgica;
- Orientador do estágio.

Com base no exposto na literatura, procurei atender à homogeneidade do grupo, recrutando os enfermeiros que possuíam as características mais adequadas ao objetivo do estudo.

**Técnica de recolha de dados** – entrevista coletiva

Powell & Single (1996), definem um grupo focal como um grupo de indivíduos selecionados e reunidos por pesquisadores, para discutir e comentar, fruto da experiência pessoal, o tema

que é objeto de pesquisa. São uma forma de entrevista em grupo, sendo, no entanto, importante distinguir entre os dois.

Segundo, Morgan (1997), a entrevista em grupo envolve entrevistar várias pessoas ao mesmo tempo, em que a ênfase está nas perguntas e respostas entre o pesquisador e os participantes. Já, os grupos focais, dependem da interação dentro do grupo a partir de temas fornecidos pelo pesquisador. Portanto, a principal característica que distingue os grupos focais é a visão e os dados produzidos pela interação entre os participantes.

Merton & Kendall (1946), sobre a entrevista focada, advogam que esta estabeleceu os parâmetros para o desenvolvimento de grupos focais. Segundo os autores, o grupo focal, garante que os participantes tenham experiência ou opinião específica sobre o tema investigado, em que é utilizado um guia de entrevista explícito e que as experiências subjetivas dos participantes sejam exploradas em relação a questões de pesquisa predeterminadas.

Face ao objetivo de validar e/ou se necessário melhorar a proposta do “Posicionamento dos Doentes Submetidos a Encavilhamento Trocantérico numa Mesa de Tração”, optou-se por realizar apenas uma entrevista única e com duração de 2 horas, estando em conformidade com Vaughn *et al.* (1996, p.5) “a maioria dos pesquisadores concordam que é sensato realizar apenas um único grupo focal” e Kitzinger (1995).

Neste sentido e de modo a garantir a participação dos diferentes peritos, decidiu-se realizar a entrevista via “zoom”. Por esta via garantimos a gravação da entrevista, estando salvaguardada a autorização para tal. De acordo com Krueger e Casey (2009) a entrevista, pode ser realizada presencialmente, via telefone e ainda via Internet.

O grupo focal foi moderado pelo investigador e por um relator, o orientador de estágio.

As questões orientadoras do grupo focal obedecem a um “Guião da entrevista” anteriormente elaborado, contendo as seguintes perguntas de partida:

1. Na norma, estão elencados todos os fatores relacionados com o risco de lesões derivadas do posicionamento cirúrgico em geral?
2. Na norma estão elencados os fatores específicos que possam aumentar o risco de lesão derivada do posicionamento cirúrgico em questão?
3. A norma ajusta-se às três fases do período perioperatório?
4. A norma incorpora princípios que melhoram a garantia de segurança do doente?

5. Considerando o posicionamento, a norma atende às necessidades do ato cirúrgico e às particularidades do doente?
6. A norma engloba a responsabilização de toda a equipa, promovendo o trabalho em equipa?
7. A norma favorece a atualização de conhecimentos dos profissionais relativamente ao posicionamento do doente numa mesa de tração para encavilhamento trocantérico?
8. Removeriam ou acrescentariam algum outro item à norma?

**Cronograma:** Colheita de dados realizada durante o mês de dezembro de 2023

**Bibliografia:**

AORN (2017). Guideline Summary: Positioning the Patient. *AORN journal*, 106(3), 238–247. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.006>

Gomes, J.A.P., Martins, M.M., Tronchin, D. & Fernandes, C.S. (2018). A técnica de Grupo focal na validação de conteúdo para avaliação da qualidade assistencial em bloco operatório. [THE FOCUS GROUP TECHNIQUE IN VALIDATION OF CONTENT FOR EVALUATION OF THE QUALITY OF CARE IN AN OPERATING ROOM]. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, Vol.21,n.2, pp.88-93.

Kitzinger J. (1995) 'Introducing focus groups', *British Medical Journal* 311: 299-302.

Merton R.K., Kendall P.L. (1946). "The Focused Interview". *American Journal of Sociology* 51: 541-557.

Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: A practical guide for applied research* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Lopes, C., Galvão, C., (2010). *Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Dói:10.11606/D.22.2009.tde-18082009-125209. Recuperado em 2023-06-09, de [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br)

Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Powell, R. A., & Single, H. M. (1996). Focus groups. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 8(5), 499–504. <https://doi.org/10.1093/intqhc/8.5.499>

Vaugh, S., Schumm, J. S., & Sinagub, J. (1996). *Focus group interviews in education and psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

## **Anexo IV**



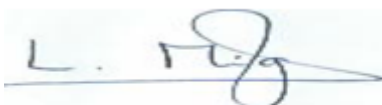
## DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que “**DAVID MIGUEL QUINTAS VIANA**”, esteve presente na(s) ação/ações de formação em serviço, na qualidade de **Formando(a)**, onde foi/foram tratado(s) o(s) seguinte(s) assunto(s):

<b>Tema</b>	<b>Data de realização</b>	<b>Duração</b>
<i>POSICIONAMENTO CIRÚRGICO: POSIÇÃO DE LITOTOMIA</i>	24-04-2023	00:30 h
<i>INSTRUMENTAL MRP - REVISÃO DA PRÓTESE DA ANCA (PTA)</i>	10-05-2023	03:00 h
<i>ARTROSCOPIA DO OMBRO-ESPECIFICAÇÃO DE DADOS, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIO</i>	15-05-2023	01:00 h
<i>CONSIDERAÇÃO SOBRE GESTÃO DO BOC</i>	25-05-2023	01:00 h
<i>APRESENTAÇÃO DA TORRE DE AUTOSCOPIA STRYKER</i>	05-07-2023	01:00 h
<i>IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO: TÉCNICAS ISBAR NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE SUBMETIDO A CIRURGIA NO BOC DA ULSAM</i>	02-08-2023	02:00 h
<i>MANUSEAMENTO E FUNCIONAMENTO DE MICROSCÓPIO ZEISS</i>	19-09-2023	01:00 h
<i>FATORES QUE INFLUENCIAM A CONTAGEM CIRURGICA PARA A SEGURANÇA DA PESSOA SUBMETIDA A SCOPING REVIEW</i>	26-09-2023	01:00 h
<i>POSICIONAMENTO DE DOENTES SUBMETIDOS A ENCAVILHAMENTO TROCANTERICO</i>	23-10-2023	01:00 h
<i>APRESENTAÇÃO DO MATERIAL DE ARTROSCOPIA DO JOELHO E OMBRO DA STRYKER</i>	07-11-2023	03:30 h

Viana do Castelo, 26 de janeiro de 2024

**O Serviço de Gestão de Recursos Humanos - Formação**



LUIS MIGUEL ALVES GARCIA

Chefe da Unidade de Formação

# ***Certificado de Participação***

Certifica-se que **Daive Miguel Quintas Viana** participou na ação de formação ministrada pela empresa Artur Salgado, S.A. com o tema ***“Revisão de prótese total de anca”***, que decorreu no **Hospital de Santa Luzia** no dia **10 de maio de 2023**, com a duração de **3 horas**.



**ARTUR  
SALGADO, S.A.**

O Formador

\_\_\_\_\_  
**José Armando Bonifácio de Jesus Dias**

Cart. nº 1587699/2012

## DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que “DAVID MIGUEL QUINTAS VIANA”, esteve presente na(s) ação/ações de formação em serviço, na qualidade de **Formando(a)**, onde foi/foram tratado(s) o(s) seguinte(s) assunto(s):

<b>Tema</b>	<b>Data de realização</b>	<b>Duração</b>
<b>DEMONSTRAÇÃO E FUNCIONAMENTO COLEDOSCOPIO DESCARTÁVEL</b>	01-02-2024	01:00 h
<b>APRESENTAÇÃO E DEMONSTRAÇÃO MATERIAL MBA "OSCAR", "STIMULAN" E FITAS DE CERCLAGE</b>	29-01-2024	03:00 h

A(s) atividade(s) supracitada(s) perfaz(em) um total de **04:00 horas**”.

Viana do Castelo, 08 de fevereiro de 2024

**O Serviço de Gestão de Recursos Humanos - Formação**



LUIS MIGUEL ALVES GARCIA



## **Anexo V**



## PLANO DE SESSAO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**SERVIÇO/UNIDADE:** Bloco Operatório Central

**TEMA:** POSICIONAMENTO DOS DOENTES SUBMETIDOS A ENCAVILHAMENTO TROCANTÉRICO NUMA MESA DE TRAÇÃO: CONTRIBUTOS DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES.

DATA: 23/10/2023

HORA: 08h

DURAÇÃO: 55 min

**LOCAL:** UCPA do B.O.C.

**POPULAÇÃO ALVO:** Enfermeiros do serviço do B.O.C.

**FORMADOR:** Enfermeiro David Viana

### **OBJETIVOS:**

- Aprofundar o conhecimento acerca do posicionamento dos clientes numa mesa de tração – evitando complicações;
- Fornecer orientação atualizada aos membros da equipa perioperatória, para posicionar corretamente os doentes submetidos ao posicionamento na mesa de tração;
- Rever áreas temáticas relacionados com a temática, nomeadamente:
  - Anatomia;
  - Diferentes tipos de fraturas;
  - Fundamentação do posicionamento cirúrgico;
  - Importância do correto posicionamento cirúrgico.

	<b>Conteúdos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação aos formandos</li> <li>- Estrutura da apresentação</li> <li>- Objetivos da sessão formativa</li> </ul>	Método expositivo	10 min
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fratura da anca;</li> <li>- Objetivos do posicionamento cirúrgico;</li> <li>- O posicionamento cirúrgico na mesa de tração;</li> <li>- Complicações associadas a uma mesa de tração;</li> <li>- Doentes com fratura trocantérica;</li> <li>- Posição supina na mesa de tração;</li> <li>- Técnica anestésica;</li> <li>- Diretrizes para o posicionamento;</li> <li>- Transmissão da evidência científica encontrada na revisão narrativa da literatura realizada;</li> </ul>	<p>Método expositivo</p> <p>Brainstorming</p>	30 min
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese do ponto-chave apresentado</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas</li> </ul>	Método expositivo e interrogativo	10 min
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recolha de sugestões</li> </ul>	<b>Brainstorming</b>	
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicação de questionário de avaliação da sessão, dos conhecimentos transmitidos e do formador</li> </ul>	<b>Questões fechadas</b>	5 min
<b>Meios audiovisuais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador e projetor multimédia</li> </ul>		

## **Anexo VI**



# XX CONGRESSO NACIONAL AESOP

28 – 30 Setembro 2022, Santa Maria da Feira

## CERTIFICA-SE QUE

O trabalho *“A segurança da pessoa em situação perioperatória: As intervenções de enfermagem perioperatória na prevenção da infeção do local cirúrgico”* apresentado no *XX Congresso Nacional da AESOP*, recebeu o prémio de **2º. Melhor e-Poster.**

**Apresentador:** José Maria Queirós Coutinho

**1º Autor:** José Maria Queirós Coutinho

**Co-Autores:** Catarina Gomes Oliveira; David Miguel Quintas Viana; Lúcia Maria Álvaro Marques; Miguel Ângelo De Moraes Negrão



Vice Presidente da AESOP  
Manuel Valente

Uma organização da:



## **Anexo VII**



# XX

# CONGRESSO NACIONAL AESOP

## CERTIFICADO

Certifica-se que o resumo:

***O Enfermeiro Perioperatório na Gestão da Segurança do Doente  
no Bloco Operatório***

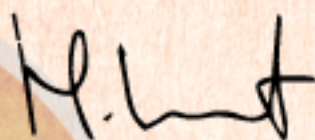
Foi apresentado sob a forma de **E-Poster**,  
no **XX Congresso Nacional AESOP**, que decorreu no Europarque,  
de 28 a 30 de setembro de 2022.

**1º Autor:** Catarina Gomes Oliveira

**Apresentador:** Lúcia Maria Álvaro Marques

**Co-Autores:** Miguel Angelo De Moraes Negrão; David Miguel Quintas Viana; José  
Maria Coutinho

07-10-2022



**MANUEL VALENTE**  
VICE PRESIDENTE AESOP



Uma organização da:

