

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**CONCEÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO  
PERIOPERATÓRIA SUBMETIDA A CIRURGIA DE MAMA**

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

**DESIGNING CARE FOR A PERSON IN PERIOPERATIVE  
SITUATION UNDERGOING BREAST SURGERY**

-  
Clinical skills development project in Medical-Surgical Nursing for the  
Person in Perioperative Situation

**Autor**

**Ana Paula Silva São João**

**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)**

Ana Leonor Alves Ribeiro

*Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor*

Natália de Jesus Barbosa Machado

*Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor*

**Autor**

Ana Paula Silva São João

**Porto, 2024**



## RESUMO

O presente relatório tem como principal objetivo demonstrar o percurso de aprendizagem decorrente da Unidade Curricular: Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II, que integra o plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com vista ao desenvolvimento de competências avançadas nesta área.

O estágio de natureza profissional com relatório - Modulo II decorreu em dois contextos distintos na área do perioperatório num hospital especializado do norte do país, entre Setembro de 2023 e Janeiro de 2024. Tendo por base o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento 429/2018, de 16 de Julho, 2018) na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, os cuidados de enfermagem nesta área 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, prevenção de eventos adversos e tratamento da doença. A complexidade do contexto perioperatório e a necessidade da valorização da ação profissional dos enfermeiros e do seu processo de tomada de decisão neste contexto, torna pertinente os esforços na sua representação.

Foram desenvolvidos dois casos clínicos na área da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória, atendendo aos contextos de realização do estágio e a áreas consideradas relevantes. No primeiro caso clínico foi selecionada uma cliente submetida a mastectomia parcial em contexto de Unidade de Cirurgia de Ambulatório e que abrange as diferentes áreas de atuação do enfermeiro perioperatório: pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório. O segundo caso remete-se para uma cliente submetida a cirurgia reconstrutiva da mama e desenvolvido com incidência nos cuidados prestados na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, atendendo à necessidade de incorporar no processo de conceção de cuidados todos os aspetos que contribuam para a prevenção de complicações.

Partindo de uma perspetiva crítica e reflexiva, procura-se expor o percurso efetuado no processo de desenvolvimento e aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, contextualizando as diferentes atividades realizadas ao abrigo das competências comuns e específicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

**Palavras-Chave:** Enfermeiro especialista, enfermagem perioperatória, conceção de cuidados.



## ABSTRACT

This report aims to demonstrate the learning journey resulting from the Curricular Unit: Professional Internship with Report - Module II, part of the study plan of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the Perioperative Nursing area at the Porto Nursing School. Its primary focus is on advancing skills in this field.

The professional internship with report - Module II took place in two distinct perioperative contexts at a specialized hospital in the northern region of the country, between September 2023 and January 2024. Based on the specific competencies regulation for the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing (Regulation 429/2018, of July 16, 2018) in the Perioperative Nursing specialization area, nursing care in this field focuses on health projects of individuals and families/significant persons experiencing health/illness processes requiring surgical and anesthetic procedures in the perioperative environment, health promotion, prevention of adverse events, and disease treatment. The complexity of the perioperative setting and the need to valorize the professional action of nurses and their decision-making process in this context makes the efforts pertinent to its representation.

Two clinical cases were developed in the perioperative care area, considering the internship contexts and relevant areas. The first case involved a patient undergoing partial mastectomy in the Ambulatory Surgery Unit, covering the various perioperative nursing areas: preoperative, intraoperative, and postoperative. The second case involved a patient undergoing breast reconstructive surgery, with a focus on care provided in the Post-Anesthesia Care Unit, aiming to incorporate all aspects contributing to complication prevention into the care conception process. From a critical and reflective perspective, the report aims to expose the development and acquisition of skills by the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the Perioperative Nursing area, contextualizing the different activities carried out under the common and specific competencies advocated by the Nurses' Order.

**Keywords:** Specialist nurse, perioperative nursing, designing care.



## ABREVIATURAS

AESOP- Associação Enfermeiros Salas de Operações Portugueses

AORN- Association of Operating Room Nurses

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória

BO- Bloco Operatório

BOC – Bloco Operatório Central

CA – Cirurgia de Ambulatório

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNADCA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

DGS - Direção-Geral de Saúde

DR – Diário da Republica

EEEMCPSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

IARC - Agência Internacional de Pesquisa sobre o Cancro

ISBAR - Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações.

MEMCPSPE – Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

NVPO - Náuseas e vômitos pós-operatórios

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

RON - Registo Oncológico Nacional

SI - Sistemas de Informação

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPIE – Sistema de Partilha de Informação em Enfermagem

SPMS – Sistemas Partilhados do Ministério da Saúde

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos



## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....	13
3. CLIENTE SUBMETIDA A MASTECTOMIA PARCIAL .....	19
3.1. Enquadramento teórico .....	19
3.2. Clientes .....	22
3.3. Medicação .....	23
3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	23
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	26
3.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	28
3.5. Domínios .....	30
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	31
3.6. Conceção de Cuidados .....	35
3.7. Especificação das intervenções .....	40
3.8. Síntese relativa ao caso .....	41
4. CLIENTE COM RETRAÇÃO CUTÂNEA E DEFORMIDADE DA MAMA DIREITA APÓS MASTECTOMIA PARCIAL. ....	45
4.1. Enquadramento teórico .....	45
4.2. Clientes .....	48
4.3. Medicação .....	48
4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	48
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	50
4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	52
4.5. Domínios .....	55
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	55
4.6. Conceção de Cuidados .....	58
4.7. Especificação das intervenções .....	63
4.8. Síntese relativa ao caso .....	64
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	67
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	89
7. BIBLIOGRAFIA .....	91
ANEXOS .....	101



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente Relatório de Estágio encontra-se inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCPSPE) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Este pretende descrever e refletir sobre o percurso desenvolvido ao longo do Estágio de natureza profissional com relatório do Módulo II do referido curso, com vista ao desenvolvimento de competências avançadas.

O percurso teve início com a realização do Módulo I de estágio de natureza profissional, onde, pelo contacto com dois contextos se procurou identificar caminhos a seguir na confluência entre escolhas pessoais e profissionais e as competências a serem desenvolvidas. Culmina com a realização do Módulo II do Estágio de natureza profissional nos mesmos contextos onde se pretendia pôr em execução o percurso inicialmente determinado. O contexto da prática da sua realização foi uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) e uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), partes integrantes de uma Unidade Funcional do Bloco Operatório (BO) de um hospital especializado da Região Norte do país.

Para a elaboração do presente relatório foram considerados os requisitos académicos da ESEP e as orientações descritas na Circular Normativa CN-CD/2018/2, da Ordem dos Enfermeiros (OE), referente aos procedimentos e orientações para a obtenção do título profissional de enfermeiro especialista. Para a sua estruturação foi tido como referência o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, seguindo as normas do guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEP e a sétima edição da norma da American Psychological Association para as referências bibliográficas. Como recursos mobilizados foi realizada pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e literatura cinzenta, consulta de documentos internos da instituição e a partilha de ideias com as enfermeiras tutoras, enfermeiros gestores das unidades e professoras orientadoras.

Durante a realização do estágio foi proposta a realização de dois casos clínicos, elaborados com recurso à plataforma E4nursing da ESEP e baseados na Ontologia em Enfermagem desenvolvida e disponível na aplicação NursingOntos da mesma instituição. Procurou-se selecionar casos pertinentes para a prática e o desenvolvimento de competências, tendo sido analisado com base na melhor evidência científica e atendendo às necessidades específicas de cada cliente.

Os casos selecionados procuraram ir de encontro a situações que permitissem uma reflexão pertinente e atual relativamente ao processo de enfermagem. O cancro da mama representa um dos cancros com maior incidência em Portugal, mas fruto dos desenvolvimentos científicos, tem apresentado uma diminuição da taxa de mortalidade e sofrido alterações nas suas modalidades de tratamento, que se assumem agora mais conservadores. Do elevado número de clientes e modificação dos tratamentos e suas repercussões, surge a pertinência de refletir sobre a ação profissional dos enfermeiros de perioperatório face a este cliente.

No caso da cliente submetida a mastectomia parcial em regime de cirurgia de ambulatório (CA) pretende-se analisar todo o período desde a consulta pré-operatória até à consulta telefónica

24 horas após cirurgia, dando ênfase à importância do enfermeiro no contexto perioperatório em todo o processo de acompanhamento destas clientes e da necessidade de uma precisa recolha de dados com vista a nortear a conceção de cuidados.

No segundo caso o período de análise incide sobre o intra e pós-operatório imediato, com ênfase nas queixas que os clientes manifestam na UCPA e da importância da integração das especificidades dos clientes e da mobilização de conhecimentos atuais no sentido de dirigir as práticas e prestar cuidados adequados, de qualidade e que previnam complicações.

O processo de enfermagem é dinâmico, sistemático e intencional e permite ao enfermeiro envolver o cliente e contribuir de uma forma segura para a prestação de cuidados de qualidade. Para tal contribui a documentação dos cuidados com recurso a uma linguagem classificada e os avanços presenciados em Portugal, na incorporação de sistemas de informação em enfermagem (SIE), têm sido tradutores do envolvimento dos enfermeiros na representação dos cuidados. Contudo, a documentação do processo de enfermagem no período perioperatório carece de maior investimento, dada a insuficiência da sistematização da documentação produzida.

O presente relatório encontra-se dividido em 5 partes. Inicialmente é realizada uma breve caracterização dos contextos clínicos, seguem-se dois capítulos com os estudos de casos que emergiram dos contextos de estágios, e posteriormente a exposição do desenvolvimento das competências comuns e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSP), terminando com a síntese final do relatório.

A sua elaboração assenta numa metodologia crítico-reflexiva onde se pretende enfatizar a análise profunda e o pensamento crítico ao abordar as experiências e as dificuldades vivenciadas. Procura-se não apenas documentar o desenvolvimento de competências na área da especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, com a obtenção do grau de Mestre nesta área, mas também refletir sobre a importância de uma prática de enfermagem avançada para o desenvolvimento pessoal e profissional. Este percurso visa igualmente a atribuição título de enfermeira especialista nesta área, a ser atribuída pela OE.

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

Seria condição para a realização do estágio, o mesmo ser realizado em unidades de cuidados direcionadas para o acompanhamento da pessoa em situação perioperatória, em linha com as orientações da OE. Desta forma, optou-se pela realização do estágio em dois contextos clínicos distintos, inseridos na unidade funcional do BO de uma instituição especializada hospitalar do norte do país, nomeadamente a UCA e UCPA.

A instituição hospitalar onde decorreu o estágio tem por missão, a prestação de cuidados de saúde hospitalares especializados à população, com a máxima qualidade, humanismo e eficiência, desenvolvendo conjuntamente as atividades de investigação, formação e ensino no domínio da sua área de especialidade. Encontra-se organizada por áreas de especialização e dispõe de clínicas e serviços que buscam uma prestação de cuidados personalizados centrados no cliente e família/cuidador informal.

A área de abrangência da instituição, a nível do território nacional é ampla pela especificidade dos cuidados prestados, sendo que também recebe clientes provenientes de regiões autónomas e outros países ao abrigo de protocolos estabelecidos.

No ano de 2023 foram realizadas cerca 11000 cirurgias em regime de internamento e de ambulatório, tendo-se verificado um ligeiro aumento do número de cirurgia em regime de ambulatório comparativamente com o ano anterior. Existe uma preocupação no desenvolvimento de atividades, pela reestruturação e melhoria de instalações e formação dos seus profissionais e na procura do acompanhamento da evolução a nível científico dos procedimentos e técnicas cirúrgicas mais atuais.

### **Unidade funcional do Bloco Operatório**

Os BO são “unidades orgânicas e funcionais constituídas por um conjunto integrado de meios físicos, humanos e técnicos e destinam-se à realização de intervenções cirúrgicas programadas e de urgência, exames e outros procedimentos invasivos que precisem de elevado nível e controlo de assepsia e/ou de anestesia para a pessoa a quem se destinam estes cuidados, com o objetivo de restabelecer ou conservar a sua saúde” (Ministério da Saúde, 2001). Habitualmente em termos de funcionamento divide-se entre cirurgia programada com internamento ou não e não programada ou urgente.

A Unidade Funcional do BO, é um reflexo da procura contínua de aperfeiçoamento vigente na instituição. A mesma é constituída pelo Bloco Operatório Central (BOC) e as Unidades de

Cirurgia de Ambulatório I e II (UCA I e UCA II).

### Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Os avanços nas técnicas cirúrgicas e anestésicas, assim como de controlo da dor, tem permitido a implementação cada vez mais de protocolos de cirurgia de ambulatório. A sua origem tem lugar no início do século XX pelas mãos de um cirurgião pediátrico. No entanto, só cerca dos anos 70, o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas e novos fármacos permitiram a sua implementação e disseminação (Lemos, 2009).

Em Portugal o seu desenvolvimento ocorreu mais tardiamente, remontando aos anos 90 do século passado. Em Setembro de 1998 surge a Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), com o objetivo principal de promover a formação e a dinamização da Cirurgia Ambulatória (DR, 3ª Série, nº 243 de 18 de Outubro de 1999).

Em 2005 o programa do Governo promove a necessidade de incentivar o desenvolvimento da CA como ferramenta para o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar. Decorrente disso, em 2007 é criada a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA), com a finalidade de estudar e propor uma estratégia e as correspondentes medidas, de forma a promover o desenvolvimento da CA no Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Despacho n.º 25832/2007). Após a apresentação pública do Relatório Final da CNADCA em 2008, o Despacho n.º 30114/2008 do Ministério da Saúde determinou a implementação de critérios básicos no desenvolvimento dos programas de cirurgia ambulatória nos hospitais do SNS.

A CA define-se como a “intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais legis artis, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas” (Diário da República, 1.ª série, N.º 21, 30/01/09, Port. n.º 132/2009, Artigo 3).

As suas vantagens encontram-se descritas a diferentes níveis, como clínicas, sociais, organizacionais e económicas, mas exigem a existência de locais dedicados que obedecem a determinados critérios estruturais e uma equipa multidisciplinar preparada para o exercício de funções neste contexto. A Direção Geral de Saúde (DGS) em 2020, definiu as recomendações mínimas a serem seguidas para estabelecimento de critérios de admissibilidade, que remetem para critérios cirúrgicos, sociais e médicos, em vigor atualmente mas com previsão de alteração com vista ao alargamento dos critérios, possibilitando que mais clientes possam a ser operados mantendo os critérios de segurança.

Neste contexto, o sucesso da CA deposita-se em três aspetos essenciais: existência de uma estrutura e organização bem definida, trabalho de equipa interdisciplinar e rigor na aplicação dos critérios de seleção e scores de alta. É imperativo conferir a máxima segurança, eficácia e

confiança a todo o processo (Caseiro, 2009).

A UCA da instituição onde foi realizado o estágio, apresenta dois polos, separados estruturalmente. A denominada UCA I, destinada à realização de procedimentos sob anestesia local e a UCA II onde são privilegiados procedimentos com anestesia loco-regional e geral. No ano de 2023 foram realizadas 4805 cirurgias, com um aumento exponencial de cirurgias realizadas em produção adicional, inseridas nas medidas de mitigação das listas de espera.

A UCA II encontra-se localizada no edifício principal, no piso 2, sendo constituída estruturalmente por uma sala de espera, sala de admissão, sala de bloco operatório, uma UCPA para realização de recobro fase 1 e fase 2 e salas de apoio a gestão do material e pessoal.

Destinando-se à realização de cirurgias programada, a sua atividade decorre nos dias úteis semanais e maioritariamente no turno da manhã, entre o período das 8h às 17h.

São realizadas cirurgias de diferentes especialidades, nomeadamente Pediatria, Cirurgia Plástica, Estomatologia, Ginecologia, Oncologia Cirúrgica e Urologia.

A equipa é constituída por um diretor de serviço, um enfermeiro gestor, 15 enfermeiros e 5 assistentes operacionais. Apresenta 4 enfermeiras especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

São também realizados procedimentos nas instalações da UCPA pelo Serviço de Anestesiologia - Dor Crónica, nomeadamente realização de bloqueios nervosos. Encontram-se em relação contínua com o Serviço de Esterilização e, em função das cirurgias realizadas, recebem também a colaboração de outros serviços pertencentes ao Departamento de Imagem.

Encontrando-se inserida num hospital especializado que recebe um grande volume de clientes que nem sempre cumprem os critérios para realização de procedimentos de ambulatório, existe por parte da instituição a necessidade da mobilização dos recursos da UCAII para realização de cirurgias em contexto de internamento.

Nos diferentes locais do percurso do cliente na UCA encontram-se disponíveis computadores e uma grande parte da documentação dos cuidados é realizada em sistema informático, mas na sua maioria em texto livre.

No que concerne à documentação dos cuidados de enfermagem, a instituição dispõe de um aplicativo, desenvolvido em parceria com uma empresa do setor dos Sistemas de Informação (SI) - Glintt, onde é possível documentar diagnósticos, intervenções e resultados tendo por base a linguagem classificada - CIPE Beta 2.

Existe ainda uma necessidade de duplicação de informação, nomeadamente nas áreas de verificação da segurança e do intraoperatório pela ausência de interoperabilidade dos SI. No âmbito da cirurgia de ambulatório é preenchido o documento, em impresso próprio da instituição, que contempla inicialmente a verificação pré-operatória e registo de enfermeiro circulante. É nele que se encontra contemplados registos como, Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento (ELPO), verificações de segurança e itens que caracterizam o procedimento realizado e que contribuem para a continuidade de cuidados.

Na UCPA, o enfermeiro dá continuidade ao plano de cuidados no SIE pela identificação de diagnósticos e intervenções adequadas à condição do cliente.

A consulta telefónica de avaliação pós-operatória é realizada por um enfermeiro, como preconizado, às 24h e aos 30 dias após a realização de CA, sendo documentada em impresso próprio e alvo de auditorias formais.

### Unidade do Bloco Central

A funcionar desde 1993 nas atuais instalações, o Bloco Operatório Central (BOC) possui, atualmente, oito salas de cirurgia (uma delas reservada para cirurgia de urgência) e uma UCPA munida de 10 unidades. Dispõe também de uma sala para acondicionamento de material esterilizado reutilizável, duas salas para acondicionamento de dispositivos médicos de uso único, duas salas de equipamentos e uma sala destinada à farmácia.

A cirurgia eletiva funciona durante os dias úteis, no turno da manhã (8h às 16h), com sete salas operatórias no ativo e uma sala de urgência. No turno da tarde, até às 20h, é realizada produção adicional com vista à redução das listas de espera. A UCPA encontra-se em funcionamento das 8h até às 20h, com pessoal de enfermagem e assistentes operacionais próprios. Fora desse horário o seu funcionamento é garantido pelas equipas de urgência ou destacadas para a produção acrescida. A cirurgia de urgência é assegurada 24h por dia, sete dias por semana.

É sua missão disponibilizar aos clientes uma estrutura adequada para os acolher e proporcionar os tratamentos apropriados à sua condição clínica, de acordo com as regras e critérios de boa prática definidos para os Blocos Operatórios. O serviço procura desenvolver e aplicar critérios de qualidade e eficiência durante toda a atividade desenvolvida, procurando potencializar toda a capacidade instalada.

A equipa é composta, para além do Diretor do Bloco Operatório e Enfermeiro Gestor, por 55 Enfermeiros, dos quais 25 são Enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e 19 Assistentes Operacionais. Permite a realização de cirurgias de diferentes especialidades, nomeadamente: Oncologia Cirúrgica (Cirurgia Geral); Neurocirurgia; Cirurgia Torácica; Ortopedia; Ginecologia; Cirurgia Plástica e Reconstructiva, ORL e Cirurgia Pediátrica.

Os enfermeiros estão distribuídos por diferentes postos de trabalho e valências, nomeadamente acolhimento ao cliente, circulação, instrumentação, apoio à anestesia, UCPA. No sentido de otimizar a gestão do serviço são destacados para funções de apoio à gestão enfermeiros especialistas nomeadamente, na gestão do material de consumo clínico, esterilização e medicação.

No posto de trabalho destinado ao acolhimento ao cliente cirúrgico, encontra-se alocado um enfermeiro, sendo que no período que antecede os primeiros tempos cirúrgicos é apoiado por

mais 2 enfermeiros que se encontram alocados a outros postos de trabalho. Dispõem de 2 computadores e o processo de verificação pré-cirúrgica é realizado informaticamente na plataforma de registos de enfermagem comum ao internamento, mas duplicada manualmente em folha de registo perioperatório.

As salas cirúrgicas dispõem de computador para realização das verificações associadas à cirurgia segura, mas os restantes cuidados são documentados em papel. No intraoperatorio, o enfermeiro circulante dá continuidade ao preenchimento em formato de papel da folha de registo do perioperatório e o enfermeiro de apoio à anestesia partilha a folha de registos com o anestesista.

Após o término da cirurgia o cliente é transferido para a UCPA pelo enfermeiro de apoio à anestesia e o anestesista destacado para a sala operatória.

O serviço dá também apoio a serviços remotos ao BO quando é necessária sedação associada a procedimentos de diagnóstico e terapêutica, nomeadamente serviço de gastroenterologia, pneumologia, radiologia de intervenção, medicina nuclear, imagiologia e pediatria.

Encontra-se em vigor a implementação da metodologia ISBAR que visa dar resposta à norma de orientação clínica emanada pela DGS de Fevereiro de 2017, relativamente à comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. A mesma preconiza que na transição de cuidados entre as equipas prestadoras de cuidados, a transferência de informação, para segurança do doente, deve ser realizada recorrendo a uma comunicação eficaz e padronizada utilizando a técnica ISBAR (DGS, 2017). Tratando-se de um requisito institucional que será aplicado a outros serviços.

## UCPA

A anestesia surgiu na prática clínica há mais de 150 anos quando foi utilizado pela primeira vez éter para a realização de uma cirurgia e desde então uma significativa evolução teve lugar na área. Contudo, a necessidade da existência de um local próprio para a prestação de cuidados após a realização de uma cirurgia e anestesia é relativamente recente. A incidência de altas taxas de complicações decorrentes da falta de vigilância adequada levou à alteração das práticas e à obrigatoriedade da criação de unidades com este propósito nos serviços de saúde (Sampaio et al., 2016).

A UCPA constitui-se uma estrutura física, localizada no interior do BO e equipada com recursos técnicos e humanos que possibilitem a monitorização e vigilância contínua da pessoa no período pós-anestésico (Sampaio et al., 2016). Pela sua organização e sistematização, espera-se que permita uma vigilância adequada e prestação de cuidados de qualidade ao cliente que se encontra nos momentos imediatos após a realização de uma cirurgia. Assume-se também como um vetor de transição entre a intervenção cirúrgica e as restantes fases da recuperação pós-

cirúrgica.

A sua estrutura deverá ser em *open space*, possibilitando a observação de todos os clientes, com circuitos definidos e que permita a livre circulação da equipa e de equipamento. É importante que estejam asseguradas condições de controlo de temperatura e iluminação para promover o conforto do cliente e prevenir complicações.

Deverá dispor de recursos de monitorização avançada, equipamentos técnicos e tecnológicos que possibilitem o suporte ventilatório, caso necessário, administração de fluidos e medicamentos e gestão eficaz da dor pós-operatória. Preconiza-se que esteja dotada de protocolos de emergência e resposta rápida, devendo também ter definidas estratégias de comunicação eficaz.

Organizacionalmente, pertence ao Serviço de Anestesia, sendo o anestesista, sempre presente, responsável pelas decisões médicas na unidade, gestão de vagas e atribuição de alta aos clientes. A equipa de enfermagem deverá ter formação especializada, estando preparada para a vigilância e prestação de cuidados pós-anestésicos (Sampaio et al., 2016).

O maior número de complicações anestésicas ocorrem no período pós-operatório imediato, sendo que metade das complicações ou acidentes têm lugar na primeira hora após cirurgia (Associação Enfermeiros Salas de Operações Portugueses, 2006). O principal objetivo da UCPA é então assegurar a monitorização, vigilância contínua e adequada e despiste de possíveis complicações decorrentes do ato anestésico e/ou cirúrgico, atuando de forma eficaz caso as complicações possam surgir, na pessoa em situação crítica durante o período da sua permanência na unidade (Xavier & Carrilho, 2014).

Por essas razões, uma vigilância rigorosa, monitorização contínua e intervenção rápida são fundamentais na UCPA para minimizar complicações, melhorar a segurança do cliente e facilitar a recuperação pós-anestésica. A capacidade da equipa em reconhecer e responder rapidamente a eventos adversos é crucial para mitigar riscos e proporcionar cuidados de alta qualidade durante essa fase crítica do processo cirúrgico.

A UCPA, onde realizei o estágio, dispõem de 10 unidades onde é possível a monitorização e vigilância de clientes submetidos a cirurgia em formato *open space*. Para o volume de cirurgias realizadas, encontra-se definido que estão em permanência e durante o funcionamento do BO, 3 enfermeiros e 1 anestesista.

Neste espaço os enfermeiros apenas dispõem de um computador o que se assume como uma dificuldade para a documentação dos cuidados. Mantêm-se em vigor o registo em formato de papel num formulário partilhado por enfermeiros e anestesistas e na folha de registo intraoperatória, sendo que é neste documento que é efetuado a maioria da documentação dos cuidados. É dada continuidade ao registo informático da temperatura corporal e drenagens, caso o cliente apresente.

### 3. CLIENTE SUBMETIDA A MASTECTOMIA PARCIAL

Cliente de 50 anos portadora de carcinoma ductal in situ da mama esquerda, proposta para realizar mastectomia parcial orientada por guia metálico em regime de cirurgia de ambulatório. Diagnóstico realizado no contexto de exames de rotina. Sem antecedentes significativos.

#### 3.1. Enquadramento teórico

O cancro da mama é um problema de saúde pública. Atualmente, a nível mundial a sua incidência tem aumentado tornando-se o tipo de cancro mais diagnosticado. De acordo com a Agência Internacional de Pesquisa sobre o Cancro (IARC), em 2020, foram diagnosticados mais de 2,26 milhões de novos casos de cancro da mama em todo o mundo. A sua taxa de incidência varia de acordo com a região, sendo mais elevada em países desenvolvidos. Atualmente é a 5ª causa de morte mais comum por cancro, sendo a primeira na mulher (IARC, 2024)

Em Portugal, o cancro da mama é também o tipo mais comum de cancro entre as mulheres. De acordo com dados do Registo Oncológico Nacional (RON), em 2020, foram diagnosticados aproximadamente 7.500 novos casos de cancro da mama em Portugal. A sua taxa de incidência tem vindo a aumentar, associado ao envelhecimento da população e ao aumento da deteção precoce através de programas de rastreio.

A mama é um órgão bilateral, localizado no tórax, formado por elementos epiteliais ou glandulares, estroma fibroso e gordura em proporções diferentes de acordo com a faixa etária. Os seus elementos epiteliais agrupam-se em lobos. Em termos anatómicos, a mama é dividida em diferentes partes nomeadamente o mamilo, a aréola, os ductos mamários, os lóbulos e o tecido adiposo. Apresenta, no seu conjunto, uma forma semelhante a uma calota esférica que prolonga no quadrante superior externo em direção à axila - prolongamento de Spencer (Mora, 1999).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de cancro de mama poderão ser divididos em major, minor e protetores. Os fatores considerados major são: género, idade, história pessoal e familiar de cancro da mama, predisposição genética, história de alterações benignas da mama e exposição a radiação. Fatores minor são a: menopausa tardia, obesidade, tratamento hormonal de substituição, nuliparidade e maternidade tardia e consumo de álcool. Como fatores protetores referem a menarca tardia, amamentação e a atividade física regular.

A maioria dos tumores da mama surgem sob a forma de nódulo sólido, sendo o diagnóstico efetuado através do exame físico, ecografia, mamografia, citologia e histologia (Bower &

Waxman, 2008).

Eles podem ser divididos pelo tipo histológico, estadio de desenvolvimento e invasão. O tipo histológico mais comum de cancro da mama é o carcinoma, que tem origem em células epiteliais e corresponde a cerca de 50 a 75% dos casos. Nestes tumores a membrana basal delimita o estadio de desenvolvimento, sendo que, quando o tumor se encontra contido corresponde a carcinoma in situ e quando atinge o tecido conjuntivo vascularizado (estroma mamário) e possível a sua disseminação vascular, é denominado carcinoma invasor. Os carcinomas são também classificados de acordo com o tipo celular de origem, nomeadamente ductal ou lobular (Bower & Waxman, 2008).

As modalidades de tratamento do cancro da mama englobam diferentes abordagens terapêuticas e dependem do estadio da doença. Elas incluem: a cirurgia (para remover o tumor ou a totalidade da mama), quimioterapia (QT) que poderá ser neoadjuvante ou adjuvante, radioterapia (RT), hormonoterapia e imunoterapia (Barnes & Bundred, 2014).

### **Processo cirúrgico**

A cirurgia continua a ser o tratamento de eleição para o tratamento de tumores em estadios iniciais. As modalidades cirúrgicas contemplam a tumorectomia, quadrantectomia, mastectomia parcial ou segmentar e a mastectomia total associada ou não a esvaziamento axilar.

O diagnóstico precoce e a evolução científica têm potenciado a adoção de medidas de tratamento mais conservadoras, nomeadamente ao nível da cirurgia.

O tratamento cirúrgico conservador da mama remonta à década de 80, vindo a apresentar-se como uma alternativa às cirurgias até então praticadas, mais radicais e mutiladoras independentemente do estadio da doença. Vários estudos na altura procuraram demonstrar o benefício da cirurgia parcial associada à RT, apresentando taxas de sobrevivência semelhantes à cirurgia radical. Estes avanços permitiram reduzir a morbilidade associada à cirurgia (Heeg, et al. 2020).

A cirurgia conservadora da mama refere-se à remoção do tumor com margens cirúrgicas claras, podendo ser também referida como "mastectomia parcial," "resseção segmentar," ou "quadrantectomia." A sua realização encontra-se bem definida, dependendo da extensão e estadiamento da doença, do tamanho do tumor relativamente ao tamanho da mama, da sua localização e da preferência do cliente (Jeevan et al. 2012). As indicações atuais são a existência de diagnóstico comprovado por biópsia de um carcinoma ductal in situ ou cancro da mama invasivo, mas clinicamente avaliado como passível de resseção com margens claras e um resultado cosmético aceitável (Rahman, 2011).

Muitas das lesões tumorais eletivas para realização de cirurgia apresentam dimensões reduzidas que não permitem ou dificultam a sua palpação. Este facto condiciona a cirurgia, uma vez que impossibilita a deteção da localização correta do tumor após a incisão. Desta forma, os cirurgiões recorrem a técnicas de referenciação tumoral, realizadas previamente à cirurgia e

que permitem a sua identificação durante o ato cirúrgico.

Sendo uma área em evolução constante, isso tem levado ao surgimento de novas técnicas. Atualmente, na prática, a mais comum corresponde à colocação de anzol (um guia metálico) no tumor, com recurso à ecografia ou mamografia. Durante a cirurgia, o cirurgião recorre aos exames e à posição do anzol na mama para remover o tumor. Trata-se de um procedimento realizado no dia da cirurgia, pela necessidade de minimizar o risco de exteriorização, e que se encontra associado a desconforto e ansiedade por parte dos clientes (Cheang et al, 2018).

A cirurgia é realizada com o cliente na posição supina, com o braço estendido e abduzido, com um ângulo inferior a 90 graus relativamente ao ombro. Esta posição é a que apresenta maior superfície de apoio, conduzindo a um maior risco de lesões para o cliente. As zonas de pressão devem ser protegidas e o ângulo de abertura dos membros superiores respeitado, pelo risco de lesão do plexo braquial. Idealmente o posicionamento deve ser realizado enquanto a pessoa está acordada, sendo importante garantir que o braço não seja abduzido além do que é confortável e tendo em conta as condições pré-existentes de mobilidade do ombro (Almeida & Pacheco, 2014).

A incisão cutânea deve ser planeada para otimizar a estética e permitir uma exposição adequada do local do tumor. Habitualmente é realizada uma incisão na circunferência da aréola para lesões centrais e uma incisão nas linhas naturais da pele da mama ("linhas de Kraissl") para a maioria das outras localizações tumorais (Jordan, 2023). O objetivo será sempre remover o tumor em segurança embora deixando um resultado cosmético aceitável. Para isso, alia-se o conceito de cirurgia oncoplástica com o objetivo de associar, à técnica cirúrgica convencional, técnicas de cirurgia plástica que procuram remodelar a mama no sentido de manter a sua anatomia o mais natural possível (Dixon, 2014).

Após a remoção do tumor existe a necessidade de avaliar a segurança das margens o que aumenta o tempo cirúrgico. A peça é enviada para a realização de radiografia ou de exame extemporâneo por um Patologista. Só após confirmação é iniciado o processo de encerramento. O encerramento é habitualmente feito por sutura intradérmica com fio absorvível. Na local cirúrgica são também colocados clips metálicos que permitem a localização da área tumoral para realização de RT adjuvante e vigilância por mamografia.

As principais complicações cirúrgicas descritas são a formação de seroma, hematoma, infeção da ferida, celulite, alteração da mobilidade do braço e a síndrome de dor da parede torácica. Muitas das complicações descritas são menos comuns comparadas com cirurgias mais extensas da mama e frequentemente associadas aos tratamentos complementares (Rahman, 2011).

### **Processo anestésico**

A cirurgia conservadora da mama, sendo considerada uma cirurgia simples e sem grandes taxas de complicações é, desse modo, elegível para ser realizada em contexto de ambulatório. No

caso da cirurgia de ambulatório, não importa estabelecer protocolos anestésicos rígidos mas sim recomendações flexíveis que permitam garantir a segurança, qualidade, eficiência e rentabilidade deste regime cirúrgico. Independentemente da técnica anestésica selecionada, esta deve permitir uma rápida e suave indução e boas condições operatórias, com a menor depressão cardiovascular e respiratória possível. Deve permitir uma rápida emergência anestésica, boa analgesia pós-operatória e minimizar a ocorrência de náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO). O objetivo será permitir um rápido recobro anestésico, nas suas diferentes fases, otimizando o número de clientes operados (Butterworth et al., 2018).

A anestesia consiste na utilização de fármacos com o objetivo de bloquear a sensibilidade tátil e dolorosa de um cliente em parte ou totalidade do corpo, com ou sem compromisso da consciência. Contempla três fases: indução, manutenção e recobro e pode recorrer a diferentes técnicas como a anestesia geral, locorregional, local e a sedação (Machado, 2018).

O método anestésico é escolhido em função da cirurgia a realizar, do cliente e do contexto. No caso da cirurgia conservadora da mama, a técnica habitualmente usada é a anestesia geral. Esta caracteriza-se por um estado de inconsciência, imobilização, ausência de aprendizagem e de memorização e anulação da resposta orgânica à agressão, induzida por anestésicos gerais que são fármacos capazes de provocar um estado reversível de depressão generalizada do sistema nervoso central. A anestesia geral pode ser classificada em 4 grupos, nomeadamente intravenosa, inalatória, balanceada e dissociativa (Machado, 2018).

Este procedimento cirúrgico é muitas vezes elegível para a realização de uma anestesia geral inalatória. Neste tipo de anestesia são administrados agentes inalatórios para indução e manutenção. O gás inalatório de eleição é o sevoflurano, dado permitir uma suave indução e ser pouco irritante para a mucosa da via aérea (Machado, 2018).

A realização de uma anestesia geral implica a gestão da via aérea, permitindo a ventilação e oxigenação, assim como a aplicação dos gases anestésicos. Para tal os anestesistas dispõem de dispositivos supraglóticos ou da entubação endotraqueal. Os dispositivos supraglóticos têm a vantagem de permitir a manutenção da via aérea sem a necessidade de administração de relaxantes musculares, diminuindo riscos e permitindo uma recuperação mais rápida (Luba & Cutter, 2010)

A máscara laríngea é o dispositivo supraglótico mais utilizado, sendo considerado de fácil colocação e menos indutor de estímulos. Contudo, não permitem a completa proteção contra o risco de aspiração ou laringoespasmos. Existem múltiplos subtipos de máscaras laríngeas e as suas classificações são de acordo com o seu tipo. Uma delas remete-se à existência ou não de selante com ou sem cuff (Almeida, 2016). As principais complicações associadas a estes dispositivos são: irritação da mucosa; ferimento de lábios, língua ou dentes; lesão das estruturas anatómicas; risco de aspiração, aumentos do refluxo esofágico; edema pulmonar e laringospasmo (Doyle, 2023).

## 3.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 51 anos | Feminino

## 3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-17 09:45:00	Polielectrolitico simples 1000ml EV	
2023-11-17 10:30:00	Fentanil 0.1mg EV	2023-11-17 12:00:00
2023-11-17 10:30:00	Propofol 160mg EV	2023-11-17 12:00:00
2023-11-17 10:30:00	Dexametasona 4mg EV	2023-11-17 12:00:00
2023-11-17 10:30:00	Sevoflurano com concentração alveolar mínima de 2%	2023-11-17 12:00:00
2023-11-17 12:00:00	Paracetamol 1gr EV	2023-11-17 12:15:00
2023-11-17 12:00:00	Ondansetron 4mg EV	2023-11-17 12:15:00
2023-11-17 12:00:00	Parecoxib 40mg EV	2023-11-17 12:15:00
2023-11-17 12:15:00	Metamizol magnésico 2000mg EV	2023-11-17 14:00:00

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

Para a realização do procedimento cirúrgico e anestésico torna-se necessário a administração de fármacos. A sua seleção prende-se com a necessidade do estabelecimento e manutenção da anestesia, com o recurso a anestésicos intravenosos, inalatórios e opióides. A gestão da dor no pós-operatório e dos efeitos secundários da anestesia é também de extrema importância, no sentido de permitir uma melhor recuperação de todo o processo cirúrgico. O enfermeiro deve deter conhecimentos dos aspetos relevante, e que contribuem para a sua atuação.

#### Solução polieletrolítica

A solução polieletrolitica insere-se nos fármacos com propriedades corretivas de alterações hidroelectroliticas. Apresenta como principais indicações terapêuticas, no contexto de cirurgia, a administração de uma solução isotónica de eletrólitos para substituição de fluidos e manutenção. A dosagem e a velocidade de administração dependem da idade, peso, condições clínica e biológica do doente e da terapêutica concomitante (Laboratorios Basi, 2011).

#### Fentanil

O fentanil pertence ao grupo dos analgésicos opióides e tem como indicação terapêutica, no caso da anestesia geral, promover a analgesia e anestesia. Assume-se como um anestésico geral intravenoso de curta duração. Liga-se aos recetores opiáceos no sistema nervoso central, alterando a resposta à dor e a sua perceção (Vallerand et al., 2016).

Produz depressão do sistema nervoso central dose-dependente. Na dose de 2 a 2,5mg/kg a perda de consciência ocorre em menos de 1 minuto. A dose deve diminuir de 1 a 1,5mg/kg em clientes idosos ou pré-medicados com drogas depressoras do sistema nervoso central. O seu antagonista é a naloxona (Morujão, 2013).

A administração por via endovenosa deve ser lenta de modo a reduzir a bradicardia, hipotensão e a rigidez muscular. As principais reações adversas reportadas remetem-se para depressão respiratória, broncospasmo, laringospasmo, arritmias, bradicardia, hipotensão, prurido, rigidez muscular esquelética, náuseas e vômitos (Morujão, 2013). A sua administração carece de monitorização da tensão arterial, do ritmo e frequência cardíaca e frequência respiratória e o seu efeito depressor respiratório pode prolongar-se no tempo para além do efeito analgésico (Vallerand et al., 2016).

### **Propofol**

O propofol é anestésico geral intravenoso de curta duração. Produz depressão do sistema nervoso central dose-dependente. A sua principal indicação é indução e manutenção de anestesia geral, sedação para procedimentos de diagnóstico ou procedimentos cirúrgicos, isoladamente ou em associação com anestesia local ou regional. O seu mecanismo de ação é desconhecido, produz amnésia e não tem propriedades analgésicas (Vallerand et al., 2016).

Os seus principais efeitos indesejáveis são hipotensão, bradicardia e depressão respiratória, podendo também ocorrer dor e sensação de queimadura no local de administração. Estes efeitos dependem da dose administrada, mas também do tipo de pré-medicação e outra medicação administrada concomitantemente (Morujão, 2013).

O seu uso implica monitorização respiratória, pulso e pressão arterial. A sua administração provoca frequentemente apneia com duração superior a 60 segundos (Vallerand et al., 2016).

### **Dexametasona**

A dexametasona insere-se no grupo dos corticóides, atuando como antiemético, anti-inflamatório e analgésico. A sua administração no contexto cirúrgico, durante o período de indução anestésica, tem por propósito o seu efeito profilático e terapêutico de vômitos pós-operatórios em contexto de protocolos antieméticos, associado também ao seu efeito anti-inflamatório, contribui para a diminuição da dor. Nas doses administradas no contexto do bloco não apresenta efeitos secundários ou reação adversar significativas (Vallerand et al., 2016).

### **Sevoflurano**

O sevoflurano é um éter halogenado de metil-isopropil que se constitui como um anestésico por inalação. A utilização de anestésicos por inalação apresenta como principal vantagem uma indução, manutenção e recuperação rápidas no contexto de uma anestesia geral.

A concentração alveolar mínima é específica da idade. Provoca perda de consciência, abolição reversível da dor e da atividade motora, diminuição dos reflexos autonómicos, depressão respiratória e cardiovascular. O recurso a anestésicos inalatórios apresenta vantagens na

manutenção da anestesia, uma vez que permitem um maior controlo do nível de profundidade anestésica e potenciam o bloqueio neuromuscular (Machado, 2013).

Os seus principais efeitos indesejáveis descritos são a depressão cardiorrespiratória (dependendo da dose), as náuseas e vômitos no pós-operatório, bradicardia, hipotensão, agitação e tosse (Morujão, 2013).

### **Ondansetron**

Este fármaco insere-se no grupo dos antieméticos e antivertiginosos e apresenta como principal indicação terapêutica a náusea e vômito. É uma opção terapêutica inserida em protocolos de prevenção da náusea e vômito no pós-operatório que tem demonstrado eficácia superior comparativamente com outros fármacos (Carvalho et al, 1999).

Os seus principais efeitos indesejáveis são reações de hipersensibilidade imediata, por vezes graves, incluindo anafilaxia, cefaleias, convulsões, distúrbios do movimento (incluindo reações extrapiramidais, tais como reações distónicas, crises oculogíricas e discinesia), tonturas, alterações visuais transitórias (por ex. visão turva), arritmias, dor torácica, bradicardia e sensação de calor ou rubor. Torna-se necessário uma vigilância atenta em casos de insuficiência hepática moderada a grave (Labesfal, 2001).

### **Paracetamol**

O paracetamol é o fármaco analgésico e antipirético não opióide de eleição no tratamento de curta duração da dor após a cirurgia. Encontra-se inserido em protocolos de dor aguda, sendo administrado durante a cirurgia e prolongada a sua administração no pós-operatório por um período de 3 a 5 dias (Sarmiento et al, 2013).

Não apresenta toxicidade sobre o trato gastrointestinal significativa, nem disfunção plaquetária e tem poucos efeitos adversos nas doses habituais. Os seus principais efeitos indesejáveis são: reações de hipersensibilidade, a hipotensão, alterações dos níveis de transaminases hepáticas, a trombocitopenia, a leucopenia e neutropenia, estando os mesmos associados ao uso prolongado (Vallerand et al., 2016).

### **Parecoxib**

O parecoxib é um fármaco anti-inflamatório não esteróide, inibidor seletivo da Cox2, com indicação terapêutica na dor operatória. Apresenta como principais efeitos indesejáveis a náusea, o enfarte do miocárdio, a hipotensão grave, a anafilaxia, o angioedema e reações cutâneas graves. A sua administração inserida em contexto de protocolos de dor aguda não excede as 72 horas (Infarmed, 2016).

### **Metamizol magnésico**

O metamizol magnésico insere-se no grupo farmacológico dos analgésicos e antipiréticos, com indicações no controlo da dor aguda intensa, incluindo dor espasmódica e tumoral. A sua administração deve ser por via intravenosa ou intramuscular profunda, sendo que a administração acidental intra-arterial pode causar necrose da área vascular distal. Apresenta como principal efeito secundário a hipotensão arterial encontrando-se muitas das vezes associada à administração rápida da perfusão, pelo que a mesma deve ser lenta (não mais do que 1 ml por minuto) com o cliente em posição de deitada (Vallerand et al., 2016; Boehringer

Ingelheim, 1980).

Apresenta risco de reação anafilática, potencialmente grave, substancialmente mais elevado em doentes com: asma brônquica, em particular na presença de rinosinusite e pólipos nasais, urticária crónica, intolerância a corantes e/ou conservantes e intolerância ao álcool. As reações anafiláticas poderão ocorrer durante, imediatamente após ou algumas horas depois da administração do fármaco. Geralmente, ocorrem na primeira hora após a administração (Boehringer Ingelheim, 1980).

No contexto de cirurgia de ambulatório, associado aos protocolos de analgesia, é fornecida terapêutica, cuja maioria terá sido previamente administrada durante o procedimento. Desta forma, o despiste de reações adversas é realizado durante a permanência da cliente no serviço. Torna-se de igual forma importante, no momento da alta, a informação da hora da última administração para a adequação do regime terapêutico em função do horário.

### 3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

#### Atitudes terapêuticas

31-10-2023 10:00

##### **31-10-2023 10:00 - Procedimento invasivo**

31-10-2023 10:00 - Tipo de procedimento invasivo: Mastectomia parcial esquerda guiada por anzol.

17-11-2023 09:45 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

17-11-2023 09:45 - Temperatura corporal periférica

17-11-2023 09:45 - Ouvido: 36.80 °C.

##### **31-10-2023 10:00 - Promover autogestão: procedimento invasivo**

31-10-2023 10:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 15:30 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

##### **31-10-2023 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo**

*31-10-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo [na admissão ao bloco operatório]*

17-11-2023 09:45 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador [MELHOROU].

*31-10-2023 10:00 - Ensinar sobre circuito [na consulta pré-operatória]*

*31-10-2023 10:00 - Ensinar sobre procedimento anestésico [na consulta pré-*

*operatória]*

*31-10-2023 10:00 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico [na consulta pré-operatória]*

*31-10-2023 10:00 - Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo [na consulta telefonica]*

17-11-2023 10:30

**17-11-2023 10:30 - Ventilação invasiva** [RESOLVIDO] 17-11-2023 12:00

17-11-2023 10:30 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume e regulada por pressão.

17-11-2023 10:30 - Ventilação invasiva - FiO<sub>2</sub>: 40 %.

17-11-2023 10:30 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 12 cr/min.

17-11-2023 10:30 - Ventilação invasiva - PEEP: 4 cm H<sub>2</sub>O.

**17-11-2023 10:30 - Prevenir complicações da ventilação invasiva** [FIM]

17-11-2023 12:00

*17-11-2023 10:30 - Aplicar colchão de alívio de pressão [no início da cirurgia] [FIM]*

17-11-2023 12:00

*17-11-2023 10:30 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [no intra-operatório] [FIM]* 17-11-2023 12:00

*17-11-2023 10:30 - Executar oclusão das palpebras [na indução anestésica] [FIM]*

17-11-2023 12:00

17-11-2023 12:15

**17-11-2023 12:15 - Oxigenoterapia** [RESOLVIDO] 17-11-2023 14:00

17-11-2023 12:15 - FiO<sub>2</sub>: 28 %.

17-11-2023 12:15 - Débito de oxigênio: 2.00 L/min.

**17-11-2023 12:15 - Assegurar oxigenoterapia** [FIM] 17-11-2023 14:00

*17-11-2023 12:15 - Manter oxigenoterapia [SOS] [FIM]* 17-11-2023 14:00

**Sondas, Drenos e Cateteres**

17-11-2023 09:45

**17-11-2023 09:45 - Cateter venoso periférico** [RESOLVIDO] 17-11-2023 15:30

17-11-2023 09:45 - Localização do cateter venoso periférico

17-11-2023 09:45 - Mão Direita(o)

17-11-2023 09:45 - Características do dispositivo: Calibre 20G.

**17-11-2023 09:45 - Determinar evolução da administração pelo cateter** [FIM]

17-11-2023 15:30

*17-11-2023 09:45 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [no intra e pós-operatório] [FIM]* 17-11-2023 15:30

17-11-2023 12:00 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.

17-11-2023 12:00 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 400 ml.

**17-11-2023 09:45 - Assegurar funcionamento do cateter** [FIM] 17-11-2023 15:30

*17-11-2023 09:45 - Otimizar cateter venoso periférico [no intra e pós-operatório] [FIM]* 17-11-2023 15:30

**17-11-2023 09:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico [FIM] 17-11-2023 15:30**

*17-11-2023 09:45 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [no intra e pós-operatório] [FIM] 17-11-2023 15:30*

17-11-2023 12:15 - Localização do cateter venoso periférico

17-11-2023 12:15 - Mão Direita(o)

17-11-2023 12:15 - Ausência de infiltração.

17-11-2023 14:00 - Localização do cateter venoso periférico

17-11-2023 14:00 - Mão Direita(o)

17-11-2023 14:00 - Ausência de dor.

17-11-2023 14:00 - Ausência de infiltração.

17-11-2023 15:30 - Localização do cateter venoso periférico

17-11-2023 15:30 - Mão Direita(o)

17-11-2023 15:30 - Ausência de dor.

*17-11-2023 09:45 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS] [FIM] 17-11-2023 15:30*

**17-11-2023 09:45 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico [FIM] 17-11-2023 15:30**

*17-11-2023 09:45 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 17-11-2023 15:30*

*17-11-2023 09:45 - Trocar cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 17-11-2023 15:30*

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

No contexto do BO muitas das ações dos enfermeiros decorrem do procedimento a ser realizado e de prescrições médicas, resultando intervenções interdependentes. Pretende-se aqui explicar a seleção dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, assim como a sua relação com o quadro teórico.

#### **Procedimento invasivo**

A cirurgia e a anestesia constituem-se como procedimento invasivo, para o qual o cliente necessita de ser preparado e que conduzirá a alterações no mesmo. Esta preparação tem início na consulta pré-operatória e pretende dar resposta a necessidades ao longo dos diferentes períodos, nomeadamente pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. O período pré-operatório é marcado por ansiedade e por desconhecimento dos cuidados, sendo que os clientes remetem para os profissionais de saúde a sua principal fonte de informação (Gonçalves et al, 2017).

Na fase pré-operatória é objetivo facultar informações que vão de encontro às necessidades dos

clientes, promovam a segurança, o conforto psicológico, envolvimento do cliente e cuidadores e o cumprimento das indicações (Marek & Boehnlein, 2003). Os dados recolhidos nesta fase permitem identificar, planear e adequar cuidados, por forma a mobilizar recursos para o intra e pós-operatório que permitam uma prestação de cuidados individualizados e que promovam uma recuperação segura.

No sentido de contribuir para um ambiente cirúrgico seguro e para o controlo de infeções, é recomendado, que na noite anterior a uma cirurgia, o cliente realize um banho pré-operatório utilizando uma solução de clorexidina 2 a 4%, e o repita no dia da cirurgia, até 2 horas antes. É igualmente necessário que sejam removidas todas as próteses amovíveis, bem como objetos de adorno e verniz de unhas (DGS, 2022).

Associado à anestesia existe o risco de ocorrência de regurgitação e aspiração gástrica que podem conduzir a complicações graves, pelo que é necessário o cumprimento de indicações de jejum. Encontra-se recomendado o jejum de 6 horas para alimentos sólidos e 2 horas para líquidos claros, como recomendado pela Sociedade Americana de Anestesiologia (2017).

As preocupações crescentes com a segurança peri-operatória levou à criação de uma checklist pré-operatória, difundida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como parte de seu Programa de Cirurgias Seguras. As listas de verificação pré-cirúrgicas visam garantir que todos os aspetos essenciais do cuidado e da preparação para a cirurgia sejam abordados e verificados antes da cliente ser admitida na sala de cirurgia. Isto implica a validação de uma série de itens previamente estabelecidos e protocolados, como a segurança para o procedimento anestésico, a verificação do funcionamento e disponibilidade de equipamentos ou materiais necessários, a identificação do cliente, verificação dos exames prévios disponíveis, avaliação dos riscos associados à via aérea difícil e perda sanguínea (Merry et al, 2010). Parte desses itens permitem também validar o cumprimento de procedimentos de preparação e avaliar a evolução do conhecimento por parte da cliente em relação ao procedimento que irá ser submetida.

## **Ventilação invasiva**

A anestesia implica o recurso a métodos de suporte ventilatório por forma a garantir uma ventilação adequada durante o período em que existe um compromisso da consciência, como já abordado anteriormente. A ventilação mecânica apresenta como principais objetivos a otimização pulmonar, proporcionar trocas gasosas eficazes, manter o recrutamento alveolar, reduzir o potencial de lesão e garantir a estabilidade hemodinâmica (Wright et al, 2020).

A prevenção de lesões associadas à ventilação invasiva é uma parte essencial da segurança da cliente, e a implementação dessas práticas ajuda a minimizar os riscos potenciais relacionados ao uso desse tipo de suporte ventilatório. Elas englobam a prevenção de lesões por pressão a nível corporal, muitas das vezes também associado ao posicionamento cirúrgico e as lesões oculares, sendo áreas relevantes e de intervenção de enfermagem.

## **Oxigenioterapia**

A anestesia tem por objetivo modificar o estado de consciência do cliente para que seja possível

a realização da cirurgia, para isso recorre a fármacos que originam efeitos de hipoventilação ou alterações no gradiente alvéolo-arterial que se prolongam no pós-operatório imediato. Esses eventos têm origem em obstruções das vias respiratórias, resíduos de anestésicos, ação residual de opióides e sedativos, remanescentes do bloqueio neuromuscular e dor não controlada (Martins et al., 2013).

Isto induz no cliente a hipoxemia pós-anestésica, que se manifesta pela baixa de valores da saturação arterial periférica (SpO<sub>2</sub>). A monitorização da oximetria permite a identificação de episódios de hipoxemia com a necessidade da prescrição de oxigenioterapia, cabendo ao enfermeiro a sua administração e monitorização. Acresce ainda a recomendação da DGS relativamente à prevenção da infeção do local cirúrgico, no sentido de garantir a homeostasia pós-operatória do cliente pela administração de oxigenioterapia com intuito de manter a SpO<sub>2</sub> igual ou superior a 95% após anestesia geral em cliente com função pulmonar normal (DGS, 2015).

### Sondas, Drenos e Cateteres

Para a realização de um procedimento cirúrgico/anestésico é necessário a colocação de diferentes dispositivos invasivos que permitem e contribuem para a sua realização.

#### Cateter venoso periférico

A colocação de um CVP para administração de terapêutica intravenosa constitui-se como um dos procedimentos invasivos mais frequentes no contexto hospitalar. A sua seleção e colocação obedece a critérios que devem nortear a intervenção de enfermagem para cumprir o seu propósito e diminuir os riscos a ele associados. A infeção associada aos cuidados de saúde é um importante problema atual e deverá ser uma prioridade na prestação de cuidados (Pina et al, 2017).

A cateterização venosa periférica requer cuidados específicos, nomeadamente na seleção do tipo de cateter e calibre, otimização e prevenção de complicações locais como flebite, infiltração, obstrução, extravasamento e exteriorização e, sistémicas como a infeção da corrente sanguínea (Zingg et al, 2023). No contexto cirúrgico é tido em conta a cirurgia a realizar, o risco a ela associado e a terapêutica a ser administrada.

### 3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
31-10-2023 10:00	Atitudes terapêuticas	
17-11-2023 09:45	Sondas, Drenos e Cateteres	17-11-2023 15:30
17-11-2023 09:45	Termorregulação	17-11-2023 15:30
17-11-2023 12:00	Consciência	17-11-2023 15:30
17-11-2023 12:00	Sistema respiratório	17-11-2023 15:30
17-11-2023 12:00	Sistema cardiovascular	17-11-2023 15:30
17-11-2023 12:00	Pele e mucosas	

<b>Início</b>	<b>Domínios</b>	<b>Fim</b>
17-11-2023 12:15	Sensações somáticas	
17-11-2023 12:15	Digestão	
17-11-2023 12:15	Eliminação urinária	17-11-2023 15:30
17-11-2023 15:30	Autogestão do regime medicamentoso	

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

As questões referentes às atitudes terapêuticas e dispositivos necessários para a prestação de cuidados à cliente já foram abordados anteriormente, pelo que se pretende dar ênfase aos restantes domínios selecionados e apresentar a fundamentação teórica que os sustentam.

#### Termorregulação

Decorrente de uma indução anestésica resulta a inibição do mecanismo de vasoconstrição responsável pela manutenção da temperatura corporal. Desta forma, ocorre uma vasodilatação, maior aporte sanguíneo nas extremidades e a perda de calor corporal podendo dar lugar à hipotermia. Associado a este facto contribuem também a necessidade de exposição cirúrgica e as baixas temperaturas no bloco operatório. A hipotermia no perioperatório é uma complicação frequente e à qual estão associadas comorbilidades (Azenha et al., 2017).

A manutenção da normotermia perioperatória é uma das recomendações da OMS e um dos feixes de intervenção da norma da DGS para a prevenção da infeção do local cirúrgico (DGS, 2015). A Sociedade Americana de Anestesia recomenda a avaliação da temperatura como standart da monitorização associada a procedimentos anestésicos e como principal objetivo a manutenção da normotermia (temperatura central entre 36 e 38º). Desta forma, espera-se que a mesma seja mantida em valores superiores a 36º durante todo o período perioperatório que vai desde 1 hora antes do procedimento até 24h após (Azenha et al., 2017).

Para cirurgias consideradas de curta duração as medidas preventivas recomendadas remetem-se para a vigilância da temperatura e o pré-aquecimento. Após a cirurgia torna-se expectável que vá ocorrendo uma normalização dos mecanismos de termorregulação.

#### Consciência

A anestesia geral, por meio dos fármacos e técnicas utilizadas, proporciona ao cliente um estado de inconsciência reversível, um bloqueio de sensações, acompanhado de um estado de imobilidade e analgesia (Sousa e Marques, 2014).

Este deverá ser um domínio a ter em atenção após a reversão desse estado, uma vez que dele podem resultar períodos de confusão, desorientação, alteração de memória e daí a necessidade de identificação de outros focos de atenção e implementar intervenções que previnam complicações (Sousa & Marques, 2014).

### **Sistema Respiratório**

A anestesia geral induz um estado de inconsciência e suprime a resposta reflexa do corpo. Após a reversão da mesma e devido à depressão respiratória induzida a ventilação estará comprometida. As complicações respiratórias são as mais comuns no período pós-operatório imediato e o segundo problema que mais requer intervenção por parte dos profissionais, após a náusea e vômitos (Hines et al, 1992). Estas caracterizam-se pela a obstrução das vias aéreas superiores, diminuição da força muscular faríngea, laringoespasma e o hematoma ou edema. Provocada pelo uso de opioides e anestésicos, ou de efeitos de bloqueio neuromuscular residual, poderá ocorrer uma hipoventilação, cabendo ao enfermeiro monitorizar a respiração do cliente (Machado, 2019).

A função respiratória deve ser avaliada e monitorizada através da determinação da permeabilidade da via aérea, frequência respiratória e da saturação de oxigénio por forma a determinar a sua evolução e intervir em caso de necessidade.

### **Sistema Cardiovascular**

A realização de uma cirurgia e anestesia induz alterações fisiológicas que poderão ser indutoras de complicações cardiovasculares, estas advém dos fármacos utilizados, do posicionamento cirúrgico e da ventilação invasiva. As complicações cardiovasculares são mais frequentes em cliente com patologia prévia, associadas a grandes perdas hemáticas ou a procedimentos que envolvem órgãos que possam causar irritabilidade do miocárdio e manifestam-se pela hipotensão, hipertensão e arritmias (Machado, 2013).

A vigilância e monitorização de sinais vitais, como a pressão arterial, o pulso, características do traçado cardíaco, a coloração e temperatura da pele e mucosas são importantes intervenções do enfermeiro para que identifique precocemente sinais e sintomas de complicações cirúrgicas ou anestésicas (Associação dos Enfermeiros Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2012).

### **Pele e mucosas**

A realização de uma mastectomia parcial implica a criação de uma ferida cirúrgica. Uma ferida corresponde a uma qualquer interrupção na continuidade da pele que afeta a sua integridade,

podendo ser superficial ou profunda, fechada ou aberta, simples ou complexa, aguda ou crónica (Menoita, 2015). Por sua vez, a ferida cirúrgica caracteriza-se pela rutura intencional da integridade epitelial da pele e das estruturas subjacentes. A cicatrização das feridas cirúrgicas ocorre por primeira, segunda e terceira intenção. (Menoita, 2015).

A caracterização da mesma e a realização do tratamento fazem parte integrante da prestação de cuidados. A prevenção da infeção do local cirúrgico é também uma parte essencial dos cuidados perioperatórios, como estabelecido pela norma DGS 020/2015 (atualizada em 2022). Estas podem resultar em complicações significativas, aumentando o tempo de recuperação, levando à necessidade de internamento e comprometendo a saúde geral da cliente.

Existe também a necessidade da capacitação da cliente para gestão de sintomas relacionados com a ferida cirúrgica, sendo que estes se prendem maioritariamente com a vigilância de sinais de infeção, controlo da dor associada à ferida cirúrgica, identificação de sinais de alarme, cuidados com o penso da ferida cirúrgica (Almeida et al, 2023). A capacidade de a cliente conseguir realizar uma automonitorização de sintomas assume-se como primordial na antecipação de complicação principalmente em cirurgias de ambulatório.

### **Sensações somáticas**

Decorrente da lesão dos tecidos provocada pela cirurgia a dor é um dos sintomas mais frequentes no pós-operatório. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 2020) define dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos”. Ela pode ser classificada em aguda ou crónica e atendendo aos mecanismos fisiopatológicos, em nocicetiva ou não nocicetiva. A dor nocicetiva de uma lesão real ou potencial dos tecidos não neuronais resulta da ativação de nociceptores. O dano cirúrgico e a dor desencadeiam um conjunto de respostas autónomas, endócrino-metabólicas, fisiológicas e comportamentais que afetam a homeostasia do cliente e poderá levar a complicações.

A dor não controlada assume-se como a primeira causa de readmissão na cirurgia de ambulatório (Sarmiento et al, 2013). Desta forma, constitui-se uma área de atenção importante e a sua gestão adequada fundamental para a recuperação da cliente.

No processo de capacitação do cliente para a gestão da dor cirúrgica, identificam-se orientações terapêuticas que contemplam a monitorização da dor e gestão do regime medicamentoso, assim como a inclusão de técnicas não farmacológicas, contemplando intervenções físicas, cognitivo comportamentais e psicossociais (Almeida et al, 2023).

A instituição de protocolos de analgesia contempla a prescrição de analgésicos e a gestão dos efeitos secundários e encontram-se estabelecidos em função da cirurgia e anestesia realizada. A

continuidade da terapêutica iniciada no contexto de BO encontra-se assegurada pela aplicação do Decreto-Lei no 13/2009 de 12 de Janeiro, que regulamenta a cedência de medicação para o domicílio de clientes submetidos a cirurgia em regime de ambulatório (Sarmiento et al., 2013).

### **Digestão**

As náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO) constituem uma das complicações frequentes nos doentes submetidos a anestesia geral (Vieira et al., 2012). São complicações com grande impacto na qualidade de vida e nível de satisfação do cliente, podendo conduzir ao atraso da alta clínica, sendo um dos preditores mais fortes de prolongamento de internamento e admissão não programada para mulheres submetidas a cirurgia ambulatória de cancro da mama. (Marla & Stallard, 2009)

No pós-operatório, estratégias preventivas de náuseas e vômitos devem incluir medidas farmacológicas e não farmacológicas. A administração de terapêutica, associada a uma boa hidratação, o início de dieta fracionada e a opção por refeições ligeiras, medidas de distração e técnicas como relaxamento são opções a considerar (Vieira et al, 2012).

### **Eliminação urinária**

A retenção urinária é uma complicação comum no pós-operatório. A sua ocorrência encontra-se relacionada com o tipo de procedimentos e fármacos utilizados, nomeadamente anestésicos anticolinérgicos e opióides, à administração de grandes volumes de líquidos, assim como de condições pré-existentes do cliente. O estabelecimento da primeira micção após cirurgia é um indicador importante no período pós-operatório, sendo que a retenção urinária exige uma intervenção de enfermagem (Duarte & Martins, 2014).

### **Autogestão do regime medicamentoso**

Associado ao procedimento cirúrgico em regime de ambulatório emerge a necessidade de capacitar a cliente para a gestão dos seus sintomas. Como mencionado anteriormente, a dor, náuseas e vômitos constituem sintomas comuns no pós-operatório e, no intuito de os controlar e minimizar complicações e o recurso aos serviços de saúde, foram elaborados protocolos que contemplam medicamentos a ser fornecidos ao cliente.

O processo de autogestão envolve a capacitação do cliente, proporcionando-lhe as ferramentas e conhecimentos necessários para desempenhar um papel ativo na sua saúde. É um conceito muitas vezes associado à gestão da doença crónica e remete-se para a capacidade dos clientes tomarem decisões informadas face a determinados dados, adotarem determinados

comportamentos e aderirem a planos de tratamento (Lorig & Holman, 2003). Importa que a cliente compreenda o regime medicamentoso prescrito, a necessidade do mesmo e as vantagens que advém da sua adesão.

### 3.6. Conceção de Cuidados

#### Consciência

17-11-2023 12:00

17-11-2023 12:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

**17-11-2023 12:00 - Consciência comprometida [RESOLVIDO]** 17-11-2023 15:30

#### Sensações somáticas

17-11-2023 12:15

17-11-2023 12:15 - Manifesta dor.

#### **17-11-2023 12:15 - Dor**

17-11-2023 12:15 - Localização da dor

17-11-2023 12:15 - Mama Esquerda(o)

17-11-2023 12:15 - Intensidade da dor - 5.

17-11-2023 12:15 - frequência da dor - contínua.

17-11-2023 12:15 - duração da dor - aguda.

17-11-2023 12:15 - dor de tipo - moedeira.

#### **17-11-2023 12:15 - Determinar evolução da dor**

17-11-2023 12:15 - *Avaliar evolução da dor [no pós-operatório]*

17-11-2023 14:00 - Localização da dor

17-11-2023 14:00 - Mama Esquerda(o)

17-11-2023 14:00 - Intensidade da dor - sem dor.

17-11-2023 15:30 - Localização da dor

17-11-2023 15:30 - Mama Esquerda(o)

17-11-2023 15:30 - Intensidade da dor - sem dor.

20-11-2024 10:00 - Localização da dor

20-11-2024 10:00 - Mama Esquerda(o)

20-11-2024 10:00 - Intensidade da dor - sem dor.

#### **17-11-2023 12:15 - Diminuir dor**

17-11-2023 12:15 - *Gerir analgesia [no pós-operatório]*

17-11-2023 12:15 - *Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [no pós-operatório]*

17-11-2023 12:15 - *Posicionar para aliviar a dor [no pós-operatório]*

#### **17-11-2023 15:30 - Promover autocontrolo: dor**

17-11-2023 15:30 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**17-11-2023 15:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da**

**dor usando estratégias não farmacológicas** [RESOLVIDO] 20-11-2024 10:00

17-11-2023 15:30 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas* [FIM] 20-11-2024 10:00

20-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

17-11-2023 15:30 - *Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas* [FIM] 20-11-2024 10:00

17-11-2023 15:30 - *Avaliar evolução do autocontrole da dor [na consulta telefonica]*

17-11-2023 15:30

**Sistema respiratório**

17-11-2023 12:00

17-11-2023 12:00 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

17-11-2023 12:00 - Ritmo respiratório regular.

17-11-2023 12:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

17-11-2023 12:00 - Saturação do oxigênio no sangue

17-11-2023 12:00 - Periférico(a): 96 %.

**17-11-2023 12:00 - Ventilação comprometida** [RESOLVIDO] 17-11-2023 15:30

**17-11-2023 12:00 - Determinar evolução da ventilação** [FIM] 17-11-2023 15:30

17-11-2023 12:00 - *Avaliar evolução da ventilação [no pós-operatório]* [FIM]

17-11-2023 15:30

17-11-2023 12:15 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

17-11-2023 14:00 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

17-11-2023 14:00 - Movimento respiratório simétrico.

17-11-2023 12:15 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].

17-11-2023 14:00 - Profundidade da ventilação: inspirações profundas [PIOROU].

17-11-2023 12:15 - Saturação do oxigênio no sangue

17-11-2023 12:15 - Periférico(a): 94 %.

17-11-2023 14:00 - Saturação do oxigênio no sangue

17-11-2023 14:00 - Periférico(a): 98 %.

17-11-2023 12:15 - Coloração da mucosa: pálidas.

17-11-2023 14:00 - Coloração da mucosa: rosada.

17-11-2023 12:00 - *Referenciar ventilação comprometida ao médico* [SOS] [FIM]

17-11-2023 15:30

17-11-2023 12:00 - *Referenciar saturação do oxigênio no sangue ao médico* [SOS] [FIM] 17-11-2023 15:30

**17-11-2023 12:00 - Melhorar ventilação** [FIM] 17-11-2023 15:30

17-11-2023 12:00 - *Posicionar para otimizar a ventilação [no pós-operatório]* [FIM]

17-11-2023 15:30

17-11-2023 12:00 - *Iniciar oxigenoterapia* [SOS] [FIM] 17-11-2023 15:30

**Sistema cardiovascular**

17-11-2023 12:00

17-11-2023 12:00 - Localização do Pulso

17-11-2023 12:00 - Punho Direita(o)

17-11-2023 12:00 - Frequência do pulso: 65 pulsações por minuto.

17-11-2023 12:00 - Pulso rítmico.

17-11-2023 12:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

17-11-2023 12:00 - Membro inferior Direita(o)

17-11-2023 12:00 - Pressão sanguínea sistólica: 103 mmHg.

17-11-2023 12:00 - Pressão sanguínea diastólica: 65 mmHg.

17-11-2023 12:00 - Perda sanguínea

17-11-2023 12:00 - Mama Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente.

**17-11-2023 12:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea [FIM]** 17-11-2023 15:30

*17-11-2023 12:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [no pós-operatório] [FIM]*

17-11-2023 15:30

17-11-2023 12:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

17-11-2023 12:15 - Membro inferior Esquerda(o)

17-11-2023 12:15 - Pressão sanguínea sistólica: 102 mmHg.

17-11-2023 12:15 - Pressão sanguínea diastólica: 56 mmHg.

17-11-2023 14:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

17-11-2023 14:00 - Membro superior Direita(o)

17-11-2023 14:00 - Pressão sanguínea sistólica: 109 mmHg.

17-11-2023 14:00 - Pressão sanguínea diastólica: 65 mmHg.

17-11-2023 15:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

17-11-2023 15:30 - Membro superior Direita(o)

17-11-2023 15:30 - Pressão sanguínea sistólica: 109 mmHg.

17-11-2023 15:30 - Pressão sanguínea diastólica: 65 mmHg.

## **Digestão**

17-11-2023 12:15

17-11-2023 12:15 - Sem sensação de enjoo.

17-11-2023 12:15 - Sem vômitos.

**17-11-2023 12:15 - Determinar evolução da náusea**

*17-11-2023 12:15 - Avaliar evolução da náusea [no pós-operatório]*

17-11-2023 14:00 - Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

17-11-2023 15:30 - Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

20-11-2024 10:00 - Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

20-11-2024 10:00 - Gravidade da náusea: sem gravidade.

*17-11-2023 12:15 - Referenciar náusea ao médico [SOS]*

**17-11-2023 12:15 - Determinar vômitos**

*17-11-2023 12:15 - Avaliar evolução do vomitar [no pós-operatório]*

17-11-2023 14:00 - Sem vômitos.

17-11-2023 15:30 - Sem vômitos.

20-11-2024 10:00 - Sem vômitos.

*17-11-2023 12:15 - Referenciar o vomitar ao médico [SOS]*

17-11-2023 15:30

**17-11-2023 15:30 - Promover autocontrolo: náusea**

17-11-2023 15:30 - Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 15:30 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 15:30 - Conhecimento sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

**17-11-2023 15:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea** [RESOLVIDO] 20-11-2024 10:00

17-11-2023 15:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea [FIM] 20-11-2024 10:00

20-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea: facilitador [MELHOROU].

**17-11-2023 15:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético**

17-11-2023 15:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [na consulta telefonica]

17-11-2023 15:30 - Ensinar sobre regime dietético [no pós-operatório]

**17-11-2023 15:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso**

17-11-2023 15:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime medicamentoso [na consulta telefonica]

17-11-2023 15:30 - Ensinar sobre regime medicamentoso [no pós-operatório]

17-11-2023 15:30 - Avaliar evolução do autocontrolo da náusea [na consulta telefonica]

20-11-2024 10:00 - Adota comportamentos de autocontrolo da náusea.

20-11-2024 10:00 - Refere satisfação com o autocontrolo da náusea.

**Eliminação urinária**

17-11-2023 12:15

17-11-2023 12:15 - Sem globo vesical.

**17-11-2023 12:15 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária** [FIM]

17-11-2023 14:00

17-11-2023 12:15 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [no pós-operatório] [FIM] 17-11-2023 14:00

17-11-2023 14:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].

17-11-2023 14:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

17-11-2023 12:15 - Referenciar retenção urinária ao médico [SOS] [FIM] 17-11-2023 14:00

17-11-2023 14:00

17-11-2023 14:00 - Reconhece a vontade de urinar.

**Pele e mucosas**

17-11-2023 12:00

17-11-2023 12:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

**17-11-2023 12:00 - Ferida cirúrgica**

17-11-2023 12:00 - Localização da ferida cirúrgica

17-11-2023 12:00 - Mama Esquerda(o)

17-11-2023 12:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

17-11-2023 12:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

**17-11-2023 12:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica**

17-11-2023 12:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [no pós-operatório]

**17-11-2023 12:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica**

17-11-2023 12:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [SOS]

17-11-2023 12:00 - Aplicar penso de ferida [No final da cirurgia e em SOS]

**17-11-2023 15:30 - Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica**

17-11-2023 15:30 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**17-11-2023 15:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica**

17-11-2023 15:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica (Mama Esquerda(o)) [na consulta telefonica]

20-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: facilitador [MELHOROU].

17-11-2023 15:30 - Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica (Mama Esquerda(o)) [no pós-operatório]

17-11-2023 15:30 - Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica (Mama Esquerda(o)) [no pós-operatório]

17-11-2023 15:30 - Avaliar evolução da autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica [na consulta telefonica]

20-11-2024 10:00 - Adota comportamentos de autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica.

20-11-2024 10:00 - Refere satisfação com a autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica.

17-11-2023 15:30

**Termorregulação**

17-11-2023 09:45

**17-11-2023 09:45 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM] 17-11-2023 15:30**

17-11-2023 09:45 - Avaliar evolução da temperatura corporal [no pré, intra e pós-operatório] [FIM] 17-11-2023 15:30

17-11-2023 10:30 - Temperatura corporal periférica

17-11-2023 10:30 - Região temporal: 36.60 °C.

17-11-2023 12:00 - Temperatura corporal periférica

17-11-2023 12:00 - Região temporal: 36.50 °C.

17-11-2023 12:15 - Temperatura corporal periférica

17-11-2023 12:15 - Ouvido: 36.50 °C.

17-11-2023 14:00 - Temperatura corporal periférica

17-11-2023 14:00 - Ouvido: 36.80 °C.

17-11-2023 15:30 - Temperatura corporal periférica

17-11-2023 15:30 - Ouvido: 36.80 °C.

### **Autogestão do regime medicamentoso**

17-11-2023 15:30

#### **17-11-2023 15:30 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso**

*17-11-2023 15:30 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [na consulta telefonica]*

#### **17-11-2023 15:30 - Promover autogestão: regime medicamentoso**

17-11-2023 15:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

*17-11-2023 15:30 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [no pós-operatório]*

*17-11-2023 15:30 - Ensinar sobre resposta à medicação [no pós-operatório]*

*17-11-2023 15:30 - Ensinar sobre regime medicamentoso [no pós-operatório]*

*17-11-2023 15:30 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância [no pós-operatório]*

*17-11-2023 15:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [na consulta telefonica]*

20-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

*17-11-2023 15:30 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [no pós-operatório]*

*17-11-2023 15:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [na consulta telefonica]*

### **3.7. Especificação das intervenções**

Ensinar sobre circuito

- Ensinar sobre a necessidade de se dirigir na manhã da cirurgia ao Serviço de Radiologia para a marcação da lesão através da colocação do anzol
- Informar que após a marcação da lesão deve se dirigir à Unidade de Cirurgia de Ambulatório
- Explicar a importância de vir e se manter acompanhada
- Explicar que será realizado o acolhimento por parte da enfermeira e que será preparada para a cirurgia
- Informar sobre a duração aproximada da cirurgia
- Informar sobre o tempo previsto até a alta clinica

Ensinar sobre procedimento anestésico

- Explicar o tipo de anestesia que é previsível ser efetuada
- Explicar quais os efeitos secundários previsíveis
- Referir que será fornecida medicação para o domicílio

- Referir que pode manter a medicação habitual

Ensinar sobre procedimento cirúrgico

- Explicar a importância do banho pré-cirúrgico
- Explicar que deve trazer soutien sem aro para aplicar no final da cirurgia
- Explicar que deve trazer roupa que seja fácil de vestir

Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

- Explicar que não deve molhar o penso
- Informar sobre a periodicidade de realização do tratamento à ferida cirúrgica

Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica

- Explicar quais os sinais de alerta
- Explicar como vigiar o mamilo
- Explicar a importância de utilizar soutien mediante a indicação médica
- Informar quando recorrer aos serviços de saúde

### **3.8. Síntese relativa ao caso**

Globalmente o cancro da mama é uma das formas mais comuns de cancro entre as mulheres. A sua deteção precoce e os avanços nos métodos de tratamento têm aumentado significativamente as taxas de sobrevivência e melhorado a qualidade de vida das pessoas afetadas. Entre as opções de tratamento, a cirurgia conservadora da mama destaca-se como uma abordagem que preserva a auto-imagem e componente emocional da cliente.

A prestação de cuidados à cliente submetida a cirurgia conservadora da mama, nomeadamente mastectomia parcial em contexto peri-operatório encontra-se dependente das necessidades específicas da cliente, das características da doença e das respostas emocionais e físicas após a cirurgia. Sendo esta cirurgia passível de ser realizada em contexto de CA, os cuidados de enfermagem de peri-operatório assumem uma dimensão diferente.

A CA em Portugal tem crescido exponencialmente e assenta em critérios de elegibilidade e protocolos que garantem a sua segurança. Estes critérios têm sido revistos e observa-se um aumento da complexidade dos casos, assim como do número de clientes o que conduz a uma necessidade de otimização do processo. Em Portugal têm sido desenvolvidos esforços no sentido da regulamentação e difusão desta modalidade cirúrgica assente em critérios de segurança. Como valorizado por Magalhães (2014), o êxito da cirurgia ambulatória passa pela multidisciplinaridade, sendo necessário o envolvimento de diferentes grupos de profissionais com o propósito de garantir a segurança e elevados índices de qualidade neste contexto. O mesmo menciona que os enfermeiros dedicados à cirurgia de ambulatório se assumem como pilares fundamentais das unidades, acompanhando o cliente em todos os momentos,

contribuindo para a segurança da informação e preparando a alta.

A prestação de cuidados de enfermagem, no contexto da CA, obedece uma abordagem individualizada, onde o planeamento dos cuidados tem por base as dimensões física, psicológica e sociais de cada cliente. Apesar de ser um ambiente onde a componente técnica se encontra bastante presente, o processo cirúrgico está estreitamente ligado ao processo de capacitação que se inicia no período pré-operatório e ao envolvimento do cliente, como amplamente destacado pela Association of periOperative Registered Nurses (AORN, 2005).

No pré-operatório a intervenção do enfermeiro peri-operatório deve ser orientada para o processo de capacitação para a gestão do processo cirúrgico. Nesta fase, procura-se dotar o cliente de toda a informação adequada para o procedimento, com detalhes sobre o que necessita de realizar para contribuir para a segurança do mesmo, o que é espectável acontecer durante o período peri-operatório e quais as necessidades após a alta clínica. É também o momento onde pode expôr dúvidas e preocupações (AORN, 2005).

A informação fornecida ao cliente no período pré-operatório influencia a recuperação e reduz a ansiedade, os níveis de dor e consumo de analgésicos e duração do tempo de hospitalização (Hesbeen, 2000), sendo recomendado que essa informação seja complementada por documentação e escrita e fornecida em momento dedicado (Manley & Bellman, 2003). A realização de uma consulta pré-operatória não é uma realidade em todos os contextos, mas assume-se como um momento formal onde é estabelecida uma relação entre o enfermeiro e cliente. Após a recolha de dados que emerge desse momento, o enfermeiro pode desenvolver o processo de tomada de decisão de uma forma individualizada onde identifica diagnósticos, estabelece objetivos e planeia intervenções (Ferrito, 2014).

Todo este processo visa contribuir para a segurança e satisfação do cliente, mas também a preparação da alta. A preparação da alta em cirurgia de ambulatório assume-se de extrema importância, pois neste contexto a continuidade dos cuidados é assumida pelo cliente ou cuidador e existe a necessidade de os preparar para a gestão de sintomas, vigilância e despiste de complicações no pós-operatório. A alta clínica depende de critérios bem estabelecidos e tem como principal objetivo assegurar a segurança do cliente e evitar o retorno à unidade de saúde. (Lima & Pinto, 2014).

O enfermeiro deve deter conhecimentos sobre quais as principais complicações e sintomas esperados no pós-operatório e dirigir a sua intervenção. Existe necessidade de abordar áreas como os cuidados e vigilância da ferida operatória, a gestão da dor pós-operatória e as náuseas e vômitos, uma vez que se constituem sintomas após cirurgia de ambulatório que levam o cliente muitas das vezes a recorrer ao serviço de saúde após a alta (Berg, 2016). O cliente deve conhecer o que é expectável que aconteça e identificar o que carece de observação por parte de um profissional. Sendo que, dotar os clientes com informação sobre a forma eficaz de gestão dos seus sintomas após a alta hospitalar, fornece maior segurança aos clientes, melhora a

gestão das expectativas, reduz a ansiedade e melhora a sua recuperação (Almeida et al., 2023)

A prestação de cuidados de enfermagem peri-operatória no contexto da cirurgia de ambulatório obedece aos mesmo princípios da cirurgia convencional, mas encontra-se influenciada pelo contexto e pelo tempo de contacto com o cliente. A não dependência de outros serviços para a continuidade de cuidados e a integração do cliente e cuidador como agente ativo neste processo, constitui-se um desafio para os enfermeiros.



## 4. CLIENTE COM RETRAÇÃO CUTÂNEA E DEFORMIDADE DA MAMA DIREITA APÓS MASTECTOMIA PARCIAL.

Cliente de 57 anos com antecedentes de Carcinoma da mama direita em 2015 submetida a mastectomia parcial e posterior radioterapia. Antecedentes de melanoma da perna esquerda submetida a exérese com esvaziamento inguinal esquerdo e de Síndrome de Sjogren.

### 4.1. Enquadramento teórico

Como explorado no caso anterior, a neoplasia da mama representa uma proporção significativa das doenças oncológicas no nosso país e a nível mundial. Dessa forma, têm sido desenvolvidos esforços no sentido de proporcionar formas de tratamento menos agressivas e com igual potencial curativo, como é o caso do tratamento cirúrgico conservador da mama. A cirurgia parcial da mama tem como principal objetivo a remoção segura do tumor sem necessidade de recorrer a uma técnica cirúrgica extensa e potencialmente mutiladora. Contudo, este tipo de opção terapêutica nem sempre conduz a resultados cosméticos ideais, encontrando-se dependente de fatores como a localização do tumor, técnica cirúrgica e a necessidade de tratamentos complementares como é o caso da radioterapia. As alterações mais comuns são: deformidade concava, retração, alterações da pele, cicatrizes evidentes e alteração da posição do mamilo (Wang, et al. 2008).

Encontra-se descrito que um terço das mulheres se encontram insatisfeitas com o resultado cosmético do seu tratamento ao cancro da mama e, por consequência, vivenciam sintomas como ansiedade, depressão e baixa autoestima (Wang, et al. 2008). Os fatores preditivos de piores resultados cosméticos dependem da quantidade de tecido necessário remover e da posição do tumor na mama. Tumores localizados na região inferior da mama conduzem a piores resultados estéticos para cerca de 50% das mulheres.

Relativamente à radioterapia, os efeitos cutâneos podem incluir inicialmente edema e eritema e posteriormente alterações da coloração, telangiectasias ou atrofia. Ao nível do parênquima mamário conduz a fibrose e retração, sendo descrito que podem ocorrer entre 1 a 3 anos após o tratamento (Wang, et al. 2008).

No sentido de corrigir estes defeitos varias técnicas têm surgido na área da Cirurgia Plástica. Uma das técnicas disponíveis é o enxerto autólogo de gordura também denominado *lipofilling*. Decorrente da correção do defeito mamário, após tratamento a um carcinoma da mama poderá também ser necessário a simetrização do seio contralateral para a obtenção de um efeito cosmético equilibrado.

No caso em questão, a cliente foi proposta para reconstrução mamária direita com *lipofilling* e simetrização contralateral por mastopexia.

## Processo cirúrgico

A realização de cirurgia de enxerto autólogo de gordura ou *lipofilling* consiste na colheita de gordura da cliente para a realização do preenchimento do defeito criado pelos tratamentos. A origem desta técnica remonta a 1895 e encontra-se associada à correção do defeito após doença oncológica. Os desenvolvimentos na área da cirurgia plástica com o aparecimento da lipoaspiração alargaram a sua aplicabilidade (Davis et al. 2020).

A técnica cirúrgica mais utilizada é a de Coleman que compreende três etapas: a colheita, o processamento e purificação e a injeção da gordura. A colheita é realizada em locais considerados depósitos naturais de gordura, como a região abdominal, flancos ou parte interna das coxas e depende da condição da cliente. Para a realização da colheita o tecido adiposo é infiltrado com uma solução, composta habitualmente por soro fisiológico e adrenalina e, em seguida, pela introdução de uma cânula com movimentos associados a sucção é colhido para um reservatório. Desta forma, pretende-se que cause o menor trauma possível e não ocorra uma destruição dos adipócitos. Após a colheita o tecido adiposo passa por um processo de centrifugação, filtração e lavagem no sentido de purificar os adipócitos. Posteriormente a gordura é injetada nos locais a tratar com uma agulha, consoante a necessidade e avaliação do cirurgião (Davis et al. 2020).

O procedimento é considerado seguro e de baixo risco, conduzindo a resultados positivos em clientes com antecedentes de radioterapia. No entanto, poderá ser necessário mais do que um tratamento, uma vez que existe uma redução de volume de cerca de 30% com o passar do tempo (Panettiere et al., 2012; Turner et al., 2020).

A técnica é realizada com a cliente em posição supina, podendo ser necessário a realização de semi-fowler para avaliação da região mamária. Sendo considerada uma cirurgia de curta duração, esta depende sempre da condição da cliente e das áreas a tratar.

No pós-operatório é necessário restringir esforços com a área do peito para permitir a inoculação e revascularização do retalho adiposo. As incisões para a injeção da gordura são habitualmente suturadas, aplicado penso transparente, para ser possível a vigilância da área que recebeu o enxerto, e posteriormente realizada a modelação da mama e aplicação de fita adesiva de silicone que só será removida após avaliação médica. Alguns cirurgiões optam pela colocação de soutien para promover a sustentação mamária (Davis et al. 2020). As incisões da região dadora são suturadas, sendo aplicado penso simples e posteriormente um penso compressivo tensor ou cinta abdominal para prevenir a formação de seroma (Davis et al. 2020). Após a cirurgia estão descritos eventos adversos como o aparecimento de áreas endurecidas palpáveis e deformidades. São descritas como principais complicações: a dor persistente no local da injeção, hematoma, necrose da gordura, formação de quistos ou calcificações, infeção e aparecimento de estrias mamárias (Davis et al. 2020, Turner et al., 2020).

Ao estar prevista a realização de cirurgia reconstrutiva, torna-se frequentemente necessário intervir na mama contralateral com o objetivo de obter simetrização e um melhor resultado cosmético. A cirurgia a realizar depende das características e desejos da mulher. O termo habitualmente usado para este tipo de cirurgia é mastopexia.

A mastopexia abarca uma grande variedade de técnicas e consiste no reposicionamento da

glândula mamária numa posição diferente da atual, permitindo ajustar o volume e elevar o peito para uma posição semelhante ao contralateral. Poderá ser necessário, em caso de volumes baixos, a colocação de prótese mamaria, mas a técnica está associada a uma maior taxa de complicações (Hidalgo & Spector, 2013). As abordagens mais utilizadas são a incisão circumareolar, a vertical e em T invertido. Delas decorrem suturas contínuas, normalmente realizadas com fio absorvível (Hidalgo & Spector, 2013).

Por opção do cirurgião, poderá ser colocado um dreno aspirativo que é previsto ser removido mediante avaliação médica. As principais complicações descritas variam de acordo com a técnica utilizada e estão mais associadas às incisões circumareolar e em T invertido. No presente caso, a cliente foi submetida à técnica de T invertido sendo as principais complicações descritas: a necrose cutânea na confluência do T e a cicatriz hipertrófica. Como complicações gerais encontram-se descritas: hematoma, infeção, alteração da sensibilidade do mamilo (temporária ou permanente) e resultado cosmético desfavorável com alteração do contorno/forma da mama (Ramanadham & Rose Johnson, 2020; Hidalgo & Spector, 2013).

### **Processo anestésico**

A técnica anestésica ideal é aquela que engloba a maior segurança para o doente, proporciona as melhores condições para o cirurgião, permite uma rápida recuperação e minimiza os efeitos secundários. Pretende-se também que permita uma rápida transferência da UCPA e um eficaz controlo da dor no pós-operatório.

A técnica anestésica geralmente selecionada é a anestesia geral balanceada. Esta envolve a combinação de medicamentos opióides, relaxantes musculares e agentes inalatórios (como o desflorano). Cada componente é cuidadosamente selecionado para fornecer analgesia, sedação, relaxamento muscular e perda de consciência de forma equilibrada e segura (Machado, 2018).

No estabelecimento de um protocolo anestésico importa conhecer antecedentes clínicos que necessitem de uma intervenção dirigida. A cliente apresentava como antecedentes Síndrome de Sjogren. Esta síndrome caracteriza-se por ser uma doença auto-imune crónica, em que o alvo principal são as células epiteliais das glândulas exócrinas, conduzindo a um processo inflamatório que pode envolver tecidos de múltiplos órgãos, em especial as glândulas lacrimais e salivares. A sua etiologia é desconhecida e pode ser classificada como primária ou secundária (quando ocorre associado a outras doenças auto-imunes) e afeta principalmente mulheres com idades entre os 40 e 50 anos (Petruzzi, 2003). Frequentemente designada como síndrome seco (sicca síndrome), remete para o seu principal sintoma, a secura principalmente dos olhos e boca, podendo também afetar a pele, mucosa nasal e vaginal (Petruzzi, 2003). Clientes a realizar medicação crónica devem mantê-la no período perioperatório, devendo ser evitados medicamentos anticolinérgicos, pelo seu efeito na diminuição das secreções glandulares (Petruzzi, 2003).

Dada as características da doença, durante a anestesia deve-se ter especial atenção para realizar um proteção ocular rigorosa e humificação regular para prevenir lesões da córnea. Os gases deverão ser preferencialmente humidificados e a administração de anestésicos e hipnóticos deve ser feita lentamente, na presença de monitorização da pressão arterial, pela possibilidade de disfunção do sistema nervoso autónomo (Petruzzi, 2003). A temperatura da

sala operatória e UCPA, assim como o aquecimento da cliente, requerem adequada vigilância e preocupação uma vez que estes clientes estão mais suscetíveis a fenómenos Raynaud (Petruzzi, 2003). Não existe evidência de aumento do risco de eventos após a realização da cirurgia, pelo que a vigilância obedece aos critérios habituais para o pós-operatório e de acordo com a cirurgia realizada (Babazade et al., 2015).

Todos estes aspetos devem ser considerados por parte dos enfermeiros na preparação da cliente para a cirurgia e na vigilância no intra e pós-operatório, no sentido de adequar procedimentos por forma a evitar complicações.

## 4.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 57 anos | Feminino

## 4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-04 08:30:00	Polielectrolítico simples 1000ml EV	
2024-01-04 08:45:00	Amoxicilina 2000mg + Ácido clavulânico 200mg EV	2024-01-04 10:30:00
2024-01-04 08:45:00	Fentanil 0.1mg EV	2024-01-04 10:30:00
2024-01-04 08:45:00	Propofol 140mg EV	2024-01-04 10:30:00
2024-01-04 08:45:00	Rocuronio 40mg EV	2024-01-04 10:30:00
2024-01-04 08:45:00	Desflurano com concentração alveolar mínima de 6%	2024-01-04 10:30:00
2024-01-04 08:45:00	Dexametasona 4mg EV	2024-01-04 10:30:00
2024-01-04 08:45:00	Parecoxib 40mg EV	2024-01-04 10:30:00
2024-01-04 10:30:00	Paracetamol 1gr EV	2024-01-04 10:45:00
2024-01-04 10:30:00	Ondansetron 4mg EV	2024-01-04 10:45:00
2024-01-04 10:30:00	Sugamadex 200mg EV	2024-01-04 10:45:00
2024-01-04 11:30:00	Metamizol magnésico 2000mg EV	2024-01-04 12:15:00

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

O enfermeiro de perioperatório deve deter conhecimentos específicos relativamente à farmacocinética e farmacodinâmica dos fármacos utilizados no período perioperatório para que possa planear a sua intervenção e antever possíveis intercorrências. Sendo a sua administração

dependente de prescrição médica, dela advêm respostas que podem estar condicionadas pelas características do cliente e seus antecedentes.

Analisando os fármacos por ordem de administração na sequência anestésica/cirúrgica pretende-se dar ênfase a aspetos relevantes para a intervenção de enfermagem. Os aspetos relevantes dos fármacos: polielectrolítico simples, fentanil, propofol, dexametasona, parecoxibe, paracetamol, ondasetron, metamizol magnésico já foram abordados no caso anterior, sendo que não se considera apresentarem aspetos adicionais de relevo para este caso, pelo que se opta por explorar apenas os restantes.

### **Amoxicilina 2000mg + Ácido Clavulânico 200 mg**

A associação de amoxicilina e ácido clavulânico pertence ao grupo de antibacterianos - associações das penicilinas com inibidores das beta-lactamases. Encontra-se indicado para tratamento de infeções da pele e de estruturas cutâneas. Podem existir reações de hipersensibilidade a este grupo de fármacos, que se caracterizam por reações alérgicas (urticária, púrpura), angioedema e anafilaxia. Os seus efeitos secundários mais frequentes prendem-se com sintomas gastrointestinais que se encontram maioritariamente associados à continuidade do tratamento (Vallerand et al, 2016).

Com o propósito de diminuir o risco de infeção do local cirúrgico, medidas como a administração criteriosa de antimicrobianos encontra-se recomendada. A profilaxia antibiótica cirúrgica apresenta indicações e orientações descritas pela literatura, contudo a seleção do fármaco encontra-se muitas das vezes dependente do clínico. A sua administração é efetuada nos 60 minutos que antecedem a cirurgia por forma a assegurar níveis tecidulares adequados no momento da incisão cirúrgica. Nos procedimentos com duração até duas horas é administrado em dose única. É imperativo registar o antibiótico administrado, a hora de administração, de início e fim da cirurgia (DGS, 2022).

### **Rocurônio (Brometo de)**

O rocurônio é um fármaco relaxante muscular, bloqueador neuromuscular não-despolarizante, que antagoniza a acetilcolina, ligando-se competitivamente aos recetores colinérgicos da placa motora, bloqueando a transmissão neuromuscular. É utilizado para facilitar a entubação endotraqueal e proporcionar relaxamento muscular durante a cirurgia e ventilação mecânica. A sua administração é por via intravenosa, por injeção em bólus ou por perfusão contínua. Encontra-se contraindicado em casos de hipersensibilidade ao fármaco. Pode ocorrer curarização residual e tem indicação da utilização de um agente de reversão como o sugamadex. O risco de curarização implica uma vigilância adicional no pós-operatório (Infarmed, 2016).

### **Desflurano**

O desflurano é um éter etílico de metilo altamente fluorado com indicação na indução e manutenção da anestesia geral, administrado por via inalatória. Tem pouca solubilidade no sangue e tecidos orgânicos, sendo por isto rapidamente absorvido e eliminado. A sua principal contraindicação é a suscetibilidade genética conhecida ou suspeita de hipertermia maligna. Como principais efeitos secundários são a tosse, náusea ou vômitos. Pode também ocorrer tonturas, cefaleias, irritação ocular, inquietação e dor de garganta (Tavares, 2013).

Neste caso específico a cliente apresenta uma condição anterior que aumenta sintomas de irritação ocular e dor de garganta pelo que se deve ter especial consideração este efeito potenciador.

### **Sugamadex**

O sugamadex é um medicamento utilizado para a reversão do bloqueio neuromuscular induzido por relaxantes musculares, como o rocurônio e vecurônio em anestesia geral, acelerando a recuperação. A sua dose depende do nível de bloqueio neuromuscular, sendo administrado por via intravenosa em bólus único. Não se encontram descritos efeitos secundários significativos, sendo que foram notificados casos de disgeusia (sabor metálico) associadas a doses elevadas do fármaco (Infarmed, 2016).

A sua administração prosupõe manter o suporte ventilatório até à recuperação da respiração espontânea eficaz. Mesmo que se verifique a recuperação do bloqueio, os restantes fármacos poderão afetar a função respiratória sendo necessário continuar a ventilação de suporte. A administração de subdoses de sugamadex pode levar a uma re-ocorrência do bloqueio neuromuscular, pelo que deverão ser usadas as doses recomendadas para reversão de rotina e reversão imediata. A re-administração de rocurônio ou vecurônio após sugamadex deve ter em conta um tempo de espera de 24 horas (Infarmed, 2016).

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

### **Atitudes terapêuticas**

04-01-2024 08:30

#### **04-01-2024 08:30 - Procedimento invasivo**

04-01-2024 08:30 - Tipo de procedimento invasivo: Lipofiling mama direita e simetrização contralateral por mastopexia.

04-01-2024 08:30 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

04-01-2024 08:30 - Temperatura corporal central: 36.70 °C.

04-01-2024 08:45

#### **04-01-2024 08:45 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 04-01-2024 10:30**

04-01-2024 08:45 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por pressão.

04-01-2024 08:45 - Ventilação invasiva - FiO<sub>2</sub>: 40 %.

04-01-2024 08:45 - Ventilação invasiva - volume corrente: 420 ml.

04-01-2024 08:45 - Ventilação invasiva - volume/minuto: 5 L/min.

04-01-2024 08:45 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 12 cr/min.

04-01-2024 08:45 - Ventilação invasiva - PEEP: 4 cm H<sub>2</sub>O.

#### **04-01-2024 08:45 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]**

04-01-2024 10:30

*04-01-2024 08:45 - Aplicar colchão de alívio de pressão [no intra-operatório] [FIM]*

04-01-2024 10:30

04-01-2024 08:45 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [no intra-operatório] [FIM] 04-01-2024 10:30

04-01-2024 08:45 - Posicionar para prevenir a aspiração [no intra-operatório] [FIM]

04-01-2024 10:30

04-01-2024 08:45 - Aplicar gel lubrificante ocular [no intra-operatório] [FIM]

04-01-2024 10:30

04-01-2024 08:45 - Executar oclusão das pálpebras [no intra-operatório] [FIM]

04-01-2024 10:30

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

04-01-2024 08:30

#### **04-01-2024 08:30 - Cateter venoso periférico**

04-01-2024 08:30 - Localização do cateter venoso periférico

04-01-2024 08:30 - Mão Esquerda(o)

04-01-2024 08:30 - Características do dispositivo: Calibre 20G.

04-01-2024 08:30 - Ausência de infiltração.

#### **04-01-2024 08:30 - Determinar evolução da administração pelo cateter**

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [no intra e pós-operatório]

04-01-2024 10:30 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.

04-01-2024 10:30 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 500 ml.

04-01-2024 12:15 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.

04-01-2024 12:15 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 160 ml.

#### **04-01-2024 08:30 - Assegurar funcionamento do cateter**

04-01-2024 08:30 - Otimizar cateter venoso periférico [no intra e pós-operatório]

#### **04-01-2024 08:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [no intra e pós-operatório]

04-01-2024 10:30 - Localização do cateter venoso periférico

04-01-2024 10:30 - Mão Esquerda(o)

04-01-2024 10:30 - Ausência de infiltração.

04-01-2024 12:15 - Localização do cateter venoso periférico

04-01-2024 12:15 - Mão Esquerda(o)

04-01-2024 12:15 - Ausência de dor.

04-01-2024 12:15 - Ausência de infiltração.

04-01-2024 08:45

#### **04-01-2024 08:45 - Tubo endotraqueal** [RESOLVIDO] 04-01-2024 10:30

04-01-2024 08:45 - Presença de cuff

04-01-2024 08:45 - Traqueia: Com cuff.

04-01-2024 08:45 - Pressão do cuff: 25 cmH20.

04-01-2024 08:45 - Características do dispositivo: Tubo endotraqueal nº6.

**04-01-2024 08:45 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]**

04-01-2024 10:30

*04-01-2024 08:45 - Otimizar tubo endotraqueal [no intra-operatório] [FIM]*

04-01-2024 10:30

**04-01-2024 08:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal [FIM]** 04-01-2024 10:30

*04-01-2024 08:45 - Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal [no intra-operatório] [FIM]* 04-01-2024 10:30

*04-01-2024 08:45 - Avaliar evolução da pressão do cuff [no intra-operatório] [FIM]*

04-01-2024 10:30

**04-01-2024 08:45 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal [FIM]** 04-01-2024 10:30

*04-01-2024 08:45 - Gerir a pressão do cuff [no intra-operatório] [FIM]* 04-01-2024 10:30

*04-01-2024 08:45 - Insuflar cuff [no intra-operatório] [FIM]* 04-01-2024 10:30

*04-01-2024 08:45 - Aplicar lubrificante no tubo endotraqueal [no intra-operatório] [FIM]* 04-01-2024 10:30

04-01-2024 10:30

**04-01-2024 10:30 - Dreno**

04-01-2024 10:30 - Localização do dreno

04-01-2024 10:30 - Mama Esquerda(o)

04-01-2024 10:30 - Tipo de dreno: fechado de sucção.

04-01-2024 10:30 - Substância drenada: hemática.

04-01-2024 10:30 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 20 ml.

**04-01-2024 10:30 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno**

*04-01-2024 10:30 - Avaliar evolução da drenagem [no pós-operatório]*

04-01-2024 12:15 - Substância drenada: hemática.

04-01-2024 12:15 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 30 ml.

**04-01-2024 10:30 - Assegurar funcionamento do dreno**

*04-01-2024 10:30 - Otimizar dreno [no pós-operatório]*

**04-01-2024 10:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o dreno**

*04-01-2024 10:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do dreno [no pós-operatório]*

*04-01-2024 10:30 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do dreno ao médico [SOS]*

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

## **terapêutica médica.**

Parte da intervenção de enfermagem decorre de prescrições médicas e da necessidade de recorrer a dispositivos para a realização e manutenção de procedimentos. Alguns dos aspetos a considerar já foram abordados no caso anterior pelo que se pretende dar ênfase às particularidades do presente.

### **Atitudes Terapêuticas**

Decorrente do procedimento invasivo proposto emerge a necessidade de assegurar aspetos relacionados com a segurança para que a cirurgia possa ter início e que durante a mesma sejam prevenidas complicações.

#### Procedimento Invasivo

Neste caso o procedimento invasivo é identificado no momento de admissão ao BO e remete-se para as questões da segurança. O dado da temperatura é também colhido por ser uma preocupação, no que concerne à avaliação e manutenção da normotermia no perioperatório e constituiu-se um foco de atenção após. O mesmo permite também validar a segurança da realização do procedimento, excluindo a presença de hipertermia.

A realização de uma reconstrução mamária com lipofiling e simetrização contralateral por mastopexia, tem sempre como propósito melhorar a saúde do cliente, contribuindo para correção do defeito causado pela cirurgia anteriormente realizada e para o seu bem-estar, no entanto, não se encontra isenta de riscos ou complicações como qualquer outra cirurgia.

O BO caracteriza-se por ser um ambiente extremamente técnico e o crescente aumento da preocupação com a segurança cirúrgica tem levado ao desenvolvimento de protocolos e verificações que contribuem efetivamente para a mesma. A OMS tem sido dinamizadora da importância da cultura de segurança no bloco operatório, no sentido de diminuir o erro e eventos adversos, aumentar o trabalho em equipa e a comunicação, com a criação da lista de verificação de segurança cirúrgica (OMS, 2008). O enfermeiro, no momento de admissão ao BO, contribui ativamente para este processo pela verificação do cumprimento por parte do cliente das indicações do pré-operatório e que contribuem para que a cirurgia possa ser realizada com a máxima segurança.

#### Ventilação invasiva

Como abordado no caso anterior, decorrente da ventilação invasiva emerge a necessidade de prevenir complicações relacionadas com a imobilidade e ausência de mecanismos de proteção ocular.

A imobilização necessária e decorrente da cirurgia e anestesia acarretam a necessidade de realizar intervenções dirigidas. No contexto cirúrgico, posicionar caracteriza-se pela capacidade de colocar, mover e manter o corpo do cliente na posição que permita a melhor exposição cirúrgica, com o mínimo de compromisso para as funções fisiológicas e com objetivos de evitar

lesões (Almeida & Pacheco, 2016). Neste contexto, o enfermeiro de perioperatório deve mobilizar conhecimentos, planejar e implementar intervenções para prevenir complicações.

Associado a estas questões relevam os antecedentes de Síndrome Sjogren que implica a realização de um correto encerramento das pálpebras e manutenção da lubrificação durante o ato cirúrgico. A diminuição da produção da lubrificação e o fluxo de ar do ventilador aumentam o risco de lesões da córnea (Petruzzi & Vivino, 2003).

O correto encerramento das pálpebras durante a cirurgia implica o uso da técnica de taping, que consiste no uso de adesivo para suavemente fixar as pálpebras eliminando a sua exposição ao ar ou fatores agressores. Neste caso, deverá ser também aplicado um lubrificante à base de água, preferencialmente em gotas, uma vez que as fórmulas em pomada apresentam excipientes irritantes e inflamáveis (Grixti et al, 2013).

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

A realização de uma cirurgia e anestesia implica o recurso a uma série de dispositivos médicos que permitem assegurar os cuidados, monitorizar e intervir em caso de complicações.

#### Cateter venoso periférico

A realização de um procedimento cirúrgico/anestésico carecem da administração de fármacos. Estes dependem da realização de técnicas como a cateterização venosa periférica. As questões relacionadas com estes dispositivos foram abordadas no caso anterior sendo que os seus pressupostos se mantêm.

#### Tubo endotraqueal

A alteração do estado de consciência induzido pela anestesia, necessário para a realização de uma cirurgia, implica que a via aérea da cliente seja assegurada usando dispositivos próprios que permitam a ligação ao ventilador. Os dispositivos selecionados dependem das especificidades da técnica anestésica e do cliente. O tubo endotraqueal com cuff é um dos dispositivos disponíveis quando se pretende proteger as vias aéreas, prevenindo a aspiração de secreções e possibilitando a ventilação pulmonar (Ahmed & Boyer, 2023).

Contudo, a insuflação do cuff exerce pressão sobre as paredes da traqueia podendo levar a complicações que devem ser prevenidas. Existe evidência que a monitorização da pressão do cuff reduz efetivamente a incidência e a gravidade das queixas de dor de garganta após entubação (Yachendra V.S.G. et al., 2023).

Encontra-se descrito que a própria laringoscopia, necessária para a colocação do tubo endotraqueal, e a seleção de um tamanho desadequado podem promover a inflamação e o trauma levando a queixas após a extubação, sendo recomendado a utilização do menor calibre de tubo possível, particularmente em clientes do sexo feminino. A utilização de spray de lidocaína não se encontra recomendado pela possibilidade de reação à substância, sendo apenas sugerida a lubrificação com gel à base de água (El-Boghdadly et al., 2016). A documentação de eventos adversos relacionados com a anestesia e a via aérea é de extrema importância para a prestação de cuidados posteriormente e para a vigilância necessária. Torna-se importante o registo do grau de dificuldade na abordagem à via aérea, da necessidade de

múltiplas laringoscopias e da presença de sangue durante a extubação (Mitobe et al., 2022). Apesar de se tratar de um dispositivo cuja seleção depende do anestesista, o conhecimento das diferentes características e cuidados que da sua utilização advêm, permite ao enfermeiro planear a sua intervenção e dirigi-la no sentido de minimizar as complicações.

### Dreno

No caso em questão é realizada mastopexia com o intuito de conseguir uma simetria contralateral. Associado à técnica cirúrgica, a manipulação dos tecidos mamários implica muitas das vezes a colocação de dreno aspirativo. Este procura evitar a acumulação de líquidos decorrentes do dano causado nos tecidos, removendo-os por meio de pressão negativa (Khan et al, 2015).

Um dreno aspirativo trata-se de um circuito fechado colocado durante o ato cirúrgico e que se pretende que mantenha vácuo. A sua consideração prende-se com o facto de permitir a monitorização da perda sanguínea e o despiste de complicações. A sua remoção está dependente da cirurgia, características da drenagem e das indicações do cirurgião (Durai & Ng, 2010). O enfermeiro deve conhecer as características do dispositivo a ser colocado no que concerne à técnica de colocação e cuidados necessários para a sua manutenção.

## 4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
04-01-2024 08:30	Atitudes terapêuticas	
04-01-2024 08:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
04-01-2024 08:30	Termorregulação	
04-01-2024 08:45	Pele e mucosas	
04-01-2024 10:30	Consciência	
04-01-2024 10:45	Sensações somáticas	
04-01-2024 10:45	Sistema respiratório	
04-01-2024 10:45	Sistema cardiovascular	
04-01-2024 10:45	Digestão	
04-01-2024 10:45	Eliminação urinária	

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

Os domínios selecionados prendem-se com as alterações provocadas pela cirurgia e anestesia, assim como os antecedentes da cliente. Alguns como a consciência, sistema respiratório, sistema cardiovascular, digestão e eliminação urinária, já foram explorados no caso anterior pelo que se pretende dar essencialmente relevo às especificidades da condição da cliente.

## **Atitudes terapêuticas, sondas, drenos e cateteres**

As questões relacionadas com as atitudes terapêuticas e as sondas, drenos e cateteres já foram abordadas no ponto anterior. Constituem-se um foco de atenção do enfermeiro uma vez que delas decorrem intervenções de enfermagem. O enfermeiro é responsável pelas verificações que concorrem para a segurança do procedimento a realizar, por colaborar e complementar funcionalmente a prescrição de dispositivos.

## **Termorregulação**

Em complemento às considerações mencionadas neste domínio, no caso anterior, a síndrome de Sjögren conduz também a uma maior predisposição a sintomas característicos da síndrome de Raynaud. Estes caracterizam-se pela ocorrência de vasospasmo de maior intensidade, doloroso e capazes de provocar lesões isquémicas, ocorrendo em cerca de 20 a 35% dos casos, potenciados pela exposição ao frio ou em situações de stress (Barbosa & Vasconcelos, s.d.) Desta forma, a manutenção da normotermia é de especial relevo uma vez que irá promover o conforto da cliente e evitar complicações inerentes à hipotermia.

## **Pele e mucosas**

A existência de uma doença auto-imune que conduz a mucosas mais secas leva a considerar o domínio pele e mucosas, desde o início da cirurgia, uma vez que é necessário uma avaliação e implementação de intervenções dirigidas. A literatura descreve que, relativamente à mucosa oral a cliente deve realizar, frequentemente, a ingestão de pequenos goles de água e na sua impossibilidade pode aplicar substitutos de saliva (saliva artificial) e cuidados orais com produtos com flúor mas sem álcool (Khan e Shirlaw, 2016). Estes cuidados devem ser prestados no pós-operatório no sentido de minimizar as consequências da entubação endotraqueal.

Da cirurgia realizada decorrem feridas cirúrgicas na região abdominal, mamária direita e esquerda. No sentido de despistar e prevenir complicações o enfermeiro presta cuidados dirigidos. A infeção do local cirúrgico é uma das infeções nosocomiais mais frequentes e está associada a alta morbidade, mortalidade e custos. A mesma ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela nos primeiros trinta dias após cirurgia, ou até um ano no caso de colocação de prótese ou implante/transplante (DGS, 2022). O risco de desenvolvimento de infeção associada à ferida cirúrgica depende de fatores individuais da cliente e de fatores cirúrgicos e para a sua prevenção concorrem medidas de preparação pré-operatória, administração de profilaxia antibiótica, manutenção da homeostasia intra e pós-operatória e cuidados de penso assépticos (DGS, 2022).

A cirurgia realizada implica a não realização de esforços com a parte superior do corpo e evitar a compressão excessiva da área recetora, pelo que importa consciencializar a cliente e capacitá-la para despistar complicações decorrentes do processo de cicatrização (Davis et al, 2020).

## **Consciência**

A anestesia como já mencionado anteriormente consiste num estado reversível de inconsciência induzido por drogas. Após a reversão do quadro é importante realizar uma monitorização sistemática. A deteção precoce de eventuais complicações permite ao enfermeiro dirigir a sua intervenção no sentido de as evitar ou minimizar.

Os efeitos a nível da consciência encontram-se dependentes dos fármacos selecionados e de características inerentes ao cliente, sendo que na UCPA se espere que a cliente retorne progressivamente ao seu estado anterior à cirurgia e qualquer evidência de regressão carece de intervenção.

### **Sensações somáticas**

No domínio das sensações somáticas importa referir a dor, sendo que a cliente experiencia dois tipos de dor.

Uma das queixas mais comuns após a realização de uma anestesia geral é a dor de garganta/odinofagia associada por vezes a rouquidão. A realização de um procedimento cirúrgico com anestesia geral carece da manutenção da via aérea com o recurso a diferentes dispositivos como o tubo endotraqueal ou a máscara laríngea como explorado anteriormente. Independentemente do material utilizado, a presença das queixas reportadas pelos clientes leva a que sejam considerados efeitos secundários menores. Contudo, estudos revelam que a sua ocorrência afetam a satisfação e a experiência cirúrgica (Mitobe et al., 2022).

A incidência de dor após intubação endotraqueal varia entre cerca de 12 e 70% e o seu fator causal não é claro, mas associa-se à inflamação causada na mucosa. Encontra-se também associada a alguns fatores de risco como a idade jovem, sexo feminino, presença de sangue durante a intubação, pressão elevada do cuff, duração da cirurgia, tamanho do tubo utilizado, o cliente ser fumador, uso de spray de lidocaína, necessidade de colocação de sonda nasogastrica (Mitobe et al., 2022).

Adicionalmente a esta queixa existe a dor cirúrgica, decorrente das incisões cirúrgicas e da manipulação abdominal para a recolha do tecido adiposo, para a qual o enfermeiro monitoriza a sua evolução e desenvolve intervenções dirigidas.

A evidência descreve que uma gestão ineficaz da dor aguda no pós-operatório está associado, a maior morbidade, capacidade funcional, atraso na recuperação, maior uso de opióides e aumento dos custos associados ao tratamento, podendo ser também um preditor do desenvolvimento de dor crónica (Gan, 2017). As técnicas cirúrgicas descritas apresentam risco de desenvolvimento de dor como complicação associada pela manipulação dos tecidos pelo que releva a sua consideração.

### **Sistema respiratório**

A consequências da anestesia no sistema respiratório e os cuidados que dela advém já foram abordadas no caso anterior. Acrescem neste domínio os antecedentes da cliente e a possibilidade de apresentar manifestações a nível pulmonar. O envolvimento pulmonar pela síndrome de Sjögren ocorre em cerca de 9 a 20% e manifesta-se, em diferentes gravidades, por doença pulmonar intersticial crónica e doença traqueobrônquica. Caracteriza-se por uma hipersensibilidade dos brônquios e inflamação das vias respiratórias, muitas das vezes

associada a tosse (Flament et al., 2016). Estas manifestações devem ser tidas em conta na monitorização da ventilação após a reversão da anestesia, sendo recomendado a administração de gases humidificados e podendo ser necessária a administração de corticóides para prevenção de complicações (Flament et al., 2016).

### **Sistema cardiovascular**

A realização da cirurgia e anestesia são indutoras de alterações com repercussões a nível cardiovascular, sendo necessária monitorização e diagnóstico precoce. Neste caso, pelos antecedentes, e estando descrito que não acarretam aumento do risco de eventos a nível cardiovascular, não está preconizada alteração da monitorização recomendada para o pós-operatório.

Associado à técnica cirúrgica selecionada para a correção do defeito emerge a necessidade da vigilância da perfusão dos tecidos decorrente do enxerto de gordura realizado. Uma das complicações descritas e associadas a esta técnica é a necrose da gordura, pela hipóxia e isquemia dos tecidos (Ho Quoc & Delay, 2015). Emerge então a necessidade da vigilância dos tecidos e a identificação de potenciais complicações o mais precocemente possível.

### **Digestão e Eliminação urinária**

Como descrito no caso anterior, a náusea e os vômitos, assim como a retenção urinária, constituem complicações frequentes no pós-operatório e decorrentes dos fármacos administrados. A gestão destas complicações implica intervenção de enfermagem.

## **4.6. Conceção de Cuidados**

### **Consciência**

04-01-2024 10:30

04-01-2024 10:30 - Com indícios de compromisso da consciência.

#### **04-01-2024 10:30 - Consciência comprometida**

04-01-2024 10:30 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

04-01-2024 10:30 - Resposta verbal: incompreensível.

04-01-2024 10:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

04-01-2024 10:30 - Reflexo pupilar

04-01-2024 10:30 - Direita(o): Pupilas isocóricas e reativas.

#### **04-01-2024 10:30 - Determinar evolução da consciência**

*04-01-2024 10:30 - Avaliar evolução da consciência [no pós-operatório]*

04-01-2024 10:45 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal [MANTEVE].

04-01-2024 12:15 - Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

04-01-2024 10:45 - Resposta verbal: orientada [MELHOROU].

04-01-2024 12:15 - Resposta verbal: orientada [MELHOROU].

04-01-2024 10:45 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

04-01-2024 12:15 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

04-01-2024 10:30 - Referenciar compromisso da consciência ao médico [SOS]

### **Sensações somáticas**

04-01-2024 10:45

04-01-2024 10:45 - Sem manifestação de dor.

#### **04-01-2024 10:45 - Determinar sinais de dor**

04-01-2024 10:45 - Avaliar evolução de sinais de dor [no pós-operatório]

04-01-2024 11:30 - Manifesta dor [PIOROU].

04-01-2024 12:15 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

04-01-2024 11:30

#### **04-01-2024 11:30 - Dor**

04-01-2024 11:30 - Localização da dor

04-01-2024 11:30 - Mama Esquerda(o)

04-01-2024 11:30 - Intensidade da dor - 5.

04-01-2024 11:30 - frequência da dor - contínua.

04-01-2024 11:30 - duração da dor - aguda.

04-01-2024 11:30 - dor de tipo - moedeira.

04-01-2024 11:30 - Cavidade oral

04-01-2024 11:30 - Intensidade da dor - 6.

04-01-2024 11:30 - frequência da dor - contínua.

04-01-2024 11:30 - duração da dor - aguda.

#### **04-01-2024 11:30 - Determinar evolução da dor**

04-01-2024 11:30 - Avaliar evolução da dor [no pós-operatório]

04-01-2024 12:15 - Localização da dor

04-01-2024 12:15 - Mama Esquerda(o)

04-01-2024 12:15 - Intensidade da dor - sem dor.

04-01-2024 12:15 - Cavidade oral

04-01-2024 12:15 - Intensidade da dor - 2.

04-01-2024 12:15 - frequência da dor - contínua.

04-01-2024 12:15 - duração da dor - aguda.

#### **04-01-2024 11:30 - Diminuir dor**

04-01-2024 11:30 - Gerir analgesia [no pós-operatório]

04-01-2024 11:30 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [no pós-operatório]

04-01-2024 11:30 - Posicionar para aliviar a dor [no pós-operatório]

#### **04-01-2024 12:15 - Promover autocontrole: dor**

04-01-2024 12:15 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

#### **04-01-2024 12:15 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas**

04-01-2024 12:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [no pós-operatório]

04-01-2024 12:15 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não

*farmacológicas [no pós-operatório]*

04-01-2024 12:15

### **Sistema respiratório**

04-01-2024 10:45

04-01-2024 10:45 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

04-01-2024 10:45 - Ritmo respiratório regular.

04-01-2024 10:45 - Movimento respiratório simétrico.

04-01-2024 10:45 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

04-01-2024 10:45 - Saturação do oxigênio no sangue

04-01-2024 10:45 - Periférico(a): 94 %.

04-01-2024 10:45 - Coloração da mucosa: pálidas.

### **04-01-2024 10:45 - Ventilação comprometida**

#### **04-01-2024 10:45 - Determinar evolução da ventilação**

*04-01-2024 10:45 - Avaliar evolução da ventilação [no pós-operatório]*

04-01-2024 12:15 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

04-01-2024 12:15 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

04-01-2024 12:15 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

04-01-2024 12:15 - Profundidade da ventilação: inspirações profundas [PIOROU].

04-01-2024 12:15 - Saturação do oxigênio no sangue

04-01-2024 12:15 - Periférico(a): 98 %.

*04-01-2024 10:45 - Referenciar ventilação comprometida ao médico [SOS]*

*04-01-2024 10:45 - Referenciar saturação do oxigênio no sangue ao médico [SOS]*

#### **04-01-2024 10:45 - Melhorar ventilação**

*04-01-2024 10:45 - Posicionar para otimizar a ventilação [no pós-operatório]*

*04-01-2024 10:45 - Iniciar oxigenoterapia [na UCPA] [FIM] 04-01-2024 12:15*

### **Sistema cardiovascular**

04-01-2024 10:45

04-01-2024 10:45 - Localização do Pulso

04-01-2024 10:45 - Antebraço Esquerda(o)

04-01-2024 10:45 - Frequência do pulso: 67 pulsações por minuto.

04-01-2024 10:45 - Pulso de amplitude mediana e regular.

04-01-2024 10:45 - Pulso rítmico.

04-01-2024 10:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

04-01-2024 10:45 - Membro inferior Esquerda(o)

04-01-2024 10:45 - Pressão sanguínea sistólica: 105 mmHg.

04-01-2024 10:45 - Pressão sanguínea diastólica: 65 mmHg.

04-01-2024 10:45 - Perda sanguínea

04-01-2024 10:45 - Mama Esquerda(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

04-01-2024 10:45 - Abdómen: Sem perda sanguínea aparente.

04-01-2024 10:45 - Mama Direita(o): Sem perda sanguínea aparente.

### **04-01-2024 10:45 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

*04-01-2024 10:45 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [no pós-operatório]*

**04-01-2024 10:45 - Perfusão dos tecidos periféricos comprometida**

**04-01-2024 10:45 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos**

04-01-2024 10:45 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [no pós-operatório]

04-01-2024 10:45 - Referenciar compromisso da perfusão dos tecidos periféricos ao médico [SOS]

**04-01-2024 10:45 - Melhorar perfusão dos tecidos periféricos**

04-01-2024 10:45 - Manter temperatura corporal [no pós-operatório]

04-01-2024 10:45 - Aquecer o cliente [SOS]

**04-01-2024 12:15 - Promover autogestão: perfusão dos tecidos periféricos**

04-01-2024 12:15 - Conhecimento sobre o compromisso da perfusão dos tecidos periféricos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

**04-01-2024 12:15 - Potencial para melhorar conhecimento sobre o compromisso da perfusão dos tecidos periféricos**

04-01-2024 12:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre o compromisso da perfusão dos tecidos periféricos [no pós-operatório]

04-01-2024 12:15 - Ensinar sobre vigilância da perfusão dos tecidos [no pós-operatório]

04-01-2024 12:15 - Ensinar sobre sinais de compromisso da perfusão dos tecidos [no pós-operatório]

04-01-2024 12:15

**Digestão**

04-01-2024 10:45

04-01-2024 10:45 - Sem sensação de enjojo.

04-01-2024 10:45 - Sem vômitos.

**04-01-2024 10:45 - Determinar evolução da náusea**

04-01-2024 10:45 - Avaliar evolução da náusea [no pós-operatório]

04-01-2024 12:15 - Sem sensação de enjojo [MANTEVE].

04-01-2024 10:45 - Referenciar náusea ao médico [SOS]

**04-01-2024 10:45 - Determinar vômitos**

04-01-2024 10:45 - Avaliar evolução do vomitar [no pós-operatório]

04-01-2024 12:15 - Sem vômitos.

**Eliminação urinária**

04-01-2024 10:45

04-01-2024 10:45 - Sem globo vesical.

**04-01-2024 10:45 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária**

04-01-2024 10:45 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [no pós-operatório]

04-01-2024 12:15 - Sem globo vesical [MANTEVE].

**Pele e mucosas**

04-01-2024 08:45

04-01-2024 08:45 - Alterações da integridade dos tecidos.

**04-01-2024 08:45 - Membrana mucosa comprometida**

04-01-2024 08:45 - Localização do compromisso da membrana mucosa

04-01-2024 08:45 - Cavidade oral

04-01-2024 08:45 - Coloração da mucosa: rosada.

04-01-2024 08:45 - Mucosa seca.

04-01-2024 08:45 - Mucosa com textura normal.

**04-01-2024 08:45 - Determinar evolução da integridade das membranas mucosas**

*04-01-2024 08:45 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [no intra e pós-operatório]*

04-01-2024 10:30 - Localização do compromisso da membrana mucosa

04-01-2024 10:30 - Cavidade oral

04-01-2024 10:30 - Coloração da mucosa: rosada.

04-01-2024 10:30 - Mucosa seca.

04-01-2024 10:30 - Mucosa com textura normal.

04-01-2024 12:15 - Localização do compromisso da membrana mucosa

04-01-2024 12:15 - Cavidade oral

04-01-2024 12:15 - Coloração da mucosa: rosada.

04-01-2024 12:15 - Mucosa com humidade normal.

04-01-2024 12:15 - Mucosa com textura normal.

**04-01-2024 08:45 - Promover cicatrização da membrana mucosa**

*04-01-2024 08:45 - Tratar membrana mucosa [no pós-operatório]*

*04-01-2024 08:45 - Lavar cavidade oral [no pós-operatório]*

*04-01-2024 08:45 - Providenciar oxigenioterapia humidificada [no pós-operatório]*

*04-01-2024 08:45 - Providenciar esponja com água [SOS]*

*04-01-2024 08:45 - Aplicar saliva artificial [SOS]*

04-01-2024 10:30

**04-01-2024 10:30 - Ferida cirúrgica**

04-01-2024 10:30 - Localização da ferida cirúrgica

04-01-2024 10:30 - Abdómen Inferior

04-01-2024 10:30 - Largura da lesão tegumentar: 0.50 cm.

04-01-2024 10:30 - Exsudado em pequena quantidade.

04-01-2024 10:30 - Tipo de exsudado da lesão tegumentar: hemático.

04-01-2024 10:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

04-01-2024 10:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

04-01-2024 10:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 1.

04-01-2024 10:30 - Mama Direita(o)

04-01-2024 10:30 - Largura da lesão tegumentar: 0.50 cm.

04-01-2024 10:30 - Ausência de exsudado.

04-01-2024 10:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

04-01-2024 10:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

04-01-2024 10:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 2.

04-01-2024 10:30 - Mama Esquerda(o)

04-01-2024 10:30 - Largura da lesão tegumentar: 15.00 cm.

04-01-2024 10:30 - Exsudado em pequena quantidade.

04-01-2024 10:30 - Tipo de exsudado da lesão tegumentar: hemático.

04-01-2024 10:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

04-01-2024 10:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

**04-01-2024 10:30 - Determinar evolução da ferida cirúrgica**

04-01-2024 10:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [no pós-operatório]

**04-01-2024 10:30 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica**

04-01-2024 10:30 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [no 2º dia pós-operatório ou SOS]

04-01-2024 10:30 - Remover material de sutura [SOS]

04-01-2024 10:30 - Remover dreno de ferida (Mama Esquerda(o)) [quando indicação médica]

04-01-2024 10:30 - Aplicar penso de ferida [no final da cirurgia ou SOS]

**04-01-2024 12:15 - Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica**

04-01-2024 12:15 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

**04-01-2024 12:15 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica**

04-01-2024 12:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica (Abdómen Inferior, Mama Direita(o), Mama Esquerda(o)) [no pós-operatório]

04-01-2024 12:15 - Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica (Abdómen Inferior, Mama Direita(o), Mama Esquerda(o)) [no pós-operatório]

04-01-2024 12:15 - Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica (Abdómen Inferior, Mama Direita(o), Mama Esquerda(o)) [no pós-operatório]

04-01-2024 12:15

**Termorregulação**

04-01-2024 08:30

**04-01-2024 08:30 - Determinar evolução da temperatura corporal**

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [no pré, intra e pós-operatório]

04-01-2024 08:45 - Temperatura corporal periférica

04-01-2024 08:45 - Região temporal: 36.60 °C.

04-01-2024 10:30 - Temperatura corporal periférica

04-01-2024 10:30 - Região temporal: 36.60 °C.

04-01-2024 10:45 - Temperatura corporal periférica

04-01-2024 10:45 - Ouvido: 36.60 °C.

04-01-2024 12:15 - Temperatura corporal periférica

04-01-2024 12:15 - Ouvido: 36.80 °C.

## 4.7. Especificação das intervenções

Executar oclusão das pálpebras

- Encerrar as pálpebras
- Aplicar penso ocular
- Manter oclusão das pálpebras

Ensinar sobre sinais de compromisso da perfusão dos tecidos

- Explicar quais os sinais de compromisso da perfusão dos tecidos
- Explicar como identificar alterações da cor da pele
- Explicar como identificar alterações da temperatura da pele

Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

- Explicar como vigiar o penso da ferida cirúrgica
- Referir a importância de não molhar os pensos
- Explicar que deve manter pensos modeladores até observação médica
- Informar que deve realizar o tratamento à ferida abdominal de 5 em 5 dias ou em SOS
- Explicar a importância de manter a cinta abdominal

Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica

- Referir a importância de identificar precocemente complicações da ferida cirúrgica
- Explicar quais os sinais de complicação da ferida cirúrgica

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Referir a importância da realização de cuidados orais frequentes
- Referir a importância de humedecer a cavidade oral
- Ensinar sobre os posicionamentos para alívio da dor
- Explicar como aplicar cinta abdominal

#### **4.8. Síntese relativa ao caso**

No contexto atual, o paradigma do tratamento do cancro da mama tem vindo a alterar-se, ganhando cada vez mais relevo as modalidades cirúrgicas conservadoras seguidas de tratamentos complementares. Procura-se desta forma remover o tumor com margem cirúrgica segura, sem a necessidade de uma cirurgia extensa. Muitas das vezes essas cirurgias são realizadas sem atender a aspetos como volume ou ptose mamária pelo que cada vez mais existe a necessidade de aliar conceitos e técnicas de oncoplastia no tratamento cirúrgico primário (Munhoz et al., 2014).

A associação destes fatores cirúrgicos e as complicações induzidas pelos tratamentos complementares conduzem a resultados cosméticos menos satisfatórios e à necessidade da realização de correções cirúrgicas posteriores. São várias as técnicas cirúrgicas reconstrutivas descritas na literatura, sendo que a sua seleção se prende com as características do defeito mamário e da cliente. Trata-se muitas das vezes de um processo complexo em que há necessidade de gerir as expectativas da cliente face à correção e melhor resultado estético possível ao longo do período perioperatório.

As cirurgias reconstrutivas apresentam muitas das vezes especificidades de cuidados diferentes

da cirurgia primária e para quais a cliente necessita de ser preparada e que contribuem para o sucesso cirúrgico (Brands-Appeldoorn et al., 2019). Os cuidados à cliente submetida a cirurgia reconstrutiva devem ser planejados desde a proposta cirúrgica até a alta, devendo ser individualizados e flexíveis por forma a dar resposta às necessidades da cliente.

No contexto do BO, e decorrente de que o período pré e intraoperatório são ainda muito marcados pela vertente técnica, a UCPA poderá se assumir como um local onde o enfermeiro tem a oportunidade desenvolver a conceção de cuidados. No pós-operatório imediato o objetivo inicial prende-se com a estabilização do cliente através da vigilância do estado de consciência, dos sinais vitais e sinais precoces de complicações resultantes da cirurgia e anestesia. Para o processo de tomada de decisão o enfermeiro perioperatório necessita de mobilizar conhecimentos científicos assentes na melhor evidência científica, correlacionando-os com os procedimentos realizados, os resultados atingidos e a história clínica da cliente.

A qualidade dos cuidados prestados estará também dependente da qualidade da informação transmitida entre os profissionais que acompanharam o cliente durante o processo cirúrgico. A necessidade de o realizar de uma forma sistematizada permite selecionar a informação relevante e que efetivamente contribui para a continuidade dos cuidados. A existência de uma pré-condição que conduzirá a um aumento das queixas no período pós-operatório implica o desenvolvimento de intervenções dirigidas para a sua prevenção e posterior tratamento.

Intervenções autónomas no que concerne à manutenção da normotermia e prevenção de lesões decorrentes do posicionamento e da presença de dispositivo médicos devem ser consideradas com especial relevo neste caso. Potenciado pelos antecedentes da cliente, podem ocorrer complicações que carecem de intervenção preventiva e de vigilância.

A dor de garganta no pós-operatório é uma queixa comum, sendo manifestada habitualmente na UCPA. É normalmente associada à anestesia o que leva a uma desvalorização por parte dos profissionais e que clientes manifestem que não se sentiram valorizados nas suas queixas ou que o tratamento oferecido foi pouco eficaz. A sua vivência afeta a experiência cirúrgica e o grau de satisfação dos clientes (El-Boghdadly et al., 2016). A qualidade dos cuidados depende destes indicadores sendo que o enfermeiro de perioperatório, através da sua intervenção, pode contribuir efetivamente para a mesma.

O papel do enfermeiro de perioperatório requer habilidades técnicas, conhecimento científico avançado e a capacidade de trabalhar em equipa. A segurança e o cuidado centrado no cliente deverão ser prioridades fundamentais durante todo o processo cirúrgico.



## 5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O conceito competência é amplamente utilizado no domínio profissional, tendo sido explorado pelo psicólogo McClelland na década de 70 do século passado que, pela criação de um modelo, enfatizou e definiu as principais competências necessárias para o sucesso em determinadas funções ou profissões. As competências serão então, atributos individuais, incluindo conhecimento, habilidades e atitudes pessoais e profissionais necessários para efetuar um determinado papel atribuído (Chouhan & Srivastava, 2014).

No contexto de enfermagem, em Portugal, encontra-se estabelecido pela OE um perfil de competências gerais, que partiu do documento criado, em 2003, pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), *Framework of Competencies for the Generalist Nurse*, e procurou definir consensos relativamente às competências de todos os enfermeiros.

Na prática clínica, face aos diferentes contextos e à necessidade de prestação de cuidados de qualidade, torna-se indispensável a diferenciação dos profissionais.

A OE define enfermeiro especialista como sendo o profissional de enfermagem com competência científica, técnica e humana reconhecida para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de enfermagem (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro, 2019).

Na área de atuação da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, observa-se uma grande amplitude de áreas de atuação, pelo que emergiram quatro áreas. Surgem então, a área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, 2018).

As competências especializadas do enfermeiro são desenvolvidas pela ampliação das competências do enfermeiro de cuidados gerais, sendo compostas por competências comuns, aplicáveis a todas as especialidades, e competências específicas, que se aplicam somente à sua área de atuação (Regulamento nº140/2019, de 6 de Fevereiro, 2019). As competências especializadas são reconhecidas pela OE com a atribuição do título de enfermeiro especialista, considerando a formação efetuada pelo enfermeiro.

Procura-se agora expor os contributos da realização do estágio de natureza profissional para a aquisição e desenvolvimento de competências de EEEMCPSP, abordando inicialmente as competências consideradas comuns e posteriormente as específicas.

### **Desenvolvimento de Competências Comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica**

Independentemente da área de intervenção e da formação específica dos Enfermeiros Especialistas, estes partilham quatro competências comuns, conforme exposto no Regulamento

nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, no domínio: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A demonstração destas competências decorre pela elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, assim como pelo seu suporte concreto decorrente da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº140/2019, de 6 de Fevereiro, 2019).

### Responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal as competências a desenvolver remetem-se para o: desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; e assegurar uma prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº140/2019, de 6 de Fevereiro, 2019).

O enfermeiro encontra-se vinculado, ética e deontologicamente, à promoção ativa e à salvaguarda dos Direitos do Homem. O seu centro de intervenção é a pessoa, e por mais especializada ou tecnológica que for a sua atuação, esta deverá ter sempre como principal objetivo, a promoção de uma prática de cuidados que respeite os direitos humanos, e consequentemente, a dignidade humana. A dignidade humana constitui-se como um direito fundamental, mas também como a base de todos os restantes. O seu respeito é consagrado no 1º artigo da Declaração Universal dos Direitos Humanos e entendido como o princípio moral básico que dá mote aos restantes (ONU, 1948).

Na prestação de cuidados os princípios éticos devem estar sempre presentes. Isso inclui, o respeito pela autonomia do cliente, proteger sua privacidade e confidencialidade, e agir com integridade e honestidade no contacto com o cliente/família e com a equipa. No decurso do estágio, e tendo por base o Código Deontológico, procurei atender à liberdade e dignidade da pessoa, respeitando a individualidade da pessoa e da sua família.

O processo de doença ainda se encontra rodeado por muitos mitos, preconceitos e medos. Muitas das vezes observamos um papel passivo por parte do cliente cirúrgico onde aceita o seu “destino” e deposita nos profissionais a autonomia para serem decisores. A literacia em saúde continua a ser um problema em Portugal. Esta é definida como a capacidade de compreender, avaliar e utilizar informações de saúde para tomar decisões informadas (Pedro et al., 2016). Trata-se de um conceito complexo que envolve questões desde a acessibilidade dos clientes à informação, assim como a adoção de comportamentos ativos, saudáveis e informados.

No estágio, tendo selecionado uma área específica para o desenvolvimento das práticas e procurando obter o máximo de experiências possíveis face ao cliente cirúrgico com doença oncológica da mama, tive oportunidade de participar na realização de consulta pré-operatória. Nesta consulta, observei uma preocupação por parte das clientes de querer a sua cirurgia realizada o mais precocemente possível, sem muitas das vezes refletir sobre as suas implicações e sem ouvir realmente a informação que lhe está a ser transmitida.

Na instituição onde realizei o estágio, a consulta pré-operatória encontra-se inserida em Clínica de patologia na Consulta Externa, sendo independente do BO. A consulta de enfermagem

precede a consulta médica e é realizada no mesmo espaço físico. O enfermeiro tem a oportunidade de assistir à informação transmitida pelo médico e de a complementar. É nesta consulta, que a cliente é informada da cirurgia para a qual se encontra proposta, recebe a data da mesma e assina o documento de consentimento informado. Este momento assume-se de extrema importância no acompanhamento da cliente e fez-me refletir sobre a sua estruturação e valorização. No período perioperatório, a informação fornecida permite que o cliente desenvolva respostas adequadas face às diferentes situações que vivencia e possibilita uma participação efetiva na tomada de decisão (Gonçalves et al., 2017). A realização de uma cirurgia, pressupõe uma autorização esclarecida por parte do cliente e ela decorre da informação transmitida por parte dos profissionais. Existe a necessidade por parte do enfermeiro, durante a interação com o cliente, de perceber défices de informação e mobilizar recursos para a concretização de um consentimento livre e esclarecido.

O mesmo ocorre no momento de admissão à cirurgia. Muitas das vezes é nesse momento que os clientes manifestam dúvidas que colocam em causa o princípio de consentimento e o enfermeiro especialista deve agir em conformidade. Acautelando os direitos individuais, procurei informar adequadamente, em todos os meus contactos com os clientes e cuidadores a vivenciar a experiência cirúrgica, de acordo com a sua literacia, valores, crenças e costumes, fomentando a autonomia e responsabilidade.

O cliente cirúrgico aceita submeter-se a um estado de vulnerabilidade que deve ser protegido. É responsabilidade do enfermeiro especialista salvaguardar os princípios éticos e legais que regem a sua profissão, devendo assegurar uma prática cirúrgica responsável e o respeito pelos direitos dos clientes. Paralelamente a isso, deve assumir um compromisso com a competência profissional, a confidencialidade, a responsabilidade de reportar incidentes. A observância desses princípios éticos concorre para a garantia que a prestação de cuidados ao cliente cirúrgico é orientada de maneira profissional, cuidadosa e justa, promovendo a confiança na relação entre clientes e profissionais de saúde.

### Melhoria contínua da qualidade

No seu papel no domínio da melhoria contínua da qualidade, espera-se que o enfermeiro especialista: garanta um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, que desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garanta um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº140/2019, de 6 de Fevereiro, 2019).

O Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica aprovou, em 2017, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas diferentes áreas de intervenção. Estes visam ser norteadores e uma referência para a prática especializada do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Na enfermagem uma prática de cuidados de qualidade pode ser vista, como referido por Hesbeen (2001, p. 52), como sendo “aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem, como perspetiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde”. Dela advém uma especial atenção para com as pessoas, reforçada pela preocupação

e respeito por elas, mas também pela necessidade de uma mobilização ativa e eficaz dos diferentes recursos disponíveis (Hesbeen, 2001).

A melhoria contínua da qualidade em enfermagem é um processo dinâmico que visa otimizar os cuidados prestados aos clientes, melhorando os resultados em saúde, a segurança e a eficiência dos serviços. Esse processo envolve a avaliação sistemática das práticas de enfermagem, a identificação de áreas que carecem de melhoria e a implementação de uma prática baseada na evidência.

Inserindo-se no âmbito mais amplo das políticas de saúde do país e visando a redução de riscos e a prevenção de eventos adversos associados à prestação de cuidados de saúde, a DGS desenvolveu iniciativas estratégicas de aplicação a nível nacional - O Plano Nacional para a Segurança dos Utentes. Em 24 de setembro de 2021, foi publicado o Despacho nº 9390/2021, que aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026), que assenta em 5 grandes pilares, com os respetivos objetivos estratégicos, a que acrescem as respetivas ações e metas, a saber: Cultura de segurança; Liderança e governança; Comunicação; Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; Práticas seguras em ambientes seguros.

Na UCA tive oportunidade de tomar conhecimento dos projetos de melhoria contínua em vigor, nomeadamente a implementação da escala ELPO e o Plano de Formação delineado para o ano corrente. Tive oportunidade de contactar com diferentes fases dos projetos e refletir sobre a importância da existência de iniciativas sistemáticas e planeadas nos serviços, por forma a envolver a equipa profissional e procurar aumentar a eficiência, qualidade, segurança e a satisfação. A melhoria contínua baseada no conceito japonês “Kaizen”, que significa “mudança para melhor” preconiza que, em detrimento de mudanças radicais, os projetos de melhoria contínua devem-se plasmar por pequenas melhorias ao longo do tempo, baseadas na identificação de oportunidades de melhoria, definição de objetivos e que envolvam todos os níveis da organização (Tetteh, 2012). Os projetos de melhoria contínua constituem-se uma abordagem fundamental para impulsionar a excelência e promover uma cultura de aprendizagem e evolução nas organizações.

A qualidade dos cuidados em saúde em qualquer contexto clínico pressupõe a aplicação de medidas concretas, mas também da sua avaliação. Desta emerge a necessidade da identificação de ferramentas de avaliação, como indicadores de qualidade, cuja implementação torna possível a mensuração e monitorização contínua. No contexto particular do BO, face à complexidade do ambiente técnico e multiprofissional, os indicadores de qualidade possibilitam a avaliação da performance e podem-se constituir como recurso estratégico para a melhoria. Neste contexto, podem abranger áreas distintas, nomeadamente no que diz respeito à segurança do cliente, organização e implementação de processos assistenciais e formação da equipa.

Na procura da garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados, o enfermeiro gestor é responsável por implementar e fomentar a adesão a medidas e protocolos em conformidade com os padrões de qualidade preconizados e regulamentações institucionais, assim como de as avaliar sob a forma de auditorias a que tive oportunidade de assistir à sua realização no decurso do estágio. Para Silva (2000), uma auditoria constitui-se uma atividade independente e objetiva e caracteriza-se pela realização de análises estruturadas de políticas, programas orçamentais, atividades, projetos, funções e tarefas das organizações. As auditorias podem resultar de um

processo externo de avaliação ou resultarem dos processos internos da instituição para avaliar processos de qualidade. O autor acima referido afirma ainda, que a realização de auditorias previne erros, omissões e abusos. Através da análise das práticas, vai permitir realizar um controlo interno ativo, analisar os cuidados e detetar áreas a intervir. Conhecendo os resultados das auditorias os profissionais têm também a oportunidade de refletir e de reconhecer áreas que requerem de intervenção por forma a melhorar.

Observei auditorias relativas à realização da consulta telefónica às 24h e 30 dias, após realização de cirurgia de ambulatório e à implementação da avaliação do risco de desenvolvimento de lesões pela aplicação da escala de ELPO e de medidas preventivas decorrentes do score obtido.

No que se refere à análise do momento da consulta telefónica, esta gerou momentos de reflexão e partilha entre a enfermeira auditora e os enfermeiros e onde pude também participar. A comunicação apresenta-se para a enfermagem como algo inato e que serve de base e fundamento para a relação entre o enfermeiro e a pessoa em situação perioperatória. No entanto, é um conceito complexo e que implica por parte do enfermeiro uma consciencialização do processo, para que o faça de forma eficaz e, de forma a conseguir recolher os dados que pretende. Os procedimentos e vantagens, já abordadas, relativamente à realização de cirurgia ambulatória, levam à necessidade de um acompanhamento dos clientes à distância através do contacto telefónico. Este contexto altera a forma de comunicar com o cliente e de recolher informação, sendo que a falta de contacto visual e a perda de parte considerável da comunicação não verbal podem prejudicar a qualidade da mesma. Tal facto, exige dos profissionais a necessidade de adaptar o estilo de comunicação ao cliente e de não condicionar as suas respostas (Sequeira, 2016).

Quando investigadas, por Pimentel et al. (2021) quais as orientações para as consultas de enfermagem à distância, emergiu como uma das recomendações, que ao usar tecnologias para contacto com o cliente, “o enfermeiro deve atender ao valor terapêutico da comunicação com o utente e recriar o ambiente propício para a sua concretização”. Da mesma forma que é importante a criação de uma relação de proximidade com o cliente pela “adoção de uma postura empática e compreensiva, aceitação desprovida de julgamentos, postura não-diretiva, manutenção do contacto visual (vídeochamada), autenticidade, flexibilidade, comprometimento, tolerância e interesse, favorecendo verbalizações acerca de pensamentos e sentimentos e dando espaço para a realização de perguntas” (Pimentel et al., 2021).

A valorização do momento e a consciência da necessidade de mobilização de ferramentas de comunicação leva a que haja uma preocupação, do enfermeiro gestor, na organização do plano de trabalho, em que se procura que o enfermeiro que prestou cuidados na admissão do cliente ao serviço e/ou a alta clínica, seja destacado para a realização da consulta telefónica, assumindo-se que a continuidade da relação estabelecida presencialmente seja promotora de uma continuidade de cuidados de maior qualidade.

Como referido anteriormente, inserindo-se a formação em serviço no projeto de melhoria contínua previsto para o serviço da UCA, realizei juntamente com uma enfermeira do serviço, sob orientação da enfermeira gestora e tutoras, uma formação dirigida aos enfermeiros do serviço, intitulada “Notas de alta de enfermagem - Unidade de cirurgia de Ambulatório”.

Decorrente da identificação desta área para a melhoria da qualidade assistencial, iniciou-se a preparação para a mesma com a realização de uma pesquisa bibliográfica sobre a temática,

atendendo à legislação vigente em Portugal e recomendações da instituição. Tendo por base o sistema informático disponível, foram elaborados modelos de notas de alta, para as cirurgias mais comuns realizadas em ambulatório com anestesia local e geral, e que procurassem explicar as necessidades e que promovessem a continuidade de cuidados ao cliente submetido a cirurgia de ambulatório. Não se pretendia facultar “receitas” para os enfermeiros, mas sim promover a reflexão relativamente à importância da documentação da informação decorrente da prestação de cuidados e qual a informação que releva para a continuidade dos mesmos.

No contexto cirúrgico existe muitas vezes a necessidade da continuidade de cuidados por parte dos enfermeiros dos cuidados comunitários. Na CA torna-se premente promover a capacitação do cliente e família/cuidador informal para que sejam capazes de realizar a vigilância e cuidados adequados após a cirurgia. É também fundamental que o enfermeiro elabore uma nota de alta no sentido de transferir o plano de cuidados para o enfermeiro do centro de saúde.

A informação de enfermagem é atualmente considerada importante para a governação em saúde, não apenas pelas questões que remetem para aspetos legais e éticos, mas também pela sua relevância para as decisões clínicas, continuidade e qualidade dos cuidados ao cliente e comunidade, à gestão, à formação, à investigação e aos processos de tomada de decisão (OE, 2007).

Apesar de múltiplos esforços, o desenvolvimento dos sistemas de informação em enfermagem (SIE), no que diz respeito à partilha de informação e articulação entre instituições ainda apresenta alguns constrangimentos. Pela informatização e intercomunicabilidade dos SIE deseja-se uma maior circulação e partilha de informação, recorrendo à tecnologia para que a prestação de cuidados ao cliente seja mais eficaz e de maior qualidade (OE, 2007).

Relativamente à partilha de informação entre diferentes níveis de cuidados, a Lei de Bases da Saúde refere no capítulo II, base XIII que deverá ser promovida a “intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidos e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial de informação clínica relevante sobre os utentes” (Lei nº48/90, de 24 de Agosto de 1990, p. 3454).

Na enfermagem, esta articulação pode ser concretizada por um Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem (SPIE), que fomenta que a organização dos SIE em rede concretiza a comunicação e aumenta a acessibilidade, com a ressalva das questões associadas à proteção dos dados sensíveis e salvaguardando o cliente (OE, 2007).

Segundo Sousa (2005), anteriormente à implementação do SPIE, a partilha de informação de enfermagem era sustentada apenas com o recurso a um impresso denominado “Carta de alta/transfência de Enfermagem”, onde se encontrava introduzida informação relevante para a continuidade de cuidados. O documento era entregue ao cliente e este seria o responsável por o encaminhar para o serviço que prestaria a continuidade dos mesmos, sendo que a identificação dos cuidados necessários não era realizada tendo por base uma linguagem classificada. Existem também limitações no processo de encaminhamento da informação relevante para a continuidade de cuidados uma vez que depende do cliente e muitas das vezes não ocorre em tempo útil que permita uma planificação dos mesmos (Sousa, 2005). Esta forma de partilha de informação, deposita no cliente a necessidade de solicitar a continuidade dos cuidados, o que não deveria acontecer.

Atualmente alguns serviços dispõem de informação partilhada através do SPIE em tempo real,

sem a necessidade de recorrer a documentos impressos em que seja o cliente o portador. Através da partilha de informação em tempo real, “torna-se possível ultrapassar a dimensão reducionista da referenciação, permitindo aceder a outros dados constantemente disponíveis e atualizados, que poderão ajudar o enfermeiro a melhor interpretar e compreender as situações que requerem cuidados de enfermagem” (Sousa, 2005, p.257). Desta forma, os enfermeiros de família podem aceder à informação dos seus clientes a qualquer momento podendo tornar o processo de prestação de cuidados mais ágil, estruturado e conseqüentemente com maior qualidade.

As limitações na interoperabilidade dos sistemas ainda ocorrem sendo prática em muitos serviços, nomeadamente em CA a realização de uma nota de alta, encaminhada pelo cliente. Independentemente do veículo de transmissão da informação, impera refletir sobre a informação relevante contida nestes documentos. As notas de alta encontram-se regulamentadas pelo Despacho N.º 2784/2013, e implementadas na totalidade do SNS. Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), disponibilizaram em 2019 uma “Norma técnica para disponibilização de notas de alta estruturadas no Registo de Saúde Eletrónico a partir dos sistemas hospitalares de registo clínico”. O documento pretende enumerar, do ponto de vista funcional e técnico, a forma como deve ser disponibilizada e partilhada a informação (SPMS, 2019).

Tendo por base o documento, a pesquisa bibliográfica sobre a temática, os documentos institucionais e as necessidades do serviço, foi estruturada a referida formação. Eram objetivos gerais: a enumeração das disposições estabelecidas a nível nacional e institucional relativamente à nota de alta; a identificação dos diagnósticos e intervenções padrão na nota de alta, relativamente às cirurgias mais frequentes realizadas na UCA I e UCA II e a identificação de quais os dados mínimos a transferir para a nota de alta que permitam a continuidade de cuidados. Como objetivos específicos pretendia-se que os enfermeiros: conhecessem e refletissem sobre a importância do cumprimento das disposições legais instituídas para a elaboração da nota de alta e refletissem sobre a importância do documento para a continuidade dos cuidados prestados no contexto da CA.

A formação teve a duração de uma hora, inserida na reunião de serviço pelo que apresentou uma elevada taxa de participação. A sua estruturação encontra-se exposta na memória descritiva em anexo (Anexo 1). A sua avaliação foi realizada de acordo com os procedimentos habituais da instituição.

Procurando que o conteúdo da formação abrangesse o maior número de elementos da equipa de enfermagem possível, aos enfermeiros que não estiveram presentes foi enviada a apresentação e, nos dias seguintes, realizadas formações informais, durante o horário de trabalho e sempre que oportuno. Optou-se por recorrer a casos práticos durante a elaboração das notas de alta de clientes submetidos a CA para refletir sobre o teor da informação e a relevância da mesma para a continuidade de cuidados.

A temática da Nota de alta de enfermagem é motivo de alguma controvérsia juntos dos profissionais. Sendo que em muitas instituições já se encontra integrada no sistema de registos informáticos e possibilita a migração da informação agregada ao plano de cuidados previamente elaborado. A maioria não apresenta interoperabilidade que facilite essa partilha com outros prestadores de cuidados. A necessidade da elaboração de um documento que deve conter apenas informações pertinentes para a continuidade de cuidados no domicílio leva muitos

profissionais a considerar o destinatário do documento o próprio cliente e a alterarem a linguagem classificada.

Face ao contexto, e sendo uma preocupação manifestada pelo serviço na procura da melhoria dos cuidados, da formação emergiu a reflexão sobre a importância de no processo de capacitação do cliente para a gestão do pós-operatório existirem outras ferramentas de apoio documental, estando a serem desenvolvidos folhetos informativos que apoiem o cliente. O fornecimento de informação escrita é manifestado por parte do cliente como sendo facilitador de todo o processo e recomendado pela literatura desde o período pré-operatório.

### Gestão dos cuidados

O domínio da gestão dos cuidados encontra-se exposto no Regulamento n.º 140/2019 como contendo duas competências: “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos humanos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”. Desta forma, cabe ao Enfermeiro Especialista adotar um papel proativo na gestão dos cuidados de enfermagem, tal como na gestão da equipa, assegurando, deste modo, a otimização da resposta e adaptando a liderança aos recursos existentes, às situações e ao contexto em causa, sem nunca descurar a qualidade dos cuidados (OE, 2019).

No que diz respeito às funções do enfermeiro no contexto intraoperatório, este pode desenvolver a nível da instrumentação cirúrgica, circulação e de apoio à anestesia. Na instituição onde realizei o estágio, preconiza-se que os diferentes profissionais do BO assumam os diferentes postos de trabalho, existindo, contudo, alguns enfermeiros que não se encontram integrados em todas as valências.

Na UCA, o Enfermeiro Especialista assume funções de apoio à gestão, apoiando o Enfermeiro Gestor, quando necessário, e os restantes enfermeiros asseguram os diferentes postos de trabalho existentes no serviço, ou seja, enfermeiro no ato de admissão; como enfermeiros na sala operatória (instrumentista, circulante e anestesia); no recobro (fase 1 e fase 2).

Habitualmente existe uma interação entre o enfermeiro que realiza a admissão do cliente e enfermeiro do recobro, por considerarem ser vantajosa a relação previamente estabelecida.

Existe também a preocupação de que os contactos telefónicos de 24 horas e dos 30 dias após o procedimento cirúrgico sejam realizados por um enfermeiro que tenha estado presente nos cuidados diretos ao cliente.

Ao longo do estágio, o meu papel inicialmente foi mais de observação, integrando na observação a reflexão sobre as competências do Enfermeiro Especialista. Procurei com o tempo aumentar a minha participação nas atividades do serviço, tendo a oportunidade de participar nos cuidados nas diferentes valências. Procurei estabelecer uma relação construtiva com a equipa multidisciplinar, procurando com isso enriquecer ao máximo o meu processo desenvolvimento de competências.

O BO caracteriza-se por ser um ambiente complexo, onde são prestados cuidados diferenciados e que para os quais são necessários múltiplos recursos. A necessidade de rentabilizar a capacidade instalada e os recursos disponíveis assume-se como um desafio para a gestão

diária.

Na coordenação do BO torna-se necessário garantir a eficiência, segurança e qualidade dos cuidados prestados. Acompanhando os enfermeiros gestores ou os enfermeiros especialistas que apoiam a gestão tive oportunidade de observar a complexidade que a envolve. O Enfermeiro gestor, como descrito no Decreto-Lei nº 71/2019, de 27 de Maio de 2019, “para além das funções inerentes às categorias de enfermeiro e de enfermeiro especialista, ao enfermeiro gestor, cujo conteúdo funcional integra, na generalidade, as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança”.

O BO apresenta como recursos humanos elementos fixos e elementos rotativos, isto é, que pertencem a outros serviços, mas exercem funções no BO, como é o caso dos médicos e anestesistas ou técnicos de diagnóstico. Os elementos que estão afetos ao BO, como é o caso dos enfermeiros e assistentes operacionais, apenas exercem funções neste local. A gestão de uma equipa tão ampla mostra-se um desafio, sendo que o enfermeiro gestor necessita de coordenar a equipa por forma a que garanta que todos estejam conscientes das suas responsabilidades, mas também que cumpram os protocolos e os procedimentos definidos para o serviço. Espera-se que o enfermeiro especialista pelas competências e core de conhecimentos que detém, se assuma como um aliado e promotor deste processo. Dentro das suas competências, que seja capaz de identificar e adaptar os estilos de liderança mais apropriados ao contexto, facilitando os processos de tomada de decisão e influenciando os restantes profissionais.

Na gestão dos cuidados é necessário também garantir que todos os materiais e equipamentos necessários para os procedimentos cirúrgicos estejam disponíveis e em condições adequadas. Tive oportunidade de observar e colaborar neste processo com as enfermeiras tutoras, através do teste e da notificação de material que necessitava de reparação, assim como na mobilização de recursos de outros serviços e da requisição e organização de material. A estrutura de um BO central implica a existência de enfermeiros especialistas que desempenham funções de apoio à gestão, foi-me dada a oportunidade de os acompanhar, nas áreas da gestão de material, de material esterilizado e na gestão dos medicamentos. Pude analisar a complexidade que concorre para o correto funcionamento de um serviço de BO e refletir sobre a necessidade da mobilização de conhecimentos para o desempenho das diferentes atividades.

Nas organizações complexas, como é o caso de um BO, onde é necessário uma atualização constante de conhecimentos e a adoção de medidas que melhorem a eficiência, a avaliação do desempenho da equipa é crucial. Neste sentido, são realizadas auditorias que procuram avaliar indicadores de desempenho dos profissionais. Não sendo indissociáveis da procura da melhoria da qualidade assistencial, procuram orientar a equipa para conjugação entre os objetivos individuais e os objetivos organizacionais. Foi-me possível observar a realização de auditorias, como referido anteriormente, e tive oportunidade de refletir sobre a importâncias das mesmas na obtenção destes indicadores.

Como afirmado por Ferreira et al. (2018, p47) “uma gestão de qualidade tem que incorporar, planeamento coordenação, organização e instrumentos de avaliação” e isso pressupõem a incorporação de diferentes métodos e instrumentos como o planeamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria (Ferreira et al., 2018). O Enfermeiro especialista deve possuir competências que lhe permitam colaborar e contribuir para a gestão e consequentemente para

a qualidade e desta forma contribuir para o crescimento e evolução do serviço e consequentemente da organização.

### Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Na enfermagem, como em qualquer profissão, existe uma necessidade de uma atualização contínua dos conhecimentos de forma a garantir a qualidade, a adequação e a eficácia dos cuidados. No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, espera-se que o enfermeiro: desenvolva o autoconhecimento e a assertividade e baseie a sua prática especializada em evidência científica (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro de 2019).

O enfermeiro especialista deve-se assumir como um elemento diferenciado e de referência para os restantes profissionais, baseando a sua prática na melhor evidência científica. Como descrito no Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro de 2019, o enfermeiro especialista assenta o processo de tomada de decisão e intervenções em informação válida, atual e pertinente, assumindo-se como um elemento facilitador nos processos de aprendizagem e com um papel ativo na investigação.

A evolução científica e tecnológica na área da saúde reforça a necessidade de uma atualização contínua dos profissionais nos seus contextos de trabalho. A enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento, tem ampliado o seu campo científico, afirmando-se como ciência. Consequentemente, os enfermeiros têm a necessidade de se assumirem mais envolvidos num processo de formação contínua. A OE preconiza no seu documento relativo aos Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, “a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade” na procura pela excelência do exercício profissional (OE, 2012).

Neste contexto a formação em serviço surge então como uma estratégia de atualização, de forma dinâmica, em contexto de trabalho abrangendo todos os intervenientes do processo (Dias, 2004). Pretende-se que vá de encontro às necessidades dos profissionais, dos objetivos do serviço e da instituição e encontrando-se regulamentada no Artigo 63º do Decreto-lei 437/91 que aprova o regime legal da carreira de enfermagem. A sua concretização é da responsabilidade de um enfermeiro especialista, sob a supervisão do enfermeiro gestor, sendo da responsabilidade deste a elaboração de um plano de formação anual específico inserido no Plano de Atividade do serviço. Os locais onde desenvolvi o estágio apresentam uma prática formativa ativa e regular, com base em diagnósticos de necessidades previamente estabelecidos. Todas as formações são planeadas, programadas e avaliadas juntamente com o departamento da instituição que coordena a área da formação.

A realização de cada formação contempla a elaboração de uma memória descritiva onde é exposta a fundamentação que sustenta a realização da mesma e estruturado o planeamento e um dossier técnico pedagógico onde são descritos os objetivos a atingir e a avaliação da formação, para que possa ser revista sempre que necessário. Torna-se também possível que os enfermeiros possam consultar a informação e manter o processo de aprendizagem dinâmico.

Tive oportunidade de assistir a formações neste contexto, nomeadamente: “ISBAR – Ferramentas de transição de cuidados de saúde” e “Vinte minutos de anestesia – Prevenção de

complicações oculares no cliente cirúrgico”.

Paralelamente, o facto de realizarem uma reunião de serviço semanalmente, onde estão incluídos estes momentos formativos formais de acordo com o plano estipulado, promovem momentos informais de partilha de conhecimento atualizado e a discussão entre pares. Estes momentos constituíram-se muito úteis para mim, para além de me possibilitar o contato com temas e áreas com as quais não estava tão consciencializada ou das quais não detinha conhecimentos, por não trabalhar no contexto, permitiu-me melhorar a minha relação com a equipa e colocou-me mais à vontade para a partilha. Senti também que a minha experiência profissional foi considerada e estimulou também momentos de reflexão.

Procurando desenvolver outras atividades que contribuíssem para a formação contínua e no contexto da EEMCPSP frequentei as seguintes formações e congressos:

- Congresso Nacional de Estomaterapia 2023, realizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, em 24 e 25 de Fevereiro de 2023 - participação como coautor com Póster intitulado “Intervenções de Enfermagem na prevenção de complicações nas ostomias de alimentação”;
- XIII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória que ocorreu a 15 a 17 de junho de 2023;
- 13º Congresso Nacional e 1º Congresso Internacional de Enfermagem Oncológica, organizado pela SPEO - Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, que decorreu a 09 e 10 de novembro de 2023;
- VI Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria - Enfermagem Perioperatória, Inovar e Humanizar, que decorreram a 16 e 17 Novembro de 2023 - participação como coautor de Poster intitulado “Indicadores de Qualidade em Enfermagem Perioperatória”;
- I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia do IPO-Porto - Diferenciação da Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade, futuro e desafios?" que decorreu no Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., nos dias 16 e 17 de Fevereiro de 2024, como coautor na comunicação livre intitulada “Uso de aplicações móveis e autogestão de sintomas da pessoa em situação pós-operatória: uma revisão integrativa”.

A formação contínua assume-se como fundamental para os enfermeiros, na garantia de se manterem atualizados face à constante evolução na área da saúde, proporcionando cuidados de qualidade e promovendo a inovação e o avanço na profissão.

As experiências vividas durante o estágio de natureza profissional do MEMCPSPE contribuíram para o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados especializados em enfermagem, procurando promover uma prática clínica especializada e assente em princípios éticos, tendo por base a implementação de cuidados de saúde com qualidade e segurança.

Analisando o percurso desenvolvido até ao momento, considero ter desenvolvido as competências comuns do Enfermeiro Especialista. O desenvolvimento de competências específicas é exposto no subcapítulo seguinte.

## **Desenvolvimento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação perioperatória**

A Enfermagem Médico-Cirúrgica é uma área ampla pelo que, atualmente, em Portugal emergem quatro diferentes áreas específicas. No que diz respeito aos cuidados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação perioperatória, o foco de intervenção são os “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” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Uma intervenção cirúrgica constitui um momento crítico na vida de um cliente e da sua família, assumindo diferentes intensidades e configurações e que representa um desafio para os profissionais de saúde.

Sendo cinco as áreas de atuação no âmbito da pessoa em situação perioperatória, nomeadamente: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos, as mesmas têm lugar nas três fases que englobam o perioperatório - pré, intra e pós-operatório (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, 2018).

Trata-se de um momento de grande vulnerabilidade, em que o cliente face a uma situação, impactante na sua vida e na busca de um melhor estado de saúde, deposita nos profissionais a sua substituição e a garantia da sua segurança.

### Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

O momento vivido pela pessoa e família ou pessoa significativa, em situação perioperatória exige por parte do enfermeiro a mobilização de conhecimentos e habilidades para o acompanhar ao longo de todo o processo, promovendo o seu entendimento em todo o percurso e capacitando-o para o autocuidado e para o retorno à vida familiar e social (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, 2018).

Esta competência operacionaliza-se através do desenvolvimento de atividades que promovam: a capacitação à pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica; e a promoção de cuidados à pessoa em situação perioperatória e desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, 2018).

No decorrer do estágio, procurei obter o máximo de experiências possíveis atendendo aos diferentes contextos e na busca do desenvolvimento de competências para cuidar da pessoa em situação perioperatória assim como, à respetiva família/pessoa significativa. Foi-me possibilitado assistir à consulta pré-operatória, realizar a admissão do cliente ao BO, colaborar nos procedimentos de anestesia, colaborar na circulação, observar os procedimentos de instrumentação, prestar cuidados pós-anestésicos, assim como colaborar na capacitação do cliente para a alta clínica e na realização de consulta telefónica após cirurgia.

As cirurgias podem ser realizadas nos mais diferentes contextos, constituindo-se como um novo

acontecimento na vida do cliente, contudo nem todos a vivenciam da mesma forma.

Quando se procura analisar as preocupações dos clientes no período pré-operatório, estas emergem da incerteza que envolve a cirurgia (Cheng et al., 2021). Este receio do desconhecido leva os clientes a viverem sentimentos como ansiedade e medo que poderão condicionar a ocorrência de complicações pós-operatórias (Kassahun et al., 2022).

Estes sentimentos decorrem das características pessoais, experiências anteriores e suporte social disponível, mas investigações sobre a temática têm-se apresentado insuficientes na identificação de intervenções dirigidas com valor superior em detrimento de outras pela subjetividade e multiplicidade de contextos. No que concerne a intervenções de enfermagem na redução da ansiedade, mostrou-se eficaz a informação transmitida ao cliente, a consulta de enfermagem pré-operatória, o apoio psicológico e musicoterapia (Gautam, 2019). O enfermeiro no contexto perioperatório deve ter por base estes conhecimentos quando no exercício profissional estabelece uma relação de ajuda com o seu cliente.

Uma UCA é uma unidade onde é possível ao enfermeiro um acompanhamento mais amplo ao cliente, a viver uma experiência cirúrgica. Sendo enfermeira, a exercer funções em internamento de cirurgia, é para mim comum a experiência de acompanhar o cliente em diferentes momentos. A possibilidade de acompanhar o cliente ao longo de grande parte do processo é, para além de benéfico para a prestação de cuidados, gratificante no que diz respeito à avaliação da efetividade dos cuidados de enfermagem. É possível ao enfermeiro identificar necessidades da pessoa em situação perioperatória e elaborar um plano de cuidados que lhe é possível avaliar posteriormente.

O momento em que é realizada a admissão do cliente é em muitos contextos o primeiro contacto que este tem com os profissionais que prestarão cuidados no BO e em que se estabelece uma relação que terá repercussão em todo o processo. A admissão ou acolhimento é também o momento em que o enfermeiro deve validar a informação disponibilizada na consulta de enfermagem, assim como o consentimento relativamente aos procedimentos que irão ser efetuados, identificando igualmente outras necessidades que o cliente apresente (AESOP, 2012).

Neste período que antecede a cirurgia procura-se promover a segurança do cliente, reconhecendo que todas as condições se encontram salvaguardadas, reduzindo a possibilidade de intercorrências e otimizando recursos. Da mesma forma, dá-se continuidade à preparação para o cliente viver a experiência cirúrgica e esclarecendo-o e iniciando a sua preparação para o período pós-operatório.

O estabelecimento de uma comunicação eficaz assume especial relevância para a construção de uma relação terapêutica com o cliente e família/cuidador informal. A comunicação é um instrumento essencial na prestação de cuidados. Ela é, como referido por Sequeira (2016), inerente à natureza humana, constituindo-se um processo permanente, inevitável e universal. Sendo um processo dinâmico é também uma das principais ferramentas para o desenvolvimento humano e algo fundamental nas profissões na área da saúde (Sequeira, 2016). No âmbito da saúde o mesmo autor ressalva a sua dicotomia, uma vez que, por via da comunicação pode ser induzido no cliente um estado de saúde/doença e ao mesmo tempo constituir-se o meio pelo qual o profissional identifica problemas e executa intervenções (Sequeira, 2016).

O enfermeiro depende do processo de comunicação para identificar o significado atribuído pelo

cliente ao que se encontra a viver e para adequar a sua intervenção no processo de capacitação do cliente para viver a experiência cirúrgica de uma forma saudável.

Da relação estabelecida com a comunicação eficaz com o cliente cirúrgico o enfermeiro perioperatório está a promover também o envolvimento do cliente e família/cuidador informal em todo o processo. Sendo aplicável a todas as cirurgias, mas com especial relevo na CA, o seu sucesso encontra-se em muito dependente do envolvimento e colaboração do cliente, tanto antes quanto após o procedimento. Sendo uma modalidade que permite que os clientes sejam submetidos a procedimentos cirúrgicos e, após um curto período de recuperação sob supervisão, retornem para casa no mesmo dia, a colaboração ativa do cliente e cuidador é fundamental em várias etapas para garantir o sucesso do tratamento e minimizar os riscos de complicações.

No denominado recobro de fase II, isto é, no momento que antecede a alta clínica da UCA, procura-se capacitar o cliente e o seu cuidador para a vigilância de sintomas no domicílio que se possam constituir como complicações. Deles dependerá o sucesso da cirurgia uma vez que se constituem como atores ativos neste processo.

Ao longo de todo este processo a ação profissional dos enfermeiros encontra-se dependente do processo de tomada de decisão. O enfermeiro de perioperatório encontra-se integrado num contexto multiprofissional onde desempenha dois tipos de intervenções: as intervenções interdisciplinares, que dizem respeito a intervenções que são iniciadas por outros profissionais e que o enfermeiro assume a responsabilidade técnica pela sua implementação, e as intervenções autónomas, que decorrem de do processo de enfermagem e pelas quais é responsável pela sua prescrição e implementação (OE, 2003)

Segundo a OE (2012), “a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática - na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados”. No processo de tomada de decisão, incluindo a fase de implementação das intervenções, o enfermeiro deverá incorporar os resultados da melhor evidência científica disponível. O exercício profissional autónomo, assenta na análise e representação dessas intervenções autónomas e é orientado pelo processo de tomada de decisão.

Existindo a necessidade da valorização do exercício autónomo, o enfermeiro de perioperatório tem desenvolvido esforços em áreas nomeadamente na manutenção da normotermia e na prevenção das lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Como refere Menezes et al. (2013) “o posicionamento cirúrgico é uma arte, uma ciência e também um fator chave no desempenho do procedimento cirúrgico seguro e eficiente”. Menciona ainda que o seu objetivo é oferecer a melhor exposição cirúrgica, mas com a consciência da necessidade de minimizar os riscos inerentes.

As lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico incorreto contemplam alterações fisiológicas, úlceras por pressão, alopecia, lesões de nervos periféricos e alterações visuais. Sendo que os seus principais agentes causais resultam de mecanismos de pressão, fricção e forças de cisalhamento (Menezes et al,2013). As úlceras por pressão encontram-se associadas a uma proteção desadequada durante a cirurgia de áreas da superfície corporal que são sujeitas a

pressão anormal. O excesso de pressão conduz a uma redução de perfusão dos tecidos, que resulta em isquemia e dá origem posteriormente a lesões (Menezes et al., 2013).

Decorrente de um projeto e potenciado pelas atividades desenvolvidas por uma enfermeira especialista, tive oportunidade de desenvolver competências nesta área durante a prestação de cuidados. Encontra-se disponível, fazendo parte integrante dos registos de enfermagem do intraoperatório o preenchimento da Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento (ELPO), adaptada e validada para Portugal por uma enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. A aplicação desta escala e a adequação da intervenção em função da mesma é uma preocupação e objetivo da equipa de enfermagem. De acordo com o score obtido, é atribuído ao cliente um risco de desenvolvimento de lesões e definidas intervenções para o minimizar. Encontra-se disponível uma grande variedade de material para realização de posicionamento e prevenção de lesões dele consequentes. O momento da realização do posicionamento é um momento respeitado por todos os profissionais, demonstrando o envolvimento da equipa. No contexto do desenvolvimento do estágio tive oportunidade de colaborar na aplicação da escala, na realização de diferentes posicionamentos cirúrgicos decorrentes da diversidade de cirurgias realizadas, de contactar com diferente material de apoio ao posicionamento e de refletir juntamente com as tutoras sobre a importância das intervenções.

O SIE disponível ainda não permite o registo da escala e a identificação das intervenções dirigidas à prevenção das lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. O registo é realizado em formato de papel e texto livre no SIE o que condiciona a obtenção de indicadores.

Deste facto, sendo que ainda se verifica no contexto da prática, dificuldades na documentação da intervenção autónoma, nos SIE em desenvolvimento, procurei explorar esta temática no meu percurso tendo por base a problemática da representação da ação profissional dos enfermeiros nos SIE.

Os principais esforços, nas últimas décadas, no estabelecimento da enfermagem como disciplina do conhecimento, são na identificação de áreas de intervenção autónomas e a procura da definição de uma linguagem classificada comum. Paralelamente a estes esforços ocorreram desenvolvimentos tecnológicos na área da saúde que conduziram à necessidade do desenvolvimento de SIE. A documentação dos cuidados foi, desde sempre, uma preocupação por parte dos enfermeiros e a evolução levou à passagem da narrativa descritiva para o recurso a softwares de documentação baseados numa linguagem estruturada (Silva, et al., 2014).

Da mesma forma, que a narrativa documental era rica em subjetividade e sem capacidade de agregação da informação de forma sistematizada, também os SIE, mesmo recorrendo a uma mesma taxonomia, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), estão ainda muitas vezes sujeitos a parametrizações locais e dos próprios sistemas operativos que lhes conferem graus de variabilidades (Bastos et al., 2021).

Apesar de toda a evolução no sentido da construção de uma linguagem comum, continua-se a verificar uma diversidade de diagnósticos e de intervenções de enfermagem que levam ao impedimento da interoperabilidade dos sistemas e à representatividade dos cuidados de enfermagem através da produção de indicadores (Silva, et al., 2014).

A ação profissional dos enfermeiros, nomeadamente no contexto perioperatório, tem sofrido uma grande evolução mas, como refere Petronilho (2010), apesar da mesma, ainda é possível constatar nos ambientes profissionais dois modelos de exercício profissional. Verifica-se uma

vertente mais direcionada para a atividade colaborativa, em que o enfermeiro demonstra competências de cariz mais técnico e em que realiza uma menor mobilização dos conhecimentos da disciplina e que se assume como menos autónomo no processo de tomada de decisão. E, por oposição, profissionais que procuram integrar um modelo que tem por base os processos adaptativos. Como o mesmo autor afirma, “este segundo modelo, embora continuando a dar importância significativa às competências técnicas (ação), tem uma forte componente de natureza conceptual (pensamento), diríamos de maior consenso disciplinar” (Petronilho, 2010).

Tomando por base a ação profissional dos enfermeiros de perioperatório, optei por direcionar a minha atenção ao longo do estágio de natureza profissional para uma área de patologia e cirurgia que fosse transversal aos dois contextos onde realizei o estágio e me permitisse refletir sobre o processo de conceção de cuidados e de documentação. Desta forma, tendo por base as pessoas submetidas a mastectomia parcial desenvolvi o processo de decisão clínica recorrendo à ontologia de enfermagem, a partir da plataforma e4nursing e paralelamente, procurei confrontar com a informação parametrizada no SIE em uso na instituição onde decorreu o estágio, no que se refere a dados, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem, para a mesma cirurgia no contexto perioperatório. Atendendo à ausência de uma estrutura de documentação específica para o contexto do BO e o recurso ainda a múltiplos documentos em formato de papel e informação em texto livre, refleti sobre o teor da informação documentada pelos enfermeiros em texto não parametrizado no SIE.

Tendo por base a revisão da literatura e as múltiplas experiências na prestação de cuidados a clientes submetidas a mastectomia parcial, realizei juntamente com as tutoras, nomeadamente na UCA, a reflexão sobre a forma como é documentado o processo de tomada de decisão de enfermagem em contexto perioperatório. Verifica-se muitas das vezes uma duplicação da informação, nomeadamente em questões de vigilância e da segurança do cliente, no que concerne a registo parametrizado e texto livre. A necessidade do registo de informação em múltiplos documentos ou aplicativos condiciona o acesso fácil à informação relevante.

Todo o episódio de contacto de um cliente com os serviços de saúde gera um conjunto de informação que é documentada no seu registo clínico. O registo clínico agrega informação registada por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, assim como resultados de meios complementares de diagnóstico e informações ou documentos sobre o tratamento. Toda esta informação serve de base para a tomada de decisões clínicas, a organização e continuidade dos cuidados, e a comunicação entre diferentes profissionais de saúde envolvidos no tratamento do cliente. A mesma serve como documento legal para representação dos cuidados prestados, contribui para a monitorização da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, permitindo a análise de práticas e a identificação de áreas para melhoria, e permite a extração de dados que contribuem para a pesquisa científica e a formação de outros profissionais.

Apesar dos avanços na área da informatização na saúde, existem ainda realidades em que parte da informação gerada se encontra em formato de papel. Neste formato, a informação depositada em documentos apresenta um caráter estanque, a extração dos dados é limitada e terá que ser feita manualmente.

A criação dos SPMS em 2010 marcou um ponto de viragem significativo na estratégia de digitalização da saúde em Portugal. Os SPMS assumiram um papel central na implementação de

projetos de tecnologias da informação em saúde, incluindo a promoção da adoção de SIE. A enfermagem partilha dos registos clínicos e produz informação própria decorrente do processo de cuidados.

Atualmente têm sido desenvolvidos grandes esforços na reestruturação futura dos SIE, onde pelo desenvolvimento de uma estruturação relacional de dados e assente na melhor evidência científica disponível, seja apoiado o processo de tomada de decisão. Os SIE ainda em uso, procurando dar resposta a várias finalidades, apresentam limitações no que concerne à representação dos cuidados de enfermagem. A importância de uma documentação precisa dos cuidados e recorrendo apenas a uma linguagem padronizada é que permitirá evidenciar a relevância dos cuidados de enfermagem, porque daí emergem a possibilidade de identificar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Estes são marcadores específicos do estado da saúde da população, evidenciando o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para ganhos em saúde (OE, 2007) e conseqüentemente para a melhoria da qualidade. Os indicadores medem a forma como os enfermeiros concebem, agem e avaliam a sua ação profissional, decorrente da tomada de decisão (Petronilho, 2009). Portanto, através da avaliação desses indicadores é possível reconhecer a necessidade de implementar melhorias na prática, validar a qualidade e melhorar a representação social dos enfermeiros.

O SIE em uso apresenta limitações nas categorias da informação que permite identificar, sendo que os registos efetuados se centram essencialmente na identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem. A aferição dos diagnósticos é realizada pelo profissional e não decorre de dados introduzidos no sistema de informação, este não permite também a determinação de objetivos ou o estabelecimento de um quadro relacional entre a intervenção do enfermeiro e o ganho obtido pelo cliente.

A prestação de cuidados ao cliente submetido a CA, permite ao enfermeiro do contexto perioperatório refletir sobre o processo de decisão autónoma e a sua representação na documentação dos cuidados. Assumindo a preparação do cliente, como anteriormente explorado, especial importância para o sucesso da cirurgia neste contexto, importa pensar na forma como os enfermeiros documentam este momento. Como ilustrado no caso clínico desenvolvido, o enfermeiro desenvolve intervenções que procuram preparar o cliente para gerir a experiência cirúrgica que, nos contextos de estágio, não são documentadas, assim como os dados recolhidos que poderiam auxiliar o processo de tomada de decisão nos momentos subsequentes.

Por sua vez, na UCPA, o enfermeiro apresenta uma atividade muito orientada para o objetivo da identificação precoce de complicações decorrentes da cirurgia, os SIE não estão preparados para que seja introduzida a informação relativa aos dados identificados por forma a potenciar essa vigilância e a apoiar a sua tomada de decisão.

O SIE desempenham um papel crucial na melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados de saúde, nomeadamente no BO. Eles assumem-se como ponte entre a ação profissional dos enfermeiros e o conhecimento formal, estabelecidos em sistemas de linguagem padronizada que suportam a tomada de decisão. Globalmente os SIE no BO representam um avanço significativo na forma como os cuidados são documentados e geridos, no entanto existe a necessidade de um maior investimento por parte dos enfermeiros de perioperatório no desenvolvimento de atividades consistentes com esse desenvolvimento.

No sentido de refletir no modelo de informação em uso no contexto de estágio, procedi à

identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem existentes e constam no documento (anexo 2) onde compilei em forma de tabela os diagnósticos organizados por standards. Esta estruturação permite que os enfermeiros consigam facilmente identificar no SIE a localização dos diferentes itens. A distribuição da informação em árvore, agrupadas em standards, inicialmente identifica um eventual problema ou vigilância que se designa como atividade diagnóstica. Os dados introduzidos após a identificação dessa atividade diagnóstica, não sugerem a concretização de um diagnóstico de enfermagem. Esta característica estanque da informação, sendo indutora da decisão dos enfermeiros, exige que tenha de ser o enfermeiro a dar termino à atividade diagnóstica e a identificar o diagnóstico. A multiplicidade de etapas é com alguma frequência reconhecida pelos utilizadores como desmotivadora para a concretização de uma documentação efetiva dos cuidados.

Não apresentando o SIE uma modalidade específica para o BO e tendo a parametrização sido construída para dar resposta aos contextos de internamentos, muitos diagnósticos e intervenções de enfermagem não dão resposta a todo o processo de cuidados no contexto intraoperatório. Contudo a linguagem, assente em linguagem parametrizada, permite o fluxo de informação entre os diferentes contextos de cuidados. Por exemplo, perante um cliente que realize uma CA, é possível documentar todo o processo de capacitação do cliente e do prestador de cuidados, assim como, os diferentes aspetos a vigiar no pós-operatório, sendo que a identificação de algum problema permite também, através da mesma linguagem, elaborar a nota de alta e transferência de cuidados para a continuidade dos mesmos.

As maiores limitações prendem-se com a documentação dos cuidados no período intraoperatório, o que poderia beneficiar da inclusão de aspetos relevantes da documentação como os diagnósticos de enfermagem. No sentido de manter a homeostasia durante a intervenção cirúrgica e prevenir complicações, o enfermeiro realiza intervenções autónomas que não lhe é possível documentar no SIE. Quando analisada a parametrização disponível para o sistema regulador e procurando dar resposta á necessidade da manutenção da normotermia no perioperatório, verifica-se que apenas é possível documentar a hipertermia. Qualquer intervenção realizada na sua vigilância, prevenção ou após instalação de uma hipotermia não é passível de ser documentada associada a um diagnóstico, conduzindo assim, os enfermeiros para a documentação em texto livre. O mesmo acontece no que diz respeito às intervenções de enfermagem dirigidas para a prevenção de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico ou das lesões oculares. Os diagnósticos disponíveis remetem para o baixo ou alto risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, identificado com recurso à aplicação de uma escala não adequada ao intraoperatório (Escala de Braden), assim como as intervenções disponíveis e que estão associadas ao posicionamento do cliente decorrem de diferentes graus de dependência e não pela cirurgia que será realizada.

Pela análise efetuada e atendendo à problemática da documentação no contexto perioperatório espera-se ter contribuído para a reflexão sobre a valorização da parametrização disponível no SIE, identificando diagnósticos e intervenções de enfermagem que permitam a documentação efetiva dos cuidados neste contexto e para a necessidade da introdução de novos conceitos.

Da problemática da documentação dos cuidados e da interoperabilidade dos SIE no contexto perioperatório e, em particular, do BO, emerge também a transmissão da informação. No BO a transição de cuidados assume-se como um momento crítico. Ela é definida como “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e

de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (DGS, 2017). Pela dinâmica do contexto existe a necessidade constante de momentos de transição de cuidados, sendo imperativo que estes ocorram com a máxima segurança. Procura-se por meio da utilização de métodos sistemáticos reduzir a incidência de eventos adversos.

A Joint Commission International (JCI, 2017), entidade norte-americana reconhecida na acreditação de organizações de saúde, considerou que o défice de comunicação ou a ausência desta se encontra na origem de eventos sentinela em cerca de 70% das situações, durante momentos de transição de cuidados entre profissionais de saúde. Recomenda a implementação de medidas institucionais adicionais no sentido da melhoria e que promovam uma cultura de transição de cuidados segura.

A técnica ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation), é uma ferramenta de comunicação eficaz amplamente recomendada na área da saúde e que contribui para a segurança do cliente. Visa garantir uma transmissão de informação clara e concisa entre os profissionais, tornando-se especialmente vantajosa durante as transferências de cuidados. Encontra-se recomendada pela Norma nº 001/2017 emitida pela DGS a 8 de Fevereiro de 2017, e colocada em prática nos contextos clínicos.

A técnica recorre a uma mnemónica, que se constitui como um auxiliar de memória que permite, através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, sendo o I: Identificação, S: Situação atual, B: Antecedentes, A: Avaliação, R: Recomendações (DGS, 2017). Sendo que a identificação corresponde à identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação; a situação atual, refere a descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; os antecedentes, descrevem factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade; a avaliação remete-se para todas as informações sobre o estado do cliente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas; e por fim, as recomendações, pretende descrever atitudes e o plano terapêutico considerado adequado à situação clínica do cliente.

Essa abordagem estruturada promove uma comunicação consistente e reduz a possibilidade de erros devido a informações inadequadas ou incompletas. Além disso, ajuda a garantir que todos os membros da equipa estejam em sintonia relativamente aos cuidados ao cliente promovendo assim a segurança e a eficácia dos cuidados de saúde.

Tive oportunidade de na UCA assistir a uma formação em serviço, onde o grupo de trabalho para a implementação da ferramenta, expôs a mesma e as vantagens que dela advêm no contexto do BO. Após, procurei analisar juntamente com a enfermeira tutora os diferentes momentos críticos na transição de cuidados e refletir sobre a importância da ferramenta.

No campo de estágio da UCPA, e como o serviço tem maior experiência na aplicação da ferramenta, tive oportunidade de a integrar nos cuidados e observar a sua efetividade de uma forma mais sistemática.

Na minha experiência profissional, em contexto de serviço de internamento e relacionado com a temática da importância do momento formal “passagem de turno”, já tinha realizado formação neste âmbito e utilizado a ferramenta. Trata-se de uma área de grande interesse pessoal e em que esta experiência me permitiu refletir sobre a importância da comunicação e segurança da

informação em diferentes contextos.

O cliente cirúrgico, até regressar ao internamento, contacta com diferentes profissionais e é alvo de diferentes momentos formais de transições de cuidados. Esta multiplicidade torna que seja possível a ocorrências de falhas de informação que por vezes até possam parecer menores, mas que no conjunto e no final podem dar origem a incidentes graves. Ainda é comum por parte dos profissionais a não valorização e responsabilização por esses momentos e muitas das vezes as exigências dos contextos levam à não adoção destas medidas preventivas do erro e promotoras da qualidade. Em ambientes que se querem otimizados, a sistematização das práticas é uma exigência.

O perioperatório refere-se ao período que engloba as fases pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória de um procedimento cirúrgico. Cada uma dessas fases apresenta desafios e necessidades específicas para o cliente e família/cuidador informal. Isto requer do enfermeiro perioperatório a mobilização de conhecimentos e habilidades que vão de encontro às necessidades individuais do cliente durante todo o processo cirúrgico. Toda a sua intervenção é crucial para promover a segurança, minimizar o risco de complicações, e facilitar uma recuperação rápida e eficaz.

Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

Os cuidados de enfermagem, no contexto do BO, têm lugar num ambiente extremamente complexo e exigente, onde ocorre uma interação contante de diferentes profissionais e equipamentos, sendo suscetível da ocorrência de erros ou acidentes.

A OE, pelos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, na procura permanente da excelência no exercício profissional, reconhece o EEMCPSP como o profissional que deve procurar o maior nível de segurança e que contribui ativamente para a eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento da competência no âmbito da segurança assume-se pelas unidades de competência: demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório; lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios e promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.

A segurança do cliente assume-se como um aspeto central na prática clínica e fundamental para a garantia de um sistema de saúde eficiente (Ramos et al., 2021). Ela constitui-se como pilar na garantia da qualidade dos cuidados e qualidade em saúde.

A OMS define segurança do cliente, como sendo a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, considerando-a componente constante e intimamente relacionada com o atendimento ao cliente. O conceito de mínimo aceitável é descrito pela DGS (2011) como “noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento”.

A realização de procedimentos cirúrgicos expõe o cliente a risco intrínsecos como a infeção do local cirúrgico, retenção de instrumentos, lesões decorrentes do posicionamento ou riscos

associados a não manutenção da normotermia. O enfermeiro perioperatório deve orientar a sua prática na prevenção desses riscos (Sousa & Marques, 2014).

Em Portugal, através da circular normativa nº 16/2010 emitida pela DGS em 22 de junho de 2010, foi implementado o programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”, com aplicabilidade em todos os BO do SNS até setembro de 2010. Posteriormente, foi revogada pela norma nº 02/2013 de 12 de fevereiro de 2013 e atualizada a 25 de junho de 2013, determinando a sua obrigatoriedade em todos os blocos operatórios do SNS e das entidades com ele contratadas, passando a ser considerado o padrão mínimo de qualidade clínica. Este programa decorre de uma iniciativa global lançada pela OMS em 2009, com o objetivo de melhorar a segurança dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. É seu intuito promover a redução de complicações e mortes evitáveis associadas à cirurgia, promovendo práticas padronizadas e seguras (DGS, 2010).

A sua principal componente remete para a aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. Procura-se igualmente a melhoria da comunicação, a padronização de procedimentos e a importância da educação e treino das equipas para as práticas seguras.

A evidência demonstra que a implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS pode reduzir significativamente a taxa de mortalidade e a incidência de complicações cirúrgicas. A sua adoção tem evidenciado melhorias na qualidade do cuidado ao cliente e na segurança cirúrgica em diversas regiões e contextos hospitalares ao redor do mundo.

Sendo o BO um ambiente técnico e complexo, marcado pela presença de múltiplos profissionais, a implementação de medidas padronizadas enfrenta vários desafios. Sendo fundamental o enfermeiro especialista na implementação e promoção das mesmas. Como elemento ativo na equipa multidisciplinar deve assumir o seu papel assegurando a segurança do cliente e desta forma contribuir para a prevenção de complicações.

Na procura do desenvolvimento de atividades na promoção da gestão e controlo de dispositivos médicos utilizados no perioperatório, tive oportunidade de acompanhar os enfermeiros gestores no desempenho das suas funções, assim como dos enfermeiros designados para a coordenação das diferentes áreas.

O enfermeiro perioperatório é, durante a sua atividade, responsável pela gestão e verificação de diversos dispositivos médicos. A sua intervenção procura a sua correta seleção, acondicionamento, utilização e manutenção, promovendo esta otimização junto da restante equipa multidisciplinar.

Na UCA foi-me possível assistir ao processo de atribuição de parecer através do uso e avaliação de dispositivos médicos propostos em concurso público de aquisição. Trata-se de um processo dinâmico e que permite com base em critérios previamente estabelecidos selecionar o que mais se adequa à função para a qual se destina. Os dispositivos médicos encontram-se regulamentados em Portugal pelo Decreto-Lei n.º 145/2009 de 17 de Junho. A sua conceção e fabrico obedece a regras muito precisas, salvaguardando que não comprometam a saúde e a segurança do cliente e dos profissionais que os utilizam. Contudo, produtos com o mesmo fim podem apresentar características distintas.

Perante a necessidade de aquisição de dispositivos médicos e atendendo à necessidade de melhor avaliar as propostas apresentadas pelas empresas fornecedoras de materiais médico-hospitalares, os hospitais possuem comissões designadas para tal. Estas comissões são constituídas por profissionais de saúde, designadamente gestores e administradores, médicos e

enfermeiros e membros da comissão de ética para as boas práticas. Na compra de um determinado material, é elaborado um caderno de encargos onde se encontram expostos os requisitos solicitados. Após abertura dos concursos, as empresas fornecedoras expõem as suas propostas com o máximo de informação no que diz respeito às características solicitadas (Magalhães, 2015).

Posteriormente é convocada uma comissão de escolha que fará uma apreciação do material em função das necessidades. Após este período, emite um parecer e seleciona o que será adquirido. O fator preço poderá, em muitas das situações não ser exclusivo na determinação da escolha de um produto desde que devidamente fundamentado pela avaliação dos apreciadores (Magalhães, 2015).

O material em questão eram campos e trouxas cirúrgicas com aplicação a diferentes cirurgias. Após a utilização o material era avaliado em função de determinadas características e atribuído um *score*. Este procedimento promove o envolvimento da equipa no processo de seleção e permite a escolha de um material que dá melhor resposta às necessidades do serviço e consequentemente às do cliente.

Acompanhar de perto este processo, tornou-se para mim um momento bastante importante no que concerne à reflexão da necessidade de um procedimento sistematizado para a seleção dos mais diversos dispositivos e equipamentos para o correto funcionamento de um BO e de todas as etapas necessárias para que o mesmo ocorra com qualidade.

Desempenhar funções no contexto perioperatório exige um conjunto único de habilidades, conhecimentos e atitudes, mas oferece a oportunidade de desempenhar um papel crucial na equipa cirúrgica e na melhoria da saúde dos clientes.

O desenvolvimento de competências específicas no contexto da área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória é crucial para garantir uma prestação de cuidados de qualidade e segurança durante todas as fases do processo cirúrgico. Essas competências são fundamentais para assegurar que o enfermeiro preste cuidados seguros, eficazes e centrados no cliente. Para o seu desenvolvimento concorrem a formação contínua e a prática reflexiva que devem acompanhar o profissional no exercício da sua atividade.

## 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório assume-se como o culminar do percurso para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória iniciado com a realização do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Através da sua elaboração procurou-se realizar uma análise crítico-reflexiva relativamente ao processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas na área da pessoa em situação perioperatória.

O percurso delineado nos campos de estágio e as experiências vividas permitiram o desenvolvimento de competências necessárias para a prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória. Procurou-se obter o máximo de experiências possíveis, integrar conhecimentos desenvolvidos até então e refletir sobre a importância do enfermeiro especialista enquanto promotor da ciência de enfermagem.

A possibilidade de acompanhar clientes em diferentes fases da experiência cirúrgica, contribuíram para a aquisição de competências específicas e permitiram uma visão global dos cuidados de enfermagem. Desenvolvendo a minha atividade profissional num serviço de internamento cirúrgico, torna-se impossível dissociar os momentos e a reflexão afetou positivamente a minha prestação de cuidados.

A ação profissional dos enfermeiros no contexto do perioperatório tem ganho visibilidade e tem-se consolidado no que diz respeito ao exercício autónomo de enfermagem. Numa realidade onde ainda se encontra muito presente a ação interdependente, torna-se cada vez mais importante assumir um papel ativo na representabilidade dos cuidados.

O cliente em situação perioperatória necessita de cuidados que requerem por parte do enfermeiro a mobilização de conhecimentos e habilidade específicas, tornando-se imperativo a documentação dos cuidados para a promoção da continuidade dos mesmos. Os SIE sendo, atualmente, uma realidade e uma ferramenta indispensável para a documentação, devem continuar a evoluir para que auxiliem o processo de tomada de decisão e os enfermeiros de perioperatório devem assumir um papel ativo nesta evolução. No contexto do perioperatório ainda existe muito o recurso a suporte de papel, recorrendo a formulários e listas de verificação, alguns deles partilhados pela equipa multidisciplinar para a documentação de ações interdependentes. No que diz respeito à documentação da intervenção autónoma de enfermagem, esta é muitas das vezes realizada de forma inconsistente pela multiplicidade de registos e ausência da interoperabilidade dos sistemas.

O enfermeiro perioperatório é um ator ativo, assistindo o cliente a vivenciar seu processo de transição e deve procurar representar o seu processo de tomada de decisão e contribuir para a

continuidade dos cuidados.

A realização do estágio de natureza profissional permitiu, para além do desenvolvimento de competências profissionais, a constatação da necessidade de assumir um papel ativo no nosso percurso e da importância dos contextos no impulsionamento dos seus profissionais. Este momento formativo foi marcado por algumas condicionantes, nomeadamente na conciliação do exercício profissional e o estágio e, para tal, contribuíram positivamente a disponibilidade e receptividade dos campos de estágio, nas pessoas dos enfermeiros gestores e tutores, relativamente à flexibilidade para o cumprimento das linhas orientadoras do estágio. De referir também a contribuição dos restantes profissionais dos campos de estágio, pela receptividade e adaptabilidade à minha presença procurando, também eles, contribuir para o meu processo formativo.

Espera-se que este percurso não culmine aqui e que possa continuar, enquanto enfermeira especialista, a contribuir para a representação da enfermagem perioperatória.

## 7. BIBLIOGRAFIA

Ahmed, R. A., & Boyer, T. J. (2023). Endotracheal Tube. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Almeida, A. M., Martins, T., & Lima, L. (2023). Orientações terapêuticas da autogestão da dor e ferida cirúrgica após alta hospitalar: uma scoping review. *Onco.News*, (47), e0207. <https://doi.org/10.31877/on.2023.47.06>

Almeida, F. & Pacheco, C. (2014). Posicionamentos em cirurgia. In A. Duarte, & O. Martins. *Enfermagem em bloco operatório*. Lidel.

Associação dos Enfermeiros Sala de Operações Portugueses - AESOP. (2012). *Enfermagem Perioperatória, Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidata

Association of periOperative Registered Nurses (2005). AORN Guidance Statement: preoperative patient care in the ambulatory surgery setting. *AORN journal*, 81(4), 871-878. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)60366-9](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)60366-9)

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, L., Cruz, L., Carvalho, P.C., Macedo, A.L., & Gomes, M. (2017). Proposta de consensos de manutenção da Normotermia no período peri-operatório. *Revista Sociedade da Portuguesa de Anestesiologia*, 26(1), 27-37. Retirado de: <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/10884/8940>

Babazade, R., Sun, Z., Hesler, B. D., Sharma, A., Makarova, N., Dalton, J. E., & Turan, A. (2015). The Association Between Sjögren Syndrome and Adverse Postoperative Outcomes: A Historical Cohort Study Using Administrative Health Data. *Anesthesia and analgesia*, 121(5), 1222-1230. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000913>

Barbosa, P & Vasconcelos, C. Síndrome de Sjögren [Em linha]. Núcleo de Estudos de Doenças Auto-Imunes (NEDAI) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) [https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/NEDAI\\_71.pdf](https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/NEDAI_71.pdf)

Barnes, N. L. P., & Bundred, N. J. (2014). Treatment of ductal carcinoma in situ. In *Breast Surgery* (pp. 179-198). Elsevier Saunders.

Bastos, F., Morais, E., Campos, J., Oliveira, F., Machado, N. & Pereira, F. (2021) Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia de enfermagem. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*; 44(11-12): 57-6 <https://erol.es/wp-content/uploads/2021/11/Representacao-do-Conhecimento-em-Enfermagem-do-Trabalho-na-ontologia.pdf>

Berg K. (2016). Provision of preoperative and postoperative information increases the likelihood a person will be fully prepared for home recovery. *Evidence-based nursing*, 19(2), 60. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102097>

Boehringer Ingelheim (1980) Nolotil: resumo das características do medicamento (aprovado em 30-06-2023 pelo INFARMED). Boehringer Ingelheim Portugal, Lda.

Bower, M., & Waxman, J. (2008). *Compêndio de Oncologia*. Instituto Piaget.

Brands-Appeldoorn, A., Maaskant-Braat, S., Schenk, K., & Roumen, R. (2019). Cosmetic Consequences of Breast-Conserving Treatment for Breast Cancer: Something Worth Talking About. *The oncologist*, 24(2), 172–177. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0443>

Butterworth, J.F., Mackey D.C., & Wasnick J.D. (2018). *Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology* (6a ed.). McGraw Hill.

Carvalho, W. A., Vianna, P. T. G., & Braz, J. R. C. (1999). Náuseas e vômitos em anestesia: fisiopatologia e tratamento. *Rev. Bras. Anesthesiol*, 65–79. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-229605>

Cheang, E., Ha, R., Thornton, C. M., & Mango, V. L. (2018). Innovations in image-guided preoperative breast lesion localization. *The British journal of radiology*, 91(1085), 20170740. <https://doi.org/10.1259/bjr.20170740>

Cheng, J. Y. J., Wong, B. W. Z., Chin, Y. H., Ong, Z. H., Ng, C. H., Tham, H. Y., Samarasekera, D. D., Devi, K. M., & Chong, C. S. (2021). Preoperative concerns of patients undergoing general surgery. *Patient education and counseling*, 104(6), 1467–1473. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.010>

Chouhan, V.S., & Srivastava, S. (2014). Understanding Competencies and Competency Modeling — A Literature Survey. *IOSR Journal of Business and Management*, 16, 14-22.

Davis, M. J., Perdanasari, A. T., Abu-Ghname, A., Gonzalez, S. R., Chamata, E., Rammos, C. K., & Winocour, S. J. (2020). Application of Fat Grafting in Cosmetic Breast Surgery. *Seminars in plastic surgery*, 34(1), 24-29. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1700958>

Decreto-Lei nº 71/2019 do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 101/2019, Série I . <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf>

Despacho n.º 2783/2013 do Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª série — N.º 36. <https://files.dre.pt/2s/2013/02/036000000/0690806909.pdf>

Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República, 2.ª série, nº187.

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Dias, J. M. (2004) *Formadores: Que Desempenho?* Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-75-4

Direção Geral de Saúde (DGS) (2022). Norma no 020/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. <https://normas.dgs.min-saude.pt>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório técnico final. Lisboa. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente\\_Final.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf)

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017. Lisboa. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde DGS (2022). Norma clínica: Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2013/12/31/profilaxia-antibiotica-cirurgica-na-crianca-e-no-adulto/>

Dixon, J. M. (2014). Breast-conserving surgery: the balance between good cosmesis and local control. In *Breast Surgery* (pp. 51-70). Elsevier Saunders.

Doyle, J. (2023). Supraglottic devices (including laryngeal mask airways) for airway. Uptodate.

Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel. ISBN 978-972-757-959-4

Durai R. & Ng P. C. (2010) Surgical vacuum drains: types, uses, and complications. *AORN Journal* Feb;91(2):266-71; quiz 272-4. doi: 10.1016/j.aorn.2009.09.024. Epub 2010 Feb 8. PMID: 20152200.

El-Boghdadly, K., Bailey, C. R., & Wiles, M. D. (2016). Postoperative sore throat: a systematic review. *Anaesthesia*, 71(6), 706-717. <https://doi.org/10.1111/anae.13438>

Ferreira, L., Santos, V., Pinto, D., Silva, F., Sousa, A. D., Martins, C. (2018). Avaliação de Desempenho Papel do Enfermeiro Gestor. *Journal of Aging & Innovation*, 7 (3). <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/5JAIV7E3.pdf>

Flament, T., Bigot, A., Chaigne, B., Henique, H., Diot, E., & Marchand-Adam, S. (2016). Pulmonary manifestations of Sjögren's syndrome. *European respiratory review: an official journal of the European Respiratory Society*, 25(140), 110-123.

<https://doi.org/10.1183/16000617.0011-2016>

Gan T. J. (2017). Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *Journal of pain research*, 10, 2287–2298. <https://doi.org/10.2147/JPR.S144066>

Gautam, S. (2019). Nursing interventions to reduce preoperative anxiety: A literature review. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/324479/FINAL\\_THESIS2.pdf;jsessionid=76783883583D7303E0E257C67F618104?sequence=2](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/324479/FINAL_THESIS2.pdf;jsessionid=76783883583D7303E0E257C67F618104?sequence=2)

Gonçalves, M. A., Cerejo, M. D., & Martins, J. C. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>

Grixti, A., Sadri, M., & Watts, M. T. (2013). Corneal protection during general anesthesia for nonocular surgery. *The ocular surface*, 11(2), 109–118. <https://doi.org/10.1016/j.jtos.2012.10.003>

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem - Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures, Lusociência.

Hidalgo, D. A.; Spector, J A. (2013). Mastopexy. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 132(4), 642e-656e. doi:10.1097/prs.0b013e31829fe4b4

Hines, R., Barash, P. G., Watrous, G., & O'Connor, T. (1992). Complications occurring in the postanesthesia care unit: a survey. *Anesthesia and analgesia*, 74(4), 503-509. <https://doi.org/10.1213/00000539-199204000-00006>

Ho Quoc, C., & Delay, E. (2015). Comment gérer les lésions de cytotéatonecrose mammaire après transfert graisseux ? [How to treat fat necrosis after lipofilling into the breast?]. *Annales de chirurgie plastique et esthetique*, 60(3), 179–183. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2015.02.002>

IARC - International Agency For Research On Cancer. (2024). <https://www.iarc.who.int/>

Infarmed (2016). *Prontuário Terapêutico on-line*. <https://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=parecoxib&x=0&y=0&rb1=0>

Jordan, R. M., & Oxenberg, J. (2022). Breast Cancer Conservation Therapy. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Kassahun, W. T., Mehdorn, M., Wagner, T. C., Babel, J., Danker, H., & Gockel, I. (2022). The effect of preoperative patient-reported anxiety on morbidity and mortality outcomes in patients undergoing major general surgery. *Scientific reports*, 12(1), 6312.

<https://doi.org/10.1038/s41598-022-10302-z>

Khan, S. M., Smeulders, M. J., & Van der Horst, C. M. (2015). Wound drainage after plastic and reconstructive surgery of the breast. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(10), CD007258. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007258.pub3>

Khan, A., & Shirlaw, P. J. (2016). Dry Mouth and Sjögren's Syndrome: An Overview. *Primary dental journal*, 5(1), 70–74. <https://doi.org/10.1177/205016841600500109>

Labesfal (2001). Ondansetron Labesfal: resumo das características do medicamento (aprovado em 11-02-2022 pelo INFARMED). Labesfal – Laboratórios Almiro, S.A.

Laboratórios Basi (2011). Solução polieletrólítica Basi: resumo das características do medicamento (aprovado em 27-05-2022 pelo INFARMED). Laboratórios Basi – Industria Farmacêutica, S.A.

Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. [https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601\\_01](https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01)

Luba, K., & Cutter, T. W. (2010). Supraglottic airway devices in the ambulatory setting. *Anesthesiology clinics*, 28(2), 295–314. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2010.02.004>

Machado, H. (2018). *Manual de anestesiologia*. LIDEL. (Obra original publicada em 2013)

Magalhães, C. (2014). Estimular a prática da Cirurgia de Ambulatório. *Jornal do Congresso VII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória III Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória*. APCA. NewsFarma.

Magalhães, L. D. L. (2015). O processo de aquisição de materiais médico - hospitalares [Dissertação de Mestrado]. <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/10800/1/Trabalho%2029%20Set.%20ISCTE%202015.pdf>

Manley, K. & Bellman, L. (2003) *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Loures. Lusociência. ISBN: 972-8383-54-1.

Marek, J. & Boehnlein, M. (2003). Cirurgia: Enfermagem perioperatória. In *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. 6ªed, (525 a 615) Lusociência.

Marla, S., & Stallard, S. (2009). Systematic review of day surgery for breast cancer. *International journal of surgery (London, England)*, 7(4), 318–323. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2009.04.015>

Martins, A. A., Alves, C., & Pereira, L. (2013) Insuficiência Respiratória e outras Complicações Pós-operatórias. In Machado, H., *Manual de Anestesiologia* (p. 641 a 642). Lidel.

Martins, F. (2013) Unidade de cuidados pós-anestésicos. In Machado, H. *Manual de Anestesiologia*. Lidel.

Menezes, S., Rodrigues, R., Tranquada, R., Müller, S., Gamma, K., & Manso, T. (2013). Lesões decorrentes do posicionamento para a cirurgia: Incidência e fatores de risco. *Acta Médica Portuguesa*, 26(1), 12-16. Recuperado de <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/4006/3204>

Menoita, E. C. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures, Portugal: Lusodidática.

Merry, A. F., Cooper, J. B., Soyannwo, O., Wilson, I. H., & Eichhorn, J. H. (2010). International Standards for a Safe Practice of Anesthesia 2010. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthesie*, 57(11), 1027-1034. <https://doi.org/10.1007/s12630-010-9381-6>

Ministério da Saúde, (2001). Glossário de Conceitos para a Produção de Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Mitobe, Y., Yamaguchi, Y., Baba, Y., Yoshioka, T., Nakagawa, K., Itou, T., & Kurahashi, K. (2022). A Literature Review of Factors Related to Postoperative Sore Throat. *Journal of clinical medicine research*, 14(2), 88-94. <https://doi.org/10.14740/jocmr4665>

Mora, L. D. (1999). Mama. In *Cirurgia - Patologia e Clínica*. Madrid McGraw-Hill de Portugal, Lda.

Morujão, N. (2013). Anestésicos intravenosos opioides e agentes inalatórios. In H., Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia* (pp. 235-258). Lidel.

Munhoz, A. M., Montag, E., Filassi, J. R., & Gemepri, R. (2014). Current Approaches to Managing Partial Breast Defects: The Role of Conservative Breast Surgery Reconstruction. *Anticancer Research*, 34 (3), 1099-1114. Recuperado de <http://ar.iijournals.org/content/34/3/1099.full.pdf+html>

OMS. (2009). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009. Organização Mundial de Saúde, 1 - 189. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_por.pdf?sequence=8&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf?sequence=8&isAllowed=y)

Ordem dos Enfermeiros (2001). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. OE: Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidadedos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Sistema de informação de enfermagem: princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosA>

rq\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

Panettiere, P., Accorsi, D., & Marchetti, L. (2012). The Role of Free Fat Graft in Breast Reconstruction After Radiotherapy. In F. Agullo, *Current Concepts in Plastic Surgery*.. IntechOpens. doi: 10.5772/27254

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

Petronilho, F. (2009). "Produção de indicadores de qualidade: a enfermagem que queremos evidenciar", *Revista Sinais Vitais*, 82: 35 - 43.

Petronilho, F. (2010). "Da Produção de Indicadores aos Programas de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Que Realidade nos Nossos Serviços de Saúde?, *Cuid´arte - Revista de Enfermagem*. Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 4, pp 15-23.

Petruzzi, L. M., & Vivino, F. B. (2003). Sjögren's syndrome-implications for perioperative practice. *AORN journal*, 77(3), 612-628. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61255-6](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61255-6)

Pimentel, G., Neves, J., Loureiro, A.R., Ventura, F., Vieira, A., Morais, A., Amorim, V., Lopes, P., Matos, R.C., Marques, & Ferreira, R.J.O., (2022). Consultas de enfermagem à distância em Portugal: recomendações de peritos. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 125-138

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2017). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Temático (10), 27-39. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infecoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>

Rahman G. A. (2011). Breast Conserving Therapy: A surgical Technique where Little can Mean More. *Journal of surgical technique and case report*, 3(1), 1-4. <https://doi.org/10.4103/2006-8808.78459>

Ramanadham, S. R., & Rose Johnson, A. (2020). Breast Lift with and without Implant: A Synopsis and Primer for the Plastic Surgeon. *Plastic and reconstructive surgery. Global open*, 8(10), e3057. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003057>

Ramos S., Sales L., & Barroso F. (2021). Segurança do doente: princípios e conceitos. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Eds.). *Guia prático para a segurança do doente*. (pp. 3-10). Lidel

Registo Oncológico Nacional (2020). RON 2020. <https://ron.min-saude.pt/media/2223/ron-2020.pdf>

Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro, Pub. L. No. Diário da República, 2a série, nº26, Diário da República 4744 (2019).

Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, Pub. L. No. Diário da República: 2a Série, nº135, 19359 (2018). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ruiz Hernández, C., Gómez-Urquiza, J. L., Pradas-Hernández, L., Vargas Roman, K., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 77(8), 3274–3285. <https://doi.org/10.1111/jan.14827>

Sampaio, A., Almeida, A. L., Bernardino, A., Campos, A. C., Raimundo, A., Marques, A., ...Oliveira, V. P. (2016). *Manual de cuidados Pós-anestésicos*. Coimbra. Obtido de [www.simcoimbra.org/files/cursos/04\\_29\\_16\\_02\\_manual\\_cpa.pdf](http://www.simcoimbra.org/files/cursos/04_29_16_02_manual_cpa.pdf)

Sarmiento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M., Lemos, P., & Vieira, V. (2013). *Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória*. [http://www.apca.com.pt/documentos/anestesia/recomendacao\\_DorAguda.pdf](http://www.apca.com.pt/documentos/anestesia/recomendacao_DorAguda.pdf)

Sequeira, C. (2016) *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde - SPMS (2019). Norma técnica para disponibilização de notas de alta estruturadas no Registo de Saúde Eletrónico a partir dos sistemas hospitalares de registo clínico. <https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Norma-t%C3%A9cnica-para-disponibiliza%C3%A7%C3%A3o-de-notas-de-alta-estruturadas-no-RSE-a-partir-dos-sistemas-hospitalares-de-registo-cl%C3%ADnico.pdf>

Silva, A. (2000). *Auditoria do Management Público*. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa.

Silva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E., Bastos, F., Pereira, F. M. S., ... & Marques, P. (2014) *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem-SAPE*. Porto: ESEP. [https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i\\_d/publicacoes/apn-978-989-98443-5-3.pdf](https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/apn-978-989-98443-5-3.pdf)

Sociedade Americana de Anestesiologia (2017). Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology*, 126(3), 376–393. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001452>

Sousa, H. & Marques, O. (2014). Anestesia. In A. Duarte & O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório* (capítulo 9, pp. 69 a 92). Lidel.

Sousa, P., Frade, M, Mendonça, D. (2005) - Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. *Acta Paulista de Enfermagem*. [em linha]. São Paulo. Vol. 18, nº 4, p.368-381. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a05v18n4.pdf>

Tavares, J. (2013) Farmacologia Essencial para Anestesiologia. In Machado, H., *Manual de Anestesiologia* (capítulo 4, pp. 74-81). Lidel.

Tetteh H. A. (2012). Kaizen: a process improvement model for the business of health care and perioperative nursing professionals. *AORN journal*, 95(1), 104-108. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.11.001>

Turner, A., Abu-Ghname, A., Davis, M. J., Winocour, S. J., Hanson, S. E., & Chu, C. K. (2020). Fat Grafting in Breast Reconstruction. *Seminars in plastic surgery*, 34(1), 17-23. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1700959>

Vallerand, A., Sanoski, C., & Deglin, J. (2016). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. (14.ª ed). Lusodidacta.

Vieira, V., Marcos, A., Patuleia, D., & Lança, F. (2012). *Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória - Recomendações Portuguesas para a Profilaxia e Tratamento das Náuseas e Vômitos no Pós-operatório em Cirurgia de Ambulatório*. [https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes\\_nauseas.pdf](https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf)

Wang, H. T., Barone, C. M., Steigelman, M. B., Kahlenberg, M., Rousseau, D., Berger, J., ... & Ortegon, D. P. (2008). Aesthetic outcomes in breast conservation therapy. *Aesthetic surgery journal*, 28(2), 165-170.

Wright, G. T., Ashworth, L., & Pettey, S. (2020). AANA Journal Course: Update for Nurse Anesthetists-Optimizing Mechanical Ventilation During General Anesthesia. *AANA journal*, 88(2), 149-157.

Xavier, F., & Carrilho, S. (2014). Cuidados pós-operatórios. Em A. Duarte, & O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa: LIDEL.

Zingg, W., Barton, A., Bitmead, J., Eggimann, P., Pujol, M., Simon, A., & Tatzel, J. (2023). Best practice in the use of peripheral venous catheters: A scoping review and expert consensus. *Infection prevention in practice*, 5(2), 100271. <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2023.100271>



## **8. ANEXOS**



## **Anexo I**



## Memória Descritiva sessão de formação

### Denominação:

Nota de Alta de Enfermagem – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

### Tipo de Formação:

Formação em serviço

### Fundamentação:

A nota de alta de enfermagem estabelece-se como um instrumento fundamental de comunicação entre profissionais de saúde após a realização de uma cirurgia em regime de ambulatório.

As disposições estabelecidas a nível nacional e institucional regulamentam a sua execução e reforçam a sua importância.

A reflexão sobre as mesmas, relativamente as diferentes cirurgias executadas, permite aos profissionais analisar a prática e contribuir para a qualidade dos cuidados prestados.

### Objetivos:

Generais	Específicos (Operacionais)
No final da sessão os formandos deverão ser capazes de: <ul style="list-style-type: none"><li>- identificar as disposições estabelecidas a nível nacional e institucional relativamente à nota de alta;</li><li>- identificar quais os diagnósticos e intervenções padrão na nota de alta, relativamente as diferentes cirurgias realizadas.</li><li>- Identificar quais os dados mínimos a transferir para a nota de alta que permitam a continuidade de cuidados</li></ul>	Refletir sobre a importância do cumprimento das disposições instituídas para a nota de alta.  Refletir sobre a importância do documento na continuidade dos cuidados prestados

### Destinatários:

Nº Formandos/Ação	Grupo(s) profissional(is)/Público-alvo	Critérios de Seleção
16	Enfermeiros	Enfermeiros que trabalham na Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

### Realização Física:

Ação nº	Data início	Data Fim	Carga Horária	Nº Dias	Horário
1	15/11/2023	15/11/2023	1hora	1	8h-9h

### Formadores:

Internos	Externos	Critérios de seleção
Enfermeira do serviço	Ana São João	Enfermeiro que trabalhe na Unidade de Cirurgia de Ambulatório

## Memória Descritiva sessão de formação

### Conteúdo Programático:

Temáticas/Nº Horas por Temática
1. – Apresentação - 5 minutos
2. – Enquadramento teórico - 10 minutos
3. – Exposição/reflexão sobre as notas de alta relativas as principais cirurgias realizadas na UCAI e UCAII- 30 minutos
4. Sumario e esclarecimento de duvidas – 10 minutos

### Metodologias:

Formação	Avaliação
Método expositivo e interrogativo.	Questões teóricas colocadas ao longo da sessão aos formandos. Avaliação da qualidade da formação pelo preenchimento de questionário de satisfação por parte dos formandos.

### Recursos Físicos e Pedagógicos:

Sala de formação; Computador portátil com a ferramenta Power-Point; Projetor de imagem.
Referências Bibliográficas: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Batista, C. (2013). Continuidade de cuidados de enfermagem: Articulação entre hospital e centro de saúde. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <a href="http://web.esenfc.pt/?url=8dRQG5tR">http://web.esenfc.pt/?url=8dRQG5tR</a></li><li>▪ Despacho n.º 2784/2013, de 20 de fevereiro do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Diário da República n.º 36/2013, Série II de 2013-02-20.</li><li>▪ Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). Norma técnica para disponibilização de notas de alta estruturadas no Registo de Saúde Eletrónico a partir dos sistemas hospitalares de registo clínico (ref. SPMS_Notas de alta). SPMS, EPE</li><li>▪ Sousa, P; Frade, M; Mendonça, D. (2005) Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. Acta Paulista de Enfermagem. [em linha]. São Paulo. Vol. 18, nº 4 (2005), p.368-381. <a href="http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a05v18n4.pdf">http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a05v18n4.pdf</a></li><li>▪ Tavares, H. (2011). Articulação de cuidados de enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde no âmbito dos cuidados continuados. [Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem submetida ao Instituto de Ciência Biomédicas de Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <a href="https://hdl.handle.net/10216/7172">https://hdl.handle.net/10216/7172</a></li></ul>

## **Anexo II**



Identificação dos diagnósticos e intervenções disponíveis no SIE para a documentação dos cuidados à cliente submetida a mastectomia parcial em regime de ambulatório.

<b>Protocolo Inicial/Atitudes terapêuticas</b>
Monitorizar frequência cardíaca Monitorizar frequência respiratória Monitorizar altura Monitorizar a Dor através de escala numérica de Dor Implementar intervenções universais segundo protocolo Monitorizar peso corporal Monitorizar Índice de Massa Corporal Monitorizar a Sat. O2 Vigiar a dor Monitorizar temperatura corporal Monitorizar tensão arterial Vigiar sinais precoces de Úlcera de Pressão
Intervenções identificadas no início que procuram dar resposta a dados necessários para a admissão do cliente, verificação cirúrgica ou registo de dados de avaliação inicial.

<b>Diagnóstico</b>	<b>Intervenções</b>
<b>Standard Regime terapêutico</b>	
Adesão ao Regime Terapêutico, Atividade Diagnóstica	Avaliar a adesão ao Regime terapêutico
Adesão ao Regime Terapêutico, Não Demonstrada	Assistir: a identificar as causas para a não Adesão ao Regime Terapêutico Avaliar: a Adesão ao Regime Terapêutico Elogiar: a Aprendizagem de Capacidades Elogiar: a tomada de decisão relativa à Adesão ao Regime Terapêutico Encorajar: a tomada de decisão relativa a comportamentos de Adesão ao Regime Terapêutico Encorajar: Crença de Saúde: Controlo do Regime Terapêutico Envolver: o Prestador de Cuidados/Família/Pessoa (significativa) Identificar: as causas para a não Adesão ao Regime Terapêutico Incentivar: a adesão às consultas de vigilância Negociar: a Adesão ao Regime Terapêutico Promover: a Aceitação do Estado de Saúde Providenciar: apoio do serviço social Reforçar: a confiança na Aprendizagem de Capacidades Reforçar: a Crença de Saúde: Capacidade de Execução do Regime Terapêutico Reforçar: a iniciativa para Comportamentos de Procura de Saúde
Conhecimento sobre a Gestão do Regime Terapêutico, Não Demonstrado	Avaliar: o Conhecimento sobre a Gestão do Regime Terapêutico Dar: folheto informativo Ensinar sobre a dieta Ensinar sobre hábitos alimentares Ensinar sobre hábitos de exercício Ensinar sobre tratamentos Ensinar: sobre a Auto-Administração de Medicamentos Ensinar: sobre a Gestão do Regime Terapêutico Ensinar: sobre as complicações associadas à não Adesão ao Regime Terapêutico Ensinar: sobre as complicações dos tratamentos Ensinar: sobre as estratégias que facilitam a Adesão ao Regime Terapêutico Ensinar: sobre as medidas preventivas de complicações dos tratamentos

	<p>Ensinar: sobre estilos de vida</p> <p>Ensinar: sobre o regime medicamentoso</p> <p>Ensinar: sobre os protocolos associados aos tratamentos</p> <p>Informar: sobre os recursos comunitários de saúde</p>
<b>Standard Tegumentos</b>	
<p>Conhecimento sobre a Ferida Cirúrgica, Não Demonstrado</p> <p>Localização: mama/lateralidade</p>	<p>Avaliar: o Conhecimento sobre a Ferida Cirúrgica</p> <p>Dar: folheto informativo</p> <p>Ensinar: a vigiar o penso da Ferida Cirúrgica</p> <p>Ensinar: sobre a Autovigilância de sinais e sintomas de complicações da Ferida Cirúrgica</p> <p>Ensinar: sobre as complicações da Ferida Cirúrgica</p> <p>Ensinar: sobre os cuidados com a Ferida Cirúrgica</p> <p>Informar: sobre os recursos comunitários de saúde</p>
<p>Ferida Cirúrgica, Sim</p> <p>Localização: mama/lateralidade</p>	<p>Executar: tratamento à Ferida Cirúrgica</p> <p>Remover: o material de sutura da Ferida Cirúrgica</p> <p>Vigiar: a Ferida Cirúrgica</p> <p>Vigiar: o penso da Ferida Cirúrgica</p>
<p>Úlcera de pressão, Baixo Risco de</p>	<p>Vigiar sinais precoces de Úlcera de Pressão</p> <p>Avaliar o Risco de Úlcera de pressão através da escala de Braden [não adequado]</p> <p>Vigiar a pele</p> <p><u>Intervenções a adicionar:</u></p> <p>Providenciar equipamento adaptativo para o Posicionar-se</p> <p>Providenciar equipamento de alívio de pressão</p> <p>Aplicar equipamento de alívio de pressão</p> <p>Executar técnica de posicionamento</p> <p>Providenciar dispositivos de segurança</p>
<p>Úlcera de pressão, Alto risco de</p>	<p>Avaliar o risco de úlcera de pressão através da escala de Braden [não adequado]</p> <p>Aplicar solução tópica para prevenção de Úlcera de pressão</p> <p>Vigiar: sinais precoces de úlcera de pressão</p> <p>Vigiar a pele</p> <p><u>Intervenções a adicionar:</u></p> <p>Providenciar equipamento adaptativo para o Posicionar-se</p> <p>Providenciar equipamento de alívio de pressão</p> <p>Aplicar equipamento de alívio de pressão</p> <p>Executar técnica de posicionamento</p> <p>Providenciar dispositivos de segurança</p>
<b>Standard Circulação</b>	
<p>Perda Sanguínea, Sim</p>	<p>Comprimir: zona afetada</p> <p>Executar: técnica de crioterapia</p> <p>Identificar: as causas para a Perda Sanguínea</p> <p>Adequar a atividade física</p> <p>Monitorizar tensão arterial</p> <p>Monitorizar frequência cardíaca</p> <p>Vigiar a pele</p> <p>Vigiar as mucosas</p> <p>Vigiar a perda sanguínea</p> <p>Executar penso compressivo</p>

Perda Sanguínea, Risco de	Monitorizar tensão arterial Monitorizar frequência cardíaca Vigiar a pele Vigiar as mucosas Vigiar a perda sanguínea Executar penso compressivo
Conhecimento sobre a Perda Sanguínea, Não Demonstrado	Ensinar sobre as causas da Perda Sanguínea Ensinar sobre as complicações da Perda Sanguínea Ensinar sobre a Autovigilância de sinais e sintomas de Perda Sanguínea Avaliar o Conhecimento sobre a Perda Sanguínea Ensinar sobre os fatores de risco para a Perda Sanguínea
Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre a Perda Sanguínea, Não Demonstrado	Ensinar o Prestador de Cuidados sobre as complicações da Perda Sanguínea Ensinar o Prestador de Cuidados sobre as precauções na Perda Sanguínea Ensinar o PC sobre a vigilância de sinais e sintomas de Perda Sanguínea Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre a Perda Sanguínea Ensinar o Prestador de Cuidados sobre as causas da Perda Sanguínea
Conhecimento sobre o Hematoma, Não Demonstrado	Ensinar sobre as complicações do Hematoma Ensinar sobre as precauções no Hematoma Ensinar sobre a Autovigilância de sinais e sintomas de Hematoma Avaliar o Conhecimento sobre o Hematoma Ensinar sobre as causas do Hematoma
Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre o Hematoma, Não Demonstrado	Ensinar o Prestador de Cuidados sobre as complicações do Hematoma Ensinar o Prestador de Cuidados sobre as precauções no Hematoma Ensinar o Prestador de Cuidados sobre a vigilância de sinais e sintomas de Hematoma Ensinar o Prestador de Cuidados sobre o regime medicamentoso associado ao Hematoma Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre o Hematoma Ensinar o Prestador de Cuidados sobre as causas do Hematoma
<b>Standard Sistema Imunitário</b>	
Infeção: associado à presença de Cateter Venoso Periférico, Risco de	Otimizar: o acesso Venoso Periférico Remover: o Cateter Venoso Periférico Trocar: o Cateter Venoso Periférico Vigiar: o local de inserção do Cateter Venoso Periférico
Suscetibilidade à Infeção, Sim (cliente pós-QT)	Advogar: o uso de medidas preventivas da Infeção Avaliar: a Suscetibilidade à Infeção Implementar: medidas preventivas da Infeção Vigiar: sinais e sintomas de Infeção
<b>Standard Sensações</b>	
Dor por Ferida, Sim	Dor por Ferida, Sim Assistir: no posicionamento antiálgico Executar: a técnica de distração Executar: a técnica de posicionamento antiálgico Incentivar: a técnica de posicionamento antiálgico Monitorizar: a Dor através de escala numérica de Dor Vigiar a dor
Conhecimento sobre a Dor, Não Demonstrado	Avaliar: o Conhecimento sobre a Dor Ensinar: sobre a Autovigilância: Dor Ensinar: sobre as causas da Dor Ensinar: sobre o Autocontrolo: Dor Ensinar: sobre o regime medicamentoso associado à Dor

Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para alívio da Dor, Não Demonstrado	Avaliar: o Conhecimento sobre as estratégias não farmacológicas para alívio da Dor Ensinar: sobre as estratégias não farmacológicas para alívio da Dor
Conhecimento sobre a técnica de posicionamento antiálgico, Não Demonstrado	Avaliar: o Conhecimento sobre a técnica de posicionamento antiálgico Ensinar: sobre a técnica de posicionamento antiálgico
Aprendizagem de Capacidades para a técnica de posicionamento antiálgico, Não Demonstrada	Avaliar: a Aprendizagem de Capacidades para a técnica de posicionamento antiálgico Instruir: sobre a técnica de posicionamento antiálgico Treinar: a técnica de posicionamento antiálgico
Aprendizagem de Capacidades para as técnicas de descontração, Não Demonstrada	Avaliar: a Aprendizagem de Capacidades para as técnicas de descontração Instruir: sobre a técnica de imaginação guiada Instruir: sobre a técnica de relaxamento muscular progressivo Treinar: a técnica de imaginação guiada Treinar: a técnica de relaxamento muscular progressivo
Aprendizagem de Capacidades para gerir a analgesia, Não Demonstrada	Avaliar: a Aprendizagem de Capacidades para gerir a analgesia Instruir: a utilizar a escala da Dor Instruir: sobre a gestão dos analgésicos Treinar: a gestão dos analgésicos
Consciência, Atividade Diagnóstica	Vigiar: o estado de consciência
Consciência, Alterada	Vigiar: o estado de consciência Monitorizar a Escala de Glasgow Vigiar as pupilas Vigiar o reflexo pupilar Vigiar reflexos motores
<b>Standard Digestão</b>	
Náusea, Atividade Diagnóstica	Vigiar a Náusea
Náusea, Sim	Gerir o ambiente físico Planear a dieta Planear a ingestão de líquidos Vigiar: a Náusea
Vomito, Risco de	Avaliar: a sensação de enfartamento Planear a dieta Planear a ingestão de líquidos Vigiar o vómito
Vomito, Sim	Colocar: em decúbito lateral Elevar: a cabeceira do leito Interromper a ingestão de alimentos Planear a dieta Planear a ingestão de líquidos Vigiar o vómito
Conhecimento sobre o Vómito/Náusea, Não Demonstrado	Avaliar: o Conhecimento sobre o Vómito/Náusea Ensinar: sobre a dieta associada ao Vómito/Náusea Ensinar: sobre as complicações associadas aos tratamentos: Vómito/Náusea Ensinar: sobre as complicações do Vómito/Náusea Ensinar: sobre o regime medicamentoso associado ao Vómito/Náusea Ensinar: sobre os fatores de risco associados ao Vómito/Náusea

<b>Standard Sistema Regulador</b>	
Metabolismo Energético (Diabetes), atividade diagnóstica	Monitorizar a glicemia capilar
Metabolismo Energético (Diabetes), Alterado	Monitorizar a glicemia capilar Planejar a dieta Vigiar: as complicações da Diabetes Vigiar: sinais e sintomas de hipoglicemia
Hipertermia, Atividade Diagnóstica	Monitorizar temperatura corporal
Hipertermia, Sim	Monitorizar temperatura corporal Gerir o ambiente físico Providenciar dispositivos de arrefecimento corporal Referir: Hipertermia ao médico Remover as roupas
<b>Standard Eliminação</b>	
Retenção Urinária, Atividade Diagnóstica	Avaliar: sinais de retenção urinária Vigiar a eliminação urinária
Retensão Urinária, Sim	Avaliar: sinais de retenção urinária Executar: técnicas de sugestão de micção Inserir cateter urinário Monitorizar: volume residual Vigiar a eliminação urinária

<b>Standard Emoções</b>	
Ansiedade, Atividade Diagnóstica	Ansiedade, Atividade Diagnóstica Monitorizar: a Ansiedade através da Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (HAMA)
Ansiedade, Demonstrada	Assistir: a identificar as causas de Ansiedade Assistir: a identificar as estratégias de Coping efetivas para o Autocontrolo Ansiedade Assistir: na gestão de sentimentos e expetativas Avaliar: a Ansiedade Avaliar: o Distresse Encorajar: a expressão de sentimentos e expetativas Envolver: o Prestador de Cuidados/Família/Pessoa (significativa) Estabelecer: relação de confiança Executar: a técnica de distração Executar: a técnica de imaginação guiada Executar: a técnica de relaxamento muscular progressivo Executar: a validação dos sentimentos Executar: escuta ativa Executar: reestruturação cognitiva Identificar: as causas da Ansiedade Identificar: as estratégias de Coping efetivas para o Autocontrolo Ansiedade Identificar: os sentimentos e expetativas Introduzir: elementos significativos no contexto de cuidados Monitorizar: a Ansiedade através da Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (HAMA) Monitorizar: o Distresse através do termómetro de Distresse Negociar: metas alcançáveis Orientar: para grupos de suporte Orientar: para terapias complementares da Ansiedade Promover: o Autocontrolo Ansiedade Promover: o Autocontrolo dos sintomas Promover: o sentimento de segurança Providenciar: apoio de psicologia
Conhecimento sobre o Autocontrolo Ansiedade, Atividade Diagnóstica	Avaliar: o Conhecimento sobre o Autocontrolo Ansiedade
Conhecimento sobre o Autocontrolo Ansiedade, Não Demonstrado	Avaliar: o Conhecimento sobre o Autocontrolo Ansiedade Ensinar: sobre as terapias complementares da Ansiedade Ensinar: sobre o Autocontrolo Ansiedade
Medo, Atividade Diagnóstica	Avaliar: o Medo
Medo, Demonstrado	Assistir: a identificar as causas do Medo Assistir: a identificar as estratégias de Coping efetivas para o Autocontrolo Medo Assistir: na gestão de sentimentos e expetativas Avaliar: o Medo Encorajar: a expressão de sentimentos e expetativas Envolver: o Prestador de Cuidados/Família/Pessoa (significativa) Estabelecer: relação de confiança Executar: a técnica de dessensibilização sistemática Executar: a técnica de distração Executar: a validação dos sentimentos Executar: escuta ativa Executar: reestruturação cognitiva Identificar: as estratégias de Coping efetivas para o Autocontrolo Medo Identificar: os sentimentos e expetativas Introduzir: elementos significativos no contexto de cuidados

	<p>Monitorizar: o Distresse através do termómetro de Distresse</p> <p>Promover: o Autocontrolo Medo</p> <p>Promover: o sentimento de segurança</p> <p>Reforçar: a autoconfiança</p>
<p>Conhecimento sobre o Autocontrolo Medo, Não Demonstrado</p>	<p>Avaliar: o Conhecimento sobre o Autocontrolo Medo</p> <p>Ensinar: sobre a técnica de dessensibilização sistemática</p> <p>Ensinar: sobre o Autocontrolo Medo</p>
<p>Conhecimento sobre as técnicas de descontração, Atividade Diagnóstica</p>	<p>Avaliar: o Conhecimento sobre as técnicas de descontração</p>
<p>Conhecimento sobre as técnicas de descontração, Não Demonstrado</p>	<p>Avaliar: o Conhecimento sobre as técnicas de descontração</p> <p>Ensinar: sobre a técnica de imaginação guiada</p> <p>Ensinar: sobre a técnica de relaxamento muscular progressivo</p>
<p>Aprendizagem de Capacidades para as técnicas de descontração, Atividade Diagnóstica</p>	<p>Avaliar: a Aprendizagem de Capacidades para as técnicas de descontração</p>
<p>Aprendizagem de Capacidades para as técnicas de descontração, Não Demonstrada</p>	<p>Avaliar: a Aprendizagem de Capacidades para as técnicas de descontração</p> <p>Instruir: sobre a técnica de imaginação guiada</p> <p>Instruir: sobre a técnica de relaxamento muscular progressivo</p> <p>Treinar: a técnica de imaginação guiada</p> <p>Treinar: a técnica de relaxamento muscular progressivo</p>