

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Estratégias para a Prevenção de Complicações do Posicionamento Cirúrgico na Abordagem ao Cliente Submetido a Cirurgia Bariátrica

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

Strategies for Preventing Complications of Surgical Positioning in Approaching Patients Undergoing Bariatric Surgery

Specialized Clinical Skills Development Project in
Medical-Surgical Nursing, for the Person in Perioperative
Situation

Autor

Joana Margarida Pessanha de Oliveira Martins Fernandes

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)

Natália de Jesus Barbosa Machado
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

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

Autor

Joana Margarida Pessanha de Oliveira Martins
Fernandes

Porto, 2024

RESUMO

Este relatório foi produzido como parte integrante do Estágio de Natureza Profissional, inserido no currículo do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória na Escola Superior de Enfermagem do Porto, durante o ano letivo 2023/2024. O objetivo deste documento é descrever, analisar e refletir criticamente, atividades realizadas durante o estágio clínico e o seu impacto no desenvolvimento pessoal e profissional. Especificamente, visa avaliar o desenvolvimento e aquisição das competências de enfermagem especializada, tanto nas áreas comuns do Enfermeiro Especialista quanto nas áreas especializadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, incluindo a prática clínica, ética e legal, prestação e gestão de cuidados, bem como a pesquisa. O estágio decorreu no Bloco Operatório Central e Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um hospital na região norte, proporcionando uma oportunidade de aprofundar competências clínicas relevantes e partilhar experiências em um ambiente de aprendizagem contínua. Durante este período, procurou-se maximizar as experiências clínicas para promover o desenvolvimento de aprendizagens profissionais diversificadas.

No estágio de natureza profissional foi desenvolvido um projeto individual, focado na prevenção de complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico na cirurgia bariátrica. Este projeto envolveu a identificação das necessidades dos clientes e a implementação de estratégias para otimizar o posicionamento e reduzir o risco de complicações. Foram feitos ajustes na posição e angulação dos membros e na densidade do material de apoio, adaptando cada posição às características anatómicas individuais. Foram também, realizadas intervenções específicas para reduzir o risco de complicações durante o posicionamento cirúrgico, incluindo o uso adicional de materiais e dispositivos de suporte e proteção das proeminências ósseas. Durante o estágio, foi utilizada a escala ELPO-PT, para avaliar o risco associado a cada posicionamento cirúrgico. A utilização desta ferramenta de apoio à decisão permitiu identificar clientes com maior risco de complicações nesta cirurgia e planejar intervenções adequadas para reduzir esse risco. Além disso, foi adquirida experiência na seleção de materiais e equipamentos cirúrgicos adequados para cada caso específico. Este projeto, contribuiu para uma abordagem mais segura e eficaz ao posicionamento cirúrgico em cirurgia bariátrica, visando a prevenção de complicações e a promoção de melhores resultados para os clientes em situação perioperatória.

Palavras Chave: Enfermagem Perioperatória; Cuidados no Posicionamento da Cirurgia Bariátrica; Estratégias de Prevenção de Complicações no Posicionamento.

ABSTRACT

His report was produced as part of the Professional Nature Internship, integrated into the curriculum of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in Perioperative Nursing at the Porto Nursing School, during the academic year 2023/2024. The purpose of this document is to describe, analyze, and critically reflect on activities carried out during the clinical internship and their impact on personal and professional development. Specifically, it aims to assess the development and acquisition of specialized nursing skills, both in the common areas of the Specialist Nurse and in those specialized in Perioperative Nursing, including clinical practice, ethics and legality, care provision and management, as well as research. The internship took place in the Central Operating Room and Ambulatory Surgery Unit of a hospital in the northern region, providing an opportunity to deepen relevant clinical skills and share experiences in a continuous learning environment. During this period, efforts were made to maximize clinical experiences to promote diversified professional learning.

During the professional internship, an individual project was developed, focused on the prevention of complications resulting from surgical positioning in bariatric surgery. This project involved identifying client needs and implementing strategies to optimize positioning and reduce the risk of complications. Adjustments were made to the position and angle of the limbs and the density of support material, adapting each position to individual anatomical characteristics. Specific interventions were also performed to reduce the risk of complications during surgical positioning, including the additional use of materials and devices to support and protect bony prominences.

During the internship, the ELPO-PT scale was used to assess the risk associated with each surgical positioning. The use of this decision support tool allowed for the identification of clients at higher risk of complications in this surgery and the planning of appropriate interventions to reduce this risk. Additionally, experience was gained in selecting appropriate surgical materials and equipment for each specific case. This project contributed to a safer and more effective approach to surgical positioning in bariatric surgery, aiming to prevent complications and promote better outcomes for clients in perioperative situations.

Keywords: Perioperative Nursing; Care in Bariatric Surgery Positioning; Prevention Strategies for Positioning Complications.

ABREVIATURAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operação Portuguesa

AORN - Association of Perioperative Registered Nurses
BOC - Bloco Operatório Central

CA- Cirurgia Ambulatória

DGS - Direção Geral de Saúde

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ILC - Infecção do local cirúrgico

IMC - Índice de massa corporal

MEMCPSPE - Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em situação perioperatória

NCNA - North Carolina Nurses Association

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PNSD - Plano Nacional de Segurança dos Doentes

SPA - Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

UCA - Unidade de Cirurgia Ambulatória

UCPA - Unidade de cuidados pós anestésicos

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. CASO 1 -BYPASS GÁSTRICO	27
3.1. Enquadramento teórico	27
3.2. Clientes	35
3.3. Medicação	35
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	36
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	41
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	42
3.5. Domínios	49
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	49
3.6. Conceção de Cuidados	55
3.7. Especificação das intervenções	58
3.8. Síntese relativa ao caso	58
4. CASO 2 -SLEEVE GÁSTRICO	61
4.1. Enquadramento teórico	61
4.2. Clientes	73
4.3. Medicação	73
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	74
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	79
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	83
4.5. Domínios	90
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	91
4.6. Conceção de Cuidados	99
4.7. Especificação das intervenções	104
4.8. Síntese relativa ao caso	106
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	109
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	161
7. BIBLIOGRAFIA	165
ANEXOS	173

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1- Classificação da Obesidade (OMS)

Figura 1- Técnica de Bypass Gástrico

Figura 2- Lesão Tegumentar após o Posicionamento da Cirurgia Bariátrica

Figura 3- Posicionamento da Cirurgia Bariátrica

Figura 4- Anatomia do Estômago

Figura 5- Gastrectomia Vertical

Figura 6- Posição de Rampa

Figura 7- Material utilizado no Posicionamento da Cirurgia Bariátrica

Figura 8- Material específico para a Cirurgia de Bypass Gástrico

Figura 9- Preparação Cirúrgica na Instrumentação da Cirurgia Bariátrica

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

No âmbito da unidade curricular, Estágio de natureza profissional com relatório, módulo II, inserido no Mestrado em Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCPSPE), pretende-se realizar o presente relatório com um Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, abordando um tema que incidisse numa problemática pertinente para a prática clínica dos Enfermeiros Perioperatórios.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza a realização de estágio como um elemento central na transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista, tendo como resultado a materialização do relatório final, desenvolvido com uma síntese crítica sobre a organização e estrutura das atividades que foram desenvolvidas em todo o processo formativo do estágio, integrando uma componente de investigação (OE, 2021).

Assim sendo, o relatório final é um instrumento fundamental na avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências, devendo ser fundamentadas sob uma visão crítico-reflexiva, objetiva e contextualizada de todo o processo de aprendizagem realizado em estágio clínico.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem como principal foco, a melhoria da qualidade de vida da pessoa e a conceção de cuidados especializados, a implementação e avaliação de planos de intervenção como resposta às necessidades das pessoas e famílias, alvo dos seus cuidados com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo assim, complicações e eventos adversos, tal como a promoção da saúde e a prevenção de doenças, neste caso, em contexto perioperatório (OE, 2018).

O estágio de desenvolvimento profissional decorreu no período de abril de 2023 a janeiro de 2024. O local de estágio selecionado para o primeiro momento, foi no bloco operatório central (BOC) de um hospital da região norte do País, e no segundo momento na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) da mesma instituição.

A temática que me suscitou interesse incidiu sobre as “Estratégias para a Prevenção de Complicações do Posicionamento Cirúrgico na Abordagem ao Cliente Submetido a Cirurgia Bariátrica”. Esta temática é uma área que me motiva explorar, não só pela complexidade do tema, mas também, pelo facto de conseguir desenvolver e implementar intervenções autónomas que contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

O tema está relacionado com os cuidados de enfermagem no posicionamento cirúrgico ao cliente com a patologia de obesidade, submetido a cirurgia bariátrica, com o objetivo de encontrar estratégias para a prevenção de complicações no posicionamento. Esta cirurgia é realizada no bloco central e no caso de o cliente reunir critérios elegíveis, a cirurgia pode ser realizada em regime de ambulatório, na unidade de cirurgia de ambulatório.

No que concerne, à unidade curricular do estágio de natureza profissional, foram definidos dois grandes objetivos para a sua realização. Em primeiro, desenvolver uma área de enfermagem tradutora de um domínio do conhecimento com relevância para os cuidados em contexto do perioperatório. Em segundo, desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Em simultâneo, foi-nos pedido a elaboração de um projeto individual de desenvolvimento profissional, na área da pessoa em situação perioperatória que, serve para demonstrar a decisão autónoma dos enfermeiros nesta área, sendo um contributo, fundamental para a segurança do cliente submetido a cirurgia bariátrica, neste projeto especificamente.

O Regulamento 429/2018 no Artigo 5º (2018), salienta que o enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, deve maximizar a segurança da pessoa a vivenciar uma situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica. A consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É assim, demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável (DR, 2018).

A obesidade é uma doença complexa definida por uma adiposidade excessiva que apresenta riscos importantes para a saúde do indivíduo. Em todo o mundo é identificada como um problema de saúde pública que acomete graves consequências para a saúde das pessoas (OMS, 2014).

Em Portugal, a obesidade tem uma prevalência alta e com uma tendência em ascendência. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014 (Global Health Observatory: Overweight and Obesity) a prevalência da obesidade era de 19,5% no sexo masculino e de 19,8% no sexo feminino, em portugueses com idade superior a 18 anos.

O índice de massa corporal (IMC), resulta da razão entre o peso (kg) e o quadrado da altura (m²). Segundo a classificação da OMS, o grau 3 corresponde a obesidade mórbida (IMC $\geq$ 40).⁶ Em Portugal, são elegíveis para cirurgia bariátrica os doentes com obesidade grau 3 ou os que apresentam obesidade grau 2 associada a patologia passível de ser otimizada.

Os efeitos adversos da obesidade têm um impacto a vários níveis e resultam visivelmente com os efeitos mecânicos do aumento do peso corporal, podendo causar diversas complicações músculo-esqueléticas, metabólicas (Diabetes Mellitus tipo 2), risco cardiovascular e efeitos graves na saúde mental da própria pessoa e família. A obesidade aumenta significativamente o risco de doenças não transmissíveis (Eisenberg et al., 2023).

A proposta cirúrgica revela-se como o tratamento mais eficaz para a perda de peso e o controlo das comorbilidades nos clientes com obesidade mórbida. O volume destas cirurgias tem aumentado nos últimos anos, por isso, há a necessidade crescente em padronizar os cuidados perioperatórios.

Segundo a literatura, as comorbilidades mais frequentemente encontradas nos clientes propostos para cirurgia da obesidade destacam-se a diabetes mellitus (DM), a hipertensão arterial (HTA), os distúrbios respiratórios do sono - síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) e síndrome hipoventilação obesidade (SHO) - e a síndrome metabólica (SM).

O obeso tem algumas características muito particulares, que condicionam os procedimentos anestésico-cirúrgicos, porém, não existem no nosso país até ao momento, recomendações perioperatórias para a sua abordagem. Existe apenas um consenso multidisciplinar que serve como diretriz na abordagem ao cliente proposto para cirurgia bariátrica que se aplica à realidade portuguesa (SPA, 2017).

A cirurgia bariátrica é uma área recentemente realizada na cirurgia de ambulatório, sendo levada a cabo esta inovação na instituição onde realizei o meu estágio de natureza profissional e pude estar envolvida neste projeto pioneiro. A cirurgia bariátrica em regime de ambulatório é realizada na instituição e tem critérios bem definidos com resultados, já bastante positivos. No entanto, é realizada, também, na cirurgia programada. Segundo dados da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, tendo como base instituições de referência, a cirurgia bariátrica apresenta uma taxa de morbilidade perioperatória de 5% e uma taxa de mortalidade aos 30 dias de 0,5% (SPA, 2017).

A literatura refere que, todos os clientes submetidos a uma intervenção cirúrgica, correm o risco de sofrer lesões relacionadas com a posição necessária para o procedimento cirúrgico e também risco de lesões associadas a quedas, especialmente durante a indução anestésica ou o acordar da anestesia geral e para se reduzir este risco a AORN recomenda que o enfermeiro permaneça sempre ao lado do cliente (Speth, 2023).

O posicionamento cirúrgico é a capacidade de colocar, mover e manter o corpo numa posição que permita a melhor exposição cirúrgica e um mínimo de compromisso das funções fisiológicas” (Valério et al., 2006).

O posicionamento da pessoa submetida a cirurgia bariátrica tem especificidades que acarretam algumas preocupações para a equipa cirúrgica e esta deve estar atenta de forma a prevenir

complicações pós-operatórias, nomeadamente lesões na pele, lesões musculares e lesões osteoarticulares.

A literatura refere ainda, que o posicionamento cirúrgico pode ser um fator para aumentar as complicações no pós-operatório, sendo que a mais frequente apontada é a úlcera de pressão, no entanto existem outras lesões decorrentes do posicionamento que podem ocorrer durante o procedimento cirúrgico. Por isso, o cuidado adequado com o posicionamento do cliente na mesa operatória é tão importante para a segurança do cliente como qualquer outro cuidado perioperatório (Valério et al., 2006).

As intervenções de enfermagem no posicionamento cirúrgico têm um contributo relevante, no que concerne a particularidades na promoção de segurança e conforto, bem como, na prevenção de complicações no pós-operatório (Bohomol et al., 2016).

A enfermagem perioperatória e a equipa multiprofissional devem assumir responsabilidades na supervisão e manutenção de um ambiente seguro e eficaz, como são as intervenções no posicionamento cirúrgico, quer para os clientes em situação perioperatória, quer para a equipa multidisciplinar. Por isso, torna-se importante definir uma política de prevenção de complicações e gestão de risco e um ambiente seguro de forma a garantir uma conduta de responsabilidade dos profissionais perante situações consideradas potencialmente perigosas para o cliente (AESOP, 2006; Penedo et al., 2015).

Segundo o Plano Nacional de Segurança do Cliente 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 PNSD 2021-2026, pág. 102), devem ser desenvolvidas práticas seguras em ambientes seguros. O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, daí a reconhecida importância que estes representam para os resultados em saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança. Os recursos existentes, as dotações, a formação dos profissionais, a organização do trabalho, a existência de ferramentas e instrumentos de registo que facilitem a comunicação entre profissionais, são algumas das condicionantes dos ambientes seguros (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Assim sendo, as medidas adotadas para um ambiente seguro, destinam-se a limitar as complicações no perioperatório, controlar as consequências de situações indesejadas ou possíveis ocorrências, através de comportamentos e métodos diários dentro da equipa e uma comunicação eficaz. Estas visam melhorar a prevenção relativamente a eventos perigosos e caso aconteçam, saber como podem ser resolvidos sem danos para o cliente (NHS, 2015).

A gestão do risco trata dos erros, enquanto a garantia da qualidade se empenha na excelência. Estas duas temáticas devem estar em concordância, sendo fundamental que os processos de melhoria contínua da qualidade, da gestão e prevenção do risco no perioperatório, sejam coordenados, diminuindo assim, os riscos para os clientes e a qualidade crescente no domínio dos cuidados prestados (Martins et al., 2006).

Ao longo do estágio de natureza profissional, foram desenvolvidas competências específicas na área do perioperatório que me permitiram como futura enfermeira especialista, perspetivar um plano de cuidados baseado na melhor evidência científica, desenvolver estratégias para a prevenção de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico na abordagem ao cliente submetido a cirurgia bariátrica e executar intervenções de enfermagem autónomas relevantes, que possam prevenir complicações no pós-operatório tendo em conta o papel do enfermeiro perioperatório como membro pluridisciplinar na equipa cirúrgica.

Paralelamente, ao desenvolvimento de competências específicas na área da cirurgia bariátrica, relativamente aos cuidados que promovam a prevenção de complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico, pude desenvolver competências na área da instrumentação cirúrgica e da circulação na cirurgia bariátrica, na colaboração da técnica anestésica, como enfermeira de anestesia e outras funções desempenhadas pelos enfermeiros especialistas como: enfermeira de referência na gestão de risco em saúde do cliente em situação perioperatória, acompanhando o enfermeiro responsável pela gestão do risco no BO, como enfermeira gestora da equipa de enfermagem e na gestão de materiais e equipamentos.

Ao longo da prática clínica, através da conceção dos cuidados, nos estágios profissionais, foram realizados dois casos clínicos experienciados no estágio, com recurso à plataforma digital da ESEP, a "e4Nursing" com o principal objetivo de desenvolver competências especializadas no contexto dos cuidados à pessoa em situação perioperatória, no meu caso específico, na área da cirurgia bariátrica. Esta plataforma foi concebida para orientar os estudantes no processo de tomada de decisão clínica, na conceção dos cuidados de enfermagem, estruturada com a Ontologia de Enfermagem.

Para a elaboração dos casos clínicos, na plataforma da "e4Nursing" são selecionados momentos que correspondem a sessões com o cliente nas três fases do perioperatório. Neste sentido, as sessões são organizadas com a seleção de diversos domínios que têm relevância para a prática clínica naquele momento, bem como, registados dados que identificam as necessidades em cuidados de enfermagem e que se constituem posteriormente como focos de atenção ou diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem mais adequadas, ao cliente naquela experiência cirúrgica.

O principal objetivo do projeto individual de competências que será explicado neste relatório, para além dos objetivos mais específicos que serão abordados, foi identificar estratégias para a prevenção de complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico na abordagem ao cliente submetido a cirurgia bariátrica e executar intervenções de enfermagem autónomas relevantes, que possam prevenir complicações no pós-operatório tendo em conta o papel do enfermeiro perioperatório como membro pluridisciplinar na equipa cirúrgica.

O presente trabalho é constituído por uma introdução, caracterização do contexto clínico, planeamento e desenvolvimento de um conjunto de competências especializadas na área de

enfermagem à pessoa em situação perioperatória que contribuíram para a formação no 2º ciclo de estudos como Mestre e Enfermeira Especialista.

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

O estágio de natureza profissional decorreu em dois contextos de perioperatório distintos: no bloco operatório central de uma instituição de saúde portuguesa e o segundo momento decorreu na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) da mesma instituição.

A instituição onde decorreu o estágio, assume uma posição de destaque na excelência dos cuidados prestados ao seu cliente e é uma referência na promoção da saúde, na prevenção da doença e na prestação de cuidados de saúde integrados, centrados na pessoa e na comunidade. A sua principal missão é a promoção da saúde, tendo como base, a identificação das necessidades do cliente e a sua comunidade, garantindo que todos tenham acesso aos cuidados de saúde integrados, preventivos, personalizados, humanizados, de excelência técnica, científica e relacional, ao longo de todo o ciclo da vida, promovendo um vínculo de confiança nos colaboradores e nos clientes.

A cirurgia bariátrica, na instituição onde decorreu o estágio, tem sido bastante desenvolvida e trabalhada ao longo dos últimos anos. Existe uma equipa dedicada aos clientes que vão ser submetidos a cirurgia bariátrica e um programa de acompanhamento perioperatório. Os clientes que têm critérios para o regime de ambulatório, são operados na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) e têm alta no mesmo dia ou no dia seguinte, até 23 horas após a cirurgia, conforme o tipo de procedimento cirúrgico utilizado e o percurso evolutivo do cliente ao longo do procedimento.

Bloco Operatório Central

O bloco operatório (BO) é uma unidade orgânica integrada no departamento hospitalar em que são prestados cuidados de saúde ao cliente em situação perioperatória, com procedimentos técnico-cirúrgicos e anestésicos de elevada complexidade (AESOP, 2011). Caso os métodos de conduta e organização interpessoal e multidisciplinar não sejam satisfatórios, vários fatores podem fomentar o “fator de erro” que podem influenciar diretamente a vida do cliente e família, como por exemplo, o aumento da mortalidade e morbilidades associadas ao perioperatório.

A enfermagem perioperatória e a equipa multiprofissional devem assumir responsabilidades na supervisão e manutenção de um ambiente seguro e eficaz, quer para os doentes em situação perioperatória, quer para a equipa multidisciplinar. Por isso, torna-se importante definir uma política de prevenção e gestão de risco e um ambiente seguro de forma a garantir uma conduta de responsabilidade dos profissionais perante situações consideradas potencialmente perigosas para o cliente. (AESOP, 2006; Penedo et al.,2015)

No que concerne à ação profissional do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, decorrem em cinco áreas de atuação que se complementam entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos, tal como foi observado no bloco central e na UCA da instituição de estágio. Este período engloba as fases pré, intra e pós-operatório. A fase pré-operatória tem início quando a pessoa e o cirurgião decidem a cirurgia e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória. A fase intra-operatória inicia-se na transferência da pessoa, para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) e a fase pós-operatória, tem início quando a pessoa dá entrada na UCPA até à finalização do processo anestésico-cirúrgico (DR, 2018).

Os cuidados de enfermagem são uma preocupação por parte das organizações e essenciais para o seu funcionamento. O conceito de dotações seguras e as suas variáveis como: a carga horária, o ambiente de trabalho, complexidade dos doentes, nível de qualificação dos enfermeiros, a combinação do pessoal de saúde, a eficiência e a eficácia causam impacto nos clientes, na profissão e nos custos resultantes. Agrupando estes conceitos cria-se uma cultura de segurança nos cuidados ao cliente. Apesar de existirem poucas definições do conceito de dotações seguras, segundo a Associação de Enfermagem do Estado da Carolina do Norte (NCNA, 2005) podemos defini-las como o reflexo da “manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização”. Elas incorporam a complexidade das atividades de enfermagem; a preparação, competência e experiência dos enfermeiros; o desenvolvimento dos profissionais de saúde; o apoio da gestão de saúde; ambiente contextual e tecnológico das instalações; apoio disponível dos serviços e a prestação de proteção a quem comunique situações anómalas (ICN, 2006).

No recobro ou unidades de cuidados pós-anestésicos é essencial a existência de pelo menos 2 enfermeiros, preferencialmente especialistas em Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, devendo o rácio ser de 1 enfermeiro por cada 2 clientes em cirurgia convencional e 1 enfermeiro por cada 3 clientes em cirurgia ambulatoria, podendo sofrer ajustes em função da complexidade dos procedimentos e dos cuidados a prestar, duração e rotatividade (OE, 2019).

O rácio de enfermeiros deve incluir o cálculo nos postos de trabalho das consultas pré e pós-operatória, a admissão pré-operatória e atividades de suporte, como gestão integrada dos cuidados, logística e suporte às salas, substituição de enfermeiros, entre outras. Nos procedimentos de pequena cirurgia com anestesia local podem ser assegurados apenas por 1 enfermeiro com função de circulante. Nas situações de partos distócicos com cesariana, deve ser elemento integrante da equipa 1 enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019).

Segundo estas considerações entende-se que devem existir nas salas de operações 3

enfermeiros por sala; no recobro imediato em cirurgia eletiva o rácio deve ser de 1 enfermeiro por 1 a 2 clientes; no recobro imediato em cirurgia de ambulatório, 1 enfermeiro por 3 clientes; no recobro tardio um rácio de 1 enfermeiro por 6 clientes, e por fim, a consulta de enfermagem perioperatória deve ter uma duração de 30 minutos (OE, 2019).

O Bloco Operatório (BO) do local de estágio, situa-se numa área bem delimitada desse hospital, da ala este. Possui dez salas operatórias, distribuídas de acordo com as especialidades cirúrgicas existentes na instituição. As especialidades cirúrgicas são: cirurgia geral, ortopedia, otorrinolaringologia que inclui a pediatria, urologia, ginecologia, cirurgia plástica, e estomatologia. O BO situa-se numa cadeia de cuidados em interface com serviços de internamento, urgência, esterilização, radiologia, laboratório de anatomia patológica, hemoterapia, entre outros considerando-se por isso, um local de cuidados diferenciados. A nível estrutural o bloco operatório divide-se em três alas, tais como:

- Uma ala, com cinco salas de operações, armazéns de material consumível clínico e esterilizados (urologia, cirurgia geral, otorrinolaringologia e outra com outro material de apoio às cirurgias), sala de anatomia patológica, onde são acondicionadas as peças cirúrgicas que depois serão levantadas por funcionários do laboratório de anatomia patológica, sala de registos médicos, vestiários e zona social que inclui: a sala de reuniões, bem como, o gabinete da receção administrativa, da enfermeira gestora, outros gabinetes de trabalho e sala de refeições.
- A segunda ala, é o local de receção dos clientes, existe um gabinete de enfermagem onde se encontra a responsável de turno, parque de camas, e dois transferes (um para a entrada dos clientes e passagem para as respetivas marquesas operatórias, e outro para passagem dos clientes para as suas camas e destas para a unidade de cuidados pós-anestésicos).
- A terceira ala, integra também, cinco salas de operações, como a Ala Norte, com sala de registos médicos, armazéns de material consumível esterilizado de ortopedia e de material clínico consumível de anestesia, farmácia, sala com material de posicionamento bem como uma sala designada de sala nove e meio, local de armazenamento de material específico esterilizado de ortopedia, e a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), onde os clientes recuperam completamente a consciência, retomam os reflexos protetores e estabilizam hemodinâmica e fisiologicamente. A UCPA é dotada de dez unidades, individualizadas com cortinas, cada uma equipada com equipamentos adequados para a monitorização necessária. Para além destes aparelhos uma das unidades encontra-se dotada com ventilador. Ainda possui uma central, com monitores ligados a todas as dez unidades de clientes e onde se encontra o anestesista, e três computadores distribuídos pela unidade para facilitar a execução de registos de enfermagem, e duas salas anexas (sala de enfermagem com material clínico de apoio de anestesia e máquina de gasometria, e sala de sujeitos). Nesta unidade existe um carro de emergência. A UCPA tem acesso ao exterior para a saída dos clientes após a sua alta. Nestas salas estão bem delimitados os circuitos com corredores para limpos e sujeitos.

O BOC divide-se por três áreas distintas:

1. Área livre - zona externa do transfere, copa e vestiários;
2. Área semi-restrita - corredores de acesso, unidade de recobro e salas de stocks;
3. Área restrita - sala de indução anestésica, lavabos e salas operatórias.

Cada sala de operações é composta por uma sala de indução anestésica (com material esterilizado e soros para apoio à anestesia) e partilha com a sala contígua uma sala de preparação cirúrgica das mãos com exceção de duas salas. Aqui encontram-se os lavatórios do centro cirúrgico, as escovas, os desinfetantes para a lavagem cirúrgica das mãos e as máscaras cirúrgicas que a equipa coloca antes de entrar na sala de operação. Há também, um carro com material esterilizado de aprovisionamento que dá apoio ao carro do enfermeiro circulante. Uma sala é usada pela gastroenterologia. O acesso de pessoal autorizado ao BO é feito exclusivamente pelos vestiários que se situam entre o secretariado e a porta de acesso dos clientes.

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

A Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) é uma unidade à parte do bloco central, com a gestão de recursos humanos partilhada. Possui três salas operatórias, distribuídas de acordo com as especialidades cirúrgicas existentes nesta unidade. As especialidades cirúrgicas são: cirurgia geral, ortopedia, otorrinolaringologia que inclui a pediatria, urologia, ginecologia, oftalmologia, estomatologia e a Dor Aguda. A UCA situa-se numa cadeia de cuidados em interface com o bloco central e os serviços de internamento, esterilização, radiologia, laboratório de anatomia patológica, hemoterapia, entre outros considerando-se por isso, um local de cuidados especializados de cirurgia em regime de ambulatório.

A nível estrutural a UCA divide-se em três salas, dois vestiários de homens e mulheres, uma sala dividida em duas zonas, uma para o acondicionamento das peças de anatomia patológica e outra onde está a estufa de aquecimento de soros e lençóis e para acondicionamento de outros equipamentos.

Na entrada da UCA, tem uma zona de pausa para os profissionais, uma área de admissão dos clientes e uma sala mais pequena para admissão também, seguidamente no corredor tem armários ao longo de toda a unidade, para acondicionamento dos materiais consumíveis, uma sala para os médicos, a sala da enfermeira gestora, uma sala de acondicionamento de materiais esterilizados e a zona do recobro imediato com dez camas e o recobro tardio com dez cadeirões. Existe, contígua ao recobro uma sala onde se realiza a consulta de follow up, duas casas de banho para os clientes e uma casa de banho para os profissionais e ainda uma sala de sujos para o acondicionamento, lavagem e desinfeção de materiais.

O circuito dos clientes nesta instituição foi desenhado para dar resposta às necessidades

crescentes da população na prestação de cuidados de saúde integrados, no sentido de salvaguardar os interesses do cliente e da comunidade e das necessidades de internamento, cirurgia ou pernoita na instituição.

Os clientes que são operados no bloco central têm proveniência de cinco locais diferentes: diferentes internamentos agrupados por especialidade cirúrgica; unidades específicas; da urgência ou da sala de emergência e da Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) onde os clientes entram, são preparados, vão para o BO central e regressam à UCA para cuidados de recobro nível II. Os clientes que vão para a UCA são clientes “ambulatorizados”, podem fazer pernoita ou ter alta para o domicílio no mesmo dia da intervenção cirúrgica.

Os clientes que são operados na unidade de cirurgia de ambulatório realizam intervenções cirúrgicas ou procedimentos minimamente invasivos com anestesia local, loco-regional ou geral, dependendo do procedimento. Após o procedimento cirúrgico os clientes são transferidos para a unidade de cuidados pós anestésicos, designado de recobro imediato e sob critérios, passam para o recobro tardio. O destino destes clientes após a alta é o domicílio ou a pernoita até ao dia seguinte, onde têm o acompanhamento e monitorização com enfermeiros especializados e se necessário apoio médico, o anestesista de urgência que dá apoio ao enfermeiro na pernoita.

Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

A unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), constitui um espaço situado à parte, das salas operatórias, concebido para o momento de recuperação do cliente submetido a um procedimento invasivo, sob anestesia geral ou loco-regional.

A UCPA é composta por dez unidades com equipamento para monitorização, uma delas está preparada para manter um cliente em ventilação mecânica, em cuidados intensivos, quando não existe vaga no serviço de Cuidados Intensivos.

As dotações seguras para a UCPA, são de um enfermeiro para cada dois clientes, no entanto existem três postos de trabalho para enfermeiros no turno da manhã e da tarde.

Nos turnos da manhã e tarde de fim-de-semana, feriados e turnos da noite, contemplam-se dois postos de trabalho para enfermeiros.

Recursos Humanos

Os recursos humanos existentes no bloco central e na unidade de cirurgia de ambulatório são enfermeiros, médicos e assistentes operacionais. A hierarquia de gestão do BO é constituída pelo diretor, que é médico, o enfermeiro gestor e enfermeira supervisora. A equipa de enfermagem é constituída por noventa e sete enfermeiros que exercem funções no bloco central e na unidade de cirurgia de ambulatório. Na equipa de enfermagem, existe um enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, um em Enfermagem de Reabilitação e nove em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em que dois são especializados na área da pessoa em

situação perioperatória. Neste momento encontram-se em formação no Mestrado de Enfermagem em Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, seis enfermeiros do bloco central e UCA. A equipa de enfermagem do bloco central está dividida em seis equipas de urgência que prestam cuidados de enfermagem no perioperatório em situação de urgência, 24 horas por dia e o resto da equipa presta cuidados de enfermagem no perioperatório em situação de cirurgia eletiva. A equipa de enfermagem da UCA, assegura os cuidados de enfermagem no perioperatório nas três fases, pré, intra e pós-operatório e também em caso de pernoita. Existem vinte e dois assistentes operacionais e quatro assistentes técnicos que dão apoio quer nas áreas clínicas, quer nas não clínicas.

Método de Trabalho no Bloco Operatório

A prestação de cuidados de saúde, incluindo os cuidados cirúrgicos no bloco operatório, é uma atividade incerta no resultado e com potencial para causar danos colaterais nos clientes. É, portanto, uma atividade de risco, estimando-se que um em cada cem internamentos hospitalares, dez têm complicações por qualquer erro, com dano para os clientes (Fragata, 2010).

Assim sendo, a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) e a European Operating Room Nurses Association, a Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) e a Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) defendem, que as pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos têm o direito de ser cuidadas por profissionais devidamente qualificados, num ambiente perioperatório seguro (Pinheiro, 1996), constituindo a segurança do cliente e a prevenção da ocorrência de erros, elementos chave no desempenho da enfermagem sobretudo, no bloco operatório (Pereira et al., 2011).

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade pressupõe que certas condições de trabalho estejam presentes, nomeadamente recursos humanos adequados. Se estas não se encontrarem reunidas, irrompemos numa violação dos direitos profissionais dos enfermeiros. Como podemos verificar no Código Deontológico, os enfermeiros têm o direito de “usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e o direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade” (OE, 2005, p.174). Portanto, ao impossibilitarmos os enfermeiros de cumprirem os seus deveres, estamos igualmente perante uma violação dos direitos humanos e dos direitos dos clientes a cuidados de enfermagem de qualidade. Os enfermeiros na procura da excelência do exercício devem “assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados” (OE, 2005, p.175).

No BO, os enfermeiros estão divididos em dois grandes grupos: os elementos da área de anestesia e os elementos da área de cirurgia, que contemplam os enfermeiros instrumentistas e circulantes. Os enfermeiros do recobro, são enfermeiros que desempenham a sua função na

anestesia ou instrumentista/circulante e também, existem três enfermeiros que só desempenham funções na unidade de cuidados pós-anestésicos. Os enfermeiros, são distribuídos por turno e por especialidade cirúrgica, de acordo com a sua competência, interesses pessoais e necessidades do serviço.

O método de trabalho dos enfermeiros, no BO, na sala operatória é um método de trabalho em equipa ou por tarefa. Cada elemento assume a sua função na sala operatória e operacionaliza em colaboração com a restante equipa, as suas tarefas, adequadas à função que lhe é atribuída no plano de trabalho diário, elaborado pelo enfermeiro gestor ou enfermeiro responsável. Aqui, não está instituída a consulta de enfermagem ou visita pré-operatória. Quanto ao método de trabalho utilizado na UCPA, é do tipo método individual de trabalho, em que o enfermeiro fica atribuído a um determinado número de clientes e é responsável pelos cuidados prestados a esses clientes durante o período em que permanecem na UCPA.

Recursos Materiais

No que respeita, aos recursos materiais que englobam equipamentos e dispositivos clínicos, disponíveis no BOC e UCA, estes estão organizados em stock numa sala no centro do corredor com materiais cirúrgicos, outra sala de stock de material de anestesia, perto da UCPA e outra sala com o nome de farmácia, onde estão os fármacos e material que contêm medicamentos para a cirurgia. Em cada sala, existe um carro da circulante com material em stock reduzido e um carro de anestesia com material para a indução anestésica e de emergência.

Cada sala operatória dispõe de um ventilador, monitor de anestesia, sensor e monitor de bloqueio neuromuscular, sensor de monitorização de índice bispectral (Bis®), um carro de apoio de anestesia, duas mesas cirúrgicas, consola de electrocirurgia, carro da circulante com material de apoio para a cirurgia, uma seringa infusora, duas seringas perfusoras, aspirador de campo cirúrgico e um termómetro por cada sala.

Na antecâmara da sala de urgência tem ao dispor um reanimador de recém-nascido, uma bancada com material de apoio para os cuidados imediatos ao recém-nascido e uma estufa para aquecimento de soros e lençóis.

A UCPA dispõe de dez monitores, três computadores, carro de via aérea pediátrico, uma sala de trabalho com armários para armazenamento de material clínico, bancada de trabalho e carros com fármacos e material de uso único como seringas e agulhas. No corredor central junto à UCPA encontra-se o carro com material de via aérea difícil, o videolaringoscópio, o fibroscópio e outros materiais de apoio à anestesia. Existem outros materiais, que estão ao dispor para serem utilizados, também, na UCPA, como os termómetros digitais de avaliação timpânica e aquecedores de ar quente.

No BOC existe ainda um robot de desinfecção UVD, utilizado para a desinfecção dos espaços e superfícies, após a limpeza terminal e após a limpeza da sala em clientes infetados em

isolamento.

As tecnologias de informação e comunicação (TIC) estão ao dispor dos profissionais de saúde da instituição para o registo de toda a atividade clínica com relevância para a continuidade dos cuidados de saúde do cliente. O sistema de informação de enfermagem é interoperável com outros dispositivos médicos, evitando a transcrição manual de dados monitorizados, garantindo maior fiabilidade dos dados pessoais e segurança para o cliente. No entanto, apresentam-se dificuldades na interoperabilidade com o sistema de informação de enfermagem utilizado nos serviços de internamento, o que dificulta a continuidade dos cuidados. Esta plataforma tem a possibilidade de extrair indicadores estatísticos, possibilitando a produção de indicadores de qualidade, seja para fins de gestão ou para produções científicas.

3. CASO 1 -BYPASS GÁSTRICO

Cliente do sexo feminino, com 64 anos de idade, com índice de massa corporal (IMC) de 38.19 - Obesidade classe 2. Foi proposta para Bypass Gástrico na cirurgia programada a realizar a 9/10/2023. Sem antecedentes cirúrgicos. Antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, hipotireoidismo, anemia e depressão.

3.1. Enquadramento teórico

Neste capítulo será desenvolvido o enquadramento teórico sobre a patologia representada no presente caso clínico, bem como, o procedimento anestésico e cirúrgico e algumas particularidades relevantes para a elaboração de um plano de cuidados adequado ao cliente e à tomada de decisão do enfermeiro.

OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA

A obesidade é uma doença metabólica que pode causar limitação nas atividades diárias do cliente e família, complicações e danos para a saúde e tem sido um problema crescente, já desde a época Medieval e considerada nas últimas décadas como uma epidemia mundial. Os efeitos adversos da obesidade têm impacto a vários níveis e resultam visivelmente com os efeitos mecânicos do aumento do peso corporal, induzindo a diversas complicações músculo-esqueléticas, metabólicas (Diabetes Mellitus tipo 2), risco cardiovascular e efeitos graves na saúde mental do próprio indivíduo e família. A obesidade aumenta significativamente o risco de doenças não transmissíveis (Eisenberg et al., 2023).

A literatura revela que a obesidade é a causa de pelo menos treze tipos de cancro, incluindo o cancro da mama, colorretal, rim, fígado e ovário, mieloma múltiplo e meningioma (Loos & Yeo, 2022).

Na Europa, a obesidade será responsável por duzentos mil novos casos de cancro anualmente e prevê-se o aumento deste número nas décadas seguintes. Para alguns países da Europa, a obesidade irá ultrapassar o tabagismo como principal fator de risco para o cancro (WHO Regional office for Europe, 2022).

A pandemia da COVID-19, veio aumentar os casos de obesidade. As pessoas que já tinham excesso de peso foram ainda mais afetadas pelas consequências da pandemia pela alteração do padrão de atividade física diária e consumo indevido de alimentos, bem como, um desequilíbrio

na saúde mental da população mundial (WHO Regional office for Europe, 2022). A disseminação mundial da COVID-19 teve impacto profundo não só, nos indivíduos, mas também, nos sistemas de saúde e no ambiente obesogénico (WHO Regional office for Europe, 2022).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2016, segundo os últimos dados da Global Health Observatory Overweight and Obesity a prevalência da obesidade era de 63,1% no sexo masculino e de 52% no sexo feminino, em portugueses com idade superior a 18 anos. A OMS utiliza uma graduação, com base no índice de massa corporal (IMC), para definir obesidade, cujo cálculo é o valor do peso dividido pela altura ao quadrado como é representado na tabela 1.

Tabela 1. Classificação da obesidade (OMS)

IMC ; kg/m ²	CLASSIFICAÇÃO
< 18,5	Sobpeso
18,5-24,9	Normal
25,0-29,9	Excesso de Peso
30,0-34,9	Obesidade tipo 1
35,0-39,9	Obesidade tipo 2
> 40,0	Obesidade tipo 3 (previamente "obesidade mórbida")

Fonte: Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2017.

Segundo a literatura sobre esta temática, de entre as comorbilidades mais frequentemente encontradas nos doentes propostos para cirurgia da obesidade destacam-se a diabetes mellitus (DM), a hipertensão arterial (HTA), os distúrbios respiratórios do sono - síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) e síndrome hipoventilação obesidade (SHO) - e a síndrome metabólica (SM). A SM é caracterizada pela presença de 3 de 5 critérios: PA aumentado; triglicérideos >150 mg/dl; colesterol HDL <40 mg/dl (homens) ou <50mg/dl (mulheres); HTA com tensão arterial sistólica ≥ 130 mmHg e/ou tensão arterial diastólica ≥ 85 mmHg; glicemia em jejum >100 mg/dl7.

O tratamento desta doença tem-se tornado um grande desafio para os especialistas, contudo com o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas nomeadamente a laparoscopia, conduziram ao sucesso do seu tratamento e a novos conhecimentos sobre a sua fisiopatologia (Faria, 2017). Nos últimos anos, surgiu um novo conceito, a Cirurgia Metabólica, que além do tratamento da obesidade, os objetivos da cirurgia passam também, pelo controlo das doenças metabólicas associadas à obesidade (ex. Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemia, Hipertensão Arterial). A cirurgia bariátrica e metabólica é recomendada para pessoas com:

- Obesidade severa Tipo 1 (IMC > 40), que não tenha respondido a outros tratamentos (dieta, exercício ou farmacológico) durante, pelo menos 1 ano.
- Obesidade Tipo 2 (IMC > 35), com doenças associadas à obesidade (Diabetes tipo 2, dislipidemia, apneia do sono, hipertensão arterial ou doenças osteoarticulares), que melhoram

com o controlo de peso.

- Obesidade Tipo 3 (IMC > 30), com doenças metabólicas associadas mal controladas (Diabetes tipo 2, dislipidemia ou HTA), com o objetivo simultâneo de redução de peso e controlo da doença metabólica.

A cirurgia bariátrica não tem indicação para todas as pessoas com problemas de excesso de peso ou obesidade. No entanto, os estudos revelam que pode ser uma excelente opção de tratamento quando os outros métodos não são eficazes.

Por conseguinte, é fundamental compreender os riscos e benefícios da cirurgia bariátrica. O utente deve estar preparado, motivado e ensinado para efetuar mudanças drásticas e alterações duradouras e no seu dia-a-dia, na forma como se alimenta e como mantém um peso saudável após a cirurgia.

A cirurgia bariátrica apresenta uma taxa de morbilidade perioperatória de 5% e uma taxa de mortalidade aos 30 dias de 0,5%. As complicações mais frequentes são: embolia pulmonar, deiscência de anastomoses, hemorragias e infeção da ferida operatória.

A realização desta cirurgia como tratamento da obesidade tem sido crescente e por isso, há uma maior preocupação de padronizar os cuidados perioperatórios. Há várias recomendações internacionais sobre a abordagem a estes clientes, a mais recente é o conceito enhanced recovery after surgery (ERAS), que emitiu guidelines para os cuidados perioperatórios ao cliente submetido a cirurgia bariátrica para o tratamento da obesidade (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2017).

Existem três tipos principais de cirurgia bariátrica, designadas por:

Restritivas: São um tipo de cirurgias que vão restringir a quantidade de alimentos, a serem ingeridos, induzindo a um processo crescente de emagrecimento. Este processo de restrição quantitativa permite ao utente comer em menos quantidade e com um aumento da saciedade durante as refeições. A técnica cirúrgica de restrição mais realizada é o Sleeve (Gastrectomia vertical).

Diabsortivas: É um tipo de técnica cirúrgica que altera o tamanho e a capacidade do estômago receber alimentos desenvolvendo uma mudança drástica na absorção dos alimentos. As técnicas diabsortivas são também designadas como cirurgias de desvio duodenal ou duodenal switch ou técnica de Scopinaro.

Técnicas Mistas: Este tipo de técnica como indica o nome são técnicas que utilizam aspetos restritivos e aspetos diabsortivos. Ou seja, há uma restrição da capacidade de receber alimentos pelo estômago, assim como, há um desvio do intestino para uma má absorção dos alimentos. As técnicas mistas mais realizadas são o bypass gástrico ou cirurgia Fobi-Capella. A taxa de sucesso desta cirurgia é bastante alta, bem como, a taxa de satisfação dos clientes. Contudo, o

tipo de técnica cirúrgica a realizar num cliente depende das condições clínicas após uma avaliação criteriosa do médico.

A técnica cirúrgica de eleição pelos especialistas para o tratamento da obesidade e controlo das doenças metabólicas é o Bypass Gástrico. No entanto, existem contra-indicações que impossibilitam a sua realização, nomeadamente a condição clínica do cliente. Para estas exceções, existem outras técnicas cirúrgicas em alternativa, tais como: Sleeve Gástrico (Gastrectomia vertical); Mini-bypass Gástrico; Banda Gástrica; Duodenal Switch/Derivação bilio-pancreática; Balão Intra-Gástrico (BIG); Remoção ou Revisão de Banda Gástrica.

O Bypass Gástrico em Y de Roux que é a técnica mais realizada em clientes com obesidade mórbida e a técnica realizada neste caso clínico. Esta técnica é caracterizada pela construção de uma pequena bolsa gástrica proximal.

Todas as técnicas na cirurgia bariátrica podem ser realizadas por via laparoscópica e se houver alguma complicação no decorrer da cirurgia como por exemplo a perfuração de algum órgão ou hemorragia a cirurgia terá que ser convertida para uma laparotomia. Atualmente a cirurgia bariátrica é realizada por laparoscopia pelos benefícios intra e pós-operatórios que esta técnica minimamente invasiva oferece ao cliente.

A cirurgia bariátrica é uma cirurgia cada vez mais realizada em Portugal, devido à taxa de obesidade ter vindo a aumentar à semelhança de outros países, e ser uma preocupação crescente reconhecida como um problema de relevância na saúde mundial.

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS), dirigiu orientações de boas práticas para a abordagem ao cliente submetido a cirurgia bariátrica, em que foram definidas especificidades e critérios de elegibilidade para a intervenção cirúrgica para o tratamento da obesidade.

SISTEMA DIGESTIVO

O sistema digestivo é constituído por diversos órgãos que contribuem para o processo da digestão. Estão incluídos órgãos desde a boca até ao ânus. Este sistema tem como função receber os alimentos através da boca, onde são triturados, posteriormente seguem pela faringe e esófago e são decompostos no estômago através dos sucos gástricos. Posteriormente, os nutrientes são absorvidos no intestino e libertados para a corrente sanguínea e eliminadas as partes não digeríveis dos alimentos pelo reto e ânus, através das fezes. Alguns outros órgãos que estão fora do trato digestivo, também fazem parte do sistema digestivo, tais como: Pâncreas; Fígado; Vesícula Biliar e Glândulas Salivares.

O sistema digestivo tem uma particularidade que é o facto de produzir fatores de coagulação sanguínea e a secreção de hormonas que não estão relacionadas com a digestão. Portanto, exerce uma outra função de excreção de substâncias tóxicas do sangue e metabolização dos medicamentos (Parswa, Ansari, MD, 2021).

Os órgãos do sistema digestivo estão dentro da cavidade abdominal que é constituída por diversas camadas de pele, gordura, músculo e tecido conjuntivo. Na zona posterior situa-se a coluna vertebral, na zona superior o diafragma e a zona inferior os órgãos pélvicos. Ela é revestida por uma membrana denominada peritoneu. O peritoneu reveste a maior parte das superfícies externas dos órgãos digestivos.

Investigação na área reconheceu uma interligação entre o sistema digestivo e o cérebro, em que foi comprovado que fatores psicológicos podem influenciar os movimentos peristálticos do intestino, a secreção de enzimas digestivas e outras funções do sistema digestivo. A suscetibilidade ao desenvolvimento de infecções, conduz a vários distúrbios do sistema digestivo, é fortemente influenciada pelo cérebro.

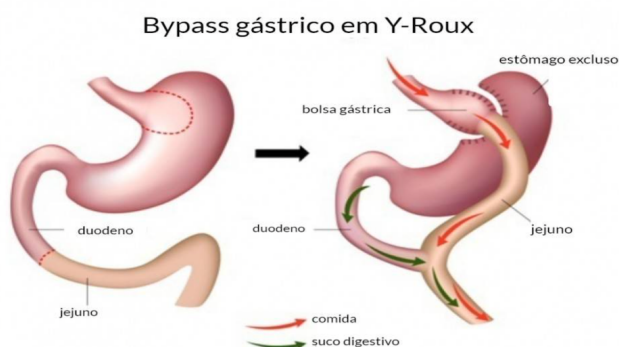
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (BYPASS GÁSTRICO)

O tratamento cirúrgico é o único tratamento para a obesidade em que existem perdas significativas de peso, duradouras e a uma melhoria das doenças associadas à obesidade. Para além deste fato, é o único tratamento que está associado a uma diminuição do risco de morte por diversas causas que a doença implica (Faria.G, 2019).

A técnica cirúrgica de eleição pelos especialistas para o tratamento da obesidade e controlo das doenças metabólicas é o Bypass Gástrico. No entanto, existem contraindicações que impossibilitam a sua realização, nomeadamente a condição clínica do utente.

O Bypass Gástrico em Y de Roux que é a cirurgia descrita neste caso (figura 1), é a técnica mais realizada em clientes com obesidade mórbida. Esta técnica é caracterizada pela construção de uma pequena bolsa gástrica proximal em substituição do estômago na pequena curvatura e posteriormente uma reconstrução do trânsito gastrointestinal com uma ansa do jejuno em forma de Y. É realizada a resseção da maior parte do estômago, duodeno e jejuno proximal ficando essa bolsa de jejuno em Y. Esta bolsa jejunal tem um efeito restritivo e disabsortivo, pois a absorção dos nutrientes é alterada (efeito disabsortivo) gerando uma sensação de saciedade precoce e a capacidade dos alimentos também é menor e por isso, há o efeito restritivo (Faria.G, 2019).

Figura 1 - Técnica de Bypass Gástrico



Fonte: Furlan, 2019

Esta técnica cirúrgica pode ser realizada por via laparoscópica ou por laparotomia. Atualmente é mais realizada por laparoscopia pelos benefícios intra e pós-operatórios que esta técnica minimamente invasiva oferece.

É evidente que a perda de peso melhora o risco cardiovascular, dados os seus efeitos positivos na tensão arterial e na coagulação sanguínea. Cada redução de 1 % no peso corporal traduz-se por uma queda de 1mmHg na tensão arterial sistólica e de 2 mmHg na diastólica (Frazão, 2017). A redução de peso melhora o controlo glicémico entre a 10 a 20% e estes benefícios podem manter-se ao longo de 1 a 3 anos.

No pós-operatório é prescrita uma dieta que tem como objetivo melhorar o processo de cicatrização e evitar complicações nutricionais. Por isso, é importante o cliente estar motivado e respeitar a sequência de fases que variam entre oito a dez semanas: dieta líquida clara, líquida completa, pastosa, branda e normal (Kelly, 2014). Na primeira semana tem de haver uma readaptação do trato gastrointestinal com repouso gástrico e cicatrização das anastomoses.

As alterações alimentares, deve contemplar um plano hipocalórico e a reintrodução gradual dos alimentos. Inicia-se a alimentação com líquidos claros até dieta sólida, introduzida após 30 dias de pós-operatório. A restrição da capacidade gástrica leva a um consumo alimentar inferior a 50% das necessidades nutricionais, por este motivo deve-se suplementar com vitaminas e minerais o mais breve possível (Kelly, 2014).

POSICIONAMENTO NA CIRURGIA BARIÁTRICA: BYPASS GÁSTRICO

O posicionamento neste tipo de cirurgia acarreta algumas preocupações e particularidades às quais, a equipa cirúrgica deve estar atenta, para prevenir complicações pós-operatórias, nomeadamente lesões na pele, lesões musculares e lesões osteoarticulares.

Segundo a AESOP, o posicionamento cirúrgico é a capacidade de colocar, mover e manter o corpo numa posição que permita a melhor exposição cirúrgica e um mínimo de compromisso das funções fisiológicas (AESOP, 2006).

A literatura refere que o posicionamento cirúrgico pode ser um fator para aumentar as complicações no pós-operatório, sendo que a mais frequente apontada é a úlcera de pressão, no entanto existem outras lesões decorrentes do posicionamento que podem ocorrer durante o procedimento na cirurgia bariátrica, como o exemplo abaixo na figura, que o cliente ficou com rubor após o posicionamento cirúrgico.

Figura 2- Lesão Tegumentar após Cirurgia Bariátrica



Figura 3: Posicionamento da Cirurgia Bariátrica



Fonte: medicalexpo.com

Outro aspecto importante no posicionamento na cirurgia bariátrica é a parte da cabeça que engloba a via aérea com a posição "de rampa" para a abordagem da via aérea, com a posição de trendelenburg reverso elevado para otimizar o acesso cirúrgico e medidas para evitar que o cliente escorregue, transferências seguras e proteção cuidadosa das proeminências ósseas e das áreas de maior pressão para evitar a lesão nos nervos e da pele (Shinde & Davis, 2020).

A literatura refere ainda que todos os clientes submetidos a uma intervenção cirúrgica, correm o risco de sofrer lesões relacionadas com a posição necessária para o procedimento cirúrgico e também risco de lesões associadas a quedas, especialmente durante a indução anestésica ou o acordar da anestesia geral e para se reduzir este risco a AORN recomenda que o enfermeiro permaneça sempre ao lado do cliente (Speth, 2023).

As lesões podem ser causadas por estiramento ou compressão de tecidos que podem levar à redução do fluxo sanguíneo e isquemia, por fricção e forças de cisalhamento, ou por pressão prolongada que pode levar à rutura da pele. As lesões decorrentes do posicionamento podem causar danos maiores ou menores, e os efeitos podem ser temporários ou permanentes (Burlingame, 2017).

Os clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos e invasivos correm um risco acrescido de complicações que podem afetar vários sistemas como o sistema músculo-esquelético, tegumentar, cardiovascular, respiratório e nervoso.

O posicionamento correto do cliente é importante porque, sob a influência da anestesia geral, o cliente não se pode mover e não pode sentir a dor gerada pela permanência numa posição

durante um período de tempo prolongado. Mesmo um cliente que esteja sob anestesia local pode não sentir dor ou pode não ser capaz de comunicar onde se encontra a sensação de dor. Devido a estas limitações, a equipa perioperatória deve tomar medidas para evitar lesões relacionadas com o posicionamento do cliente durante a cirurgia (AORN, 2017).

Apesar de, durante uma cirurgia ser difícil o acesso ao cliente, pois este está por baixo dos campos cirúrgicos, antes, deve haver uma avaliação criteriosa pela equipa cirúrgica, e se necessário reposicionar o cliente de forma a otimizar a distribuição da pressão, remover a carga das proeminências ósseas, reduzindo ao máximo as forças de torção e fricção (AORN, 2018).

A posição selecionada deve: proporcionar a exposição do local da cirurgia; manter o conforto e a privacidade do doente; permitir o acesso a linhas intravenosas e equipamento de monitorização; permitir a otimização da ventilação; manter a circulação; proteger os dedos das mãos e dos pés, os órgãos genitais, os músculos, os nervos, as proeminências ósseas, as articulações, a pele e os órgãos vitais contra lesões; e estabilizar o cliente para evitar deslocamentos ou movimentos involuntários (Burlingame, 2017).

Neste contexto, a enfermagem perioperatória e a equipa multiprofissional devem assumir responsabilidades na supervisão e manutenção de um ambiente seguro e eficaz, quer para os clientes em situação perioperatória, quer para a equipa multidisciplinar. Por isso, torna-se importante definir uma política de prevenção de complicações e gestão de risco e um ambiente seguro de forma a garantir uma conduta de responsabilidade dos profissionais perante situações consideradas potencialmente perigosas para o cliente (AESOP, 2006; Penedo et al., 2015).

As medidas adotadas destinam-se a limitar as complicações no perioperatório; controlar as consequências de situações indesejadas ou possíveis ocorrências, através de comportamentos e métodos diários dentro da equipa e uma comunicação eficaz. Estas visam melhorar a prevenção relativamente a eventos perigosos e caso aconteçam, como podem ser resolvidos sem danos para o doente (NHS, 2015).

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

As técnicas anestésicas utilizadas em cada cirurgia são selecionadas pelo anestesiológista em acordo com a cliente, segundo os critérios clínicos individuais, previamente analisados. Após a seleção da melhor técnica para aquele cliente ajustada à cirurgia que vai realizar, o enfermeiro prepara e colabora na técnica, bem como, apoia o cliente para uma indução anestésica tranquila, sem interferências.

É importante salientar, que independentemente da técnica anestésica, esta deve ser realizada com meios seguros para uma eventual emergência, uma boa analgesia pós-operatória, prevenção de náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO), com o principal objetivo de uma rápida e eficaz recuperação no recobro bem como, a optimização do turnover dos clientes

(Butterworth et al., 2018).

A técnica anestésica utilizada para a cirurgia bariátrica é a anestesia geral balanceada, em que são administrados fármacos anestésicos por via endovenosa e inalatória com doses que são calculadas em função do peso e da idade do cliente, com o principal objetivo de induzir a anestesia e manter o estado de inconsciência durante todo o procedimento cirúrgico. Na anestesia geral balanceada, o anestesiológista monitoriza de forma contínua a profundidade da anestesia através do índice bispectral (BIS), da sequência de quatro estímulos (train-of-four - TOF) e as funções cardíaca, respiratória e neurológica, ajustando as doses de terapêutica, para garantir que o cliente permaneça inconsciente e sem dor, de forma segura (Barash et al., 2017).

A anestesia geral 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 (Machado, 2018). A vantagem da anestesia geral balanceada é que ela permite um controlo preciso da profundidade da anestesia, minimizando o risco de complicações associadas a doses excessivas ou insuficientes de anestésicos. Apesar de ser uma técnica segura, a anestesia geral balanceada tem alguns riscos e algumas desvantagens, como possibilidade de depressão respiratória, NVPO e reações alérgicas aos anestésicos (Machado, 2018).

Na anestesia geral são utilizados como base três tipos de fármacos, tais como:

1. Analgésicos opióides;
2. Hipnóticos indutores;
3. Relaxantes musculares.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 64 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-09 14:00:00	Solução Polielectrolítica 1000 ml EV	
2023-10-09 14:15:00	Cefazolina 2 gr EV	2023-10-09 17:45:00
2023-10-09 14:15:00	Midazolam 2 mg EV	2023-10-09 17:45:00
2023-10-09 14:15:00	Fentanil 0,15 mg EV	2023-10-09 17:45:00
2023-10-09 14:15:00	Propofol 200 mg EV	2023-10-09 17:45:00
2023-10-09 14:15:00	Rocurónio 100 mg EV	2023-10-09 17:45:00
2023-10-09 14:15:00	Dexametasona 8 mg EV	2023-10-09 17:45:00
2023-10-09 14:15:00	Paracetamol 1 gr EV	
2023-10-09 14:15:00	Sugamadex 200 mg EV	2023-10-09 17:45:00
2023-10-09 17:45:00	Petidine 40 mg EV	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Na cirurgia bariátrica são recomendados fármacos de ação facilmente reversível, com início e fim de efeitos rápidos. Para esta cirurgia, a maioria dos fármacos são administrados segundo o peso corporal magro, sendo usado o peso corporal ajustado para o sugamadex e o propofol em perfusão.

No pré-operatório, o cliente tem um acesso venoso, para fluidoterapia com polielectrolítico. A correta abordagem da fluidoterapia é crucial para evitar as consequências da sobrecarga de fluidos e manter adequada hidratação e oxigenação. O cálculo da fluidoterapia deverá ser efetuado segundo o peso corporal ideal. Em cirurgia laparoscopia recomenda-se que seja efetuada apenas fluidoterapia de manutenção. A avaliação dos parâmetros funcionais como a variação do volume de ejeção ou da pressão de pulso permite monitorizar a adequação da fluidoterapia (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2017). Posteriormente dá-se início à fase pré-anestésica com sedação e analgesia pré-operatória, com fentanil ou remifentanil, posteriormente o indutor de eleição, o propofol e o relaxante muscular antes da intubação endotraqueal, o rocurónio. Posteriormente, faz-se a administração de outros analgésicos, antieméticos para a prevenção de náuseas e vômitos e antes do cliente acordar, é administrado o antagonista para reversão do bloqueio neurovascular, normalmente o mais utilizado, é o sugamadex.

Contudo, não há evidência científica atual que seja a favor da manutenção anestésica por target controlled infusions (TCI) de propofol ou por agentes halogenados. A TCI usando o modelo de Marsh não permite input de peso superior a 150 kg, e o modelo de Schnider não permite input de IMC > 35 kg/m² (nas mulheres) ou 42 kg/m² (nos homens). Relativamente aos agentes halogenados, a preferência recai sobre o desflurano, pois permite a recuperação mais rápida dos reflexos da via aérea.

É recomendado que a manutenção dos fármacos nesta cirurgia se inicie logo após a indução

anestésica, de forma a prevenir que o cliente retome a sua consciência (awareness).

Os anestésicos endovenosos têm um início de ação rápido e não são irritantes para as vias aéreas, o que favorece a sua rápida recuperação no pós-operatório imediato no recobro. Podem, no entanto, causar dor ou irritação local durante a administração e ser acompanhados de efeitos cumulativos, sendo que as variações das concentrações plasmáticas não são influenciáveis por intervenções externas (Machado, 2018).

Em associação com o anestésico endovenoso, são frequentemente usados gases anestésicos como o sevoflurano e o desflurano para a manutenção da anestesia. Apesar da anestesia inalatória com sevoflurano ter o potencial de uma emergência anestésica mais rápida, quando comparada com a anestesia endovenosa total a probabilidade de NVPO pode ser maior, se não for administrado medicamento profilático adicional (Butterworth et al., 2018).

Neste tipo de cliente há um risco acrescido para ocorrerem fenómenos tromboembólicos e por isso, está indicada a sua prevenção com fármacos anticoagulantes. A profilaxia farmacológica será iniciada 6-12 horas depois da cirurgia, sendo esta mantida até à alta hospitalar. Nos clientes com elevado risco de TEV a anticoagulação profilática deverá ser prolongada para o domicílio, pelo menos, por 10-15 dias. Nos clientes com obesidade tipo III as doses adequadas para trombopprofilaxia ainda não foram claramente definidas em guidelines. De um modo geral, a dose de anticoagulante deverá ser calculada em função do peso (ex: 0,5 mg/kg para a enoxaparina), por aproximação, e deverá atender ao risco de hemorragia e à existência de insuficiência renal. A partir dos 145 kg poderá haver necessidade de redução proporcional (SPA, 2016). Num artigo de revisão recente é sugerida a administração de enoxaparina 40 mg, via subcutânea, duas vezes por dia, para clientes com IMC entre 40 e 60, sendo indicado que mais estudos são necessários para definir a melhor estratégia terapêutica em clientes com obesidade tipo II e na obesidade extrema (Guidelines SPA, 2016).

FÁRMACOS UTILIZADOS NA CIRURGIA BARIÁTRICA

Propriedades Farmacológicas, Indicações Terapêuticas e Modo de Administração:

SOLUÇÃO POLIELECTROLÍTICA

A solução polielectrolítica está indicada para a desidratação de predomínio extracelular, independentemente da causa (vómitos, diarreias, fístulas, etc.); hipovolemia independentemente da causa (choque hemorrágico, queimaduras, perda hídrica e eletrolítica no perioperatório) e acidose metabólica ligeira.

O equilíbrio de fluidos, os eletrólitos séricos e o equilíbrio ácido-base podem ter de ser monitorizados antes e durante a administração, com especial atenção ao sódio sérico em doentes com aumento da libertação de vasopressina não-osmótica (síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH)) e em doentes co- medicados com agonistas da

vasopressina devido ao risco de hiponatremia adquirida em ambiente hospitalar. A monitorização do sódio sérico é particularmente importante no caso dos fluidos hipotónicos. A tonicidade da solução polielectrolítica é isotónica. O volume e a velocidade de perfusão dependem da idade, do peso e do estado clínico do cliente (p. ex., queimaduras, cirurgia, ferimentos na cabeça, infeções), e a terapia concomitante deve ser determinada pelo médico especialista em terapêutica pediátrica com fluidos intravenosos. A dosagem e a velocidade de administração dependem da idade, peso, condições clínicas e biológicas do cliente e da terapêutica concomitante. A velocidade de perfusão é habitualmente de 40 ml/kg/24h em adultos, idosos e adolescentes. Quando utilizado para substituição do fluído intra-operatório, a velocidade de perfusão normal pode ser mais elevada e é de cerca de 15 ml/kg/h.

A administração é efetuada por via intravenosa. Esta solução pode ser administrada antes, durante e após uma transfusão sanguínea. Devido à sua isosmolalidade, esta solução pode ser administrada através de uma veia periférica.

Na cirurgia bariátrica a pré-medicação deverá ser administrada uma hora antes do procedimento e inclui: Antagonista H2 ou inibidor da bomba de prótons: metoclopramida e dexametasona (8-10 mg) para profilaxia de náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) e da resposta inflamatória e profilaxia antibiótica segundo a norma da DGS (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia para a Cirurgia Bariátrica, 2017).

CEFAZOLINA

A cefazolina é um antimicrobiano de primeira escolha para cirurgias limpas e limpas-contaminadas. A dose para profilaxia deve ser o dobro da dose normal (Direção Geral da Saúde, 2013). Este fármaco é uma cefalosporina de primeira geração que na presença bacteriana liga-se à parede celular desta, causando a morte celular. Deve ser administrado com precaução em doentes com patologia renal. Náuseas, vômitos e diarreia são alguns dos efeitos colaterais deste fármaco (Deglin & Vallerand, 2003).

METOCLOPRAMIDA

A metoclopramida é um fármaco antiemético usado para tratar distúrbios gastrointestinais, como doença do refluxo gastroesofágico, náuseas e vômitos causados pela administração de determinados fármacos. Normalmente é utilizado em associação com o tramadol com o intuito de evitar as náuseas e vômitos. Agitação, sonolência, fadiga, efeitos extrapiramidais são algumas das reações adversas descritas (Deglin & Vallerand, 2003).

DEXAMETASONA

A dexametasona é um corticosteroide, glucocorticoide. Os efeitos indesejáveis deste fármaco são: risco de alterações dos eletrólitos; edema; insuficiência cardíaca e arritmias; convulsões; fraqueza muscular; miopatias; hiperglicemia; osteoporose; agitação; insónia; cefaleias; aumento

da pressão intraocular e glaucoma.

FENTANIL

O fentanil é um analgésico opióide, geralmente usado na fase de indução anestésica. Tem início de ação rápido (2-5 minutos) e duração entre 30 minutos a uma hora. Apresenta metabolização hepática e eliminação renal (Duarte & Martins, 2014). Este fármaco liga-se aos recetores opiáceos no Sistema Nervoso Central, alterando a resposta à dor e sua percepção. Os efeitos colaterais/ reações adversas mais frequentes são: depressão respiratória, broncospasmo, laringospasmo, arritmias, bradicardia, hipotensão, prurido, rigidez muscular, náuseas e vômitos (Deglin & Vallerand, 2003).

Este fármaco é considerado o analgésico opióide de eleição. O antagonista dos opióides é a naloxona. As moléculas dos diversos opiáceos só compartilham uma parte da estrutura química, pelo que cada um tem efeitos próprios e um perfil farmacocinético individual. Importa salientar a depressão respiratória e cardiovascular, humor, temperatura e contração da fibra muscular lisa intestinal e urinária, dependência física e tolerância (Machado, 2018).

MIDAZOLAM

O midazolam é um sedativo muito utilizado na fase de pré-indução ou em sedação em anestesia locorregional em contexto perioperatório (Duarte & Martins, 2014). Este fármaco tem uma estrutura molecular pequena, “hidrossolúvel in vitro e lipossolúvel in vitro” (Duarte & Martins, 2014, p. 71). Apresenta curta duração, com um início de ação de 28 segundos e efeito máximo de 3 minutos. O midazolam exerce efeito nos recetores benzodiazepínicos que modulam os recetores GABA (Duarte & Martins, 2014). Este é metabolizado no fígado e pode apresentar as seguintes reações adversas: cefaleias, sonolência, amnésia anterógrada, náuseas e vômitos (Deglin & Vallerand, 2003).

PROPOFOL

O indutor anestésico endovenoso mais utilizado é o propofol. O propofol é o hipnótico mais utilizado para a anestesia geral intravenosa de curta duração. Trata-se de um hipnótico usado na indução e manutenção da anestesia e na sedação. Com a administração deste fármaco é induzida uma depressão do sistema nervoso central. A dose administrada deve ser de 2 a 2,5mg/kg e a perda de consciência ocorre em menos de 1 minuto. Este fármaco serve para a indução e manutenção da anestesia geral e sedação em caso de procedimentos de diagnóstico ou procedimentos cirúrgicos menor, isoladamente ou em associação com anestesia local ou regional, em adultos e crianças com idade superior a 1 mês. Este indutor, deve ser administrado com precaução e lentamente, pois pode causar dor local na administração. Para diminuir esta dor pode ser administrada a lidocaína antes da administração do propofol.

ROCURÓNIO

O relaxante muscular mais utilizado é o rocurónio, sendo que a existência de um antagonista específico (sugamadex) para a reversão deste bloqueio.

O rocurónio é um relaxante muscular antagonista da succinilcolina ligando-se aos recetores pós-sinápticos da acetilcolina impedindo a sua ação. Não origina despolarização ou fasciculações. Tem um tempo de início de ação rápido de 60 a 90 segundos e com uma duração de ação de 15 a 25 minutos. Não é metabolizado e é de eliminação principal por via hepática e secundária por via renal. Este fármaco permite que o tempo entre a cessação da ventilação espontânea e a obtenção de uma via aérea segura seja minimizado, não aumentando o consumo de oxigénio, como acontece com a succinilcolina. No entanto, tem a possibilidade de reversão imediata do seu efeito, proporcionando o bloqueio profundo durante toda a intervenção cirúrgica. O uso de rocurónio é recomendado em cirurgia bariátrica.

SEVOFLURANO

O sevoflurano é um anestésico inalatório de metil-isopropil-éter halogenado e provoca uma indução e recuperação rápidas. 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. Este gás anestésico serve para a indução e manutenção da anestesia geral. Todos os clientes anestesiados com sevoflurano devem ser constantemente monitorizados, incluindo eletrocardiograma, tensão arterial, saturação de oxigénio e volume final de expiração de dióxido de carbono. Durante a manutenção da anestesia, o aumento da concentração de sevoflurano resulta em diminuições da tensão arterial dependentes da dose. Uma redução excessiva da tensão arterial pode estar relacionada com a profundidade da anestesia. Assim, esta, pode ser corrigida com a diminuição da concentração e sevoflurano inspirado. Devido à insolubilidade do sevoflurano no sangue, podem ocorrer alterações hemodinâmicas mais rapidamente do que com outros anestésicos voláteis. Os efeitos indesejáveis deste gás anestésico é a depressão cardiorrespiratória (dependendo da dose), náuseas e vômitos no pós-operatório, bradicardia, hipotensão, agitação e tosse.

PARACETAMOL

O paracetamol ou acetaminofeno é um fármaco analgésico e antipirético que inibe a síntese de prostaglandinas produzindo analgesia (Deglin & Vallerand, 2003). Recomenda-se a administração de Paracetamol, no período do intra-operatório, na anestesia geral e locorregional devido ao seu perfil favorável (Wang et al., 2015).

SUGAMADEX

O sugamadex é um fármaco de gama ciclodextrina modificada (agente de ligação seletivo dos relaxantes). No plasma, forma um complexo com os agentes bloqueadores neuromusculares do rocurónio ou vecurónio, o que reduz a quantidade de agente bloqueador neuromuscular disponível para se ligar aos recetores nicotínicos da junção neuromuscular. É utilizado para a

reversão do bloqueio neuromuscular induzido pelo rocurônio ou pelo vecurônio em adultos.

Conforme a prática pós-anestésica normal, após o bloqueio neuromuscular é recomendado monitorizar o cliente no período pós-operatório imediato relativamente a acontecimentos indesejáveis, incluindo recorrência de bloqueio neuromuscular. O uso de sugamadex não é recomendado em clientes com compromisso renal grave e a fazer hemodiálise.

Este fármaco pode trazer efeitos indesejáveis, tais como: espasmos musculares, tosse durante o procedimento anestésico, reação de despertar durante anestesia, oclusão do tubo endotraqueal por mordedura, hipotensão e complicações (tosse, taquicardia, bradicardia).

PETIDINE

A petidine é um analgésico opiáceo, que atua como depressor do sistema nervoso central, muito utilizado para o alívio da dor moderada ou alta, geralmente em casos terminais de neoplasias ou dor pós-operatória. Pertence ao grupo dos opiídeos sintéticos, aos quais pertence também, por exemplo, a metadona. Tal como outros opiídeos, pode causar síndrome de abstinência se o uso for contínuo e não deve ser suspenso de forma abrupta.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

09-10-2023 14:00

09-10-2023 14:00 - Procedimento invasivo

09-10-2023 14:00 - Tipo de procedimento invasivo: Bypass Gástrico- 09-10-2023.

09-10-2023 14:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

09-10-2023 14:15 - Localização do Pulso

09-10-2023 14:15 - Tórax

09-10-2023 14:15 - Frequência do pulso: 67 pulsações por minuto.

09-10-2023 14:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

09-10-2023 14:15 - Membro superior Esquerda(o)

09-10-2023 14:15 - Pressão sanguínea sistólica: 167 mmHg.

09-10-2023 14:15 - Pressão sanguínea diastólica: 82 mmHg.

09-10-2023 14:15 - Temperatura corporal periférica

09-10-2023 14:15 - Ouvido: 36.60 °C.

09-10-2023 14:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo [FIM] 09-10-2023 19:00

09-10-2023 14:15 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 09-10-2023 19:00

09-10-2023 14:15

09-10-2023 14:15 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 09-10-2023 17:45

09-10-2023 14:15 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

09-10-2023 14:15 - Ventilação invasiva - FiO2: 40 %.

09-10-2023 14:15 - Ventilação invasiva - volume corrente: 400 ml.

09-10-2023 14:15 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 12 cr/min.

09-10-2023 14:15 - Ventilação invasiva - PEEP: 4 cm H2O.

09-10-2023 14:15 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]

09-10-2023 17:45

09-10-2023 14:15 - Aplicar colchão de alívio de pressão [Agora] [FIM] 09-10-2023 17:45

09-10-2023 14:15 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [Agora] [FIM]

09-10-2023 17:45

09-10-2023 14:15 - Posicionar para garantir a permeabilidade da via aérea [Agora] [FIM] 09-10-2023 17:45

09-10-2023 17:45

09-10-2023 17:45 - Oxigenoterapia

09-10-2023 17:45 - Débito de oxigênio: 3.00 L/min.

09-10-2023 19:00 - Débito de oxigênio: 3.00 L/min.

09-10-2023 17:45 - Assegurar oxigenoterapia

09-10-2023 17:45 - Manter oxigenoterapia

Sondas, Drenos e Cateteres

09-10-2023 14:00

09-10-2023 14:00 - Cateter venoso periférico

09-10-2023 14:00 - Localização do cateter venoso periférico

09-10-2023 14:00 - Mão Direita(o)

09-10-2023 14:00 - Características do dispositivo: abocath 20 G.

09-10-2023 14:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

09-10-2023 14:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

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

Neste caso clínico simulado, a cliente é submetida a uma cirurgia bariátrica com a técnica de bypass gástrico. A sua preparação e recuperação do procedimento invasivo no perioperatório, contempla um conjunto de cuidados de enfermagem muito específicos para o sucesso da intervenção cirúrgica, sem complicações nem danos para o cliente.

No que concerne, aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, foram abordados aspectos que devem ter especial atenção no perioperatório, que passo a explicar:

Procedimento Invasivo

O procedimento invasivo está associado à cirurgia e a todos os procedimentos de diagnóstico e terapêutica, inerentes aos cuidados ao cliente para a cirurgia do bypass gástrico.

A partir do momento que o cliente é proposto para fazer um procedimento invasivo, que neste caso clínico é um bypass gástrico, inicia-se um processo de preparação para o procedimento.

O ensino e informação é o pilar basilar que vai suportar o cliente e família que também é envolvida. Neste sentido, em todo o período perioperatório, a informação considera-se uma necessidade crucial para que os clientes sejam capazes de lidar e responder à situação vivenciada, envolvendo-se de forma esclarecida e autónoma em todo o processo cirúrgico (Breda, 2019).

O conhecimento ou a falta dele é um aspeto importante de grande preocupação pois, terá impacto em toda a experiência cirúrgica e consequentemente no sucesso dos resultados pretendidos.

O procedimento invasivo, no caso representado relaciona-se também, com as verificações pré-operatórias pela organização mundial de saúde (OMS), para a segurança do cliente e servem como medidas adoptadas que se destinam a limitar as complicações no perioperatório; controlar as consequências de situações indesejadas ou possíveis ocorrências, através de comportamentos e métodos diários dentro da equipa e uma comunicação eficaz. Estas visam, também, melhorar a prevenção relativamente a eventos perigosos e caso aconteçam, saber como podem ser resolvidos sem danos para o cliente (NHS, 2015).

Neste primeiro tempo de contato são validadas as verificações da check-list pré-operatória, como a necessidade de jejum, relevância de alergias, ausência de prótese dentária, ausência de adornos, consentimento assinado livre e esclarecido e outras particularidades relevantes para a cirurgia, anestesia e abordagem da via aérea à pessoa em situação perioperatória.

Neste caso específico, iniciamos o processo na fase pré-operatória, que tem início quando a cliente chega à sala de indução, e termina quando é transferida para a mesa operatória.

Cateter venoso periférico

No pré-operatório, o cliente tem um acesso venoso periférico colocado no internamento, para fluidoterapia com polielectrolítico de pequeno calibre e muitas vezes, inserido numa zona anatómica pouco adequada para a intervenção cirúrgica. Neste caso, o enfermeiro perioperatório deve providenciar mais do que um acesso venoso periférico, numa zona anatómica mais favorável ao procedimento cirúrgico e de acesso rápido para a administração dos fármacos de indução e manutenção.

A cateterização venosa periférica no intra-operatório, o enfermeiro deve ter especial atenção e conhecimento acerca de cada cirurgia, para a melhor escolha do local de cateterização, com maior calibre, lateralidade mais adequada relativamente à cirurgia ou mesmo à ergonomia da

sala operatória, que deve ser no lado do carro de anestesia, para prevenir atrasos em caso de emergência na indução anestésica.

No pós-operatório, é importante manter a permeabilidade do cateter venoso periférico e é da responsabilidade do enfermeiro, bem como, a sua integridade na transferência do cliente da mesa cirúrgica para o transfer rolante e posteriormente para a cama, pois, muitas vezes, dá-se o seu repuxamento e por consequência a perda de acesso venoso periférico, numa etapa importante da experiência cirúrgica.

O processo de cateterização venosa periférica é um procedimento da prática de enfermagem, caracterizado pela introdução de um dispositivo (cateter venoso periférico), numa veia periférica de modo a obter um acesso à rede venosa. Por este motivo, é considerado um procedimento complexo, uma vez que se verifica a necessidade de cuidados específicos, no que respeita à escolha do calibre, manutenção, penso utilizado e na prevenção de complicações (Crozeta & Roehrs, 2012).

A cateterização venosa é indicada no período perioperatório para a administração de fluidos, medicamentos e hemoderivados (Heydinger et al., 2022). O enfermeiro tem a responsabilidade de executar, avaliar e acompanhar o processo de cateterização venosa periférica e a manutenção do acesso para cumprimento dos objetivos previamente definidos (Arreguy-Sena & Carvalho, 2009).

Esta técnica requer um conjunto de cuidados específicos, tais como: seleção do cateter com vários calibres. Na seleção do cateter devem ser considerados aspetos como, a sua finalidade, devendo-se optar pelo de menor calibre, associado ao tipo de procedimento a realizar. A sua otimização, diz respeito à permeabilidade com soro fisiológico, colocação do penso transparente para melhor avaliação das complicações e manutenção para prevenção de complicações locais e sistémicas, tais como: flebite, infiltração, hematoma, extravasamento e obstrução.

Ventilação Invasiva

No caso específico da cirurgia bariátrica a ventilação é de extrema preocupação para a equipa, mesmo antes da cirurgia começar. Pela anatomia do cliente, por vezes, a sua ventilação é comprometida. Neste sentido, é importante salientar a atenção do enfermeiro nesta fase e ter todos os materiais e recursos de emergência.

O posicionamento em rampa, promove uma melhor ventilação do cliente pois, devido ao excesso de peso têm um pescoço curto e por conseguinte, é considerada uma via aérea difícil. O enfermeiro deve ter disponível todos os meios para prevenir complicações numa via aérea difícil.

Atendendo a que estes clientes dessaturam rapidamente durante a apneia após a indução, é recomendada a aplicação de CPAP (10 mmHg) durante a pré-oxigenação. A ventilação por

máscara facial pode ser difícil, por isso o tempo entre a indução e a intubação deve ser reduzido.

Em caso de necessidade, é importante que sejam prontamente disponibilizados adjuvantes de via aérea e assistência por outro membro da equipa. Qualquer dificuldade/falha na laringoscopia deverá ser abordada segundo as guidelines atuais para manuseamento da via aérea difícil.

Outro aspeto, na ventilação dos obesos é que não é recomendado a ventilação com fluxos inferiores a um litro, pois atendendo ao elevado consumo de oxigénio e às características da capacidade funcional respiratória dos obesos, é necessário minimizar os riscos decorrentes de possíveis fugas do sistema e/ou desconexões do circuito, esta responsabilidade é também do enfermeiro de anestesia.

Foi abordado, na ventilação invasiva, o posicionamento cirúrgico por ser um foco de atenção bastante relevante quando o cliente está ventilado de forma invasiva, portanto, com anestesia geral. Esta condição, permite à equipa cirúrgica estar mais alerta relativamente a complicações que possam decorrer do posicionamento cirúrgico, pela incapacidade que o cliente tem de manifestar algum desconforto ou mesmo dor.

Tubo endotraqueal

A entubação endotraqueal (TET) é uma técnica utilizada para a permeabilização das vias aéreas com respiração assistida, neste caso, para induzir a inconsciência do cliente durante a intervenção cirúrgica. O tubo endotraqueal é um dispositivo inserido na traqueia que permite uma abordagem avançada da via aérea. A entubação endotraqueal é justificada, em contexto intra-operatório, pela incapacidade de proteção da via aérea devido aos efeitos dos fármacos anestésicos, sendo o método de eleição para uma ventilação eficaz, assegurando a permeabilidade da via aérea (Huffstutler & Monahan, 2010).

O procedimento começa com uma pré-oxigenação de três minutos com FiO₂ de 100%. Após a visualização das cordas vocais por meio de laringoscopia, o cateter é inserido até que a parte superior do cuff ultrapasse as cordas, e em seguida, é insuflado (Mexedo, 2013).

As boas práticas recomendam confirmar o correto posicionamento do tubo, observando-se a expansão simétrica do tórax, auscultando-se o epigastro (sem sons de insuflação) e os pulmões ao nível das axilas (sons pulmonares simétricos). Por fim, o sensor de capnografia é conectado para detetar a presença de CO₂ no ar exalado (INEM, 2020).

Oxigenoterapia

A anestesia geral balanceada provoca uma alteração propositada do estado de consciência de modo a que o cliente não sinta a agressão cirúrgica. Mesmo após a descurarização pode prolongar-se o efeito de hipoventilação ou de alteração do gradiente alvéolo-arterial no pós-operatório imediato. Esta situação ocorre sobretudo por uma obstrução da via aérea, por ação

residual dos anestésicos, opióides, sedativos, efeito residual do bloqueio neuromuscular, bem como dor não controlada (Martins, Alves & Pereira, 2013).

A hipoxemia é uma intercorrência comum na pessoa em pós-operatórios imediato e é provocada principalmente por atelectasia, incompatibilidade ventilação/perfusão ou edema pulmonar (Liu et al., 2021).

Posicionamento Cirúrgico

O posicionamento do cliente na preparação para a cirurgia é uma atitude terapêutica que envolve o esforço de toda a equipa: o enfermeiro de anestesia, o circulante, o enfermeiro instrumentista caso seja necessário, os assistentes operacionais e os cirurgiões. Toda a equipa pode estar envolvida no posicionamento dependendo do tamanho do cliente, peso e condição ou posição pretendida do cirurgião.

A existência de um número adequado de pessoas para posicionar o cliente ajuda a manter o alinhamento fisiológico a suportar as extremidades e a proteger os membros da equipa de lesões músculo-esqueléticas que podem ocorrer devido ao exercício de forças de elevação, empurrão e tração durante o posicionamento. Neste caso clínico especificamente, por a cliente ter uma elevada massa corporal, toda a equipa esteve envolvida no posicionamento.

O posicionamento cirúrgico nesta cirurgia é em decúbito dorsal numa marquesa cirúrgica convencional se o peso do cliente não ultrapassar os 130 Kg. Para clientes com mais de 130 Kg é recomendada uma marquesa cirúrgica específica para estas cirurgias. Os membros superiores são um em adução e outro em abdução e os membros inferiores em abdução, superior a 90º e é onde o cirurgião se posiciona durante a cirurgia. A marquesa cirúrgica deve ter previamente um colchão de gel (meio corpo) para proteção das proeminências ósseas e as almofadas para proteção da zona dos calcanhares, poplítea e cotovelos são colocadas posteriormente mas antes da cirurgia. Na zona dos joelhos são colocadas ligaduras para que os membros inferiores não caiam durante a cirurgia pois, o cirurgião pede várias alterações no posicionamento da marquesa com maior ou menor angulação do proclive e trendeglenburg.

O posicionamento correto do cliente é importante porque, sob a influência da anestesia geral, o cliente não se pode mover e não pode sentir a dor gerada pela permanência numa posição durante um período de tempo prolongado. Mesmo um cliente que esteja sob anestesia local pode não sentir dor ou pode não ser capaz de comunicar onde se encontra a sensação de dor. Devido a estas limitações, a equipa perioperatória deve tomar medidas para evitar lesões relacionadas com o posicionamento do cliente durante a cirurgia (AORN, 2017).

Tricotomia Pré-Operatória

Na fase pré e intra-operatória segundo a DGS não se deve realizar tricotomia por rotina e, quando absolutamente necessária, deve ser realizada imediatamente antes da intervenção

cirúrgica com máquina de corte de uso único . Neste caso específico, houve a necessidade da realização da tricotomia, foi feita uma avaliação por parte da equipa cirúrgica para o risco e benefício desta prática.

A prevenção da infeção é de extrema importância e está diretamente relacionada com o ambiente cirúrgico. Neste contexto, a DGS (2022) recomenda que, na implementação dos feixes de intervenção, deva existir especial atenção ao carácter multidisciplinar, agregador e motivacional de toda a equipa e que se deve monitorizar os resultados da aplicação dos feixes de intervenção, nomeadamente a adesão dos profissionais à aplicação das medidas do feixe e melhorias nos indicadores. O “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico é composto por cinco intervenções, entre elas :

- 1- Realizar banho com Cloro-hexidina $\geq 2\%$, no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com menos 2 horas de antecedência;
- 2- Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado. Em dose única ou durante um máximo de 24 horas;
- 3- Evitar tricotomia e, quando absolutamente necessária, usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica;
- 4- Manter normotermia perioperatória (temperatura central $\geq 35,5\%$);
- 5- Manter glicemia $\leq 180\text{mg/dl}$ durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes.

É com base nestas recomendações da DGS, que foi orientada a ação das intervenções de enfermagem neste caso clínico. Cada intervenção ou procedimento, encontrar uma resposta eficaz na prevenção e controlo de infeção, considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação perioperatória ou em estado crítico e/ou falência orgânica (OE, 2010).

Antissepsia da Pele

A realização da antissepsia da pele do cliente deve ser realizada antes da incisão, utilizando solução antissetica de CHD a 2% em álcool a 70%, excepto em mucosas e validado se a cliente não tem alergia ao produto de antissepsia. Esta atitude terapêutica não é uma intervenção autónoma de enfermagem mas pode ser realizada pela enfermeira instrumentista que deve ter conhecimento sobre a técnica baseada em evidencias que promovam a prevenção da infeção do local cirúrgico.

Electrocirurgia (bisturi eléctrico)

A eletrocirurgia é utilizada há dezenas de anos pelos cirurgiões com a finalidade de cortar,

coagular e dissecar os tecidos durante o procedimento cirúrgico. Com os avanços tecnológicos permitiram fazer-se com maior segurança, contudo, há evidência na literatura da ocorrência de eventos adversos na colocação da placa dispersiva, originando queimaduras na pele ou situações de incendio que provocam lesões para o cliente e profissionais (AORN, 2021).

A prevenção do risco de queimadura aquando a utilização da electrocirurgia (bisturi eléctrico) é um aspeto de relevância no intra-operatório, pois o bisturi eléctrico é quase sempre utilizado na grande maioria das cirurgias. A prevenção do risco de queimadura na pele no local da placa dispersiva é um foco de atenção importante enquanto o cliente está inconsciente durante a intervenção cirúrgica sob anestesia/sedação. O enfermeiro deve selecionar uma zona anatómica musculada, normalmente as coxas, que esteja livre de pêlos, seca e o mais longe possível do local onde se vai aplicar o antissetico, pois este se contiver álcool há risco mesmo de incêndio.

A maioria dos eventos adversos associados à utilização da eletrocirurgia são as queimaduras causadas pela corrente elétrica que não realiza o circuito correto. É fundamental a compreensão do processo e o conhecimento dos dispositivos por parte da enfermeira circulante, pois esta tem como função a gestão de um ambiente cirúrgico seguro. A gestão do risco e o seu planeamento são importantes para a prevenção (AORN 2021).

Segundo a AORN a prevenção de lesões associadas à utilização da electrocirurgia, passam por: avaliação no pré-operatório, nomeadamente na presença de corpos estranhos metálicos e dispositivos eletrónicos; a instalação e utilização correta do dispositivo e equipamento, seguindo as instruções do fabricante para a utilização devida e a implementação de precauções de prevenção de incêndios (AORN 2021).

Meias Elásticas

As meias elásticas são aplicadas em todos os clientes submetidos a cirurgia bariátrica em alternativa ao compressor pneumático de pressão intermitente para prevenção do comprometimento da perfusão tecidual e do tromboembolismo venoso.

O comprometimento da perfusão tecidual pode ocorrer por vários fenómenos existentes durante e após uma intervenção cirúrgica.

A perfusão dos tecidos é um processo vascular, no qual se caracteriza pelo movimento do sangue através dos tecidos periféricos para fornecer oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, pressão sanguínea e cicatrização da ferida (ICN, 2012). O edema dos tecidos moles é um dos sintomas mais frequentes decorrente da uma cirurgia podendo influenciar a perfusão tecidual (Barreto, 2022).

Neste tipo de cirurgia ocorre, um risco aumentado de tromboembolismo venoso (TEV). A incidência de tromboembolismo venoso (TEV) em cirurgia bariátrica varia entre 0,3% 3,3%,

sendo que é mais frequente em cirurgia aberta e ocorre sobretudo após a alta hospitalar.

A embolia pulmonar é a causa de 30% da mortalidade associada a esta cirurgia². A profilaxia do TEV deverá ser efetuada segundo o consenso nacional multidisciplinar de 2014¹². Segundo o modelo de Caprini, estes clientes apresentam risco moderado ou elevado para TEV. Assim, todos têm indicação para iniciar a profilaxia mecânica no pré-operatório, idealmente com compressão pneumática intermitente (SPA, 2016).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
09-10-2023 14:00	Atitudes terapêuticas	
09-10-2023 14:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
09-10-2023 14:15	Consciência	
09-10-2023 14:15	Sensações somáticas	
09-10-2023 14:15	Sistema respiratório	
09-10-2023 14:15	Sistema cardiovascular	
09-10-2023 14:15	Pele e mucosas	
09-10-2023 14:15	Metabolismo	
09-10-2023 14:15	Termorregulação	

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

Os domínios selecionados são uma área de pesquisa centrada, ligados à organização do conhecimento. Sendo que, as ontologias são, portanto, consideradas como um corpo de conhecimento sistematizado em dado domínio, no qual entidades e relações que se manifestam são representadas através de dada formalização (Grubber, 1993).

Os domínios que foram identificados para o plano de cuidados, ao cliente submetido a bypass gástrico neste caso clínico foram:

Sondas drenos e cateteres

Nesta cirurgia especificamente, atendendo à condição física do cliente obeso, a obtenção de acesso venoso pode ser difícil, por isso, é prudente colocar dois acessos venosos, indicação que se torna obrigatória no caso de perfusão endovenosa de propofol ou remifentanil.

Consciência

A consciência durante o procedimento cirúrgico, está associada à indução da anestesia promovendo a alteração da mesma por administração de fármacos endovenosos. Esta alteração

do estado de consciência deve ser um foco de atenção por parte do enfermeiro perioperatório, de modo a promover a segurança do cliente durante todo o processo anestésico e cirúrgico, garantindo a continuidade da assistência ventilatória e circulatória.

Sistema respiratório

O sistema respiratório é um domínio de grande relevância, pois as alterações que ocorrem durante o procedimento cirúrgico e durante o processo anestésico, podem conduzir a alterações respiratórias importantes, resultantes do efeito residual da terapêutica analgésica, da agressão cirúrgica e da reação do organismo às manobras terapêuticas.

Salienta-se a importância de manter uma boa permeabilidade das vias aéreas e adequada ventilação, a limpeza das vias aéreas, o correto funcionamento do ventilador (controlando os parâmetros de ventilação, detetando precocemente qualquer alteração), observação constante dos sinais e sintomas de dificuldade respiratória, o posicionamento do cliente de modo a facilitar a adequada função respiratória, a prestação de cuidados relativos à administração de oxigénio, são, entre outras, intervenções inerentes ao enfermeiro perioperatório, que garante a segurança e excelência dos cuidados ao cliente.

Sistema cardiovascular

O sistema cardiovascular é um domínio de atenção que se estende a quase todas as intervenções invasivas. O comprometimento da perfusão tecidual pode ocorrer por vários fenómenos existentes durante e após uma intervenção cirúrgica.

A perfusão dos tecidos é um processo vascular, no qual se caracteriza pelo movimento do sangue através dos tecidos periféricos para fornecer oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, pressão sanguínea e cicatrização da ferida (ICN, 2012). O edema dos tecidos moles é um dos sintomas mais frequentes decorrente de uma cirurgia podendo influenciar a perfusão tecidual (Barreto, 2022).

Na cirurgia bariátrica ocorre um risco aumentado de tromboembolismo venoso (TEV). A incidência de tromboembolismo venoso (TEV) em cirurgia bariátrica varia entre 0,3% a 3,3%, sendo que é mais frequente em cirurgia aberta e ocorre sobretudo após a alta hospitalar.

A embolia pulmonar é a causa de 30% da mortalidade associada a esta cirurgia. A profilaxia do TEV deverá ser efetuada segundo o consenso nacional multidisciplinar de 2014¹². Segundo o modelo de Caprini, estes doentes apresentam risco moderado ou elevado para TEV. Assim, todos têm indicação para iniciar a profilaxia mecânica no pré-operatório, idealmente com compressão pneumática intermitente (SPA, 2016).

Pele e mucosas

O domínio da pele foi selecionado, pois uma intervenção cirúrgica implica a realização de uma

ou mais incisões na pele que posteriormente são encerradas por planos com fios de sutura e a pele maioritariamente, com agrafes. O tratamento da ferida cirúrgica e respetiva aplicação do penso adequado é da responsabilidade do enfermeiro. O conhecimento inerente a este cuidado é relevante para as intervenções eficazes na prevenção da infeção do local cirúrgico.

A observação e vigilância do estado da pele no local da placa dispersiva após a utilização da electrocirurgia é fundamental, pois com a utilização de um dispositivo com corrente eléctrica há um risco aumentado de queimadura. Este aspeto é abordado na parte dos aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, pela sua relevância nos cuidados de enfermagem no intra-operatório.

Metabolismo

As orientações da Direção Geral de Saúde referem a manutenção de normoglicemia durante o perioperatório constituindo uma medida de prevenção da infeção do local cirúrgico. A pesquisa de glicemia capilar para avaliação da glicose no sangue é fundamental para a prevenção da infeção do local cirúrgico e para a promoção da cicatrização da ferida cirúrgica, assim como para a prevenção de outras complicações no pós-operatório, relevantes para a eficácia de todo o processo do cliente em situação perioperatória.

O metabolismo é um domínio abordado no intra-operatório pois, é essencial uma avaliação da glicemia capilar, uma vez, que a literatura comprova que a hiperglicemia está relacionada com a infeção do local cirúrgico e uma diminuição da cicatrização, para além de outras complicações descritas no pós-operatório.

A agressão cirúrgica aumenta os níveis de glicose no sangue, não só em clientes diagnosticados com diabetes mellitus, mas também, em clientes sem este diagnóstico pré-operatório. Deste modo, independentemente da causa, a hiperglicemia é um indicador crucial no resultado perioperatório do cliente. Ou seja, um valor de glicose no sangue elevado afeta diretamente o processo de defesa do organismo e por consequência a capacidade de cicatrização dos tecidos após uma intervenção cirúrgica.

Neste sentido, o enfermeiro perioperatório deve manter a glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia para prevenção da infeção do local cirúrgico (DGS, 2015). Esta norma da DGS referente à prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC) prevê a manutenção da homeostasia do utente no período perioperatório, incluindo a monitorização da glicemia capilar a todos os utentes operados. Uma glicemia capilar mantida num intervalo considerado normoglicémico (inferior ou igual a 180mg/dL) em todas as fases do período peri-operatório, sendo o pós-operatório considerado o período alargado até 24h seguintes à cirurgia, é um elemento indicador crucial na homeostasia pré/intra/pós-operatória do cliente, imprescindível à prevenção da ILC. Um valor pré-operatório de glicemia capilar igual ou superior a 350 mg/dL pressupõe o cancelamento da cirurgia, pelos riscos que decorrem desse desajuste endócrino.

Termorregulação

Devido à técnica anestésica escolhida, há uma diminuição da temperatura corporal induzida pelo efeito dos anestésicos e também, pela exposição corporal a que o cliente está sujeito durante o procedimento cirúrgico.

Nesta linha de pensamento, os anestésicos provocam a vasodilatação, devido ao bloqueio simpático, e consequentemente o aumento do fluxo sanguíneo da pele, facilitando a evaporação de calor, diminuindo a temperatura (Mostafa et al, 2021).

Neste sentido, a hipotermia pode aumentar o potencial para a infeção do local cirúrgico, pelo que será um aspeto relevante a considerar nos cuidados de enfermagem no perioperatório.

A hipotermia é definida por uma temperatura central inferior a 36°C. A literatura refere que 26% a 90% dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresentam-se hipotérmicos no final da cirurgia, sendo uma complicação que pode ocorrer em qualquer fase do período perioperatório (SPA, 2017).

A hipotermia inadvertida no perioperatório é muito frequente e pode causar várias complicações em vários órgãos e sistemas: Cardiovascular: isquemia do miocárdio, hipertensão, taquicardia, trombose venosa profunda, coagulopatia; no sistema imunitário pode causar diminuição da resposta imunitária tecidual e maior risco de infeção do local cirúrgico; alterações hidroelectrolíticas como a hipocaliemia e hipomagnesémia; alterações endócrinas e metabólicas como a diminuição da secreção de corticoides e insulina e a nível do sistema nervoso, pode causar desconforto e mesmo trauma da experiência cirúrgica (SPA,2017).

São inúmeras as complicações que a hipotermia inadvertida pode causar no cliente e cabe ao enfermeiro que está mais próximo do cliente providenciar dispositivos e mecanismos de aquecimento no perioperatório e prevenir esta complicação.

Assim sendo, este domínio da termorregulação tem relevância para os cuidados de enfermagem autónoma no perioperatório, pois, o enfermeiro deve executar intervenções que mantenham a homeostasia do cliente, a normotermia, isto é, uma temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$ (DGS, 2015).

Sensações somáticas

No domínio das sensações somáticas, a dor e o prurido são aspetos relevantes abordar no período pós-operatório. O enfermeiro na unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA) deve estar atento às queixas do cliente e intervir no controlo e gestão eficaz da dor e no controlo do prurido que é um efeito colateral dos opiáceos administrados na anestesia.

A circular normativa da Direção Geral de Saúde (DGS) de Junho de 2003 equipara a dor ao 5o sinal vital, num esforço de valorização e tornando o seu registo obrigatório. A avaliação da dor permite identificar o cliente que tem dor, avaliar a sua intensidade, qualidade e duração, avaliar

a eficácia do protocolo analgésico, a identificação de sintomatologia associada, sendo essencial para a decisão terapêutica.

A dor é por definição subjetiva e o cliente é o melhor avaliador da sua própria dor, considerando que a parte física se interliga com a psicológica, social, cultural e espiritual. A equipa deve ensinar no pré-operatório o doente, família/cuidador sobre a utilização dos instrumentos de avaliação da dor (DGS, 2003).

O bypass gástrico é uma cirurgia que se encontra associada a uma dor pós-operatória moderada a intensa e que pode influenciar a recuperação. A dor pode envolver o local e zona circundante e pode estar relacionado com a inflamação dos tecidos moles ou estar relacionada com a limitação da mobilidade (Barreto, 2022). A infiltração de anestésico local na área das incisões cirúrgicas diminui a intensidade da dor e a necessidade da utilização de opiáceos no período pós-operatório (Zielinski, 2011).

A abordagem da dor no pós-operatório requer um planeamento de intervenções, quer farmacológicas quer não farmacológicas para ajudar o cliente na sua experiência cirúrgica. Este plano de intervenções tem como objetivo adequar os recursos às necessidades do cliente, com intervenções organizadas, com medidas protocoladas e programas de ação multidisciplinares, envolvendo os enfermeiros, anestesistas e cirurgiões de forma a organizar uma estratégia pré-determinada para a analgesia perioperatória.

Ainda no domínio das sensações somáticas, o prurido é um efeito colateral muito frequente quando administrados opióides, sendo mais comum na administração por via subaracnóidea, no entanto, por via endovenosa, também, há muitas queixas, por parte dos clientes na UCPA, relativamente a este desconforto.

A prevenção e o seu tratamento tem sido um grande desafio, pois estes fármacos são muito eficazes no alívio da dor no pós-operatório e por outro lado, há evidência das queixas do cliente sobre este desconforto. Algumas classes de fármacos com diferentes alvos terapêuticos têm vindo a ser testados para controlar o prurido sem perder a eficácia da analgesia adequada (Martins, 2019).

O tratamento passa por gerir o ambiente do cliente, gerir a temperatura, compressas com água ou soro tépido e a diminuição dos opióides que causam este efeito indesejado. A comunicação terapêutica, nesta fase é crucial, para diminuir a ansiedade e o desconforto do pós-operatório imediato.

Digestão

No que se refere ao domínio da digestão, é abordada a náuseas e o vômito que também, estão associados à administração de fármacos opióides que foram utilizados para a anestesia e ainda têm um efeito residual no pós-operatório.

As náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO) são as complicações mais frequentes, com uma incidência entre 30% e 70% nos clientes submetidos a anestesia geral. As NVPO são um fator com bastante impacto na qualidade de vida do cliente, causando desconforto e insatisfação por parte do cliente.

O cliente com NVPO tem um risco acrescido de hemorragia pós-operatória, de deiscência de sutura, de desequilíbrio hidro-electrolítico e de descompensação de patologia associada como a hipertensão arterial, ou insuficiência renal.

Vários estudos, na literatura, apontam para uma elevada incidência de náuseas e vômitos após a alta da UCPA. A incidência de NVPO é cerca de três vezes superior no sexo feminino. A história prévia de NVPO ou de náuseas e vômitos associados ao movimento assim como a ausência de hábitos tabágicos, parecem ser factores preditivos independentes de NVPO.

O uso de anestésicos voláteis parece ter um efeito pro-emético nas primeiras duas horas do pós-operatório, assim como o uso de protóxido de azoto. O uso de altas doses do fármaco, neostigmina aumenta a ocorrência de NVPO. A administração de opióides no intra e pós-operatório é considerado um fator independente para a ocorrência de NVPO. Alguns estudos observacionais demonstram que a ocorrência de NVPO é superior nas cirurgias laparoscópicas, ginecológicas, cirurgia plástica, na cirurgia da mama, na cirurgia abdominal major e na cirurgia de estrabismo (APCA, 2024).

Eliminação intestinal

Neste domínio a motilidade é um aspeto relevante a considerar, uma vez que os fármacos opióides e outras ações durante a cirurgia, comprometem a motilidade do intestino, conhecido pelo íleo paralítico.

O íleo paralítico no pós-operatório é caracterizado por uma alteração transitória da motilidade gastrointestinal e é uma causa muito frequente de atraso no retorno à motilidade intestinal normal do cliente, após uma cirurgia abdominal. Os clientes que desenvolvem o íleo no pós-operatório podem ver a sua alta hospitalar com um atraso significativo, consequentemente custos adicionais e aumento das morbidades (Goulart, 2010).

O desenvolvimento do íleo paralítico após a cirurgia abdominal ocorre em duas fases: inicialmente uma fase neurogénica e posteriormente uma fase inflamatória. A incisão da pele e a abertura da parede abdominal desencadeiam um estímulo nociceptivo que, pela ativação do sistema simpático, leva à libertação de noradrenalina e subsequente à inibição da motilidade intestinal. Com o decorrer da cirurgia, a manipulação do intestino vai ativar mais nociceptores e mecanorreceptores que acentuam essa inibição adrenérgica intestinal. Associado a esta via adrenérgica, alguns autores defendem a existência de outra via inibitória não-adrenérgica mediada pelo nervo vago que acentua o desenvolvimento do íleo pós-operatório. Com o terminar da cirurgia, seria de esperar que a ausência de estímulos nociceptivos levasse o

intestino a recuperar a sua motilidade normal. Contudo, a adinamia intestinal perpetua-se devido à existência de uma fase inflamatória (Goulart, 2010).

O pós-operatório é por isso, uma fase crucial para a avaliação destes aspetos que têm a ver com a eliminação.

Esta fase para o cliente é um período muito importante da sua experiência cirúrgica, sendo imperativo, que o enfermeiro perioperatório preste cuidados de uma forma, ainda mais atenta e próxima do cliente, no sentido de promover o seu bem-estar e prevenir complicações no pós-operatório imediato.

Eliminação urinária

A retenção urinária pós-operatória tem uma incidência significativa após intervenções cirúrgicas, podendo levar ao prolongamento do internamento e disfunções musculares vesicais permanentes. A retenção urinária no pós-operatório é uma complicação relativamente comum, afeta ambos os sexos, em todas as idades e após qualquer intervenção cirúrgica. É bastante desconfortável e quando não tratada adequadamente, pode levar a significativas morbilidades, tais como, prolongamento do internamento, infecção urinária e disfunção do músculo vesical com comprometimento de sua função.

Esta complicação tem uma incidência que varia entre 30 e 40% e as causas são inúmeras. Podemos elencar a idade, o uso de opióides, a hiperplasia prostática, drogas anticolinérgicas, anestésias neuroaxiais, hernioplastias, cirurgias anorretais e hidratação excessiva no intra-operatório.

Em caso de retenção urinária normalmente o cliente tem queixas de dor, desconforto abdominal baixo e presença de globo vesical ao toque, por isso, a sua avaliação e atenção por parte do enfermeiro é fundamental.

Se este for identificado, o esvaziamento vesical deve ser feito através da cateterização com uma algália para alívio dos sintomas. Por fim, a retenção urinária é uma complicação relativamente comum que se não identificada e tratada adequadamente pode trazer graves complicações para a recuperação do cliente.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

09-10-2023 17:45

09-10-2023 17:45 - Com indícios de compromisso da consciência.

09-10-2023 17:45 - Consciência comprometida [RESOLVIDO] 09-10-2023 19:00

09-10-2023 17:45 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

09-10-2023 19:00 - Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

09-10-2023 17:45 - Resposta verbal: orientada.

09-10-2023 19:00 - Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

09-10-2023 17:45 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

09-10-2023 19:00 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

09-10-2023 17:45 - Determinar evolução da consciência [FIM] 09-10-2023 19:00

09-10-2023 17:45 - Avaliar evolução da consciência [FIM] 09-10-2023 19:00

Sensações somáticas

09-10-2023 17:45

09-10-2023 17:45 - Manifesta dor.

09-10-2023 17:45 - Dor

09-10-2023 17:45 - Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobranceiras franzidas.

09-10-2023 17:45 - Determinar evolução da dor

09-10-2023 17:45 - Avaliar evolução da dor

09-10-2023 19:00 - Localização da dor

09-10-2023 19:00 - Abdómen

09-10-2023 19:00 - Intensidade da dor - 3.

09-10-2023 19:00 - dor de tipo - moedeira.

09-10-2023 17:45 - Diminuir dor

09-10-2023 17:45 - Gerir analgesia [SOS]

09-10-2023 17:45 - Posicionar para aliviar a dor [SOS]

Sistema respiratório

09-10-2023 17:45

09-10-2023 17:45 - Determinar evolução da ventilação

09-10-2023 17:45 - Avaliar evolução da ventilação

09-10-2023 19:00 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

09-10-2023 19:00 - Saturação do oxigénio no sangue

09-10-2023 19:00 - Periférico(a): 98 %.

Sistema cardiovascular

09-10-2023 14:15

09-10-2023 14:15 - Determinar evolução da pressão sanguínea

09-10-2023 14:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

09-10-2023 19:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

09-10-2023 19:00 - Membro superior Esquerda(o)

09-10-2023 19:00 - Pressão sanguínea sistólica: 134 mmHg.

09-10-2023 19:00 - Pressão sanguínea diastólica: 77 mmHg.

09-10-2023 17:45

09-10-2023 17:45 - Localização do Pulso

09-10-2023 17:45 - Tórax

09-10-2023 17:45 - Frequência do pulso: 57 pulsações por minuto.

09-10-2023 17:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

09-10-2023 17:45 - Membro superior Esquerda(o)

09-10-2023 17:45 - Pressão sanguínea sistólica: 134 mmHg.

09-10-2023 17:45 - Pressão sanguínea diastólica: 76 mmHg.

09-10-2023 17:45 - Perda sanguínea

09-10-2023 17:45 - Abdómen: Sem perda sanguínea aparente.

Pele e mucosas

09-10-2023 14:15

09-10-2023 14:15 - Ferida cirúrgica

09-10-2023 14:15 - Localização da ferida cirúrgica

09-10-2023 14:15 - Abdómen Superior

09-10-2023 14:15 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

09-10-2023 14:15 - Abdómen Mediana

09-10-2023 14:15 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

09-10-2023 14:15 - Abdómen Inferior

09-10-2023 14:15 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

09-10-2023 14:15 - Abdómen Esquerda(o)

09-10-2023 14:15 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

09-10-2023 14:15 - Abdómen Direita(o)

09-10-2023 14:15 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

09-10-2023 14:15 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

09-10-2023 14:15 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica (Abdómen Superior, Abdómen Mediana, Abdómen Inferior, Abdómen Esquerda(o), Abdómen Direita(o))

09-10-2023 14:15 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

09-10-2023 14:15 - Executar tratamento da ferida cirúrgica (Abdómen Superior, Abdómen Mediana, Abdómen Inferior, Abdómen Esquerda(o), Abdómen Direita(o)) [Agora]

09-10-2023 14:15 - Aplicar penso de ferida (Abdómen Superior, Abdómen Mediana, Abdómen Inferior, Abdómen Esquerda(o), Abdómen Direita(o)) [Agora]

Metabolismo

09-10-2023 14:15

09-10-2023 14:15 - Glicemia capilar: 123 mg/dl.

09-10-2023 14:15 - Determinar evolução da glicemia [FIM] 09-10-2023 19:00

09-10-2023 14:15 - Avaliar evolução da glicemia [FIM] 09-10-2023 19:00

09-10-2023 17:45

09-10-2023 17:45 - Glicemia capilar: 135 mg/dl.

Termorregulação

09-10-2023 14:15

09-10-2023 14:15 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM] 09-10-2023 17:45

09-10-2023 14:15 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 09-10-2023 17:45

09-10-2023 17:45

09-10-2023 17:45 - Temperatura corporal periférica

09-10-2023 17:45 - Ouvido: 35.80 °C.

09-10-2023 17:45 - Hipotermia

09-10-2023 17:45 - Determinar evolução da temperatura corporal

09-10-2023 17:45 - Avaliar evolução da temperatura corporal

09-10-2023 19:00 - Temperatura corporal periférica

09-10-2023 19:00 - Ouvido: 36.10 °C.

09-10-2023 17:45 - Promover termorregulação

09-10-2023 17:45 - *Aplicar manta de aquecimento [Agora]*

09-10-2023 17:45 - *Aplicar dispositivo de aquecimento [Agora] [FIM]* 09-10-2023 19:00

3.7. Especificação das intervenções

Aplicar colchão de alívio de pressão

- Aplicar colchão de gel (meio corpo)

Posicionar para prevenir úlcera de pressão

- Colocar a pessoa em decúbito dorsal, membros inferiores abduzidos, membro superior direito abduzido e membro superior esquerdo aduzido
- Aplicar almofadas de algodão nos calcanhares
- Aplicar proteção de algodão nos membros superiores
- Aplicar almofada na região sacrococcigea

Posicionar para garantir a permeabilidade da via aérea

- Aplicar colchão em rampa
- Colocar tronco e pescoço no espaço do colchão em rampa
- Assegurar a hiperextensão do pescoço

3.8. Síntese relativa ao caso

O presente trabalho pretendeu simular um caso de uma cliente com diagnóstico de obesidade, submetida a uma cirurgia bariátrica por laparoscopia com a técnica de bypass gástrico, sob anestesia geral balanceada. O caso descrito aborda quatro sessões de contacto com a cliente, nas três fases que constituem o perioperatório. O pré, intra e pós-operatório.

Esta experiência cirúrgica foi composta por quatro sessões de contato: uma sessão de contacto, no pré-operatório, na sala de indução antes de entrar para a sala operatória, uma sessão no intra- operatório e duas sessões, no pós-operatório imediato e no pós-operatório tardio na unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA).

A elaboração deste caso clínico teve como principal objetivo exemplificar a conceção cuidados em enfermagem à pessoa em situação perioperatória no exercício profissional autónomo dos enfermeiros perioperatórios.

A conceção dos cuidados de enfermagem, ao longo do caso descrito, foram desenvolvidos pela

equipa de enfermagem no percurso da experiência cirúrgica, pela interpretação, análise e reflexão das necessidades da cliente, a providência de recursos materiais necessários e a reflexão e avaliação dos benefícios, naquele momento e contexto cirúrgico.

A cliente representada foi cuidada por profissionais especializados e habilitados na prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios. O enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória apresenta conhecimentos e habilidades que permitem cuidados de saúde dirigidos. Estes visam a promoção da saúde, prevenção de efeitos adversos e tratamento da doença com a garantia de segurança da pessoa, profissionais envolvidos e ambiente, de acordo com os princípios éticos e deontológicos (DR, 2018).

O registo dos objetivos, diagnósticos e intervenções de enfermagem foi realizado na plataforma digital dos sistemas de informação da instituição clínica, pelos enfermeiros do perioperatório.

Foram descritos os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, , adaptando e periodizando as necessidades do cliente, desenvolvidos naquele momento cirúrgico específico.

Os cuidados de enfermagem inerentes ao posicionamento cirúrgico, foram enfatizados neste caso, não só pelo trabalho desenvolvido no projeto de estágio, mas porque são relevantes na identificação prévia de riscos que possam decorrer antes, durante e após a cirurgia, que podem causar danos irreversíveis que aumentam o tempo de internamento e maior morbilidade ao cliente.

O posicionamento correto do cliente é importante porque, sob a influência da anestesia geral, o cliente não se pode mover e não pode sentir a dor gerada pela permanência numa posição durante um período de tempo prolongado. Mesmo um cliente que esteja sob anestesia local pode não sentir dor ou pode não ser capaz de comunicar onde se encontra a sensação de dor. Devido a estas limitações, a equipa perioperatória deve tomar medidas para evitar lesões relacionadas com o posicionamento do cliente durante a cirurgia (AORN, 2017).

No caso descrito foram assegurados cuidados específicos para a cirurgia descrita com as necessidades específicas da cliente representada.

As intervenções de enfermagem no perioperatório tiveram como objetivo, limitar as complicações pós-operatórias, controlar consequências de situações indesejadas ou possíveis ocorrências, através de comportamentos e medidas dentro da equipa cirúrgica e o planeamento de cuidados específicos ao cliente em situação perioperatória.

4. CASO 2 -SLEEVE GÁSTRICO

Um cliente do sexo feminino, com 35 anos de idade, com índice de massa corporal (IMC) de 35.16 - Obesidade classe 2. Foi proposta para Sleeve Gástrico em regime de cirurgia de ambulatório a realizar a 22/01/2024. Com antecedentes cirúrgicos de colecistectomia laparoscópica em 2018. Antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II e ataques de pânico.

4.1. Enquadramento teórico

Este capítulo serve para o desenvolvimento do enquadramento teórico sobre a patologia do caso clínico representado, o procedimento anestésico e cirúrgico e algumas particularidades que são relevantes para a tomada de decisão do enfermeiro, relativamente ao plano de cuidados do cliente.

Este caso clínico também é, na área da cirurgia bariátrica, mas é desenvolvido um plano de cuidados a um cliente submetido a um Sleeve Gástrico em contexto de cirurgia de ambulatório.

A Cirurgia de Ambulatório (CA) é um tipo de intervenção que permite ao cliente regressar a casa no mesmo dia da cirurgia com toda a segurança e sem estar muito tempo fora do seu ambiente familiar. Poderá no entanto, em algumas situações ser necessário pernoitar na unidade para uma recuperação mais completa. Nesta primeira abordagem, o médico deve expressar segurança, nesta fase é crucial para a confiança deste serviço por parte do cliente e família (Mendes & Ferrito, 2021).

Esta técnica cirúrgica é diferente da do caso clínico 1. Em termos técnicos, a grande diferença entre a técnica que foi abordada no caso anterior (bypass gástrico) e a técnica do Sleeve Gástrico é que no Bypass é feita também a manipulação do intestino, enquanto no Sleeve este órgão é preservado. Os critérios de escolha da técnica, são selecionados pelo médico, baseado na história clínica do cliente. Em termos de cuidados perioperatórios, o que difere são as particularidades específicas da pessoa e o fato de ser um caso que decorre em regime de cirurgia de ambulatório, na unidade de cirurgia de ambulatório (UCA) de um hospital.

OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA (SLEEVE GÁSTRICO)

A OMS refere a obesidade como uma doença complexa definida por uma adiposidade excessiva que apresenta riscos importantes para a saúde do indivíduo. Em todo o mundo é identificada

como um problema de saúde pública que acomete graves consequências para a saúde da pessoa.

Em Portugal, a obesidade tem uma prevalência alta e com uma tendência em ascendência. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014 (Global Health Observatory: Overweight and Obesity) a prevalência da obesidade era de 19,5% no sexo masculino e de 19,8% no sexo feminino, em portugueses com idade superior a 18 anos.

Os efeitos adversos da obesidade têm impacto a vários níveis e resultam visivelmente com os efeitos mecânicos do aumento do peso corporal, induzindo a diversas complicações músculo-esqueléticas, metabólicas (Diabetes Mellitus tipo 2), risco cardiovascular e efeitos graves na saúde mental do próprio indivíduo e família. A obesidade aumenta significativamente o risco de doenças não transmissíveis (Eisenberg et al., 2023).

A Society for Obesity and Bariatric Anaesthesia (SOBA), em 2012, num artigo de consenso de anestesia para obesidade mórbida, refere ainda outras categorias tendo em conta o IMC, incluindo o super-obeso (50-59,9 kg/m²), super-super obeso (60-69,9 kg/m²) e o hiper-obeso (> 70 kg/m²). É reconhecido, que o IMC não é a medida ideal de obesidade, uma vez que não tem em consideração as variações da composição corporal nas diferentes populações. Medidas simples, como o perímetro cervical (PC) e o perímetro abdominal (PA), permitem precisar melhor a distribuição da gordura. A obesidade central é definida por um PA superior a 88 cm nas mulheres e 102 cm nos homens ou uma relação entre PA e altura superior a 0,55.6 (SPA, 2017).

Embora exista um espectro largo de tipos de distribuição de gordura, dois deles são mais frequentes: o androide e o ginecóide. O tipo androide tem maior significado fisiopatológico, uma vez que descreve um biótipo em que o peso se concentra no tronco, correlacionando-se com maior conteúdo de gordura visceral, à qual está associada maior atividade metabólica e comorbilidade mais grave. O tipo ginecóide (em forma de pêra) está geralmente associado a IMC mais elevado, contudo estes doentes apresentam maior reserva fisiológica e risco de mortalidade inferior comparativamente aos de biótipo andróide (SPA, 2017).

O IMC resulta da razão entre o peso (kg) e o quadrado da altura (m²). Segundo a classificação da OMS, o grau 3 corresponde a obesidade mórbida (IMC $\geq$ 40).⁶ Em Portugal, são elegíveis para cirurgia bariátrica os doentes com obesidade grau 3 ou os que apresentam obesidade grau 2 associada a patologia passível de ser otimizada.

Segundo a literatura, as comorbilidades mais frequentemente encontradas nos clientes propostos para cirurgia da obesidade destacam-se a diabetes mellitus (DM), a hipertensão arterial (HTA), os distúrbios respiratórios do sono - síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) e síndrome hipoventilação obesidade (SHO) - e a síndrome metabólica (SM).

O obeso tem algumas características muito particulares, que condicionam os procedimentos anestésico-cirúrgicos, porém, não existem no nosso país até ao momento, recomendações

perioperatórias para a sua abordagem. Existe apenas um consenso multidisciplinar que serve como directriz na abordagem ao cliente proposto para cirurgia bariátrica que se aplica à realidade portuguesa (SPA, 2017).

Foi constituído um Grupo de Trabalho, que envolveu anesthesiologistas de todos os Centros de Tratamento da Obesidade do Serviço Nacional de Saúde e especialistas de cirurgia geral, endocrinologia, psiquiatria e nutrição do Centro Hospitalar de S. João, em janeiro de 2016, para formalizar as directrizes para a abordagem ao cliente submetido a cirurgia bariátrica.

A proposta cirúrgica revela-se como o tratamento mais eficaz para a perda de peso e controlo das comorbilidades nos doentes com obesidade mórbida. O volume destas cirurgias tem aumentado nos últimos anos, por isso, há a necessidade crescente em padronizar os cuidados perioperatórios.

Segundo dados da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, tendo como base instituições de referência, a cirurgia bariátrica apresenta uma taxa de morbilidade perioperatória de 5% e uma taxa de mortalidade aos 30 dias de 0,5% (SPA, 2017).

As complicações perioperatórias mais frequentes são: embolia pulmonar, deiscência de anastomose, hemorragia e infeção da ferida cirúrgica.

Atualmente, existem três tipos principais de cirurgia bariátrica, designadas por: restritivas, diabsortivas e as técnicas mistas, que foram explanadas no caso anterior.

A técnica cirúrgica de eleição pelos especialistas para o tratamento da obesidade e controlo das doenças metabólicas é o Bypass Gástrico e a segunda o Sleeve Gástrico. Existem contra-indicações que não permitem a realização das técnicas de eleição, como a condição clínica do cliente. Para estas exceções, existem outras técnicas cirúrgicas em alternativa, tais como:

- Bypass Gástrico (Gastroplastia com derivação intestinal em Y de Roux;
- Sleeve Gástrico (Gastrectomia vertical);
- Mini-bypass Gástrico;
- Banda Gástrica;
- Duodenal Switch/Derivação bilio-pancreática;
- Balão Intra-Gástrico (BIG);
- Remoção ou Revisão de Banda Gástrica.

No caso 1, foram explanadas todas as técnicas realizadas na cirurgia bariátrica, pelo que não é necessária a abordagem de todas, apenas a técnica do caso presente descrito.

O Sleeve Gástrico é uma técnica cirúrgica em que o cirurgião realiza uma gastrectomia vertical

com máquinas de sutura automática, reduzindo o tamanho do estômago. A perda significativa de peso é conseguida pela incapacidade do estômago receber a mesma quantidade de alimentos que antes, promovendo a restrição de alimentos.

Todas as técnicas na cirurgia bariátrica podem ser realizadas por via laparoscópica e se houver alguma complicação no decorrer da cirurgia como por exemplo, a perfuração de algum órgão ou hemorragia a cirurgia terá que ser convertida para uma laparotomia. Atualmente a cirurgia bariátrica é realizada por laparoscopia pelos benefícios que oferece ao cliente, como diminuição da dor pós-operatória e menor risco de complicações.

ANATOMIA E FISIOLOGIA DO ESTÔMAGO

No caso clínico anterior foi explanado o funcionamento do sistema digestivo, pelo que neste caso, passo a dar mais ênfase ao órgão em que vão ocorrer as alterações anatômicas e fisiológicas com a realização de uma cirurgia bariátrica. O estômago.

O estômago é um segmento dilatado do tubo digestivo e está localizado na parte superior esquerda do abdômen. A sua configuração é em forma de J, esta característica é definida porque o estômago tem duas curvaturas diferentes. A curvatura mais longa e convexa está localizada à esquerda do estômago e é chamada de curvatura maior. Ela inicia-se na incisura cárdica, formada entre a borda distal do esôfago e o fundo gástrico. Já a pequena curvatura localizada no lado direito é a curvatura menor. Tem uma pequena incisura chamada de incisura angular, que marca a linha de interseção entre o corpo e a parte pilórica do estômago (Seeley, 1997).

A principal função do estômago é a digestão mecânica e química dos alimentos ingeridos. O bolo alimentar proveniente do esôfago entra no estômago através do óstio cárdico.

As contrações musculares repetitivas do órgão, fazem movimentos que trituram e envolvem as partículas, promovendo a fragmentação dos alimentos e a sua mistura com o suco gástrico.

Existem presentes no suco gástrico várias enzimas e o ácido clorídrico (pH 1.2), que permitem ainda mais a fragmentação dos alimentos, formando uma substância semilíquida chamada de quimo.

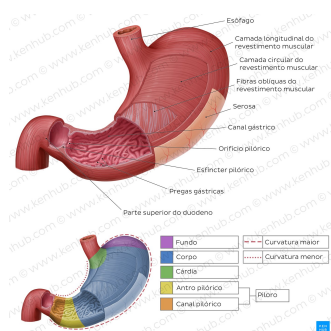
Os movimentos peristálticos gástricos conduzem o quimo para o duodeno através do óstio pilórico. Por ser um órgão muscular, o estômago distende-se o suficiente para conseguir armazenar entre 2 e 3 litros de conteúdo alimentar.

O estômago, para além de estar envolvido no processo da digestão, também tem uma função importante na absorção dos alimentos. Isto é, o estômago pode absorver água, cafeína e uma pequena proporção de etanol ingerido.

Este órgão, também, tem um papel no controlo das secreções produzidas pelo trato digestivo e a sua motilidade através da secreção de várias hormonas, como a gastrina, a colecistoquinina

(CKK), a secretina e o peptídeo inibidor gástrico (GIP) (Seeley, 1997).

Figura 4- Anatomia do Estômago



Fonte: Kenhub.com

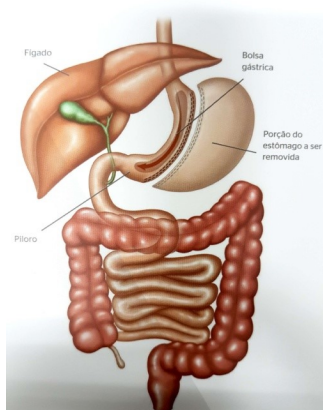
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (SLEEVE GÁSTRICO)

A gastrectomia vertical, também conhecida como Sleeve Gástrico, é uma técnica de cirurgia bariátrica muito realizada nos últimos anos. Nesta cirurgia, cerca de 80% do estômago é removido, deixando apenas uma pequena porção em forma de tubo (ou “sleeve”, em inglês) que depois conecta-se ao esôfago e ao intestino delgado através de uma anastomose.

A gastrectomia vertical é uma técnica menos invasiva do que outras cirurgias bariátricas, como o bypass gástrico, mostrando resultados positivos na perda de peso a longo prazo. Além disso, a modalidade de intervenção tem sido associada a uma melhoria significativa em comorbidades relacionadas à obesidade, como diabetes tipo 2, hipertensão arterial, apneia do sono e dislipidemia.

O Sleeve Gástrico é a segunda técnica mais realizada em clientes com obesidade mórbida. Esta técnica é caracterizada pela resseção de uma parte do estômago com uma máquina de corte e sutura automática. Esta porção de estômago reduzido tem um efeito restritivo pois a capacidade dos alimentos é menor e por isso, há o efeito restritivo (Faria.G, 2019).

Figura 5- Gastrectomia Vertical



Fonte: Gastrovida.com

O tratamento cirúrgico é o único tratamento para a obesidade em que existem perdas significativas de peso, duradouras e a uma melhoria das doenças associadas à obesidade. Para além deste fato, é o único tratamento que está associado a uma diminuição do risco de morte por diversas causas que a doença implica (Faria.G, 2019).

Esta técnica cirúrgica pode ser realizada também, por via laparoscópica ou por laparotomia. Atualmente é mais realizada por laparoscopia pelos benefícios demonstrados.

A técnica é indicada para clientes com obesidade mórbida, com IMC acima de 40 kg/m² ou acima de 35 kg/m² com comorbidades associadas. No entanto, é importante referir que a cirurgia bariátrica não é uma solução mágica e é necessário um comprometimento do cliente com as mudanças de hábitos alimentares e estilo de vida saudável para garantir o sucesso a longo prazo.

Há evidência que a perda de peso melhora o risco cardiovascular, dados os seus efeitos positivos na tensão arterial e na coagulação sanguínea. Cada redução de 1 % no peso corporal traduz-se por uma queda de 1mmHg na tensão arterial sistólica e de 2 mmHg na diastólica. A redução de peso melhora o controlo glicémico entre a 10 a 20% e estes benefícios podem manter-se ao longo de 1 a 3 anos (Frazão, 2017).

POSICIONAMENTO NA CIRURGIA BARIÁTRICA: SLEEVE GÁSTRICO

"Posicionar um cliente para uma cirurgia é uma arte e uma ciência e, é também, um dos fatores que intervêm no sucesso da cirurgia" (AESOP, 2006).

Segundo o Plano Nacional de Segurança do Cliente 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 PNSD 2021-2026, pág. 102), devem ser desenvolvidas práticas seguras em ambientes seguros. O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, daí a reconhecida importância que estes representam para os resultados em saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança. (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Segundo esta linha de pensamento, e à semelhança, do que já foi referido no caso clínico 1, sobre o posicionamento seguro na cirurgia bariátrica, este caso aqui representado, também é alusivo à cirurgia bariátrica, mas o cliente é operado com uma técnica cirúrgica diferente. No entanto, o posicionamento cirúrgico é muito semelhante, havendo algumas adaptações conforme as necessidades do cliente.

A pessoa submetida a cirurgia bariátrica tem especificidades que acarretam algumas preocupações para a equipa cirúrgica e esta deve estar atenta de forma a prevenir complicações pós-operatórias, nomeadamente lesões na pele, lesões musculares e lesões

osteoarticulares.

Como definição a AESOP, refere-se ao posicionamento cirúrgico como a capacidade de colocar, mover e manter o corpo numa posição que permita a melhor exposição cirúrgica e um mínimo de compromisso das funções fisiológicas (AESOP, 2006).

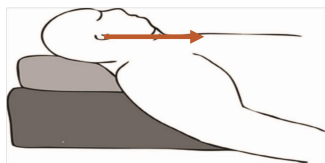
A literatura refere que o posicionamento cirúrgico pode ser um fator para aumentar os riscos e complicações no pós-operatório, sendo que a mais frequente apontada é a úlcera de pressão, no entanto existem outras lesões decorrentes do posicionamento que podem ocorrer durante o procedimento cirúrgico. Por isso, um posicionamento correto do cliente na mesa operatória é tão importante para a segurança do cliente como qualquer outro cuidado perioperatório (AESOP, 2006).

Apesar do posicionamento cirúrgico não ser uma intervenção autónoma do enfermeiro, as intervenções de enfermagem e de toda a equipa cirúrgica são de extrema importância no que concerne a particularidades na promoção de segurança e conforto do cliente e na prevenção de complicações no pós-operatório (Bohomol et al., 2016).

O posicionamento cirúrgico nesta cirurgia é o mesmo que o caso 1, em decúbito dorsal numa marquesa cirúrgica convencional se o peso do cliente não ultrapassar os 130 Kg. Para clientes com mais de 130 Kg é recomendada uma marquesa cirúrgica específica para estas cirurgias. Os membros superiores são um em adução e outro em abdução e os membros inferiores em abdução, superior a 90º e é onde o cirurgião se posiciona durante a cirurgia. A marquesa cirúrgica deve ter previamente um colchão de gel (meio corpo) para proteção das proeminências ósseas e as almofadas para proteção da zona dos calcanhares, poplítea e cotovelos são colocadas posteriormente mas antes da cirurgia. Na zona dos joelhos são colocadas ligaduras para que os membros inferiores não caiam durante a cirurgia pois, o cirurgião pede várias alterações no posicionamento da marquesa com maior ou menor angulação do proclive e trendelenburg.

Tal como foi referido no caso anterior, relativamente ao posicionamento na cirurgia bariátrica, deve-se ter em atenção a parte da cabeça pois esta, fica em posição "de rampa" para a abordagem da via aérea, com a posição de trendelenburg reverso elevado para otimizar o acesso cirúrgico e medidas para evitar que o cliente escorregue, transferências seguras e proteção cuidadosa das proeminências ósseas e das áreas de maior pressão para evitar a lesão nos nervos e da pele (Shinde & Davis, 2020).

Figura 6- Posição de Rampa



Fonte: Priya Shinde, Lionel Davis, 2020

Na indução anestésica o cliente é posicionado numa posição de rampa (figura 4), na qual o tragus da orelha fica ao nível do esterno, e os braços afastados do tórax. O posicionamento adotado, facilita a realização da laringoscopia e melhora a mecânica pulmonar, maximizando o tempo de segurança de apneia.

Para o posicionamento cirúrgico deverá ser assumida uma posição de flexão do tronco com ligeira flexão da anca – posição semi-sentada (figura 3) (“beach chair position”), que maximiza o espaço de trabalho do cirurgião e permite maior excursão abdominal com pressões da via aérea inferiores (APCA, 2017).

Um artigo científico publicado pela AORN evidencia recomendações importantes para avaliar o risco de lesão dos doentes e implementar práticas de posicionamento seguras, referindo que a equipa do perioperatório deve identificar os potenciais perigos associados às atividades do posicionamento, como por exemplo dispositivos inadequados ou com mau funcionamento e implementar práticas de um posicionamento seguro. Estas práticas incluem manter o alinhamento fisiológico, evitar a flexão ou extensão excessiva dos membros e aplicar dispositivos de segurança e proteção de forma segura (AORN, 2023).

A literatura refere ainda que todos os clientes submetidos a uma intervenção cirúrgica, correm o risco de sofrer lesões relacionadas com a posição necessária para o procedimento cirúrgico e também risco de lesões associadas a quedas, especialmente durante a indução anestésica ou o acordar da anestesia geral e para se reduzir este risco a AORN recomenda que o enfermeiro permaneça sempre ao lado do cliente (Speth, 2023).

As lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico como se pode observar na figura 5, podem ser causadas por estiramento ou compressão de tecidos que podem levar à redução do fluxo sanguíneo e isquemia, por fricção e forças de cisalhamento, ou por pressão prolongada que pode levar à rutura da pele. As lesões decorrentes do posicionamento podem causar danos maiores ou menores, e os efeitos podem ser temporários ou permanentes (Burlingame, 2017).

Os clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos e invasivos correm um risco acrescido de complicações que podem afetar vários sistemas como o sistema músculo-esquelético, tegumentar, cardiovascular, respiratório e nervoso. O enfermeiro perioperatório ao planear a intervenção e o correto posicionamento e os seus dispositivos, podem beneficiar se considerarem as possíveis complicações de um posicionamento inadequado ou incorreto. Por exemplo, quando o cliente está posicionado em supino, o posicionamento incorreto dos braços

pode levar a uma lesão do nervo ulnar ou ao síndrome compartimentar do membro superior (Speth, 2023).

A posição selecionada deve: proporcionar a exposição do local da cirurgia; manter o conforto e a privacidade do doente; permitir o acesso a linhas intravenosas e equipamento de monitorização; permitir a otimização da ventilação; manter a circulação; proteger os dedos das mãos e dos pés, os órgãos genitais, os músculos, os nervos, as proeminências ósseas, as articulações, a pele e os órgãos vitais contra lesões; e estabilizar o cliente para evitar deslocamentos ou movimentos involuntários (Burlingame, 2017).

A enfermagem perioperatória e a equipa multiprofissional devem assumir responsabilidades na supervisão e manutenção de um ambiente seguro e eficaz, quer para os clientes em situação perioperatória, quer para a equipa multidisciplinar. Por isso, torna-se importante definir uma política de prevenção de complicações e gestão de risco e um ambiente seguro de forma a garantir uma conduta de responsabilidade dos profissionais perante situações consideradas potencialmente perigosas para o cliente (AESOP, 2006; Penedo et al., 2015).

Os enfermeiros perioperatórios junto com a equipa devem avaliar a eficácia das intervenções implementadas no posicionamento durante o debriefing pós-operatório para identificar padrões de resultado associados às intervenções (Speth, 2023).

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

Após a seleção da melhor técnica anestésica para aquele cliente, ajustada aquela cirurgia que vai realizar, o enfermeiro prepara e colabora na técnica, bem como, apoia o cliente para uma indução anestésica tranquila, sem interferências.

Na cirurgia bariátrica, a técnica anestésica utilizada é a anestesia geral balanceada. Na anestesia geral são administrados fármacos por via endovenosa e inalatória com doses ajustadas ao peso e idade do cliente, com o objetivo de induzir a anestesia e manter o estado de inconsciência durante todo o procedimento cirúrgico.

A anestesia geral 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 (Machado, 2018). A vantagem da anestesia geral balanceada é que ela permite um controlo preciso da profundidade da anestesia, minimizando o risco de complicações associadas a doses excessivas ou insuficientes de anestésicos. Apesar de ser uma técnica segura, a anestesia geral balanceada tem alguns riscos e algumas desvantagens, como possibilidade de depressão respiratória, NVPO e reações alérgicas aos anestésicos (Machado, 2018).

Na anestesia geral são utilizados como base três tipos de fármacos, tais como:

- Analgésicos opióides;
- Hipnóticos indutores;
- Relaxantes musculares.

Na anestesia geral balanceada, o anesthesiologista monitoriza de forma contínua a profundidade da anestesia através do índice bispectral (BIS), da sequência de quatro estímulos (train-of-four - TOF) e as funções cardíaca, respiratória e neurológica, ajustando as doses de terapêutica, para garantir que o cliente permaneça inconsciente e sem dor, de forma segura (Barash et al., 2017).

No entanto, independentemente da técnica anestésica, esta deve ser realizada com meios seguros para uma eventual emergência, uma boa analgesia pós-operatória, prevenção de náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO), com o principal objetivo de uma rápida e eficaz recuperação no recobro bem como, a otimização do turnover dos clientes (Butterworth et al., 2018).

CIRCUITO PERIOPERATÓRIO NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

O cliente antes de iniciar a sua experiência na cirurgia de ambulatório (CA), deve ter um conjunto de conhecimentos que serão adquiridos inicialmente numa breve abordagem na consulta com o médico, quando este o referencia para realizar a cirurgia em regime de ambulatório.

O médico, numa primeira abordagem deve explicar ao cliente o que é a cirurgia em regime de ambulatório. Dotá-lo de informações básicas que lhe permitam ter uma perceção geral sobre o que é ser operado na CA.

As necessidades do cliente e família são o foco principal e neste sentido, passar o menor tempo possível no hospital é a maior motivação do cliente, tornando a sua recuperação mais rápida, segura e humanizada enquanto se reduzem os riscos de uma infeção.

Posteriormente, após o médico referenciar o cliente para a cirurgia de ambulatório, o cliente vai dar três passos para a sua experiência cirúrgica:

- Avaliação do cirurgião;
- Avaliação do anestesista;
- Avaliação do enfermeiro perioperatório.

Depois destes três passos o cliente será posteriormente convocado para comparecer no serviço de ambulatório para a cirurgia. Após a cirurgia terá alta no mesmo dia ou, o mais tardar na manhã do dia seguinte. É importante o enfermeiro perioperatório certificar-se se o cliente apresenta alguns requisitos que são importantes para a realização da cirurgia de ambulatório como:

- Acompanhante responsável que o leve para casa em viatura própria;
- Companhia de um adulto nas primeiras 24 horas do pós-operatório.

O enfermeiro é o profissional que se encontra melhor posicionado para informar o cliente através de uma linguagem adequada e por isso, salienta-se a relevância de uma consulta de enfermagem com uma estrutura que atenda às características e situação clínica de cada cliente (Gonçalves et al., 2017).

Por conseguinte, a consulta de enfermagem tem um papel crucial na educação para a saúde do cliente nas três fases do perioperatório na cirurgia de ambulatório. A consulta de enfermagem deve servir de suporte de informação e educação do cliente com conhecimentos que diminuam a ansiedade no pré-operatório, previnam complicações e promovam o bem estar do cliente e família.

Esta consulta enquadra-se no âmbito da enfermagem perioperatória, que engloba os cuidados de enfermagem dirigidos aos clientes durante o período pré, intra e pós-operatório. Integra um conjunto de intervenções realizadas em diferentes contextos hospitalares, com o objetivo de prestar os melhores e mais adequados cuidados ao cliente cirúrgico. Nos últimos anos, o conceito de enfermagem perioperatória evoluiu, tornando-se mais centrado no cliente, uma vez que espelha a preocupação de aproximar a prática das necessidades dos clientes (Arakelian et al., 2017).

As informações dadas ao cliente na consulta pré-operatória relevantes são de seguida explanadas nas três fases do perioperatório:

ANTES DA CIRURGIA

Na consulta com o enfermeiro perioperatório que é realizada 15 dias antes a um mês, são dadas informações relevantes para a preparação do cliente para a sua cirurgia, tais como:

- Colher dados clínicos e sócio-culturais relevantes;
- Referir a pontualidade no local. Se, por motivos de força maior, não puder comparecer avisar logo que possível, não esquecendo que deverá apresentar uma justificação por escrito no prazo de cinco dias, ou correrá o risco de ver anulada a sua inscrição;
- Fazer a medicação habitual se não existir informação em contrário e trazê-la no dia da cirurgia;
- Reforçar a necessidade de jejum de 6 horas que antecede a cirurgia, pois o não cumprimento pode levar ao anulamento da cirurgia;
- Informar que pode ingerir líquidos claros até 200 ml com açúcar até duas horas antes da cirurgia;
- Oferecer as esponjas de clohexidina e reforçar a importância de tomar um duche com sabão neutro e no final com recurso à esponja;
- Repetir o duche até duas horas antes da cirurgia;
- Não aplicar qualquer tipo de cosmético ou maquilhagem;
- Lavar bem os dentes e a boca;
- Trazer a barba aparada e unhas limpas sem verniz;
- Retirar todas as jóias e adornos;

- Não trazer qualquer objeto de valor para o hospital;
- Trazer roupas fáceis de vestir/despir.

NO DIA DA CIRURGIA

- Quando chegar dirigir-se ao secretariado do hospital;
- Espera na sala de espera até ser chamado pelo ecrã;
- Quando solicitado dirigir-se aos vestiários com acompanhante;
- Despedir toda a roupa e adornos e vestir a bata, proteção dos pés e touca cirúrgica;
- Colocar todos os bens no cacifo atribuído e dar as chaves ao assistente operacional;
- Quando solicitado entrar nas instalações da unidade de cirurgia de ambulatório, para ser admitido por um enfermeiro perioperatório que o vai preparar a cirurgia.

APÓS A CIRURGIA

- Após a intervenção cirúrgica permanecerá nas nossas instalações até que se verifiquem todas as condições para que possa ter alta em segurança. Este tempo é variável de cliente para cliente e também depende da sua cirurgia;
- Após ter alta será fornecida toda a informação e documentos necessários para o pós-operatório que deverá entregar no seu centro de saúde;
- Deve levantar a receita médica e ou medicação para os três primeiros dias (se aplicável);
- Após a cirurgia, durante as primeiras 6 semanas, pode sentir dificuldade em engolir, sensação de edema abdominal e flatulência, dor após a ingestão de alimentos;
- No prazo de 24 horas (em dias úteis) receberá um telefonema da nossa equipa para nos assegurar que a sua evolução está a decorrer normalmente;
- Um mês após a cirurgia deverá preencher um questionário (enviado por email ou entregue em papel com envelope pré-pago). Esta é a forma de dar o seu contributo para a melhoria dos cuidados na cirurgia de ambulatório.

PREPARAÇÃO DA ALTA PARA O DOMICÍLIO

O cliente cumpre os critérios de alta hospitalar quando se apresenta apirético, sem taquicardia (frequência cardíaca <100 bpm), com pressão arterial normal (TA <160/90 mmHg) e adequado controlo analgésico e glicémico, bem como a tolerância da alimentação oral.

Nos doentes de alto risco de TEV é recomendada a continuação da trombopprofilaxia após a alta para o domicílio.

Deverá ser prestada informação adequada ao cliente na preparação da alta para o domicílio. O cliente deve estar consciente dos cuidados a ter no domicílio até à primeira consulta. Esta informação deve focar os seguintes aspetos:

1. Sinais de alarme, cuja sua presença motive o contato com a unidade de cirurgia de ambulatório (UCA) ou recurso ao serviço de urgência como: dor intensa, que não cede, mal estar, tonturas, hemorragia, náuseas e vômitos; FC >130.
2. Toma de suplementos vitamínicos e nutricionais;

3. Ajuste da medicação habitual;
4. Algumas recomendações como: Comer devagar, fazer refeições frequentes (6-8/dia) em pequena quantidade, evitar deitar-se nos 30 minutos após cada refeição ou após a última refeição do dia;
5. Evitar medicamentos anti-inflamatórios;
6. Não molhar o penso ou trocar de imediato se molhado;
7. Profilaxia tromboembólica;

As alterações alimentares, devem contemplar um plano hipocalórico e a reintrodução gradual dos alimentos. Iniciar a alimentação com líquidos claros até dieta sólida, introduzida após 30 dias de pós-operatório. A restrição da capacidade gástrica leva a um consumo alimentar inferior a 50% das necessidades nutricionais, por este motivo deve-se suplementar com vitaminas e minerais o mais breve possível (Kelly, 2014).

No pós-operatório a dieta introduzida tem como objetivo melhorar o processo de cicatrização e evitar complicações nutricionais. Por isso, é importante o cliente estar motivado e respeitar a sequência de fases que variam entre oito a dez semanas: dieta líquida clara, líquida completa, pastosa, branda e normal (Kelly, 2014). Na primeira semana tem de haver uma readaptação do trato gastrointestinal com repouso gástrico e cicatrização das anastomoses.

O follow-up é realizado por consulta telefónica nas primeiras 24 horas e por consulta presencial nos primeiros 30 dias de pós-operatório.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 35 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início

2024-01-22 08:00:00
2024-01-22 08:30:00

Medicação

Solução Polielectrolítica 1000 ml EV
Cefazolina 2 gr EV

Fim

2024-01-22 12:30:00
2024-01-22 12:30:00

Início	Medicação	Fim
2024-01-22 08:30:00	Midazolam 2 mg EV	2024-01-22 12:30:00
2024-01-22 08:30:00	Fentanil 0,15 mg EV	2024-01-22 12:30:00
2024-01-22 08:30:00	Propofol 200 mg EV	2024-01-22 12:30:00
2024-01-22 08:30:00	Rocurónio 100 mg EV	2024-01-22 12:30:00
2024-01-22 08:30:00	Dexametasona 8 mg EV	2024-01-22 12:30:00
2024-01-22 08:30:00	Paracetamol 1 gr EV	2024-01-22 12:30:00
2024-01-22 08:30:00	Sugamadex 200 mg EV	2024-01-22 12:30:00

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Relativamente à medicação prescrita, neste tipo de cirurgia é recomendado que a manutenção dos fármacos se inicie logo após a indução anestésica, de forma a prevenir o despertar do cliente antes do tempo desejado (awareness).

Os fármacos de eleição são fármacos de ação facilmente reversível, com início e fim de efeitos rápidos para a cirurgia de ambulatório. Para esta cirurgia, a maioria dos fármacos são administrados de acordo com o peso corporal magro, sendo usado o peso corporal ajustado para o sugamadex e o propofol em perfusão.

Atualmente, ainda não há evidência científica, que seja a favor da manutenção anestésica por target controlled infusions (TCI) de propofol ou por agentes halogenados. A TCI usando o modelo de Marsh não permite input de peso superior a 150 kg, e o modelo de Schnider não permite input de IMC > 35 kg/m² (nas mulheres) ou 42 kg/m² (nos homens). Relativamente aos agentes halogenados, a preferência recai sobre o desflurano, pois permite a recuperação mais rápida dos reflexos da via aérea.

Na admissão junto do enfermeiro perioperatório, o cliente é puncionado e fica com um acesso venoso, para fluidoterapia com polielectrolítico e posteriormente, o cliente passa para a sala operatória, dando início à fase pré-anestésica com sedação e analgesia pré-operatória, com fentanil ou remifentanil, posteriormente o indutor de eleição, o propofol e o relaxante muscular antes da intubação endotraqueal, o rocurónio. Numa fase posterior, faz-se a administração de outros analgésicos, antieméticos para a prevenção de náuseas e vômitos e antes do cliente acordar, é administrado o antagonista para reversão do bloqueio neuromuscular, normalmente o mais utilizado, é o sugamadex.

A analgesia pós-operatória é um aspeto importante a ter em conta, neste tipo de cirurgia em regime de ambulatório, uma vez que o cliente deve ir para o domicílio com a dor controlada. Os princípios norteadores são a analgesia multimodal, poupadora de opióide com doses tituladas de opióides de ação prolongada. É recomendado o paracetamol comum suplementado por analgésicos não esteróides, se apropriado, com opióides cuidadosamente titulados. A analgesia

regional pode ser útil, porém desafiadora, e um bloqueio da bainha do reto abdominal pode ser realizado pelo cirurgião sob visualização direta ao final da operação. A infiltração de anestésico local de incisões cirúrgicas deveria ser uma rotina, usando-se o peso corporal ideal como guia para a dosagem.

A prevenção de náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO) é um componente importante dos cuidados, não só para evitar desconforto nos clientes, mas também do ponto de vista cirúrgico, para permitir a cicatrização da anastomose. Estes clientes têm um alto risco de NVPO e por isso, é recomendada a profilaxia com dois anti-eméticos como ondansetron e dexametasona, se possível, com continuação do ondansetron, no pós-operatório.

Na cirurgia bariátrica a pré-medicação deverá ser administrada uma hora antes do procedimento e inclui: Antagonista H2 ou inibidor da bomba de prótons: metoclopramida e dexametasona (8-10 mg) para profilaxia de náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) e da resposta inflamatória e profilaxia antibiótica segundo a norma da DGS (SPA, 2017).

Outro aspeto de grande relevância na cirurgia bariátrica, é a prevenção de fenómenos tromboembólicos, pelo que é indicada a administração de fármacos anticoagulantes, que está prevista ser iniciada entre 6-12 horas depois da cirurgia, sendo mantida até à alta hospitalar. Nos clientes com elevado risco de TEV a anticoagulação profilática deverá ser prolongada para o domicílio, pelo menos, por 10-15 dias.

FÁRMACOS UTILIZADOS NA ANESTESIA GERAL PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

Propriedades Farmacológicas, Indicações Terapêuticas e Modo de Administração:

SOLUÇÃO POLIELECTROLÍTICA

A solução polielectrolítica está indicada para a desidratação de predomínio extracelular, independentemente da causa (vômitos, diarreias, fístulas, etc.); hipovolemia independentemente da causa (choque hemorrágico, queimaduras, perda hídrica e eletrolítica no perioperatório) e acidose metabólica ligeira.

O equilíbrio de fluidos, os eletrólitos séricos e o equilíbrio ácido-base podem ter de ser monitorizados antes e durante a administração, com especial atenção ao sódio sérico em doentes com aumento da libertação de vasopressina não-osmótica (síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH)) e em doentes co-medicados com agonistas da vasopressina devido ao risco de hiponatremia adquirida em ambiente hospitalar. A monitorização do sódio sérico é particularmente importante no caso dos fluidos hipotónicos. A tonicidade da solução polielectrolítica é isotónica. O volume e a velocidade de perfusão dependem da idade, do peso e do estado clínico do cliente (p. ex., queimaduras, cirurgia, ferimentos na cabeça, infeções). A sua administração é efetuada por via intravenosa. Esta

solução pode ser administrada antes, durante e após uma transfusão sanguínea. Devido à sua isosmolalidade, esta solução pode ser administrada através de uma veia periférica.

CEFAZOLINA

A cefazolina é um antimicrobiano de primeira escolha para cirurgias limpas e limpas-contaminadas. A dose para profilaxia deve ser o dobro da dose normal (Direção Geral da Saúde, 2013). Este fármaco é uma cefalosporina de primeira geração que na presença bacteriana liga-se à parede celular desta, causando a morte celular. Deve ser administrado com precaução em doentes com patologia renal. Náuseas, vômitos e diarreia são alguns dos efeitos colaterais deste fármaco (Deglin & Vallerand, 2003).

METOCLOPRAMIDA

A metoclopramida é um fármaco antiemético usado para tratar distúrbios gastrointestinais, como doença do refluxo gastroesofágico, náuseas e vômitos causados pela administração de determinados fármacos. Normalmente é utilizado em associação com o tramadol com o intuito de evitar as náuseas e vômitos. Agitação, sonolência, fadiga, efeitos extrapiramidais são algumas das reações adversas descritas (Deglin & Vallerand, 2003).

DEXAMETASONA

A dexametasona é um corticosteroide, glucocorticoide. Os efeitos indesejáveis deste fármaco são: risco de alterações dos eletrólitos; edema; insuficiência cardíaca e arritmias; convulsões; fraqueza muscular; miopatias; hiperglicemia; osteoporose; agitação; insónia; cefaleias; aumento da pressão intraocular e glaucoma.

FENTANIL

O fentanil é um analgésico opióide, geralmente usado na fase de indução anestésica. Tem início de ação rápido (2-5 minutos) e duração entre 30 minutos a uma hora. Apresenta metabolização hepática e eliminação renal (Duarte & Martins, 2014). Este fármaco liga-se aos recetores opiáceos no Sistema Nervoso Central, alterando a resposta à dor e sua percepção. Os efeitos colaterais e reações adversas mais frequentes são: depressão respiratória, broncospasmo, laringospasmo, arritmias, bradicardia, hipotensão, prurido, rigidez muscular, náuseas e vômitos (Deglin & Vallerand, 2003).

O fentanil é considerado o analgésico opióide de eleição. O antagonista dos opióides é a naloxona. As moléculas dos diversos opiáceos só compartilham uma parte da estrutura química, pelo que cada um tem efeitos próprios e um perfil farmacocinético individual. Importa salientar a depressão respiratória e cardiovascular, humor, temperatura e contração da fibra muscular lisa intestinal e urinária, dependência física e tolerância (Machado, 2018).

MIDAZOLAM

O midazolam é um sedativo muito utilizado na fase de pré-indução ou em sedação em anestesia locorregional em contexto perioperatório (Duarte & Martins, 2014). Este fármaco tem uma estrutura molecular pequena, “hidrossolúvel in vitro e lipossolúvel in vitro” (Duarte & Martins, 2014, p. 71). Apresenta curta duração, com um início de ação de 28 segundos e feito máximo de 3 minutos. O midazolam exerce efeito nos recetores benzodiazepínicos que modulam os recetores GABA (Duarte & Martins, 2014). Este é metabolizado no fígado e pode apresentar as seguintes reações adversas: cefaleias, sonolência, amnésia anterógrada, náuseas e vômitos (Deglin & Vallerand, 2003).

PROPOFOL

O propofol é o hipnótico mais utilizado para a anestesia geral intravenosa de curta duração. Com a administração deste fármaco é induzida uma depressão do sistema nervoso central. A dose administrada deve ser de 2 a 2,5mg/kg e a perda de consciência ocorre em menos de 1 minuto. Este fármaco serve para a indução e manutenção da anestesia geral e sedação em caso de procedimentos de diagnóstico ou procedimentos cirúrgicos menor, isoladamente ou em associação com anestesia local ou regional.

É um fármaco que induz dor local na administração, pelo que deve ser administrado com precaução e lentamente, pois pode causar muito desconforto ao cliente. Para diminuir esta dor pode ser administrada a lidocaína antes da administração do propofol. Nesta associação, com o anestésico endovenoso, são frequentemente usados gases anestésicos como o sevoflurano e o desflurano para a manutenção da anestesia. Apesar da anestesia inalatória com sevoflurano ter o potencial de uma emergência anestésica mais rápida, quando comparada com a anestesia endovenosa total a probabilidade de NVPO pode ser maior, se não for administrado medicamento profilático adicional (Butterworth et al., 2018).

ROCURÓNIO

O relaxante muscular mais utilizado é o rocurónio, sendo que a existência de um antagonista específico (sugamadex) para a reversão deste bloqueio. O rocurónio é um relaxante muscular antagonista da succinilcolina ligando-se aos recetores pós-sinápticos da acetilcolina impedindo a sua ação. Não origina despolarização ou fasciculações. Tem um tempo de início de ação rápido de 60 a 90 segundos e com uma duração de ação de 15 a 25 minutos. Não é metabolizado e é de eliminação principal por via hepática e secundária por via renal. Este fármaco permite que o tempo entre a cessação da ventilação espontânea e a obtenção de um via aérea segura seja minimizado, não aumentando o consumo de oxigénio, como acontece com a succinilcolina. No entanto, tem a possibilidade de reversão imediata do seu efeito, proporcionando o bloqueio profundo durante toda a intervenção cirúrgica. O uso de rocurónio é recomendado em cirurgia bariátrica.

SEVOFLURANO

O sevoflurano é um anestésico inalatório de metil-isopropil-éter halogenado e provoca uma indução e recuperação rápidas. 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. Este gaz anestésico serve para a indução e manutenção da anestesia geral em adultos e crianças. Todos os doentes anestesiados com sevoflurano devem ser constantemente monitorizados, incluindo eletrocardiograma, tensão arterial, saturação de oxigénio e volume final de expiração de dióxido de carbono. Durante a manutenção da anestesia, o aumento da concentração de sevoflurano resulta em diminuições da tensão arterial dependentes da dose. Uma redução excessiva da tensão arterial pode estar relacionada com a profundidade da anestesia. Assim, esta, pode ser corrigida com a diminuição da concentração e sevoflurano inspirado. Devido à insolubilidade do sevoflurano no sangue, podem ocorrer alterações hemodinâmicas mais rapidamente do que com outros anestésicos voláteis. Os efeitos indesejáveis deste gaz anestésico é a depressão cardiorrespiratória (dependendo da dose), náuseas e vômitos no pós-operatório, bradicardia, hipotensão, agitação e tosse.

PARACETAMOL

O paracetamol ou acetaminofeno é um fármaco analgésico e antipirético que inibe a síntese de prostaglandinas produzindo analgesia. Deve ser dado com precaução em doentes com patologia hepática e renal (Deglin & Vallerand, 2003). Recomenda-se a administração de Paracetamol, no período do intra-operatório, na anestesia geral e locorregional devido ao seu perfil favorável (Wang et al., 2015).

SUGAMADEX

O sugamadex é um fármaco de gama ciclodextrina modificada (agente de ligação seletivo dos relaxantes). No plasma, forma um complexo com os agentes bloqueadores neuromusculares do rocurónio ou vecurónio, o que reduz a quantidade de agente bloqueador neuromuscular disponível para se ligar aos recetores nicotínicos da junção neuromuscular. É utilizado para a reversão do bloqueio neuromuscular induzido pelo rocurónio ou pelo vecurónio.

Conforme a prática pós-anestésica normal, após o bloqueio neuromuscular é recomendado monitorizar o cliente no período pós-operatório imediato relativamente a acontecimentos indesejáveis, incluindo recorrência de bloqueio neuromuscular. O uso de sugamadex não é recomendado em clientes com compromisso renal grave e a fazer hemodiálise.

Este fármaco pode trazer efeitos indesejáveis, tais como: espasmos musculares, tosse durante o procedimento anestésico, reação de despertar durante anestesia, oclusão do tubo endotraqueal por mordedura, hipotensão e complicações (tosse, taquicardia, bradicardia).

PETIDINE

A petidine é um analgésico opiáceo, que atua como depressor do sistema nervoso central, muito utilizado para o alívio da dor moderada ou alta, geralmente em casos terminais de neoplasias ou dor pós-operatória.

Pertence ao grupo dos opioides sintéticos, aos quais pertence também, por exemplo, a metadona. Pode ser substituída com grande vantagem pela morfina, sendo que esta apresenta menor taxa de efeitos colaterais que a meperidina.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

08-01-2024 08:00

08-01-2024 08:00 - Procedimento invasivo

22-01-2024 08:00 - Tipo de procedimento invasivo: Sleeve Gástrico - 22-01-2024.

08-01-2024 08:00 - Tipo de procedimento invasivo: Sleeve Gástrico - 22-01-2024.

08-01-2024 08:00 - Verificado: antecedentes clínicos.

22-01-2024 08:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

22-01-2024 12:30 - Perda sanguínea

22-01-2024 12:30 - Abdómen: Sem perda sanguínea aparente.

22-01-2024 12:30 - Localização do Pulso

22-01-2024 12:30 - Tórax

22-01-2024 12:30 - Frequência do pulso: 58 pulsações por minuto.

22-01-2024 08:30 - Localização do Pulso

22-01-2024 08:30 - Tórax

22-01-2024 08:30 - Frequência do pulso: 58 pulsações por minuto.

22-01-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

22-01-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o)

22-01-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 145 mmHg.

22-01-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 79 mmHg.

22-01-2024 08:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

22-01-2024 08:30 - Membro superior Esquerda(o)

22-01-2024 08:30 - Pressão sanguínea sistólica: 157 mmHg.

22-01-2024 08:30 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.

22-01-2024 12:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

22-01-2024 12:30 - Membro superior Esquerda(o)

22-01-2024 12:30 - Pressão sanguínea sistólica: 111 mmHg.

22-01-2024 12:30 - Pressão sanguínea diastólica: 64 mmHg.

22-01-2024 12:30 - Temperatura corporal periférica

22-01-2024 12:30 - Ouvido: 35.90 °C.

22-01-2024 08:00 - Temperatura corporal periférica

22-01-2024 08:00 - Ouvido: 36.60 °C.

22-01-2024 08:30 - Temperatura corporal central: 36.20 °C.

22-01-2024 12:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 12:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 12:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 22-01-2024 19:30

08-01-2024 08:00 - Promover autogestão: procedimento invasivo [FIM]

22-01-2024 08:30

08-01-2024 08:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo [RESOLVIDO] 22-01-2024 08:00

08-01-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo [FIM] 22-01-2024 08:00

22-01-2024 08:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador [MELHOROU].

08-01-2024 08:00 - Ensinar sobre circuito [FIM] 22-01-2024 08:00

08-01-2024 08:00 - Ensinar sobre procedimento anestésico [FIM] 22-01-2024 08:00

08-01-2024 08:00 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico [FIM] 22-01-2024 08:00

08-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo [FIM]

22-01-2024 08:30

22-01-2024 08:00 - Refere satisfação com a preparação para a autogestão do procedimento invasivo.

22-01-2024 19:30 - Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo

22-01-2024 19:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre os cuidados pós-operatórios no domicílio

22-01-2024 19:30 - Informar utilidade dos documentos que leva para o domicílio (receita médica, relatório de alta, marcação de consulta, folheto informativo) [Agora]

22-01-2024 19:30 - Ensinar sobre os cuidados com o penso no domicílio [Agora]

22-01-2024 19:30 - Ensinar sobre monitorização (oxímetro) da frequência cardíaca após a cirurgia no domicílio [Agora]

22-01-2024 19:30 - Ensinar sobre regime dietético nos 3 dias após a cirurgia no domicílio [Agora]

22-01-2024 19:30 - Ensinar sobre a administração de heparina de baixo peso molecular profilática, para evitar tromboembolismo no domicílio [Agora]

22-01-2024 19:30 - Promover autogestão: procedimento invasivo

22-01-2024 19:30 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser

melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

08-01-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo [RESOLVIDO] 22-01-2024 08:00

08-01-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo [FIM] 22-01-2024 08:00

22-01-2024 08:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador [MELHOROU].

08-01-2024 08:00 - Ensinar sobre circuito [FIM] 22-01-2024 08:00

08-01-2024 08:00 - Ensinar sobre procedimento anestésico [FIM] 22-01-2024 08:00

08-01-2024 08:00 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico [FIM] 22-01-2024 08:00

08-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo [FIM] 22-01-2024 08:30

22-01-2024 08:00 - Refere satisfação com a preparação para a autogestão do procedimento invasivo.

22-01-2024 19:30 - Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo

22-01-2024 19:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre os cuidados pós-operatórios no domicílio

22-01-2024 19:30 - Informar utilidade dos documentos que leva para o domicílio (receita médica, relatório de alta, marcação de consulta, folheto informativo) [Agora]

22-01-2024 19:30 - Ensinar sobre os cuidados com o penso no domicílio [Agora]

22-01-2024 19:30 - Ensinar sobre monitorização (oxímetro) da frequência cardíaca após a cirurgia no domicílio [Agora]

22-01-2024 19:30 - Ensinar sobre regime dietético nos 3 dias após a cirurgia no domicílio [Agora]

22-01-2024 19:30 - Ensinar sobre a administração de heparina de baixo peso molecular profilática, para evitar tromboembolismo no domicílio [Agora]

22-01-2024 08:30

22-01-2024 08:30 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:30 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

22-01-2024 08:30 - Ventilação invasiva - FiO2: 40 %.

22-01-2024 08:30 - Ventilação invasiva - volume corrente: 400 ml.

22-01-2024 08:30 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 13 cr/min.

22-01-2024 08:30 - Ventilação invasiva - PEEP: 4 cm H2O.

22-01-2024 08:30 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]

22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:30 - Aplicar colchão de alívio de pressão [FIM] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:30 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [FIM] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:30 - Posicionar para garantir a permeabilidade da via aérea [FIM]

22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 12:30 - Débito de oxigénio: 3.00 L/min.

22-01-2024 12:30 - Assegurar oxigenoterapia [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 12:30 - Manter oxigenoterapia [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 19:30

Sondas, Drenos e Cateteres

22-01-2024 08:00

22-01-2024 08:00 - Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

22-01-2024 08:00 - Mão Direita(o)

22-01-2024 08:00 - Características do dispositivo: Abocath 20G.

22-01-2024 12:30 - Localização do cateter venoso periférico

22-01-2024 12:30 - Mão Direita(o)

22-01-2024 12:30 - Características do dispositivo: Abocath 20G.

22-01-2024 12:30 - Ausência de dor.

22-01-2024 12:30 - Ausência de calor.

22-01-2024 12:30 - Ausência de rubor.

22-01-2024 12:30 - Ausência de tumefação.

22-01-2024 12:30 - Ausência de exsudado.

22-01-2024 12:30 - Ausência de infiltração.

22-01-2024 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter [FIM]

22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:30 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:30 - Otimizar cateter venoso periférico [FIM] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 12:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico (Mão Direita(o)) [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:30

22-01-2024 08:30 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:30 - Presença de cuff

22-01-2024 08:30 - Traqueia: Com cuff.

22-01-2024 08:30 - Pressão do cuff: 30 cmH2O.

22-01-2024 08:30 - Características do dispositivo: TET Nº7 [MELHOROU].

22-01-2024 08:30 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:30 - Otimizar tubo endotraqueal [FIM] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal [FIM] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal [FIM] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da pressão do cuff [FIM] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Sonda de oxigénio [RESOLVIDO] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 12:30 - Características do dispositivo: Cânula Nasal.

22-01-2024 12:30 - Assegurar funcionamento da sonda [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 12:30 - Otimizar sonda de oxigénio [FIM] 22-01-2024 19:30

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

O presente caso clínico, é uma simulação de um cliente submetido a cirurgia bariátrica com a técnica de sleeve gástrico. Relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica que foram abordados, devem ser considerados os seguintes aspetos:

Procedimento Invasivo (Conhecimento)

O procedimento invasivo está relacionado com a cirurgia e todos os procedimentos de diagnóstico e terapêutica, inerentes aos cuidados prestados ao cliente. Assim sendo, as sessões de contato representam um conjunto de procedimentos que vão sendo realizados ao cliente submetido a sleeve gástrico em regime de cirurgia de ambulatório.

O primeiro contato inicial (primeira sessão), está diretamente ligado ao conhecimento do cliente, adquirido na consulta pré-operatória, sobre o procedimento que vai realizar, bem como os cuidados pós-operatórios, com o principal objetivo de colmatar algumas falhas na informação e educação/ensino, reduzindo a ansiedade do cliente antes da cirurgia.

Na consulta pré-operatória é fornecido verbalmente e em suporte de papel, com um folheto informativo, todo o conhecimento sobre a preparação pré-operatória, como a necessidade de jejum, relevância de alergias, ausência de prótese dentária, ausência de adornos, consentimento assinado livre e esclarecido, fornecidas as duas esponjas de clohexidina a 2%, para efetuar o banho no dia anterior e no mesmo dia da cirurgia e outras particularidades relevantes para a cirurgia, anestesia e abordagem da via aérea, bem como, questões da logística no circuito da unidade de cirurgia de ambulatório (UCA) no dia da cirurgia.

É também, abordada alguma informação relevante sobre o pós-operatório após a alta no domicílio, mas como não é a altura propícia para a aquisição desse conhecimento, só são fornecidos alguns dados relevantes como a prevenção da dor e a analgesia disponível, a importância de avaliação da frequência cardíaca no domicílio após a alta e as alterações alimentares.

Neste caso específico, iniciamos o processo na fase pré-operatória, que tem início quando a cliente vem à consulta pré-operatória (primeira sessão).

A primeira sessão de contato na consulta pré-operatória é uma etapa crucial para o sucesso da preparação e recuperação cirúrgica do cliente. A consulta de enfermagem sendo uma intervenção autônoma tem um papel preponderante na experiência cirúrgica do cliente.

A comunicação eficaz é o pilar basilar desta consulta. Neste sentido, a comunicação terapêutica torna-se nesta consulta a chave da relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente, uma relação de âmbito profissional, mas baseada num conjunto de técnicas específicas, para gerar resultados positivos na saúde das pessoas, pressupõe uma intencionalidade consciente com o principal objetivo de colher dados, ensino-aprendizagem e a expressão de emoções.

A comunicação terapêutica é a componente básica dos cuidados de saúde, da educação em saúde, da mudança comportamental, da organização e gestão em saúde e, das políticas de saúde, sendo um bom indicador da qualidade dos cuidados de saúde (Thomas 2006; Ramos, 2012).

O segundo contato com a cliente é no dia da cirurgia, quando esta vem para a cirurgia e entra para a sala de admissão já com a bata e sem adornos (segunda sessão) é realizada no pré-operatório, no acolhimento da cliente são realizadas atitudes terapêuticas para a preparação da intervenção cirúrgica. Na admissão com o enfermeiro de admissão são validados todos os itens da checklist de segurança cirúrgica e é realizada a punção venosa para colocação do cateter periférico.

A terceira sessão é quando a cliente entra para a sala operatória e inicia-se toda a preparação para a intervenção cirúrgica, nomeadamente a indução anestésica, posicionamento cirúrgico e a realização de procedimentos e técnicas necessárias para que a anestesia e a cirurgia decorram sem intercorrências nem complicações.

A abordagem no intra-operatório tem a duração da experiência da cliente na sala operatória, até ao acordar da anestesia com cerca de uma hora e meia. Esta sessão, dá-se desde o início da indução anestésica, durante a cirurgia, no momento do acordar da anestesia, até à transferência da cliente para a unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA).

A quarta sessão de contato com a cliente, inicia-se no momento da chegada da cliente à unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) e termina quando são reunidos todos os critérios necessários de alta para o domicílio, nomeadamente, estabilidade hemodinâmica, controlo da dor e da via aérea permeável em ventilação espontânea com boa saturação de O₂. Esta sessão inclui a estabilização da cliente após a cirurgia.

A quinta sessão de contato, é quando o enfermeiro faz a preparação da alta para o domicílio e realiza a educação para a saúde, sobre todos os cuidados a ter no domicílio após a sua cirurgia.

No entanto, o procedimento invasivo, no caso representado relaciona-se também, com as verificações pré- operatórias pela organização mundial de saúde (OMS), para a segurança do cliente e servem como medidas adoptadas que se destinam a limitar as complicações no perioperatório; controladas consequências de situações indesejadas ou possíveis ocorrências, através de comportamentos e métodos diários dentro da equipa e uma comunicação eficaz. Estas visam, também, melhorar a prevenção relativamente a eventos perigosos e caso aconteçam, saber como podem ser resolvidos sem danos para o cliente (NHS, 2015).

Cateter venoso periférico

Em regime de cirurgia de ambulatório o cliente é puncionado com um acesso venoso periférico na admissão, para fluidoterapia com polielectrolítico de pequeno calibre.

O enfermeiro deve providenciar se necessário, mais do que um acesso venoso periférico, no intra-operatório, numa zona anatómica favorável ao procedimento cirúrgico e de acesso rápido para a administração dos fármacos de indução e manutenção.

O enfermeiro deve ter especial atenção e conhecimento acerca de cada cirurgia, para a melhor escolha do local de cateterização, com maior calibre, lateralidade mais adequada relativamente à cirurgia ou mesmo à ergonomia da sala operatória, que deve ser no lado do carro de anestesia, para prevenir atrasos em caso de emergência na indução anestésica.

No pós-operatório, é importante manter a permeabilidade do cateter venoso periférico e é da responsabilidade do enfermeiro, bem como, a sua integridade na transferência do cliente da mesa cirúrgica para o transfer rolante e posteriormente para a cama, pois, muitas vezes, dá-se o seu repuxamento e por consequência a perda de acesso venoso periférico, numa etapa importante da experiência cirúrgica.

O processo de cateterização venosa periférica é um procedimento da prática de enfermagem, caracterizado pela introdução de um dispositivo (cateter venoso periférico), numa veia periférica de modo a obter um acesso à rede venosa. Por este motivo, é considerado um procedimento complexo, uma vez que se verifica a necessidade de cuidados específicos, no que respeita à escolha do calibre, manutenção, penso utilizado e na prevenção de complicações (Crozeta & Roehrs, 2012).

A cateterização venosa é indicada no período perioperatório para a administração de fluidos, medicamentos e hemoderivados (Heydinger et al., 2022). O enfermeiro tem a responsabilidade de executar, avaliar e acompanhar o processo de cateterização venosa periférica e a manutenção do acesso para cumprimento dos objetivos previamente definidos (Arreguy-Sena & Carvalho, 2009).

Esta técnica requer um conjunto de cuidados específicos, tais como: seleção do cateter com vários calibres. Na seleção do cateter devem ser considerados aspetos como, a sua finalidade,

devendo-se optar pelo de menor calibre, associado ao tipo de procedimento a realizar. A sua otimização, diz respeito à permeabilidade com soro fisiológico, colocação do penso transparente para melhor avaliação das complicações e manutenção para prevenção de complicações locais e sistêmicas, tais como: flebite, infiltração, hematoma, extravasamento e obstrução.

Ventilação Invasiva

No caso específico da cirurgia bariátrica a ventilação é de extrema preocupação para a equipa, mesmo antes da cirurgia começar. Pela anatomia do cliente, por vezes, a sua ventilação é comprometida. Neste sentido, é importante salientar a atenção do enfermeiro nesta fase e ter todos os materiais e recursos de emergência.

O posicionamento em rampa, promove uma melhor ventilação do cliente pois, devido ao excesso de peso têm um pescoço curto e por conseguinte, é considerada uma via aérea difícil. O enfermeiro deve ter disponível todos os meios para prevenir complicações numa via aérea difícil.

Atendendo a que estes clientes dessaturam rapidamente durante a apneia após a indução, é recomendada a aplicação de CPAP (10 mmHg) durante a pré-oxigenação. A ventilação por máscara facial pode ser difícil, por isso o tempo entre a indução e a intubação deve ser reduzido.

Em caso de necessidade, é importante que sejam prontamente disponibilizados adjuvantes de via aérea e assistência por outro membro da equipa. Qualquer dificuldade/falha na laringoscopia deverá ser abordada segundo as guidelines atuais para manuseamento da via aérea difícil.

Outro aspeto, na ventilação dos obesos é que não é recomendado a ventilação com fluxos inferiores a um litro, pois atendendo ao elevado consumo de oxigénio e às características da capacidade funcional respiratória dos obesos, é necessário minimizar os riscos decorrentes de possíveis fugas do sistema e/ou desconexões do circuito, esta responsabilidade é também do enfermeiro de anestesia.

Foi abordado, no domínio da ventilação invasiva, o foco de atenção, posicionamento cirúrgico por ser um bastante relevante quando o cliente está ventilado de forma invasiva, portanto, com anestesia geral. Esta condição, permite à equipa cirúrgica estar mais alerta relativamente a complicações que possam decorrer do posicionamento cirúrgico, pela incapacidade que o cliente tem de manifestar algum desconforto ou mesmo dor e pelas lesões que podem advir do posicionamento com o cliente ventilado e anestesiado.

Tubo endotraqueal

A entubação endotraqueal (TET) é uma técnica utilizada para a permeabilização das vias aéreas com respiração assistida, neste caso, para induzir a inconsciência do cliente durante a intervenção cirúrgica. O tubo endotraqueal é um dispositivo inserido na traqueia que permite

uma abordagem avançada da via aérea. A intubação endotraqueal é justificada, em contexto intra-operatório, pela incapacidade de proteção da via aérea devido aos efeitos dos fármacos anestésicos, sendo o método de eleição para uma ventilação eficaz, assegurando permeabilidade da via aérea (Huffstutler & Monahan, 2010).

O procedimento começa com uma pré-oxigenação de três minutos com FiO₂ de 100%. Após a visualização das cordas vocais por meio de laringoscopia, o cateter é inserido até que a parte superior do cuff ultrapasse as cordas, e em seguida, é insuflado (Mexedo, 2013).

As boas práticas recomendam confirmar o correto posicionamento do tubo, observando-se a expansão simétrica do tórax, auscultando-se o epigastro (sem sons de insuflação) e os pulmões ao nível das axilas (sons pulmonares simétricos). Por fim, o sensor de capnografia é conectado para detetar a presença de CO₂ no ar exalado (INEM, 2020).

Oxigenoterapia

A anestesia geral balanceada provoca uma alteração propositada do estado de consciência de modo a que o cliente não sinta a agressão cirúrgica. Mesmo após a descurarização pode prolongar-se o efeito de hipoventilação ou de alteração do gradiente alvéolo-arterial no pós-operatório imediato. Esta situação ocorre sobretudo por uma obstrução da via aérea, por ação residual dos anestésicos, opióides, sedativos, efeito residual do bloqueio neuromuscular, bem como dor não controlada (Martins, Alves & Pereira, 2013).

A hipoxemia é uma intercorrência comum na pessoa em pós-operatórios imediato e é provocada principalmente por atelectasia, incompatibilidade ventilação/perfusão ou edema pulmonar (Liu et al., 2021).

Posicionamento Cirúrgico

O posicionamento do cliente na preparação para a cirurgia é um procedimento que envolve o esforço de toda a equipa: o enfermeiro de anestesia, o circulante, o enfermeiro instrumentista caso seja necessário, os assistentes operacionais e os cirurgiões. Toda a equipa pode estar envolvida no posicionamento dependendo do tamanho do cliente, peso e condição ou posição pretendida do cirurgião.

A existência de um número adequado de pessoas para posicionar o cliente ajuda a manter o alinhamento fisiológico a suportar as extremidades e a proteger os membros da equipa lesões músculo-esqueléticas que podem ocorrer devido ao exercício de forças de elevação, empurrão e tração durante o posicionamento. Neste caso clínico especificamente, por a cliente ter uma elevada massa corporal, toda a equipa esteve envolvida no posicionamento.

O posicionamento cirúrgico nesta cirurgia é em decúbito dorsal numa marquesa cirúrgica convencional se o peso do cliente não ultrapassar os 130 Kg. Para clientes com mais de 130 Kg é recomendada uma marquesa cirúrgica específica para estas cirurgias. Os membros superiores

são um em adução e outro em abdução e os membros inferiores em abdução, superior a 90º e é onde o cirurgião se posiciona durante a cirurgia. A marquesa cirúrgica deve ter previamente um colchão de gel (meio corpo) para proteção das proeminências ósseas e as almofadas para proteção da zona dos calcanhares, poplítea e cotovelos são colocadas posteriormente mas antes da cirurgia. Na zona dos joelhos são colocadas ligaduras para que os membros inferiores não caiam durante a cirurgia pois, o cirurgião pede várias alterações no posicionamento da marquesa com maior ou menor angulação do proclive e trendelenburg.

O posicionamento correto do cliente é importante porque, sob a influência da anestesia geral, o cliente não se pode mover e não pode sentir a dor gerada pela permanência numa posição durante um período de tempo prolongado. Mesmo um cliente que esteja sob anestesia local pode não sentir dor ou pode não ser capaz de comunicar onde se encontra a sensação de dor. Devido a estas limitações, a equipa perioperatória deve tomar medidas para evitar lesões relacionadas com o posicionamento do cliente durante a cirurgia (AORN, 2017).

Tricotomia Pré-Operatória em Ambulatório

Na fase pré e intra-operatória segundo a DGS não se deve realizar tricotomia por rotina e, quando absolutamente necessária, deve ser realizada imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único. Neste caso específico, houve a necessidade da realização da tricotomia, que foi efetuada no local da admissão do cliente e respeitada a sua privacidade com a aplicação de cortinas, para o efeito. A prevenção da infeção é de extrema importância e está diretamente relacionada com o ambiente cirúrgico. Neste contexto, a DGS (2022) recomenda que, na implementação dos feixes de intervenção, deva existir especial atenção ao carácter multidisciplinar, agregador e motivacional de toda a equipa e que se deve monitorizar os resultados da aplicação dos feixes de intervenção, nomeadamente a adesão dos profissionais à aplicação das medidas do feixe e melhorias nos indicadores. O “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico é composto por cinco intervenções, entre elas :

- 1- Realizar banho com Cloro-hexidina $\geq 2\%$, no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com menos 2 horas de antecedência;
- 2- Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado. Em dose única ou durante um máximo de 24 horas;
- 3- **Evitar tricotomia e, quando absolutamente necessária, usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica;**
- 4- Manter normotermia perioperatória (temperatura central $\geq 35,5\%$);
- 5- Manter glicemia $\leq 180\text{mg/dl}$ durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes.

É com base nestas recomendações da DGS, que foi orientada a ação das intervenções de

enfermagem neste caso clínico. Cada intervenção ou procedimento, encontrar uma resposta eficaz na prevenção e controlo de infeção, considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação perioperatória ou em estado crítico e/ou falência orgânica (OE, 2010).

Antissepsia da Pele

A realização da antissepsia da pele do cliente deve ser realizada antes da incisão, utilizando solução antisséptica de CHD a 2% em álcool a 70%, excepto em mucosas e validado se o cliente não tem alergia ao produto de antissepsia. Esta atitude terapêutica não é uma intervenção autónoma de enfermagem mas pode ser realizada pela enfermeira instrumentista que deve ter conhecimento sobre a técnica baseada em evidências que promovam a prevenção da infeção do local cirúrgico.

Electrocirurgia (bisturi eléctrico)

A eletrocirurgia é utilizada há dezenas de anos pelos cirurgiões com a finalidade de cortar, coagular e dissecar os tecidos durante o procedimento cirúrgico. Com os avanços tecnológicos permitiram fazer-se com maior segurança, contudo, há evidência na literatura da ocorrência de eventos adversos na colocação da placa dispersiva, originando queimaduras na pele ou situações de incêndio que provocam lesões para o cliente e profissionais (AORN, 2021).

A prevenção do risco de queimadura aquando a utilização da eletrocirurgia (bisturi eléctrico) é um aspeto de relevância no intra-operatório, pois o bisturi eléctrico é quase sempre utilizado na grande maioria das cirurgias. A prevenção do risco de queimadura na pele no local da placa dispersiva é um foco de atenção importante enquanto o cliente está inconsciente durante a intervenção cirúrgica sob anestesia/sedação. O enfermeiro deve seleccionar uma zona anatómica musculada, normalmente as coxas, que esteja livre de pêlos, seca e o mais longe possível do local onde se vai aplicar o antisséptico, pois este se contiver álcool há risco mesmo de incêndio.

A maioria dos eventos adversos associados à utilização da eletrocirurgia são as queimaduras causadas pela corrente eléctrica que não realiza o circuito correto. É fundamental a compreensão do processo e o conhecimento dos dispositivos por parte da enfermeira circulante, pois esta tem como função a gestão de um ambiente cirúrgico seguro. A gestão do risco e o seu planeamento são importantes para a prevenção (AORN 2021).

Segundo a AORN a prevenção de lesões associadas à utilização da eletrocirurgia, passam por: avaliação no pré-operatório, nomeadamente na presença de corpos estranhos metálicos e dispositivos eletrónicos; a instalação e utilização correta do dispositivo e equipamento, seguindo as instruções do fabricante para a utilização devida e a implementação de precauções de prevenção de incêndios (AORN 2021).

Meias Elásticas

As meias elásticas são aplicadas em todos os clientes submetidos a cirurgia bariátrica em alternativa ao compressor pneumático de pressão intermitente para prevenção do comprometimento da perfusão tecidual e do tromboembolismo venoso.

O comprometimento da perfusão tecidual pode ocorrer por vários fenómenos existentes durante e após uma intervenção cirúrgica.

A perfusão dos tecidos é um processo vascular, no qual se caracteriza pelo movimento do sangue através dos tecidos periféricos para fornecer oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, pressão sanguínea e cicatrização da ferida (ICN, 2012). O edema dos tecidos moles é um dos sintomas mais frequentes decorrente da uma cirurgia podendo influenciar a perfusão tecidual (Barreto, 2022).

Neste tipo de cirurgia ocorre, um risco aumentado de tromboembolismo venoso (TEV). A incidência de tromboembolismo venoso (TEV) em cirurgia bariátrica varia entre 0,3% 3,3%2, sendo que é mais frequente em cirurgia aberta e ocorre sobretudo após a alta hospitalar.

A embolia pulmonar é a causa de 30% da mortalidade associada a esta cirurgia2. A profilaxia do TEV deverá ser efetuada segundo o consenso nacional multidisciplinar de 201412. Segundo o modelo de Caprini, estes clientes apresentam risco moderado ou elevado para TEV. Assim, todos têm indicação para iniciar a profilaxia mecânica no pré-operatório, idealmente com compressão pneumática intermitente (SPA, 2016).

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
08-01-2024 08:00	Emoção	
08-01-2024 08:00	Cuidar da higiene pessoal	
08-01-2024 08:00	Padrão alimentar	
08-01-2024 08:00	Atitudes terapêuticas	
22-01-2024 08:00	Sistema cardiovascular	22-01-2024 19:30
22-01-2024 08:00	Metabolismo	22-01-2024 19:30
22-01-2024 08:00	Termorregulação	22-01-2024 19:30
22-01-2024 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
22-01-2024 08:30	Consciência	22-01-2024 19:30
22-01-2024 08:30	Sistema respiratório	22-01-2024 19:30
22-01-2024 08:30	Pele e mucosas	
22-01-2024 12:30	Sensações somáticas	
22-01-2024 12:30	Digestão	
22-01-2024 12:30	Eliminação intestinal	
22-01-2024 12:30	Eliminação urinária	

Início	Domínios	Fim
22-01-2024 19:30	Vestir-se ou despir-se	
22-01-2024 19:30	Andar	

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

"Uma ontologia é um modelo de referência que representa um conjunto de conceitos dentro de um domínio, bem como os relacionamentos entre estes" (NursingOntos, 2024).

Os domínios selecionados neste caso clínico diferem do caso clínico da cirurgia de bypass gástrico, pois apesar de ser uma cirurgia bariátrica, este presente caso é na cirurgia de ambulatório.

Emoção

O domínio da Emoção é um aspeto relevante na primeira sessão de contato com o cliente pois este verbaliza ansiedade na consulta pré-operatória de enfermagem.

As psicopatologias mais pesquisadas nos quadros de obesidade são a ansiedade e as associadas a quadros depressivos (Martínez e Rentería, 2011; Zancaner, 2012).

Segundo os critérios de diagnósticos preconizados para transtorno de ansiedade generalizada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (American Psychiatric Association (APA), 2014), a ansiedade é caracterizada pela preocupação excessiva acerca de diversos eventos ou atividades, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado (Andric. J; et al; 2019).

O indivíduo tem dificuldade de controlar a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas em questão. Além disso, são experimentados sintomas físicos como inquietação ou sensação de "nervos à flor da pele", fadigabilidade, dificuldade de concentração ou sensações de "brancos" na mente, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (Andric. J; et al; 2019).

Segundo a literatura, os níveis de stresse e de sintomas depressivos dos clientes submetidos a cirurgia bariátrica são elevados, alguns autores constataram que a perda de peso reflete consideravelmente na redução dos sintomas depressivos e de ansiedade, sugerindo que estes fatores são significativos no quadro da obesidade (Almeida et al., 2011; Rocha e Costa, 2012). Pesquisas relacionadas à regulação emocional em indivíduos com diagnóstico de obesidade apontam que o ato de comer ocorre por conta dos sintomas de ansiedade (Gianini et al., 2013; Miller-Matero et al., 2014; Opolski et al., 2015).

Neste sentido, o comportamento de comer em excesso pode estar relacionado com a ansiedade, sendo que a comida é vista como uma forma de diminuir estes sintomas (Franques e Arenales, 2011). Assim sendo, o ato de comer transforma-se em um tranquilizador e uma maneira de diminuir a ansiedade (Oliveira e Silva, 2014).

Por conseguinte, para que o cliente obtenha os resultados desejados da intervenção cirúrgica, torna-se indispensável o acompanhamento psicológico no pré e pós-operatório. Uma das abordagens indicadas é a terapia cognitivo-comportamental, na qual se trabalha questões relacionadas à perda de peso e mudança do estilo de vida (Wilfley et al., 2011). Além disso, o modelo cognitivo beneficia o cliente em aspectos significativos, como adaptação social, redução de ansiedade, aumento da auto-estima e diminuição da compulsão alimentar (Neufeld et al., 2012).

Um estudo em análise do autor (Andric. J; et al; 2019), teve como objetivo identificar sintomas de ansiedade em clientes no pré-operatório da cirurgia bariátrica, na véspera do procedimento. Foram colhidos dados, sobre o perfil sócio-demográfico da amostra, bem como a comparação dos sintomas de ansiedade de clientes antes da cirurgia bariátrica com um grupo controle, com os géneros feminino e masculino (Andric. J; et al; 2019).

Cuidar da Higiene pessoal

O domínio de Cuidar da Higiene pessoal, foi abordado no sentido de se tornar perceptível a capacidade da cliente na sua condição (obesidade), ter capacidade de realizar os cuidados de higiene e poder fazer a preparação pré-cirúrgica como é preconizado pela DGS e informado na consulta de enfermagem com as esponjas de clohexidina a 2%. A prevenção da infeção é uma preocupação dos enfermeiros perioperatórios e um foco de atenção da equipa, pois está diretamente relacionada com o ambiente cirúrgico.

Neste contexto, a DGS (2022) recomenda que, na implementação dos feixes de intervenção, deva existir especial atenção ao carácter multidisciplinar, agregador e motivacional de toda a equipa e que se deve monitorizar os resultados da aplicação dos feixes de intervenção, nomeadamente a adesão dos profissionais à aplicação das medidas do feixe e melhorias nos indicadores. O “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico é composto por cinco intervenções, entre elas :

- 1- Realizar banho com Cloro-hexidina $\geq 2\%$, no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com menos 2 horas de antecedência;**
- 2- Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado. Em dose única ou durante um máximo de 24 horas;
- 3- Evitar tricotomia e, quando absolutamente necessária, usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica;

4- Manter normotermia perioperatória (temperatura central $\geq 35,5\%$);

5- Manter glicemia $\leq 180\text{mg/dl}$ durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes.

Padrão Alimentar

O domínio do Padrão Alimentar, foi abordado na primeira sessão de contato porque é na consulta pré-operatória de enfermagem que se vai avaliar primeiramente qual o padrão alimentar do cliente e também, a capacidade deste alterar o seu padrão alimentar no pós-operatório para o sucesso da cirurgia. Nesta fase capacita-se o cliente com alguma informação sobre o padrão alimentar após a cirurgia e avalia-se a capacidade de adesão a este novo regime alimentar.

No pós-operatório é prescrita uma dieta que tem como objetivo melhorar o processo de cicatrização e evitar complicações nutricionais. Por isso, é importante o cliente estar motivado e respeitar a sequência de fases que variam entre oito a dez semanas: dieta líquida clara, líquida completa, pastosa, branda e normal (Kelly, 2014). Na primeira semana tem de haver uma readaptação do trato gastrointestinal com repouso gástrico e cicatrização das anastomoses.

As alterações alimentares, devem contemplar um plano hipocalórico e a reintrodução gradual dos alimentos. Inicia-se a alimentação com líquidos claros até dieta sólida, introduzida após 30 dias de pós-operatório. A restrição da capacidade gástrica leva a um consumo alimentar inferior a 50% das necessidades nutricionais, por este motivo deve-se suplementar com vitaminas e minerais o mais breve possível (Kelly, 2014).

Sondas drenos e cateteres

Nesta cirurgia especificamente, atendendo à condição física do cliente obeso, a obtenção de acesso venoso pode ser difícil, por isso, é prudente colocar dois acessos venosos, indicação que se torna obrigatória no caso de perfusão endovenosa de propofol ou remifentil.

Consciência

A consciência durante o procedimento cirúrgico, está associada à indução da anestesia promovendo a alteração da mesma por administração de fármacos endovenosos. Esta alteração do estado de consciência deve ser um foco de atenção por parte do enfermeiro perioperatório, de modo a promover a segurança do cliente durante todo o processo anestésico e cirúrgico, garantindo a continuidade da assistência ventilatória e circulatória.

Sistema respiratório

O sistema respiratório é um domínio de grande relevância, pois as alterações que ocorrem durante o procedimento cirúrgico e durante o processo anestésico, podem conduzir a alterações respiratórias importantes, resultantes do efeito residual da terapêutica analgésica, da agressão cirúrgica e da reação do organismo às manobras terapêuticas.

Salienta-se a importância de manter uma boa permeabilidade das vias aéreas e adequada ventilação, a limpeza das vias aéreas, o correto funcionamento do ventilador (controlando os parâmetros de ventilação, detetando precocemente qualquer alteração), observação constante dos sinais e sintomas de dificuldade respiratória, o posicionamento do cliente de modo a facilitar a adequada função respiratória, a prestação de cuidados relativos à administração de oxigénio, são, entre outras, intervenções inerentes ao enfermeiro perioperatório, que garante a segurança e excelência dos cuidados ao cliente.

Sistema cardiovascular

O sistema cardiovascular é um domínio que se estende a quase todas as intervenções invasivas. O comprometimento da perfusão tecidual pode ocorrer por vários fenómenos existentes durante e após uma intervenção cirúrgica.

A perfusão dos tecidos é um processo vascular, no qual se caracteriza pelo movimento do sangue através dos tecidos periféricos para fornecer oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, pressão sanguínea e cicatrização da ferida (ICN, 2012). O edema dos tecidos moles é um dos sintomas mais frequentes decorrente de uma cirurgia podendo influenciar a perfusão tecidual (Barreto, 2022).

Na cirurgia bariátrica ocorre um risco aumentado de tromboembolismo venoso (TEV). A incidência de tromboembolismo venoso (TEV) em cirurgia bariátrica varia entre 0,3% a 3,3%, sendo que é mais frequente em cirurgia aberta e ocorre sobretudo após a alta hospitalar.

A embolia pulmonar é a causa de 30% da mortalidade associada a esta cirurgia. A profilaxia do TEV deverá ser efetuada segundo o consenso nacional multidisciplinar de 2014¹². Segundo o modelo de Caprini, estes doentes apresentam risco moderado ou elevado para TEV. Assim, todos têm indicação para iniciar a profilaxia mecânica no pré-operatório, idealmente com compressão pneumática intermitente (SPA, 2016).

Pele e mucosas

O domínio da pele foi selecionado, pois uma intervenção cirúrgica implica a realização de uma ou mais incisões na pele que posteriormente são encerradas por planos com fios de sutura e a pele maioritariamente, com agrafes. O tratamento da ferida cirúrgica e respetiva aplicação do penso adequado é da responsabilidade do enfermeiro. O conhecimento inerente a este cuidado é relevante para as intervenções eficazes na prevenção da infeção do local cirúrgico.

A observação e vigilância do estado da pele no local da placa dispersiva após a utilização da electrocirurgia é fundamental, pois com a utilização de um dispositivo com corrente eléctrica há um risco aumentado de queimadura. Este aspeto é abordado na parte dos aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, pela sua relevância nos

cuidados de enfermagem no intra-operatório.

Metabolismo

As orientações da Direção Geral de Saúde referem a manutenção de normoglicemia durante o perioperatório constituindo uma medida de prevenção da infeção do local cirúrgico. A pesquisa de glicemia capilar para avaliação da glicose no sangue é fundamental para a prevenção da infeção do local cirúrgico e para a promoção da cicatrização da ferida cirúrgica, assim como para a prevenção de outras complicações no pós-operatório, relevantes para a eficácia de todo o processo do cliente em situação perioperatória.

O metabolismo é um domínio abordado no intra-operatório pois, é essencial uma avaliação da glicemia capilar, uma vez, que a literatura comprova que a hiperglicemia está relacionada com a infeção do local cirúrgico e uma diminuição da cicatrização, para além de outras complicações descritas no pós-operatório.

A agressão cirúrgica aumenta os níveis de glicose no sangue, não só em clientes diagnosticados com diabetes mellitus, mas também, em clientes sem este diagnóstico pré-operatório. Deste modo, independentemente da causa, a hiperglicemia é um indicador crucial no resultado perioperatório do cliente. Ou seja, um valor de glicose no sangue elevado afeta diretamente o processo de defesa do organismo e por consequência a capacidade de cicatrização dos tecidos após uma intervenção cirúrgica.

Neste sentido, o enfermeiro perioperatório deve manter a glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia para prevenção da infeção do local cirúrgico (DGS, 2015). Esta norma da DGS referente à prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC) prevê a manutenção da homeostasia do utente no período perioperatório, incluindo a monitorização da glicemia capilar a todos os utentes operados. Uma glicemia capilar mantida num intervalo considerado normoglicémico (inferior ou igual a 180mg/dL) em todas as fases do período peri-operatório, sendo o pós-operatório considerado o período alargado até 24h seguintes à cirurgia, é um elemento indicador crucial na homeostasia pré/intra/pós-operatória do cliente, imprescindível à prevenção da ILC. Um valor pré-operatório de glicemia capilar igual ou superior a 350 mg/dL pressupõe o cancelamento da cirurgia, pelos riscos que decorrem desse desajuste endócrino.

Termorregulação

Devido à técnica anestésica escolhida, há uma diminuição da temperatura corporal induzida pelo efeito dos anestésicos e também, pela exposição corporal a que o cliente está sujeito durante o procedimento cirúrgico.

Nesta linha de pensamento, os anestésicos provocam a vasodilatação, devido ao bloqueio simpático, e consequentemente o aumento do fluxo sanguíneo da pele, facilitando a evaporação de calor, diminuindo a temperatura (Mostafa et al, 2021).

Neste sentido, a hipotermia pode aumentar o potencial para a infeção do local cirúrgico, pelo que será um aspeto relevante a considerar nos cuidados de enfermagem no perioperatório.

A hipotermia é definida por uma temperatura central inferior a 36°C. A literatura refere que 26% a 90% dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresentam-se hipotérmicos no final da cirurgia, sendo uma complicação que pode ocorrer em qualquer fase do período perioperatório (SPA, 2017).

A hipotermia inadvertida no perioperatório é muito frequente e pode causar várias complicações em vários órgãos e sistemas: Cardiovascular: isquemia do miocárdio, hipertensão, taquicardia, trombose venosa profunda, coagulopatia; no sistema imunitário pode causar diminuição da resposta imunitária tecidual e maior risco de infeção do local cirúrgico; alterações hidroelectrolíticas como a hipocaliemia e hipomagnesémia; alterações endócrinas e metabólicas como a diminuição da secreção de corticoides e insulina e a nível do sistema nervoso, pode causar desconforto e mesmo trauma da experiência cirúrgica (SPA, 2017).

São inúmeras as complicações que a hipotermia inadvertida pode causar no cliente e cabe ao enfermeiro que está mais próximo do cliente providenciar dispositivos e mecanismos de aquecimento no perioperatório e prevenir esta complicação.

Assim sendo, este domínio da termorregulação tem relevância para os cuidados de enfermagem autónoma no perioperatório, pois, o enfermeiro deve executar intervenções que mantenham a homeostasia do cliente, a normotermia, isto é, uma temperatura central $\geq 35,5^\circ\text{C}$ (DGS, 2015).

Sensações somáticas

No domínio das sensações somáticas, a dor e o prurido são aspetos relevantes abordar no período pós-operatório. O enfermeiro na unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA) deve estar atento às queixas do cliente e intervir no controlo e gestão eficaz da dor e no controlo do prurido que é um efeito colateral dos opiáceos administrados na anestesia.

A circular normativa da Direção Geral de Saúde (DGS) de Junho de 2003 equipara a dor ao 5º sinal vital, num esforço de valorização e tornando o seu registo obrigatório. A avaliação da dor permite identificar o cliente que tem dor, avaliar a sua intensidade, qualidade e duração, avaliar a eficácia do protocolo analgésico, a identificação de sintomatologia associada, sendo essencial para a decisão terapêutica.

A dor é por definição subjetiva e o cliente é o melhor avaliador da sua própria dor, considerando que a parte física se interliga com a psicológica, social, cultural e espiritual. A equipa deve ensinar no pré-operatório o doente, família/cuidador sobre a utilização dos instrumentos de avaliação da dor (DGS, 2003).

O bypass gástrico é uma cirurgia que se encontra associada a uma dor pós-operatória moderada a intensa e que pode influenciar a recuperação. A dor pode envolver o local e zona circundante

e pode estar relacionado com a inflamação dos tecidos moles ou estar relacionada com a limitação da mobilidade (Barreto, 2022). A infiltração de anestésico local na área das incisões cirúrgicas diminui a intensidade da dor e a necessidade da utilização de opiáceos no período pós-operatório (Zielinski, 2011).

A abordagem da dor no pós-operatório requer um planeamento de intervenções, quer farmacológicas quer não farmacológicas para ajudar o cliente na sua experiência cirúrgica. Este plano de intervenções tem como objetivo adequar os recursos às necessidades do cliente, com intervenções organizadas, com medidas protocoladas e programas de ação multidisciplinares, envolvendo os enfermeiros, anestesistas e cirurgiões de forma a organizar uma estratégia pré-determinada para a analgesia perioperatória.

Ainda no domínio das sensações somáticas, o prurido é um efeito colateral muito frequente quando administrados opióides, sendo mais comum na administração por via subaracnóidea, no entanto, por via endovenosa, também, há muitas queixas, por parte dos clientes na UCPA, relativamente a este desconforto.

A prevenção e o seu tratamento tem sido um grande desafio, pois estes fármacos são muito eficazes no alívio da dor no pós-operatório e por outro lado, há evidência das queixas do cliente sobre este desconforto. Algumas classes de fármacos com diferentes alvos terapêuticos têm vindo a ser testados para controlar o prurido sem perder a eficácia da analgesia adequada (Martins, 2019).

O tratamento passa por gerir o ambiente do cliente, gerir a temperatura, compressas com água ou soro tépido e a diminuição dos opióides que causam este efeito indesejado. A comunicação terapêutica, nesta fase é crucial, para diminuir a ansiedade e o desconforto do pós-operatório imediato.

Digestão

No que se refere ao domínio da digestão, é abordada a náuseas e o vômito que também, estão associados à administração de fármacos opióides que foram utilizados para a anestesia e ainda têm um efeito residual no pós-operatório.

As náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO) são as complicações mais frequentes, com uma incidência entre 30% e 70% nos clientes submetidos a anestesia geral. As NVPO são um fator com bastante impacto na qualidade de vida do cliente, causando desconforto e insatisfação por parte do cliente.

O cliente com NVPO tem um risco acrescido de hemorragia pós-operatória, de deiscência de sutura, de desequilíbrio hidro-electrolítico e de descompensação de patologia associada como a hipertensão arterial, ou insuficiência renal.

Vários estudos, na literatura, apontam para uma elevada incidência de náuseas e vômitos após

a alta da UCPA. A incidência de NVPO é cerca de três vezes superior no sexo feminino. A história prévia de NVPO ou de náuseas e vômitos associados ao movimento assim como a ausência de hábitos tabágicos, parecem ser factores preditivos independentes de NVPO.

O uso de anestésicos voláteis parece ter um efeito pro-emético nas primeiras duas horas do pós-operatório, assim como o uso de protóxido de azoto. O uso de altas doses do fármaco, neostigmina aumenta a ocorrência de NVPO. A administração de opióides no intra e pós-operatório é considerado um fator independente para a ocorrência de NVPO. Alguns estudos observacionais demonstram que a ocorrência de NVPO é superior nas cirurgias laparoscópicas, ginecológicas, cirurgia plástica, na cirurgia da mama, na cirurgia abdominal major e na cirurgia de estrabismo (APCA, 2024).

Eliminação intestinal

Neste domínio a motilidade é um aspeto relevante a considerar, uma vez que os fármacos opióides e outras ações durante a cirurgia, comprometem a motilidade do intestino, conhecido pelo íleo paralítico.

O íleo paralítico no pós-operatório é caracterizado por uma alteração transitória da motilidade gastrointestinal e é uma causa muito frequente de atraso no retorno à motilidade intestinal normal do cliente, após uma cirurgia abdominal. Os clientes que desenvolvem o íleo no pós-operatório podem ver a sua alta hospitalar com um atraso significativo, consequentemente custos adicionais e aumento das morbidades (Goulart, 2010).

O desenvolvimento do íleo paralítico após a cirurgia abdominal ocorre em duas fases: inicialmente uma fase neurogénica e posteriormente uma fase inflamatória. A incisão da pele e a abertura da parede abdominal desencadeiam um estímulo nociceptivo que, pela ativação do sistema simpático, leva à libertação de noradrenalina e subsequente à inibição da motilidade intestinal. Com o decorrer da cirurgia, a manipulação do intestino vai ativar mais nociceptores e mecanorreceptores que acentuam essa inibição adrenérgica intestinal. Associado a esta via adrenérgica, alguns autores defendem a existência de outra via inibitória não-adrenérgica mediada pelo nervo vago que acentua o desenvolvimento do íleo pós-operatório. Com o terminar da cirurgia, seria de esperar que a ausência de estímulos nociceptivos levasse o intestino a recuperar a sua motilidade normal. Contudo, a adinamia intestinal perpetua-se devido à existência de uma fase inflamatória (Goulart, 2010).

O pós-operatório é por isso, uma fase crucial para a avaliação destes aspetos que têm a ver com a eliminação.

Esta fase para o cliente é um período muito importante da sua experiência cirúrgica, sendo imperativo, que o enfermeiro perioperatório preste cuidados de uma forma, ainda mais atenta e próxima do cliente, no sentido de promover o seu bem-estar e prevenir complicações no pós-operatório imediato.

Eliminação urinária

A retenção urinária pós-operatória tem uma incidência significativa após intervenções cirúrgicas, podendo levar ao prolongamento do internamento e disfunções musculares vesicais permanentes. A retenção urinária no pós-operatório é uma complicação relativamente comum, afeta ambos os sexos, em todas as idades e após qualquer intervenção cirúrgica. É bastante desconfortável e quando não tratada adequadamente, pode levar a significativas morbilidades, tais como, prolongamento do internamento, infecção urinária e disfunção do músculo vesical com comprometimento de sua função.

Esta complicação tem uma incidência que varia entre 30 e 40% e as causas são inúmeras.

Podemos elencar a idade, o uso de opióides, a hiperplasia prostática, drogas anticolinérgicas, anestésias neuroaxiais, hernioplastias, cirurgias anorretais e hidratação excessiva no intra-operatório.

Em caso de retenção urinária normalmente o cliente tem queixas de dor, desconforto abdominal baixo e presença de globo vesical ao toque, por isso, a sua avaliação e atenção por parte do enfermeiro é fundamental.

Se este for identificado, o esvaziamento vesical deve ser feito através da cateterização com uma algália para alívio dos sintomas. Por fim, a retenção urinária é uma complicação relativamente comum que se não identificada e tratada adequadamente pode trazer graves complicações para a recuperação do cliente.

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

22-01-2024 08:30

22-01-2024 08:30 - Consciência comprometida [RESOLVIDO] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:30 - Abertura dos olhos: nenhuma.

22-01-2024 08:30 - Resposta verbal: nenhuma.

22-01-2024 08:30 - Resposta motora: nenhuma.

22-01-2024 08:30 - Determinar evolução da consciência [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da consciência [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Consciente.

22-01-2024 19:30

22-01-2024 19:30 - Consciente.

Sensações somáticas

22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Manifesta dor.

22-01-2024 12:30 - Dor

22-01-2024 12:30 - Localização da dor

22-01-2024 12:30 - Abdómen

22-01-2024 12:30 - Intensidade da dor - 4.

22-01-2024 12:30 - frequência da dor - contínua.

22-01-2024 12:30 - duração da dor - aguda.

22-01-2024 12:30 - dor de tipo - moedeira.

22-01-2024 12:30 - Determinar evolução da dor

22-01-2024 12:30 - Avaliar evolução da dor (Abdómen)

22-01-2024 12:30 - Diminuir dor

22-01-2024 12:30 - Gerir analgesia

22-01-2024 12:30 - Posicionar para aliviar a dor [Agora]

22-01-2024 19:30

22-01-2024 19:30 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

Sistema respiratório

22-01-2024 08:30

22-01-2024 08:30 - Frequência respiratória: 13 ciclos/min.

22-01-2024 08:30 - Saturação do oxigénio no sangue

22-01-2024 08:30 - Periférico(a): 99 %.

22-01-2024 08:30 - Secreções em pequena quantidade.

22-01-2024 08:30 - Secreções normais.

22-01-2024 08:30 - Secreções esbranquiçadas.

22-01-2024 08:30 - Limpeza da via aérea comprometida [RESOLVIDO] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Determinar evolução da limpeza da via aérea [FIM]

22-01-2024 19:30

22-01-2024 12:30 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:30 - Melhorar limpeza da via aérea [FIM] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:30 - Aspirar via aérea [FIM] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Frequência respiratória: 10 ciclos/min.

22-01-2024 12:30 - Ritmo respiratório regular.

22-01-2024 12:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

22-01-2024 12:30 - Saturação do oxigénio no sangue

22-01-2024 12:30 - Periférico(a): 100 %.

22-01-2024 12:30 - Coloração da mucosa: rosada.

22-01-2024 12:30 - Não comunica falta de ar.

22-01-2024 12:30 - Reflexo da tosse: presente.

22-01-2024 12:30 - Expele as secreções das vias aéreas.

22-01-2024 12:30 - Secreções em pequena quantidade.

22-01-2024 12:30 - Secreções normais [MANTEVE].

22-01-2024 12:30 - Secreções esbranquiçadas.

22-01-2024 19:30

22-01-2024 19:30 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.
22-01-2024 19:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
22-01-2024 19:30 - Saturação do oxigénio no sangue
22-01-2024 19:30 - Periférico(a): 100 %.
22-01-2024 19:30 - Coloração da mucosa: rosada.
22-01-2024 19:30 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].
22-01-2024 19:30 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
22-01-2024 19:30 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].
22-01-2024 19:30 - Sons respiratórios: normais.

Sistema cardiovascular

22-01-2024 08:00

22-01-2024 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:30

22-01-2024 08:30 - Hemorragia [RESOLVIDO] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:30 - Determinar evolução de sinais de hemorragia [FIM]

22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [FIM] 22-01-2024 19:30

Digestão

22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Com sensação de enjoo.
22-01-2024 12:30 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.
22-01-2024 12:30 - Sem vômitos.

22-01-2024 12:30 - Náusea

22-01-2024 12:30 - Gravidade da náusea: sem gravidade.

22-01-2024 12:30 - Determinar evolução da náusea

22-01-2024 12:30 - Avaliar evolução da náusea

22-01-2024 12:30 - Aliviar náusea

22-01-2024 12:30 - Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea

22-01-2024 19:30

22-01-2024 19:30 - Sem sensação de enjoo [MELHOROU].
22-01-2024 19:30 - Sem vômitos.

Eliminação intestinal

22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Ausência de dejeções.

22-01-2024 12:30 - Determinar evolução da eliminação intestinal

22-01-2024 12:30 - Avaliar evolução da eliminação intestinal

Eliminação urinária

22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Urina em moderada quantidade.
22-01-2024 12:30 - Cor da urina: amarelo-palha.
22-01-2024 12:30 - Cheiro da urina: "sui generis" [MELHOROU].

22-01-2024 12:30 - Transparência da urina: Límpida.

22-01-2024 12:30 - Frequência da eliminação urinária: normal [MELHOROU].

22-01-2024 12:30 - Reconhece a vontade de urinar.

22-01-2024 12:30 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

22-01-2024 12:30 - Sem globo vesical.

22-01-2024 12:30 - Determinar evolução da eliminação urinária

22-01-2024 12:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária

Pele e mucosas

22-01-2024 08:30

22-01-2024 08:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

22-01-2024 08:30 - Ferida cirúrgica

22-01-2024 08:30 - Localização da ferida cirúrgica

22-01-2024 08:30 - Abdómen Superior

22-01-2024 08:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

22-01-2024 08:30 - Abdómen Mediana

22-01-2024 08:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

22-01-2024 08:30 - Abdómen Inferior

22-01-2024 08:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

22-01-2024 08:30 - Abdómen Esquerda(o)

22-01-2024 08:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

22-01-2024 08:30 - Anca Direita(o)

22-01-2024 08:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

22-01-2024 08:30 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

22-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica (Abdómen Superior, Abdómen Mediana, Abdómen Inferior, Abdómen Esquerda(o), Anca Direita(o))

22-01-2024 08:30 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

22-01-2024 08:30 - Executar tratamento da ferida cirúrgica (Abdómen Superior, Abdómen Mediana, Abdómen Inferior, Abdómen Esquerda(o), Anca Direita(o)) [FIM]

22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:30 - Aplicar penso de ferida (Abdómen Superior, Abdómen Mediana, Abdómen Inferior, Abdómen Esquerda(o), Anca Direita(o)) [FIM] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

Metabolismo

22-01-2024 08:00

22-01-2024 08:00 - Glicemia capilar: 123 mg/dl.

22-01-2024 08:00 - Glicemia [RESOLVIDO] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:00 - Determinar evolução da glicemia [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da glicemia [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:30

22-01-2024 08:30 - Glicemia capilar: 133 mg/dl.

22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Glicemia capilar: 133 mg/dl.

Termorregulação

22-01-2024 08:00

22-01-2024 08:00 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM] 22-01-2024 08:30

22-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 22-01-2024 08:30

22-01-2024 08:30

22-01-2024 08:30 - Temperatura corporal periférica

22-01-2024 08:30 - Ouvido: 35.70 °C.

22-01-2024 08:30 - Hipotermia [RESOLVIDO] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:30 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM]

22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:30 - Promover termorregulação [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:30 - Aplicar manta de aquecimento [FIM] 22-01-2024 19:30

22-01-2024 08:30 - Aplicar dispositivo de aquecimento [Agora] [FIM] 22-01-2024 12:30

Emoção

08-01-2024 08:00

08-01-2024 08:00 - Verbaliza ansiedade.

08-01-2024 08:00 - Manifestação de inquietação.

08-01-2024 08:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

08-01-2024 08:00 - Sem manifestação de pânico .

08-01-2024 08:00 - Ansiedade

08-01-2024 08:00 - Determinar evolução da ansiedade

08-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da ansiedade

22-01-2024 08:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

08-01-2024 08:00 - Diminuir ansiedade [FIM] 22-01-2024 12:30

08-01-2024 08:00 - Demonstrar disponibilidade para escuta ativa [FIM] 22-01-2024 12:30

08-01-2024 08:00 - Providenciar comunicação terapêutica eficaz [FIM] 22-01-2024 12:30

22-01-2024 08:00

22-01-2024 08:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

22-01-2024 12:30

22-01-2024 12:30 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

22-01-2024 19:30

22-01-2024 19:30 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

Cuidar da higiene pessoal

08-01-2024 08:00

08-01-2024 08:00 - Obtém objetos para o banho.

08-01-2024 08:00 - Abre a torneira.

08-01-2024 08:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

08-01-2024 08:00 - Lava e seca o corpo.

08-01-2024 08:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

08-01-2024 08:00 - Lava e seca parte do corpo.

08-01-2024 08:00 - Lava a cavidade oral.

08-01-2024 08:00 - Aplica produtos de higiene.

08-01-2024 08:00 - Capaz de pentear-se

08-01-2024 08:00 - Penteia-se.

08-01-2024 08:00 - Capaz de cortar as unhas

08-01-2024 08:00 - Corta as unhas.

08-01-2024 08:00 - Limpa-se após usar o sanitário.

08-01-2024 08:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

08-01-2024 08:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

08-01-2024 08:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal

22-01-2024 19:30

22-01-2024 19:30 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].

22-01-2024 19:30 - Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].

22-01-2024 19:30 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

Vestir-se ou despir-se

22-01-2024 19:30

22-01-2024 19:30 - Retira roupa da gaveta ou armário.

Andar

22-01-2024 19:30

22-01-2024 19:30 - Capaz de mover-se através da marcha

22-01-2024 19:30 - marcha com limitações para subir ou descer escadas.

Padrão alimentar

08-01-2024 08:00

08-01-2024 08:00 - Número de refeições diárias: 5.

08-01-2024 08:00 - Excesso de ingestão de gorduras face ao regime dietético aconselhado.

08-01-2024 08:00 - Défice de ingestão de vegetais/fruta face ao regime dietético aconselhado.

08-01-2024 08:00 - Excesso de ingestão de hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado.

08-01-2024 08:00 - Défice de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

08-01-2024 08:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

08-01-2024 08:00 - Autogestão do regime dietético

08-01-2024 08:00 - Determinar evolução do padrão alimentar

08-01-2024 08:00 - Avaliar evolução do padrão alimentar

*08-01-2024 08:00 - Avaliar capacidade de adoção a um novo padrão alimentar
[Agora]*

22-01-2024 19:30

22-01-2024 19:30 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo

- Explicar a necessidade de jejum de 6 horas que antecede a cirurgia, pois o não cumprimento pode levar ao anulamento da cirurgia
- Informar que pode ingerir líquidos claros até 200 ml com açúcar até duas horas antes da cirurgia
- Fornecer duas esponjas empregnadas de sabão com clohexidina a 2%
- Explicar a importância de tomar um duche com sabão neutro e no final com recurso à esponja, no dia anterior à cirurgia e repetir no dia, até duas horas antes da cirurgia
- Explicar a importância de não aplicar qualquer tipo de cosmético ou maquilhagem
- Explicar a importância de trazer a barba aparada
- Explicar a importância de trazer as unhas limpas sem verniz
- Explicar a importância da pontualidade no local e se, por motivos de força maior, não puder comparecer avisar logo que possível, não esquecendo que deverá apresentar uma justificação por escrito no prazo de cinco dias, ou correrá o risco de ver anulada a sua inscrição na cirurgia
- Informar sobre o circuito perioperatório
- Explicar a importância de trazer pouca roupa e fácil de despir
- Informar que não deve trazer objetos de valor para o hospital
- Explicar a importância de vestir roupa adequada, touca e proteção dos pés antes da cirurgia
- Informar que tem um local próprio (cacifo) para colocar a sua roupa e que deve dar as chaves ao técnico auxiliar de saúde
- Informar que só deve avançar para a zona restrita do bloco operatório após solicitação do enfermeiro

Aplicar colchão de alívio de pressão

- Aplicar colchão de gel (meio corpo)

Posicionar para prevenir úlcera de pressão

- Colocar a pessoa em decúbito dorsal, membros inferiores abduzidos, membro superior direito abduzido e membro superior esquerdo aduzido
- Aplicar almofadas de algodão nos calcanhares
- Aplicar proteção de algodão nos membros superiores

Posicionar para garantir a permeabilidade da via aérea

- Aplicar colchão em rampa
- Colocar tronco e pescoço no espaço do colchão em rampa
- Assegurar a hiperextensão do pescoço

Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea

- Elevar a cabeceira da cama

- Retirar dispositivo de aquecimento
- Retirar roupa e excesso
- Colocar resguardo

Posicionar para aliviar a dor

- Elevar cabeceira da cama
- Posicionar em decúbito lateral
- Aplicar almofada na zona das costas para maior conforto

Ensinar sobre os cuidados com o penso no domicílio

- Informar sobre a importância de não molhar o penso
- Informar sobre dia do penso no centro de saúde
- Explicar como fazer a higiene sem molhar o penso

Ensinar sobre monitorização (oxímetro) da frequência cardíaca após a cirurgia no domicílio

- Fornecer oxímetro portátil
- Explicar a funcionalidade do oxímetro

Ensinar sobre regime dietético nos 3 dias após a cirurgia no domicílio

- Informar sobre que devido às características restritivas do novo regime dietético, este deve ser mantido apenas durante três dias no máximo . No quarto dia deve iniciar o plano da dieta prescrita pela Nutricionista
- Informar sobre a importância de utilizar um copo de medida para preparar e consumir as refeições
- Informar sobre a importância de mastigar bem os líquidos antes de os engolir
- Informar sobre a importância de parar a refeição no caso de se sentir enfiado, com náuseas ou vômitos, movimentar-se e aguardar 15 minutos antes de retomar a refeição
- Informar sobre a importância de não introduzir alimentos além daqueles que estão prescritos na dieta
- Ensinar sobre a quantidade de líquidos a ingerir no dia da cirurgia: 50 ml de água ou chá não açucarado a cada 2/2h
- Ensinar sobre a quantidade de líquidos a ingerir no primeiro dia após a cirurgia: 50 ml de chá não açucarado ao pequeno-almoço, 50 ml de água de cozedura de fruta sem açúcar a meio da manhã, 50 ml de água de cozedura de legumes e carnes (2 almoços), 50 ml de água da cozedura da fruta sem açúcar, 50 ml de água de cozedura de legumes e carnes (2 jantares) e 50 ml de chá não açucarado na ceia
- Ensinar sobre a quantidade de líquidos a ingerir no segundo dia após a cirurgia: 100 ml de leite meio gordo ao pequeno almoço, 100 ml de sumo a meio da manhã, 100 ml de sopa (2 almoços), 100 ml iogurte líquido magro ao lanche, 100 ml de sopa (2 jantares) e 100 ml de leite meio gordo na ceia

Ensinar sobre a administração de heparina de baixo peso molecular profilática, para evitar tromboembolismo no domicílio

- Demonstrar a técnica de administração de heparina subcutânea
- Ensinar ao cuidador sobre a técnica de administração de heparina subcutânea

4.8. Síntese relativa ao caso

Este caso clínico pretendeu representar uma cliente com diagnóstico de obesidade, submetida a uma cirurgia bariátrica por laparoscopia com a técnica de sleeve gástrico, sob anestesia geral balanceada.

Neste contexto de perioperatório, que abrangem os três períodos (pré, intra e pós operatórios), embora distintos mas igualmente importantes, eles estão representados por seis sessões de contato em que o enfermeiro presta cuidados diretos ao cliente. Elas compreendem num primeiro contato a fase da consulta pré-operatória, a fase de acolhimento no dia da cirurgia, depois a fase intra-operatória, onde se passa todo o processo anestésico-cirúrgico propriamente dito, o período do pós-operatório-imediato na UCPA, a preparação para a alta e a última sessão, o contato telefónico, 24 horas após a experiência cirúrgica.

Neste sentido, o enfermeiro dirige os seus cuidados para o exercício profissional autónomo, considerando que ele consiste num processo altamente cognitivo e que requer “capacidades de interpretação, análise, inferência, avaliação, explanação e auto-regulação” dos conhecimentos e habilidades implícitos à enfermagem (Silva, 2011, p. 44).

Foram descritos os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, adaptando e priorizando as necessidades do cliente, desenvolvidos naquele momento cirúrgico específico.

Os cuidados de enfermagem inerentes ao posicionamento cirúrgico, foram enfatizados neste caso, não só pelo trabalho desenvolvido no projeto de estágio, mas porque são relevantes na identificação prévia de riscos que possam decorrer antes, durante e após a cirurgia, que podem causar danos irreversíveis que aumentam o tempo de internamento e maior morbidade ao cliente. Através de um plano de cuidados de enfermagem adequado às expectativas e necessidades do cliente, pretendeu-se que este adquirisse um conjunto de conhecimentos quer no pré-operatório, na consulta de enfermagem, quer no pós-operatório na preparação da alta para o domicílio.

A aquisição de informação e conhecimento relevante na fase pré-operatória, na consulta de enfermagem e na fase pós-operatória, na preparação da alta para o domicílio, por parte do cliente, são aspetos cruciais neste caso clínico, em regime de ambulatório, para uma boa experiência cirúrgica, sendo que a satisfação do cliente vai depender desta competência do enfermeiro, em fornecer ao cliente, a informação necessária para a gestão da sua ansiedade, autocuidado e prevenção de complicações no pós-operatório.

Neste sentido, o que se pretende é que a experiência cirúrgica do cliente seja o mais positiva possível, sem efeitos secundários e sem complicações.

Este caso em concreto, decorreu em regime de ambulatório, o que permitiu ao enfermeiro estar mais envolvido no processo de transição saúde-doença do cliente pois, a sua intervenção dá-se em todas as fases do perioperatório e também, após a alta na consulta pós-operatória telefónica, por isso, este contexto é mais facilitador da transição.

A cirurgia em regime de ambulatório tem características muito específicas que a diferenciam de uma cirurgia programada e por isso, este caso clínico serve para espelhar os cuidados de enfermagem inerentes a este regime.

Neste sentido, integrar e conhecer os conceitos inerentes ao regime de cirurgia de ambulatório na prestação de cuidados ao cliente submetido a cirurgia bariátrica, contribuiu de forma positiva para a consolidação da minha identidade profissional, enquanto futura enfermeira mestre e especialista em perioperatório.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A realização do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação Perioperatória (MEMCPSPE), trouxe contributos para o desenvolvimento de competências especializadas, bem como, para o desenvolvimento de novos projetos fomentando o desenvolvimento na área do perioperatório, adquiridas ao longo do curso quer com a sua componente teórica, quer com a sua componente prática, ao longo dos estágios de natureza profissional.

Este curso de Mestrado está integrado sob as linhas de orientação da Ordem dos Enfermeiros (OE) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de dar resposta aos problemas de saúde e ao processo de saúde-doença integrado na situação perioperatória, oferecendo como contributo cuidados de enfermagem especializados.

O percurso deste Mestrado permitiu-me, desenvolver um sentido mais crítico sobre os cuidados de enfermagem prestados como enfermeira de cuidados gerais e refletir sobre os cuidados de enfermagem que posso prestar com o contributo da formação que realizei e que me permitiu desenvolver competências mais especializadas, com base no melhor conhecimento disponível, implementar novas atividades autónomas e relevantes para a área de enfermagem em contexto perioperatório.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a OE, o domínio de competência dos enfermeiros baseia-se numa esfera de ação de competências tendo como linhas orientadoras, um conjunto de elementos agregados em que estão desenvolvidos conhecimentos, habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho do enfermeiro. Assim sendo, os critérios de competência do enfermeiro, são elementos que devem ser entendidos como evidência, no desempenho profissional competente, no exercício da sua prática profissional de acordo com o quadro ético e legal, deontológico e jurídico na prestação e gestão dos cuidados e o seu desenvolvimento profissional (OE, 2015).

Os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (OE, 2019).

Nos últimos anos a carreira de enfermagem e os seus títulos de especialista, sofreram uma grande alteração, pela necessidade imposta de serem mais específicas, oferecendo cuidados mais

especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconheceu a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto das intervenções (OE, 2018).

As designadas competências comuns do Enfermeiro Especialista, que aqui se abordam tomam como referência as disposições em vigor, integrando as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE, 2018).

Os domínios das competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. As quais passo a explicar, integrando a reflexão que resultou do seu desenvolvimento:

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

- "Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional";
- "Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais".

O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (OE, 2019).

No desenvolvimento do meu estágio de natureza profissional, o respeito pelos direitos humanos do cliente, foi colocado como prioridade, na prestação dos cuidados, tendo sempre em consideração que os clientes submetidos a uma intervenção invasiva são clientes vulneráveis, pela sua impossibilidade de responder de forma autónoma, devido ao comprometimento do seu estado de consciência. Esta vulnerabilidade, potencia o risco inerente à exposição do cliente, a desproteção e a impossibilidade de defesa, o que requer por parte do enfermeiro, que este seja capaz de agir com consciência cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018). A consciência cirúrgica é um princípio ético e moral em que o enfermeiro age em benefício do cliente, em qualquer situação, independentemente do controlo externo efetuado. Neste sentido, o enfermeiro deve promover e garantir a segurança necessária em todo o processo, assim como incentivar e proteger o direito à autonomia, respeitando os limites da beneficência, não maleficência e justiça (DR, 2018).

Na prática clínica dos enfermeiros, estes aspetos estão sempre presentes, no entanto no

contexto do desenvolvimento de competências especializadas, contribuiu para refletir, de modo particular, sobre o respeito pelos direitos éticos da pessoa em situação perioperatória. Neste sentido, pude desenvolver habilidades de tomada de decisão ética, segundo princípios, valores e normas deontológicas, nomeadamente, o respeito pela autodeterminação em que o enfermeiro deve fazer cumprir, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (Código Deontológico, 2015).

O cliente tem direito à autodeterminação, ou seja, a capacidade de decidir por si mesmo. Assim, o enfermeiro em contexto perioperatório deve reconhecer e apoiar a sua autonomia, fornecendo informações precisas e apropriadas, de forma a ajudá-lo na sua tomada de decisão, como por exemplo, o consentimento informado. Na admissão dos clientes, com quem tive oportunidade de interagir foi sempre mensurada a importância da confirmação do mesmo, garantindo o cumprimento das recomendações legais e éticas, relacionadas com este procedimento.

Neste sentido, o consentimento informado é um direito do cliente, que deve ser respeitado, visa um processo comunicacional, contínuo e participado, através da interação estabelecida entre o profissional de saúde e o cliente, prolongando-se num tempo útil, definido em cada caso, pela situação clínica do cliente (ERS, 2023).

Portanto, entende-se por consentimento informado a autorização esclarecida prestada pelo cliente antes de um procedimento invasivo, incluindo, a realização de exames e a participação em investigação ou ensaio clínico. Esta autorização pressupõe uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, razão e resultado esperado da intervenção consentida (DGS, 2015).

Qualquer intervenção invasiva no domínio da saúde apenas pode ser realizada após o cliente, ter assinado a prestação do consentimento livre e esclarecido. Ou seja, o cliente deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo, natureza da intervenção, consequências, riscos e alternativas. A informação deve ser prestada de forma simples, objetiva, clara, suficiente e razoável com o objetivo de esclarecer completamente o seu destinatário, no que respeita ao seu estado de saúde, sua evolução e riscos associados à intervenção ou tratamento (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos gente que cuida de gente, já dizia a teórica, Wanda Horta, na sua Teoria das Necessidades Humanas básicas", pelo que exige uma qualidade humana e humanizadora. De salientar, que o respeito por si próprio, enquanto pessoa é a condição fundamental para respeitar o outro, ou como afirma a teórica de Enfermagem, Jean Watson, temos de tratar-nos com gentileza e dignidade para podermos olhar os outros com gentileza e dignidade. (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005).

No que concerne, às atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, são de salientar os princípios humanistas, de respeito pela liberdade e dignidade humanas e pelos valores das pessoas e grupos. No seu desempenho, os enfermeiros respeitam os deveres previstos no Código Deontológico e a regulamentação do exercício da profissão, que enformam a boa prática da Enfermagem (OE, 2015).

O exercício profissional da Enfermagem centra-se, também, na relação interpessoal e um ambiente terapêutico seguro, entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas. Neste sentido, tanto o enfermeiro como o cliente, têm um conjunto de valores, crenças e desejos de natureza individual, sendo estas, naturalmente, provenientes de diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, sendo a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem, caracteriza-se por uma parceria estabelecida com o cliente, que deve ser baseada no respeito pelas suas capacidades (OE, 2015).

Nesta linha de pensamento, ao longo do meu estágio de natureza profissional, foi desenvolvido um percurso baseado no respeito pelos valores éticos e morais do cliente e para com a equipa, bem como, o cumprimento dos pressupostos do código deontológico que dá orientação ao enfermeiro nos diferentes aspetos da relação humana, que este deve estabelecer no decurso do seu exercício profissional.

Os cuidados de enfermagem prestados ao longo do estágio profissional, foram realizados com extrema preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, sendo considerados em todos os momentos, os valores universais na relação enfermeiro-cliente, como: a igualdade, a liberdade responsável, a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- "Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica"
- "Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua"
- "Garante um ambiente terapêutico e seguro"

O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua. Neste contexto, tive oportunidade de elaborar uma proposta de melhoria contínua no âmbito da prevenção da infeção do local cirúrgico, após a identificação prévia da necessidade de melhoria no serviço da UCA, nesse âmbito. Foi elaborado um

documento e fomentados argumentos, sobre a necessidade de uma proposta de melhoria na UCA. Paralelamente, foi desenvolvida, uma proposta de melhoria da qualidade, das práticas no posicionamento cirúrgico do cliente submetido a cirurgia bariátrica e implementadas estratégias de novas práticas que promovam maior qualidade dos cuidados de enfermagem no posicionamento, com vista à segurança do cliente nesta cirurgia.

• **Proposta de Melhoria Contínua para Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico**

“A infecção do local cirúrgico (ILC) é definida como uma infecção que ocorre até 30 dias após a cirurgia ou até 90 dias após a cirurgia em doentes que recebem material implantável e afeta a zona superficial da incisão ou os tecidos mais profundos no local da cirurgia” (Ministério da Saúde, 2015).

Segundo o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), as infecções do local cirúrgico (ILC) estão entre as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), mais prevalentes nos internamentos hospitalares prolongados e em procedimentos cirúrgicos, podendo exigir cuidados intensivos e outros cuidados adicionais, resultando em um aumento da morbidade e mortalidade do cliente, com custos adicionais para as instituições de saúde. A prevenção da ILC requer um conjunto de medidas padronizadas de prevenção formando elos de ligação entre cada feixe que não devem ser quebrados, sendo, por isso, um processo complexo que abrange as três fases do perioperatório com aspetos que incidem em intervenções de vigilância, monitorização e atuação na prevenção da ILC, nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do decreto regulamentar n.º 14/2012 de 26 de janeiro. A DGS emite esta norma para garantir a prestação de cuidados de saúde uniformizados e baseados na melhor evidência científica disponível sobre a prevenção da ILC (DGS, 2022).

A prevenção da infecção do local cirúrgico é de extrema importância e está diretamente relacionada com o ambiente cirúrgico. Neste contexto, a DGS (2022) recomenda que, na implementação dos feixes de intervenção, deva existir especial atenção ao caráter multidisciplinar, agregador e motivacional de toda a equipa e que se deve monitorizar os resultados da aplicação dos feixes de intervenção, nomeadamente a adesão dos profissionais à aplicação das medidas do feixe e melhorias nos indicadores. O “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico é composto por cinco intervenções, entre elas:

- 1- Realizar banho com clorhexidina 2%, no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com menos de 2 horas de antecedência;
- 2- Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado. Em dose única ou durante um máximo de 24 horas;
- 3- Evitar tricotomia e, quando absolutamente necessária, usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica;
- 4- Manter normotermia perioperatória (temperatura central $\geq 35,5\%$);

5- Manter glicemia $\leq 180\text{mg/dl}$ durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes.

É com base nestas recomendações da DGS, que foi orientada a ação durante o estágio de natureza profissional, visando, a cada intervenção ou procedimento, encontrar uma resposta eficaz na prevenção e controlo de infeção, considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação perioperatória ou em estado crítico e/ou falência orgânica (OE, 2010).

Neste contexto, propus a implementação duma melhoria no serviço da UCA. Esta proposta de melhoria assenta na norma da Direção Geral de Saúde (2022), que defende que o sucesso na prevenção da infeção do local cirúrgico, depende da combinação de várias medidas adotadas, como a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica assética, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios. Na preparação pré-operatória deve-se ter em consideração o banho, a tricotomia, a higienização das mãos da equipa cirúrgica, a atitude perante doentes infetados ou colonizados, a profilaxia antibiótica e a duração do internamento pré-operatório. Já no período intraoperatório, deve-se atender ao ambiente no bloco operatório, ao vestuário da equipa, aos campos cirúrgicos, a assepsia e a técnica cirúrgica. Por fim, no pós-operatório, o fator mais importante é a execução do penso da ferida operatória (DGS, 2022).

Para operacionalizar estas boas práticas, esta entidade elaborou e publicou a norma, referente à prevenção da ILC. Para além disso, a Direção Geral de Saúde, concebeu também a norma no 020/2015, de 15/12/2015, relativa ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da ILC, atualizada em 2022, esta veio reforçar as medidas já identificadas anteriormente e garantir a implementação, de forma integrada e uniforme, das seguintes intervenções:

a) Na fase pré-operatória:

- Realizar rastreio de *Staphylococcus aureus* metilicina resistente (SAMR);
- Se rastreio positivo de SAMR, realizar descolonização nas cirurgias de elevado

risco para infeção causadas por *Staphylococcus aureus*;

- Realizar banho com clorexidina 2 a 4%, exceto quando contraindicado, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia, com pelo menos duas horas de antecedência;

b) Fase pré e intra-operatória:

- Não realizar tricotomia por rotina. Quando absolutamente necessária, deve ser realizada imediatamente antes da cirurgia com máquina de corte de uso único;
- Realizar profilaxia antibiótica cirúrgica antes de cirurgia limpa com colocação de prótese ou implante, cirurgia limpa contaminada e cirurgia contaminada, incluindo repicagem quando

indicada:

- Administrar nos 60 minutos antes da incisão cutânea;
- Na cirurgia eletiva do cólon e reto, com ou sem preparação mecânica, adicionar profilaxia antibiótica via oral à prescrita por via endovenosa.
- Realizar antisepsia da pele do doente imediatamente antes da incisão, utilizando solução antisséptica de clorhexidina a 2% em álcool a 70%, exceto quando contraindicado e sempre de acordo com as instruções do fabricante;
- Garantir a homeostasia pré/intraoperatória do doente:
- Manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$);
- Manter normoglicemia ($\leq 180\text{mg/dl}$);
- Manter SpO2 igual ou superior a 95% e perfusão adequada durante a cirurgia.

c) Fase pós-operatória:

- Garantir a homeostasia pós-operatória do doente:
- Manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$);
- Manter normoglicemia ($\leq 180\text{mg/dl}$ nas 24 horas seguintes à cirurgia);
- Oxigenoterapia para manter SpO2 igual ou superior a 95%, após a anestesia geral com intubação endotraqueal em doente com função pulmonar normal;
- Cumprir técnica asséptica na realização do penso (DGS, 2022).

A proposta de melhoria que foi desenvolvida foi relativa ao ponto "garantir a homeostasia, nas três fases do perioperatório" com a implementação da avaliação da glicemia capilar, com o objetivo na prevenção da ILC, preconizando a sua monitorização a todos os clientes submetidos a uma intervenção cirúrgica. Os outros aspetos, que fazem parte do ponto "garantir a homeostasia do cliente", não foram abordados na proposta de melhoria pois, os procedimentos inerentes, já estavam em prática e eram cumpridos segundo a norma referida.

Esta norma da DGS referente à prevenção da ILC prevê a manutenção da homeostasia do utente no período perioperatório, incluindo a monitorização da glicemia capilar a todos os utentes operados. Uma glicemia capilar mantida num intervalo considerado normoglicémico (inferior ou igual a 180mg/dL) em todas as fases do período peri-operatório, sendo o pós-operatório considerado o período alargado até 24h seguintes à cirurgia, é um elemento indicador crucial na homeostasia pré/intra/pós-operatória do utente, imprescindível à prevenção da ILC.

Um valor pré-operatório de glicemia capilar igual ou superior a 350 mg/dL pressupõe o

cancelamento da cirurgia, pelos riscos que decorrem desse desajuste endócrino. Na UCA, a monitorização da glicemia capilar não é efetuada a todos os clientes em todas as fases do período perioperatório, apenas é realizada a utentes diabéticos.

Esta proposta de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem propõe a implementação de intervenções autónomas de enfermagem que visem a prevenção das ILC com ganhos para a saúde mensuráveis, trabalhando apenas o elemento do feixe de intervenções da DGS: normoglicemia no pré, intra e pós-operatório e até 24 horas depois da cirurgia.

Devido à natureza do serviço da UCA, a implementação da norma “monitorização da glicemia capilar” a todos os clientes era efetuada de forma sistematizada nas várias fases do período perioperatório, apenas aos clientes diabéticos, sob o protocolo de normoglicemia perioperatória da instituição. No entanto, a Enfermeira Gestora mostrou-se muito empenhada em operacionalizar as intervenções segundo esta proposta de melhoria, baseada na norma da DGS, tendo sido agendada uma formação para a equipa, no sentido de dar a conhecer a importância deste único ponto da norma, para a prevenção da ILC.

Apesar de não haver dados suficientes que relacionem esta intervenção de enfermagem com os possíveis casos de ILC pós-operatória na UCA, agilizou-se a elaboração de guias orientadores de boas práticas, baseadas na norma da DGS - (NORMA CLÍNICA:020/2015 atualizada a 17/11/2022) e foi dirigida a implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade, tendo como foco a: Implementação da Medida de Intervenção de Promoção da Normoglicemia aos Utentes Submetidos a uma Intervenção Cirúrgica a par do Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico, da Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) (NORMA CLÍNICA:020/2015 atualizada a 17/11/2022).

A proposta de melhoria implementada está em consonância com o feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC) proposto pela DGS em 2015, atualizada em 2022, e integra apenas a medida da avaliação da glicemia capilar a todos os clientes, uma vez que as outras medidas da norma já eram implementadas no período perioperatório, com o objetivo último de garantir a homeostasia do cliente. O propósito seria uniformizar a implementação de medidas de prevenção da ILC no perioperatório tendo como base a mais atualizada evidência científica disponível para esta problemática, uma vez que, todas as intervenções para garantir a homeostasia do cliente em simultâneo são necessárias e se alguma delas não for aplicada, o resultado não será o mesmo, tratando-se de um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas em conjunto para que tenham sucesso (DGS, 2022).

Os objetivos específicos da proposta foram:

- Total adesão pelos enfermeiros do registo da monitorização da glicemia capilar periopratória no sistema de informação dos clientes elegidos por parte dos enfermeiros da UCA nas 3 fases perioperatórias;

- Produção interna de dados para o estabelecimento de correlação entre normoglicemia e controlo da ILC;
- Promover a garantia da normoglicemia em todos os clientes;
- Redução da taxa de ILC.

Os resultados esperados deste projeto são:

- Total adesão por parte dos enfermeiros, a esta norma, com o registo da glicemia capilar no seu processo clínico, nas três fases do perioperatório;

Cálculo da Taxa adesão à norma DGS = Nº total de registos de glicemia de doentes elegidos nas 3 fases do perioperatório / Nº total de utentes elegidos intervencionados

- Produção de dados internos para o estabelecimento da correlação entre normoglicemia e controlo da ILC;
- Promover a garantia da normoglicemia em todos os clientes selecionados para o projeto (valores iguais ou inferiores a 180mg/dL durante todo o período perioperatório);
- Redução da taxa de ILC, ou, neste caso, uma taxa de valor inferior ao apresentado anteriormente nas estatísticas disponíveis pelo departamento de cirurgia.

O meu papel como estudante e como futura enfermeira especialista foi fundamental, no que respeita ao desenvolvimento e implementação desta proposta de melhoria, relevante para a segurança do cliente submetido a uma intervenção cirúrgica, no âmbito da prevenção da ILC, nas três fases do perioperatório, pois, ao longo do curso o suporte teórico-prático, dotou-me com várias ferramentas que me fizeram refletir sobre a importância do respeito desta norma em contexto do perioperatório, na prevenção do controlo da ILC. Os conteúdos lecionados ao longo do curso de mestrado, permitiram-me ter uma estrutura mais sólida de conhecimentos baseados em evidência científica, que me permitiram identificar melhor estas oportunidades de melhoria na prática clínica e estar mais atenta às prioridades e necessidades do cliente.

Em suma, ao propor implementar esta medida abrangendo todos os clientes elegíveis da UCA, foi uma forma de contribuir para a melhoria e qualidade dos cuidados de enfermagem com ganhos para a saúde do cliente. Pretende-se que este projeto tenha continuidade, nomeadamente com o desenvolvimento de medidas relativas a outros elementos deste feixe de intervenções, centrado na homeostasia do cliente.

• Proposta de Melhoria Contínua na Qualidade e Segurança dos Cuidados no Posicionamento na Cirurgia Bariátrica

Por outro lado, dentro do meu projeto individual de competências, foi desenvolvido, também uma proposta de melhoria da qualidade, das práticas no posicionamento cirúrgico do cliente submetido a cirurgia bariátrica. O propósito de desenvolver “Estratégias para a Prevenção de

Complicações do Posicionamento Cirúrgico na Abordagem ao Cliente Submetido a Cirurgia Bariátrica” permitiu refletir sobre novas práticas que promovam maior qualidade dos cuidados de enfermagem no posicionamento, e simultaneamente contribuam para a segurança do cliente nesta cirurgia.

No sentido, de desenvolver uma proposta de melhoria da qualidade no serviço, foi apresentado o meu projeto individual de desenvolvimento de competências clínicas especializadas à enfermeira gestora do bloco operatório e aos supervisores clínicos, que deram o seu parecer favorável. Este projeto foi desenvolvido em contexto da prática clínica no intra-operatório, que é nesta fase que se promovem os cuidados do posicionamento cirúrgico, com a equipa da cirurgia bariátrica.

Paralelamente, em estágio foram desenvolvidas e exploradas todas as fases do perioperatório, no que diz respeito aos cuidados de enfermagem ao cliente submetido a cirurgia bariátrica. Pois, para que haja continuidade dos cuidados prestados ao cliente na sua experiência cirúrgica, estes devem ser cuidados sistematizados e com uma comunicação eficaz sobre todos os dados relevantes, entre as fases do perioperatório, desde a admissão, internamento, pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório. Estes cuidados devem ter um fio condutor no seu planeamento e intervenções, com vista a obter os melhores resultados.

O facto de poder ter estado como estudante, nas três fases do perioperatório nos cuidados ao cliente submetido a cirurgia bariátrica, foi facilitador no meu processo de construção como futura enfermeira especialista, do que devem ser os cuidados especializados neste cliente com necessidades muito particulares e especificidades nos cuidados com o posicionamento nesta cirurgia. Assim, a perceção das necessidades do cliente é muito mais abrangente, promovendo uma tomada de decisão mais especializada e eficaz, nomeadamente no promover melhor conhecimento sobre os cuidados a ter no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica que resultam na prevenção de complicações no pós-operatório.

Durante o estágio de natureza profissional pude contactar com mais de vinte clientes submetidos a cirurgia bariátrica, com a técnica de Bypass Gástrico e Sleeve Gástrico, nas três fases do perioperatório: pré, intra e pós-operatório.

No pré-operatório, pude observar dados que me permitiram saber o estado da pele do cliente, presença de dor, bem como antecedentes de lesões ou presença de lesões antes do posicionamento, para posteriormente comparar se existia relação entre as lesões e dor prévias, com o posicionamento cirúrgico na cirurgia bariátrica. Para perceber, fui observar no pós-operatório, já na UCPA, se essas lesões e dor prévias pioravam com o posicionamento cirúrgico.

Posteriormente, analisámos o risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico na posição da cirurgia bariátrica, com a avaliação do risco, aplicando a ESCALA ELPO- PT a todos os clientes que observei, após o devido esclarecimento e

consentimento dos clientes, com o objetivo de perceber se este tipo de posição especificamente, era suscetível de um maior risco de desenvolvimento de lesões e complicações associadas ao posicionamento cirúrgico, o que foi constatado.

Esta escala foi desenvolvida e validada no Brasil pela Enfermeira Camila Lopes Mendonça (2016) e adaptada e validada para a cultura portuguesa, pela Enfermeira Andreia Salvini Guimarães (2021).

A escala de ELPO-PT é constituída por sete dimensões (tipo de posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfícies de suporte, posição dos membros, comorbilidades e idade do cliente); é ainda constituída por cinco sub itens que pontuam de um a cinco, e a pontuação total da escala varia entre sete e trinta e cinco pontos, em que, quanto maior o score em que a situação do cliente é classificada, maior o risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (Lopes et al., 2016, Dos Santos Buso et al., 2021).

As dimensões da escala encontram-se associadas aos fatores de risco de lesão por pressão (LPP) característicos do período intra-operatório nomeadamente, tipo de posição cirúrgica, duração da cirurgia, tipo de anestesia e dispositivos de posicionamento ou como a autora da escala denomina, superfícies de suporte.

Neste sentido, apesar da escala ser criada com o objetivo de avaliar o risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico, permite a avaliação global do risco de desenvolvimento de lesões, nas quais se incluem as LPP, para além da dor ou lesão neurológica. Este fato deve-se à correlação dos fatores de risco no processo de desenvolvimento de LPP, o que não permite a dissociação destes e, por conseguinte, permitiu a sua inclusão na escala de ELPO, dotando-a de valor preditivo do risco de desenvolvimento de LPP, no período intra-operatório.

A utilização desta escala, no meu projeto, não traduz a resolução das necessidades identificadas com os melhores resultados, no entanto, serviu para colher mais um dado, que pode ser relevante para a tomada de decisão nos cuidados específicos e individualizados ao cliente submetido a cirurgia bariátrica. Tal como a autora considera, que os fatores de risco representados na escala, podem constituir dados relevantes para a tomada de decisão do enfermeiro, promovendo a identificação rigorosa das necessidades em cuidados ao cliente, garantindo um posicionamento mais adequado, a minimização de riscos e a execução de um procedimento cirúrgico seguro e eficiente (Guimarães, 2021).

O resultado do contacto com estes clientes submetidos a cirurgia bariátrica, permitiu-me identificar uma zona anatómica de maior risco de desenvolver lesões e dor. Pude observar, enquanto estudante, que devido às especificidades e necessidades físicas do cliente com obesidade, neste tipo de posicionamento, obriga o cliente a estar sujeito a uma maior pressão na zona lombar. Isto é, entre o corpo do cliente e a marquesa, pela angulação que é necessária

realizar para a otimização e permeabilidade da via aérea e exposição do campo cirúrgico, foi possível observar que em muitos casos, esta compressão existe por questões anatômicas e posicionais, ficando um espaço vazio que promove essa compressão e posição menos eficaz, podendo o cliente deslizar com maior facilidade na marquesa, constituir maior risco de queda, desfazer a posição desejada como aconteceu em alguns casos e desenvolver lesões e dor, após o posicionamento.

Na sequência da identificação destas necessidades, foi possível refletir ao longo do estágio sobre as estratégias que podiam traduzir melhores cuidados no posicionamento do cliente na cirurgia bariátrica e poder implementar como melhoria do serviço nos cuidados ao cliente submetido a cirurgia bariátrica.

As estratégias que foram implementadas foram dirigidas a cada cliente que apresentavam necessidades específicas. Por exemplo, clientes que tinham lesões prévias foram aplicados produtos que servem como barreira protetora da pele ou cicatrizantes que estavam ao dispor dos enfermeiros para esse efeito, como por exemplo a vitamina A, creme hidratante, alinovera e o poliuretano. Outras estratégias de proteção e suporte foram os dispositivos de posicionamento de gel e outros dispositivos construídos e adaptados para a necessidade do cliente, que consistia em um rolo de lençol envolto em ligaduras de algodão, adaptando o tamanho a cada cliente, promovendo uma superfície mais macia e almofadada, a qual colocámos nessa zona de maior pressão, identificada neste estágio pelo contacto com estes clientes submetidos a cirurgia bariátrica.

Estas e outras estratégias que vão ser identificadas mais à frente, que foram implementadas no percurso do meu estágio de natureza profissional no projeto individual de competências, serviram também, como proposta de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no posicionamento da cirurgia bariátrica, promovendo um melhor resultado na satisfação dos clientes e a prevenção de complicações após o posicionamento cirúrgico aos clientes submetidos a cirurgia bariátrica.

Domínio da Gestão de Cuidados

As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

- "Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde";
- "Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados".

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Paralelamente, otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, supervisionando

tarefas delegadas, garantindo a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019).

Na gestão de cuidados, salientam-se os inerentes à gestão de recursos humanos e materiais, nomeadamente a nível do planeamento do trabalho; da coordenação da equipa de enfermagem; da gestão e prestação de cuidados de enfermagem; das funções de assessoria ou consultadoria de natureza técnico-científica, em projetos ou programas e da responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros (MS, 2009).

Neste âmbito, também tive oportunidade de desenvolver as minhas competências como futura enfermeira especialista na gestão de recursos humanos e materiais, nomeadamente a nível do planeamento do trabalho dos enfermeiros para o dia seguinte e coordenação da equipa de enfermagem.

Gestão de Recursos Humanos

No decorrer do estágio profissional senti necessidade de passar por áreas, que antes como enfermeira generalista, não tinha ocupado, como a gestão de recursos humanos no planeamento do trabalho dos enfermeiros e na coordenação da equipa. Foi solicitado da minha parte, esta intenção de trabalhar e desenvolver mais a área da gestão, a qual me foi concebida. Tive a oportunidade como estudante, de dedicar algumas horas do meu estágio de natureza profissional, na área da gestão de recursos humanos. Estive sob a orientação do Enfermeiro Especialista de apoio à Gestão e pude realizar um plano de trabalho com oito salas de cirurgia programada e recobro, no turno da manhã, tive que alocar vinte e nove enfermeiros. No turno da tarde, foram geridas, seis salas, recobro e uma sala de serviço externo, tendo que alocar vinte e quatro enfermeiros. No turno da noite, foram alocados cinco enfermeiros.

Esta experiência permitiu-me ter uma maior perceção sobre os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem que até então me era desconhecida, refletir sobre as estratégias que o enfermeiro gestor necessita ter para melhor articular as necessidades do cliente e serviço, no sentido de não prejudicar o cliente e a sua cirurgia não ser cancelada por exemplo, por falta de recursos humanos e mesmo por falta de recursos materiais e equipamentos. Esta capacidade de organização, estruturação e articulação do pensamento para um melhor resultado é o que pude desenvolver como futura enfermeira especialista, no sentido de potenciar novos campos de atuação e um exercício autónomo mais especializado.

Gestão de Recursos Materiais

No seguimento do meu projeto sobre as estratégias de prevenção de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico ao cliente submetido a cirurgia bariátrica, na gestão de cuidados prestados ao cliente para o seu correto posicionamento foi necessário gerir materiais e equipamentos disponíveis no BOC e UCA e outros improvisados para melhor conforto e proteção do cliente. A gestão de materiais e equipamentos é uma competência do enfermeiro, pois ele é

responsável pelo material e equipamentos necessários para a cirurgia que vai realizar na sua sala, por estes estarem disponíveis para o momento que a equipa vai posicionar o cliente, sem que aumente o tempo do cliente estar anestesiado e todo o processo decorra sem qualquer intercorrência.

Os materiais e equipamentos que se utilizaram para posicionar o cliente, teve como objetivo primordial estabilizar a superfície corporal na posição desejada para uma melhor exposição cirúrgica e permeabilidade da via aérea.

A marquesa cirúrgica utilizada no BOC, para a cirurgia bariátrica é a mesma que é utilizada para outras cirurgias, se o cliente não exceder os 130 KG. No caso do cliente ter mais que 130 Kg, é solicitada a marquesa da Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), que comporta uma superfície corporal superior a 130 Kg. Assim sendo, a AESOP preconiza como boa prática que uma marquesa cirúrgica deve ser adequada a cada cirurgia, estatura e peso do cliente e ainda possuir todos os acessórios necessários ao posicionamento como os suportes de braço, cintas de segurança, arco de separação da área de anestesia e o material mais específico para o posicionamento em causa (Pinheiro, 2006).

O enfermeiro deve assegurar todos os meios para a marquesa cirúrgica, estar adequada e adaptada à cirurgia que se vai realizar. É a responsabilidade do enfermeiro supervisionar se foi colocado pelo técnico auxiliar de saúde (TAS) um colchão de gel (meio corpo) antes do cliente se deitar na marquesa, para proteção das proeminências ósseas e foram estes aspetos que pude perceber e melhor gerir em estágio, como estudante.

Os dispositivos de posicionamento, devem atender às especificidades particulares de cada cirurgia, mas também, serem adaptados às características individuais de cada cliente. O foco da minha atenção no desenvolvimento deste projeto individual, nesta área, foi precisamente, promover estratégias para adaptar cada posicionamento às particularidades anatómicas e necessidades de cada cliente, de forma a prevenir lesões decorrentes do posicionamento e complicações no pós-operatório.

Figura 7 - Material utilizado no Posicionamento da Cirurgia Bariátrica



No decorrer do meu projeto, sobre a prevenção de lesões decorrentes do posicionamento na cirurgia bariátrica, aquando avaliação do risco de lesão, toda a equipa colaborou na otimização do posicionamento de cada cliente especificamente e no momento foram realizadas alterações no posicionamento, tais como: alteração da angulação do membro superior, membros inferiores,

colocação de maior ou menor densidade de algodão ortopédico nas almofadas de proteção, para adequar cada posicionamento às características anatômicas e necessidades de cada cliente.

Como salienta a AORN, que apesar de durante uma cirurgia, ser difícil o acesso ao cliente, pois este está por baixo dos campos cirúrgicos, antes, deve haver uma avaliação criteriosa pela equipa cirúrgica, e se necessário deve-se reposicionar o cliente de forma a otimizar a distribuição da pressão, remover a carga das proeminências ósseas, reduzindo ao máximo as forças de torção e fricção (AORN, 2018).

Paralelamente, ao material e equipamento providenciado para o posicionamento cirúrgico é da competência do enfermeiro circulante e a instrumentista providenciar o material para intervenção cirúrgica propriamente dita como: instrumentos base, instrumentos específicos e todo o material esterilizado em manga dupla, que no decorrer do estágio profissional fui tendo experiência na tomada de decisão dos melhores materiais e equipamentos para aquela cirurgia, tendo em conta as especificidades de cada cliente.

Figura 8 - Material específico para a Cirurgia de Bypass Gástrico



Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

- "Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade";
- "Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica".

No desenvolvimento profissional dos enfermeiros, a investigação reveste-se de extrema importância, na medida em que são necessárias as melhores evidências científicas para a tomada de decisão, essencialmente a nível da identificação das necessidades das pessoas e a nível da prescrição das intervenções de enfermagem. Por isso, a investigação é o pilar de qualquer disciplina do conhecimento científico, sendo que o conhecimento só faz sentido na partilha de ideias e conhecimentos (Néné & Sequeira, 2022).

Para a elaboração do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, foi efetuada uma pesquisa de literatura rigorosa, em bases de dados da ESEP, sobre os descritores “Posicionamento Cirúrgico” Posicionamento na Cirurgia Bariátrica”, “Sleeve Gástrico”, “Bypass Gástrico”, “Complicações do Posicionamento na Cirurgia Bariátrica”, que me facultaram artigos científicos, podendo fundamentar o meu projeto individual de competências específicas e este relatório final de estágio de natureza profissional. Após a pesquisa pude observar que havia alguma literatura sobre o posicionamento na cirurgia bariátrica associada às complicações da anestesia e das condições clínicas do cliente obeso e não propriamente o que queria desenvolver no meu projeto individual, por isso, o contacto presencial e a observação direta com os clientes proporcionaram-me colher dados relevantes para a implantação de estratégias relevantes para a prevenção de complicações no posicionamento na cirurgia bariátrica, adequando os cuidados a cada necessidade detetada em momento presencial.

A observação dos dados foi realizada nas três fases do perioperatório, para avaliarmos o risco de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico na cirurgia bariátrica, avaliarmos a presença de lesões e dor previa ao posicionamento e uma avaliação após o posicionamento. Serviu também, para refletirmos sobre as estratégias de prevenção dessas possíveis lesões, alterando se necessário a posição do cliente no momento, respeitando cada um, nas suas diferenças anatómicas e condições clínicas.

Para facilitar a estruturação da observação dos dados, foi estruturado um instrumento de avaliação, para se fazer o registo dos dados aos clientes submetidos a cirurgia bariátrica de Bypass Gástrico e Sleeve Gástrico. A construção deste instrumento foi baseada na necessidade efetiva, de se saber mais informação sobre as condições da pele e mucosas e sensações somáticas, no pré-operatório, o risco de desenvolver lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico no intra-operatório com a ajuda da aplicação da escala de ELPO-PT, de forma a podermos adequar os materiais de suporte e proteção no posicionamento mais adequado para cada cliente e a avaliação das condições da pele e dor após o posicionamento cirúrgico, neste tipo de cirurgia especificamente.

Assim, com base observação e registo dos dados, pude verificar que o facto dos clientes terem lesões ou dor anteriores ao posicionamento, tinham o risco aumentado de desenvolver mais lesões e dor, ou que estas piorassem. Pude também, observar que cada cliente tem características anatómicas que devem ser consideradas em cada posicionamento. Neste sentido, deve ser adaptada e melhorada a posição no momento, com material extra de suporte e proteção, que facilitem o posicionamento e previnam complicações no pós-operatório. Perante este facto, abordei os colegas da prática clínica e promovi uma reflexão/discussão, relativa à importância de adaptar o posicionamento ao cliente e não o cliente ao posicionamento. Estas estratégias de conforto, suporte e proteção, in loco, permitiram uma abordagem direcionada ao cliente submetido a cirurgia bariátrica que a longo prazo, traduzirão resultados e ganhos em

saúde.

Para o desenvolvimento das aprendizagens para o projeto individual, foi preponderante a investigação científica e pesquisa de literatura, em base de dados sobre o tema da obesidade, cirurgia bariátrica, posicionamento na cirurgia bariátrica, complicações, equipamentos e diretrizes sobre as melhores práticas no posicionamento cirúrgico.

A prática baseada na evidência (PBE) foi a abordagem utilizada na tomada de decisão das estratégias implementadas para prevenir as complicações no posicionamento cirúrgico do cliente submetido a cirurgia bariátrica. Esta abordagem é fundamental para garantir a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

A PBE na enfermagem perioperatória pode ajudar a reduzir os riscos das lesões associadas ao posicionamento na cirurgia bariátrica. A literatura disponível, contribuiu para poder identificar as melhores estratégias de prevenção das lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico nesta cirurgia, podendo fundamentar as melhores práticas e procedimentos com base em evidências científicas. Isto inclui, a minha pesquisa em protocolos, diretrizes e artigos científicos, baseados em evidências e o contributo da minha experiência no estágio de natureza profissional, com a observação e recolha de informação relevante que me permitiu aferir dados com os quais pude trabalhar e desenvolver intervenções de enfermagem que dessem resposta às necessidades de melhoria no posicionamento cirúrgico para a prevenção de lesões e complicações.

O enfermeiro especialista no desenvolvimento das suas competências compreende que a formação é essencial para a qualidade e segurança dos cuidados, sendo a sua responsabilidade promovê-la. Por conseguinte, é necessário planejar e realizar formação contínua adaptada às necessidades dos contextos de cuidados, bem como divulgar, implementar e monitorizar as normas e procedimentos institucionais para garantir a conformidade e melhoria contínua da prática clínica (Ferreira, 2015).

Neste sentido, foi planeada uma ação de formação, durante o desenvolvimento do estágio profissional, que não chegou a ser executada, em período de estágio, contudo, ficará para uma formação no futuro, como enfermeira especialista, sobre as propostas de melhoria que referi neste documento. Foi também, realizada autoformação no congresso de obesidade, por ser um tema muito pertinente para o desenvolvimento do meu projeto individual.

A realização do curso de mestrado, permitiu-me refletir sobre as diversas temáticas lecionadas nas unidades curriculares, abordando aspetos fundamentais sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatória, sendo fundamental para a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências que pude aplicar e integrar nos diversos contextos da prática clínica e desenvolver no futuro, como enfermeira especialista.

A integração na equipa de cirurgia bariátrica, como estudante, com a qual colaborei ao longo dos meses de estágio de natureza profissional, foi uma experiência muito enriquecedora para o

meu autoconhecimento, sobre as boas práticas baseadas na evidência, nos cuidados com o posicionamento do cliente na cirurgia bariátrica e na identificação de estratégias relevantes para a prevenção de complicações.

A equipa demonstrou grande interesse e disposição em colaborar no meu projeto individual durante o estágio, o que tornou todo o processo mais fácil. Da minha parte, empenhei-me em procurar oportunidades para adquirir novos conhecimentos que estivessem alinhados com os objetivos do processo de ensino-aprendizagem, visando o desenvolvimento de competências específicas na área do perioperatório.

Neste contexto de estágio de natureza profissional, pude adquirir novos conhecimentos em áreas previamente não exploradas e identificar novas oportunidades, como a integração na equipa de cirurgia bariátrica, algo que ainda não tinha sido possível anteriormente. Além disso, fui convidada a participar no II Congresso de Obesidade, realizado presencialmente no Trofa Saúde - Vila do Conde, organizado pela equipa de Cirurgia Bariátrica do hospital.

O estágio profissional, realizado após a componente teórica do curso de MEMCPSPE, possibilitou-me solidificar os meus conhecimentos como futura enfermeira especialista. Além disso, proporcionou-me a oportunidade de executar este projeto prático fundamentado em evidências, o qual contribui para o âmago da profissão de enfermagem, que consiste em promover melhorias na saúde da pessoa durante o período perioperatório.

Neste sentido, é importante fomentar a investigação e refletir sobre uma estratégia para o futuro que promova uma melhor articulação entre os diferentes contextos (formação, investigação e prática clínica) e uma melhor implementação da evidência científica nos contextos clínicos. É necessário, encontrar vias de disseminação do conhecimento que facilitem a sua transladação para os contextos clínicos (Néné & Sequeira, 2022).

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EMC), no âmbito geral, visam o cuidado com a pessoa e família e os cuidadores a vivenciar processos médico-cirúrgicos complexos, decorrentes de uma doença aguda ou crónica, visam a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médico-cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica (OE, 2018).

As competências do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, visam os cuidados da pessoa em situação perioperatória e respetiva família e/ou pessoa significativa e promovem a qualidade e segurança dos cuidados à pessoa em situação perioperatória e de toda a equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência

cirúrgica (OE, 2018).

A Ordem dos Enfermeiros, elaborou um documento sobre os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem nesta especialidade, sendo uma das competências dos Colégios da Especialidade.

No caso concreto da Especialidade de Enfermagem em Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Perioperatória, cabe ao Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros aprovar o respetivo documento de Padrões de Qualidade. Os padrões de qualidade dos cuidados especializados nesta área de especialização caracterizam-se, como padrões simples e de fácil utilização e aplicabilidade, no sentido de servirem como referência para a prática especializada do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica consoante o alvo e contexto de intervenção, neste caso na área da pessoa em situação perioperatória (OE, 2017).

A definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem reitera a adoção do Enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem publicadas pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros em dezembro de 2001. Os conceitos que nele estão implícitos são: saúde, pessoa e ambiente. Isto é, os cuidados de enfermagem devem focalizar a sua intervenção na saúde da pessoa que é influenciada pelo seu ambiente (OE, 2017).

Sendo que, a saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo, portanto, não pode ser tido como um conceito oposto ao conceito de doença (OE, 2017).

Outro conceito fundamental, neste documento e foco dos cuidados de enfermagem é a pessoa, sendo que o seu conceito é: um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia (OE, 2017).

A pessoa em situação perioperatória é qualquer pessoa, que ao longo de todo o seu ciclo de vida, necessita, ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos. A pessoa aceita submeter-se a um estado de consciência alterado e aos riscos inerentes a esses procedimentos e ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional, tendo geralmente a expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida (OE, 2017).

O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os

estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção numa complexa interdependência pessoa/ambiente (OE, 2017).

O ambiente perioperatório, é o contexto onde se prestam cuidados de Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória. Este ambiente é considerado muito complexo pela interação diária com a alta tecnologia, elevado número de dispositivos médicos e a necessidade de um controlo ambiental rigoroso que pode promover a situações de elevado risco.

A definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados na área da Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória é um contributo fundamental para a promoção da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem nesta área. Eles estabelecem um padrão de excelência do exercício profissional, orientam a reflexão profissional e a tomada de decisão em Enfermagem Perioperatória e servem como referencial na definição de indicadores que permitem identificar o contributo para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem Perioperatórios (OE, 2017).

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória caracteriza-se por uma atitude pro-ativa de antecipação dos riscos inerentes ao ambiente anestésico-cirúrgico, tendo como princípio fundamental a atuação com responsabilidade profissional e prudência (OE, 2017).

Assim sendo, os cuidados de enfermagem perioperatórios, tem na sua base cinco pilares fundamentais:

1- O **Reconhecimento do Outro e a Capacitação** como base da intervenção e do processo de enfermagem. O enfermeiro perioperatório, estabelece uma relação interpessoal e reconhece a pessoa como ser único, complexo e aprendente, capaz de desenvolver o conhecimento e a autoconsciência. Faz um plano conjunto do projeto de cuidados, reconhecendo a liberdade de escolha da pessoa, fomentando a sua autonomia e comportamentos ajustados à situação, atua promovendo, assim, a sua capacitação.

2- A **Vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória** pode ser expressa como a impossibilidade de a pessoa responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a um procedimento cirúrgico e anestésico. A vulnerabilidade traduz a exposição aos riscos, a desproteção e a impossibilidade de defesa, que requerendo que seja assegurada por outra pessoa em sua substituição.

3- A **Responsabilidade de cuidado** – o enfermeiro especialista na área da enfermagem perioperatória tem a responsabilidade de promover resultados positivos e ajudar a pessoa a atingir o seu melhor nível de função e bem-estar. Assegura um padrão de excelência no cuidar antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos e anestésicos de acordo com as necessidades da pessoa, atua com prudência face aos riscos e incertezas, respondendo pelas

suas decisões, atos e consequências e influenciando positivamente a equipa, em benefício da pessoa em situação perioperatória.

4- A **Prudência e a gestão de risco** – o enfermeiro especialista na área da pessoa em situação perioperatória tem competências na gestão dos riscos e das consequências possíveis e prováveis de cada decisão ou ato. Atua com consciência cirúrgica, prudência e precaução, atento ao pormenor e aos comportamentos, numa atitude de prevenção e vigilância antecipatória, tomando decisões ajustadas à natureza, gravidade e probabilidade de ocorrência de riscos, com o objetivo de evitar um evento adverso prejudicial à pessoa ou equipa.

5- A **Consciência cirúrgica** é um princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar a pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado.

Neste sentido, o enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação Perioperatória tem como alvo dos seus cuidados a pessoa a vivenciar processos de saúde-doença que necessita procedimentos cirúrgicos e anestésicos, no período perioperatório, visando o empoderamento da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença (OE, 2017).

Portanto, os cuidados à pessoa em situação perioperatória, desenvolvem-se num processo padronizado de boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa num contínuo, antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico. Visam proporcionar à pessoa proteção na situação particular de vulnerabilidade, capacitá-la e promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde (OE, 2017).

Segundo o regulamento n.º429/2018, são estabelecidas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória e nele são identificadas duas grandes áreas ou unidades de competências:

- a) "Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa";
- b) "Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica".

A área de especialidade de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória inclui um conjunto de competências especializadas adequadas às necessidades específicas de cuidados à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença, que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Tem como objetivo cuidar a pessoa no período perioperatório, que decorre desde a consulta pré-operatória, até à consulta pós-operatória, com qualidade e segurança de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (OE. 2017).

a) Competências do Domínio: "Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa":

A pessoa em situação perioperatória deve ser cuidada por profissionais especializados e habilitados. O enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória apresenta conhecimentos e habilidades que permitem cuidados de saúde dirigidos. Estes visam a promoção da saúde, prevenção de efeitos adversos e tratamento da doença com a garantia de segurança da pessoa, profissionais envolvidos e ambiente, de acordo com os princípios éticos e deontológicos (DR, 2018).

Os cuidados de enfermagem perioperatórios exigem, por parte dos enfermeiros, a identificação das necessidades, o planeamento, a execução e avaliação dos resultados obtidos, nas áreas complementares entre si: anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos e consultas perioperatórias (OE, 2017).

No contexto da pessoa em situação perioperatória, numa experiência cirúrgica, o cliente pode apresentar um conjunto de emoções, sentimentos e reações que vão influenciar a forma como estes vivenciam todo o processo, dependendo das atribuições significativas de cada pessoa nesta situação específica. As intervenções de enfermagem, neste contexto são cruciais, na atribuição de um significado à experiência cirúrgica da pessoa em situação perioperatória, neste contexto, na cirurgia bariátrica.

No que concerne, à situação de mudança dos clientes submetidos a este tipo de cirurgia, recuperação e adaptação no pós-operatório, como reflexão, e recorrendo aos conteúdos programáticos das aulas teóricas do mestrado, sobre as teorias de enfermagem, remeto-me para a teoria das transições de Afaf Meleis, para poder refletir sobre o cuidar, neste contexto especificamente.

Neste sentido, a teoria, das transições é entendida como uma passagem de um estado estável para um estado relativamente estável, sendo o processo desencadeado por alguma mudança. Neste processo de transição o enfermeiro deve estabelecer intervenções e estratégias que melhorem a qualidade de vida da pessoa, prestando cuidados de enfermagem de uma forma holística em todas as suas dimensões (Costa, 2016).

Os enfermeiros assumem um papel preponderante na facilitação dos processos de transição que a pessoa experiencia ao longo do seu ciclo vital, seja ela de desenvolvimento (relacionadas com as mudanças no ciclo vital, ex.: transição do estado gestante para puérpera, passagem da infância para a adolescência), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis: nascimento, morte, entre outras), organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou Intra organizacional) e saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) (Costa, 2016).

Num cliente submetido a uma cirurgia bariátrica, o processo de transição saúde-doença é o que

melhor se enquadra neste contexto. Após um diagnóstico de doença, há a necessidade de ser realizada uma cirurgia, para o seu tratamento. Portanto, este processo resulta do um diagnóstico patológico em que a pessoa, muitas vezes, não se percebe como pessoa doente. Porém, o fato de ser submetida a uma cirurgia conduz, frequentemente, à dependência e ao desequilíbrio em algum momento. A compreensão dos processos de transição e o desenvolvimento de intervenções adequadas e eficazes são um desafio para os enfermeiros. As transições são complexas, multidimensionais e possuem propriedades essenciais. Quando o cliente está perante uma transição é necessário que este seja capaz de desenvolver aptidões como a consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, espaço temporal de transição, eventos e pontos críticos.

É importante perceber, que a experiência da pessoa nesta fase, é condicionada por aspetos que podem ser condicionantes facilitadores e inibidores da transição e que vão interferir na forma como a pessoa desenvolve o seu percurso neste processo, isto é, pessoais, significados, crenças culturais, atitudes, status socioeconómico, preparação e conhecimento. Assim, sendo a experiência de uma transição é diferente de pessoa para pessoa e esta pode depender de vários fatores, nomeadamente, do significado que cada pessoa atribui ao processo que a cirurgia envolve, a capacitação que apresenta para ultrapassar a situação, bem como, do ambiente físico e psicossocial em que está inserido.

Portanto, quando a pessoa se depara com uma situação inesperada ou simplesmente uma mudança, esta pode desenvolver sentimentos de medo, ansiedade e insegurança, o que pode dificultar todo o processo. No entanto, existem sinais positivos no processo de transição, como, a presença de indicadores como a interação, a confiança e o estar situado. Estes demonstram que a pessoa desenvolveu estratégias para ter confiança e ultrapassar esta transição de uma forma saudável (Costa, 2016).

As intervenções de enfermagem são ferramentas no decorrer do processo de transição, que proporcionam, uma transição saudável ao cliente e família. Estas devem proporcionar um conjunto de conhecimentos e capacidades à pessoa, para que esta possa desenvolver uma resposta positiva e uma sensação de bem-estar, perante a transição (Costa, 2016).

Os enfermeiros que promovem o cuidado transacional saudável valorizam a pessoa, pois os cuidados que prestam nesse sentido são facilitadores do seu desenvolvimento humano, crescimento pessoal, proporcionando o equilíbrio e todo o processo de transição (Guimarães, 2016).

Neste sentido, os enfermeiros, devem ajudar o cliente a ultrapassar situações de medo, ansiedade e por vezes de sofrimento, para isso, implica olharmos para o cliente como um todo, procurando que este desenvolva o seu conhecimento e crescimento pessoal, para um maior equilíbrio e estabilidade nesta transição saúde-doença.

O percurso do meu estágio de natureza profissional foi desenvolvido no perioperatório inserido na área de interesse escolhido para o desenvolvimento do meu projeto individual na cirurgia bariátrica, tendo oportunidade de colaborar em todas as funções com a equipa da cirurgia bariátrica, na consulta pré-operatória, na admissão ao cliente, no intra-operatório, no recobro imediato na UCPA, na preparação da alta para o domicílio e no follow up das 24 horas após a cirurgia. Colaborei em conjunto com os meus tutores como enfermeira na consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos.

Neste sentido, foram desenvolvidas habilidades específicas que me permitiram adquirir capacidades para responder de forma autónoma, crítica e reflexiva aos cuidados de enfermagem no posicionamento do cliente na cirurgia bariátrica e desenvolver estratégias de prevenção de complicações neste posicionamento especificamente.

As intervenções de enfermagem nesta área desenvolveram-se em cinco áreas de atuação que são complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos. Este período comporta as fases pré, intra e pós-operatório: A fase pré-operatória tem início quando a pessoa e o cirurgião decidem pela cirurgia e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória; A fase intra-operatória inicia aquando a transferência da pessoa, para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA); A fase pós-operatória, tem início quando a pessoa dá entrada na UCPA e termina quando se considera que a pessoa está recuperada do processo cirúrgico/anestésico (OE, 2018).

Cuida da Pessoa Submetida a Cirurgia Bariátrica

Fase Pré-operatória - Admissão/Consulta de Enfermagem

A admissão do cliente cirúrgico é a primeira fase da interação entre enfermeiro-cliente no perioperatório, e esta deve ser uma experiência positiva para o cliente. No BO, onde decorreu o meu estágio de natureza profissional não existe consulta de enfermagem pré-operatória pelo que é feita a admissão do cliente na sala de indução.

O acolhimento no BO, é realizado numa primeira fase pelo enfermeiro especialista que está na admissão nesse dia e posteriormente o cliente é levado para a sala de indução em frente à sala operatória, onde é feita a sua admissão por um dos enfermeiros da sala. A admissão do cliente cirúrgico no BO, como não há consulta de enfermagem é realizada na sala de indução que é um espaço pequeno, onde se validam os itens da verificação pré-operatória e fornecem-se algumas informações que o cliente julga necessárias.

O acolhimento no bloco operatório deve compreender a escuta, a disponibilidade, o respeito, o vínculo e o diálogo realizado entre o enfermeiro e o cliente. Esta intervenção reveste-se de enorme importância na medida em que o cliente referencia os seus sintomas, patologias, internamentos anteriores, angústias e medos (Baleizão, 2018).

A comunicação eficaz na relação interpessoal entre o enfermeiro e cliente é o pilar basilar de uma relação profissional, que promove a segurança ao cliente. Esta assenta num conjunto de técnicas específicas, para gerar resultados positivos na saúde das pessoas, pressupõe uma intencionalidade consciente com o principal objetivo de colher dados, ensino-aprendizagem e a expressão de emoções, bem como as necessidades da equipa.

No período de estágio na UCA, pude observar e participar em diversas consultas de enfermagem, incluindo consultas pré-operatórias presenciais e não presenciais, bem como consultas de follow-up pós-operatório. A consulta pré-operatória é um momento crucial de interação entre enfermeiro e o cliente/família, adaptando-se aos objetivos específicos de cada indivíduo, procedimento cirúrgico e história clínica. É realizada geralmente entre 10 a 15 dias antes da cirurgia, esta consulta tem uma duração média de 30 a 45 minutos e é essencial para a preparação do cliente para o procedimento cirúrgico e para o período pós-operatório. Durante a consulta de enfermagem, são abordados temas como a identificação de comorbilidades, otimização pré-operatória, recolha de informações biométricas e avaliação dos sinais vitais, medicação habitual e instruir sobre o banho pré-operatório. A intervenção do enfermeiro neste momento é fundamental, pois fornece informações importantes ao cliente, para que este possa ir gerindo as suas expectativas ao longo do processo cirúrgico. É o momento ideal para instruir o cliente sobre os cuidados necessários para a cirurgia, como o jejum, cuidados com a pele, medicação a ser tomada no dia da cirurgia, além de informar sobre o processo desde a admissão até à alta hospitalar, incluindo o tipo de roupa a usar e o que esperar após a cirurgia. Abordar todos estes aspetos, contribui significativamente para reduzir a ansiedade do cliente e da sua família durante todo o processo cirúrgico.

Neste sentido, o enfermeiro é o profissional que se encontra melhor posicionado para informar o cliente através de uma linguagem adequada e por isso, salienta-se a relevância da consulta de enfermagem com uma estrutura que atenda às características e situação clínica de cada cliente (Gonçalves et al., 2017).

Assim sendo, a comunicação terapêutica é a componente básica dos cuidados de saúde, da educação em saúde, da mudança comportamental, da organização e gestão em saúde e, das políticas de saúde, sendo um bom indicador da qualidade dos cuidados de saúde (Thomas 2006; Ramos, 2012).

No estágio de natureza profissional, pude contactar com as duas realidades na admissão dos clientes no perioperatório e por isso, pude perceber a importância da consulta de enfermagem como um grande contributo na experiência cirúrgica do cliente, pois este, fica esclarecido com toda a informação e ensino feito pelo enfermeiro e quando chega para ser operado já sabe o que vai acontecer. A minha experiência em estágio na consulta, permitiu-me observar que os clientes que fazem consulta de enfermagem pré-operatória ficam menos ansiosos no dia da cirurgia, do que aqueles que não fazem a consulta e vêm para o hospital sem qualquer

preparação e informação pré-operatória.

A consulta de enfermagem é uma consulta autónoma, programada ou não, presencial ou não presencial, que pode ocorrer em diferentes contextos, permitindo atender às necessidades em cuidados de enfermagem, garantindo a continuidade de cuidados e a referenciação da pessoa para enfermeiros especialistas ou para outros profissionais (OE, 2016).

O Conselho de Enfermagem preconiza alguns princípios orientadores que suportam a consulta de enfermagem e a teleconsulta de enfermagem. O parecer, divulgado, concluiu que, sendo uma consulta presencial ou não, é indispensável uma regulação das orientações da consulta de enfermagem em cada instituição, bem como, a articulação com outras entidades.

De acordo com o documento, aprovado na última reunião do Conselho de Enfermagem (No53/2021), a consulta presencial deve ser a opção a privilegiar na primeira consulta e a decisão sobre a modalidade a adoptar será determinada pela necessidade e natureza dos cuidados à pessoa (OE, 2021).

No entanto, independentemente de se tratar de consulta presencial ou não, é indispensável a emissão de orientações institucionais no sentido de instituir o procedimento, bem como, a articulação com outras entidades de modo a criar sinergias que visem colmatar potenciais barreiras (SPMS, 2019).

No caso da teleconsulta, trata-se de uma modalidade de consulta não presencial, que se oferece como alternativa de proximidade como forma de responder às necessidades de pessoas que apresentam dificuldades relacionadas com mobilidade, distância geográfica e constrangimentos sócio-económicos. Na UCA, a teleconsulta é realizada 24 horas após a cirurgia do cliente e são recolhidas informações sobre o estado geral do cliente, nomeadamente, dor pós-operatória, sinais de hemorragia, presença de febre ou qualquer outro sinal que possa colocar o cliente em risco de estar a ter uma complicação cirúrgica. Esta consulta, designada de follow-up é essencial para que o cliente sinta segurança em estar no domicílio logo após a sua cirurgia. Assim, o cliente e família sabem que têm todas as condições de suporte no seu pós-operatório.

O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença, é responsável pela resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem e, na assunção dessa responsabilidade, deve providenciar os meios adequados para garantir atempadamente a excelência e a continuidade de cuidados. Assente nestes pressupostos, a implementação de consulta de enfermagem enquanto consulta autónoma, independentemente do contexto, é um recurso a otimizar. Esta pode ser programada ou não (urgente), presencial ou não presencial, ocorrer de forma individualizada ou integrada no plano de consultas da equipa de saúde multidisciplinar. No âmbito da consulta não presencial, inclui-se a teleconsulta de enfermagem que, por sua vez, pode ser síncrona ou assíncrona (OE, 2021).

Neste sentido, a pessoa em situação perioperatória que vai à consulta de enfermagem deve ser

informada, previamente, das diferentes modalidades de consulta e participar na decisão sobre a tipologia de consulta a adotar, informação e tomada de decisão que deverão ficar devidamente registadas e fundamentadas no seu processo clínico. Durante a consulta, é responsabilidade da equipa assegurar que o cliente cumpra certos requisitos essenciais para este tipo de cirurgia, como garantir que tenha um acompanhante adulto disponível nas primeiras 24 horas após o procedimento e verificar se esse acompanhante é responsável e capaz de transportar o cliente em viatura própria.

Durante o meu estágio de natureza profissional na consulta de enfermagem, pude observar como estudante, que os enfermeiros especialistas que realizam a consulta, fazem os registos da mesma, na plataforma digital da instituição, seguindo as etapas do processo de enfermagem, como a recolha de dados, formulação de diagnósticos, planeamento de intervenções de enfermagem, implementação das intervenções de enfermagem e a sua avaliação. Pude também, observar que após a consulta, o enfermeiro forneceu ao cliente o seu plano de cuidados individualizado e um panfleto informativo com os cuidados pré-operatórios, solicitando que o cliente reforçasse a sua leitura no domicílio.

A consulta de enfermagem pós-operatória não presencial neste caso, telefónica de seguimento é realizada após 24 horas, para garantir a continuidade dos cuidados após a cirurgia, sendo essencial que esta avaliação fique registada no processo individual do cliente. Durante esta consulta, pude observar, como estudante que foram feitas perguntas simples ao cliente, seguindo uma estrutura pré-definida de acordo com a plataforma digital da instituição, com o objetivo de recolher dados para avaliar e orientar as necessidades de cada cliente, garantindo a qualidade dos cuidados fora do ambiente hospitalar.

Na UCA, os enfermeiros têm a responsabilidade de realizar esta avaliação nas 24 horas seguintes à alta hospitalar, utilizando a teleconsulta como meio para avaliar a situação clínica do cliente submetido a cirurgia de ambulatório. O contato telefónico de seguimento permite uma resposta rápida às necessidades do cliente, facilitando a gestão de situações comuns no pós-operatório, como a dor, náuseas, vômitos, hemorragias e cefaleias. Esta consulta, por sua vez, contribui para reduzir a utilização excessiva dos serviços hospitalares e garantir a continuidade dos cuidados de saúde com qualidade no domicílio.

O meu contributo, enquanto estudante na consulta de enfermagem que até então, nunca tinha participado, permitiu-me identificar melhor as dificuldades enfrentadas pelo cliente, família e cuidador, com foco nos cuidados com a ferida cirúrgica, controlo da dor, mobilidade, adaptação às limitações e o autocuidado. Esta minha participação e colaboração em estágio, proporcionou-me desenvolver uma compreensão mais profunda sobre a experiência cirúrgica do cliente e permitiu-me promover futuramente uma maior satisfação das necessidades do cliente, algo que agora aplico no meu dia-a-dia profissional.

Assim, o principal foco dos cuidados na consulta de enfermagem é atender às necessidades do

cliente e família, com o objetivo de reduzir ao máximo o tempo de permanência no hospital. Pude observar, enquanto estudante, que este facto, motiva o cliente e por outro lado, pode ser um fator que promova uma recuperação mais rápida, segura e humanizada, enquanto minimiza os riscos de infecção.

A consulta de enfermagem desempenha um papel crucial na educação para a saúde do cliente em todas as fases do perioperatório, não apenas na cirurgia de ambulatório, mas também na cirurgia programada (BO). Durante o estágio profissional, tive a oportunidade de ter contacto com esta experiência apenas na Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA), uma vez que a instituição ainda não realiza consultas de enfermagem em casos de cirurgia programada. No entanto, isso pode constituir uma proposta de melhoria futura, especialmente para mim enquanto enfermeira especialista.

Neste sentido, esta experiência como estudante, na consulta de enfermagem na UCA permitiu-me ter uma visão mais aprofundada do papel fundamental do enfermeiro nesse contexto. O enfermeiro pode atuar como suporte crucial, fornecendo informações e educação que promovem o conhecimento sobre os cuidados perioperatórios e a experiência cirúrgica do cliente. Isto pode contribuir para reduzir a ansiedade pré-operatória, prevenir complicações e promover o bem-estar do cliente e da sua família.

Durante o estágio profissional na consulta de enfermagem, pude observar que foram fornecidas ao cliente informações importantes em diferentes fases do processo cirúrgico, tais como:

Antes da cirurgia: foram colhidos dados clínicos socioculturais relevantes; instrução da pontualidade e aviso prévio em caso de impossibilidade de não comparecer na cirurgia; questionada a medicação habitual, jejum necessário e ingestão de líquidos claros antes da cirurgia; fornecidas duas esponjas de clorhexidina para o banho pré-operatório e instruções relevantes sobre a higiene pessoal; recomendações sobre a proibição do uso de cosméticos e verniz, adornos e objetos de valor, bem como, a utilização de roupa fácil de vestir e despir.

No dia da cirurgia: o cliente foi instruído sobre o circuito ao chegar à UCA e onde esperar até ser chamado pelo monitor e orientado para organizar a troca de roupa em local próprio, no cacifo reservado para o efeito.

Após a cirurgia: foram fornecidos documentos com instruções para o pós-operatório; orientações sobre os sinais de alerta e contatos em caso de dúvidas ou urgência.

Esta consulta enquadra-se no âmbito da enfermagem perioperatória, que engloba os cuidados de enfermagem dirigidos aos clientes durante o período pré, intra e pós-operatório. Integra um conjunto de intervenções realizadas em diferentes contextos hospitalares, com o objetivo de prestar os melhores e mais adequados cuidados ao cliente cirúrgico. Nos últimos anos, o conceito de enfermagem perioperatória evoluiu, tornando-se mais centrado no cliente, uma vez que espelha a preocupação de aproximar a prática das necessidades dos clientes (Arakelian et

al., 2017).

Fase Intra-operatória - Posicionamento na Cirurgia Bariátrica e Funções do Enfermeiro Perioperatório

Nesta fase do intra-peratório, o meu projeto de desenvolvimento individual de competências, teve particular atenção na área dos cuidados de enfermagem no posicionamento do cliente submetido a cirurgia bariátrica, inerentes, à promoção do conforto do cliente e prevenção de complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico.

A literatura refere que todos os clientes submetidos a uma intervenção cirúrgica, correm o risco de sofrer lesões relacionadas com a posição necessária para o procedimento cirúrgico e também risco de lesões associadas a quedas, especialmente durante a indução anestésica ou o acordar da anestesia geral e para se reduzir este risco a AORN recomenda que o enfermeiro permaneça sempre ao lado do cliente (Speth, 2023).

As lesões podem ser causadas por estiramento ou compressão de tecidos que podem levar à redução do fluxo sanguíneo e isquemia, por fricção e forças de cisalhamento, ou por pressão prolongada que pode levar à rutura da pele. As lesões decorrentes do posicionamento podem causar danos maiores ou menores, e os efeitos podem ser temporários ou permanentes (Burlingame, 2017).

Os clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos e invasivos correm um risco acrescido de complicações que podem afetar vários sistemas como o sistema músculo-esquelético, tegumentar, cardiovascular, respiratório e nervoso (Burlingame, 2017).

Neste sentido, na cirurgia bariátrica, o posicionamento do cliente durante o procedimento é crucial e pode estar associado a várias complicações. Alguns exemplos de complicações que podem ocorrer devido ao posicionamento cirúrgico na cirurgia bariátrica incluem:

Lesões de nervos periféricos: o posicionamento inadequado durante a cirurgia pode resultar em compressão dos nervos periféricos, levando a parestesias, fraqueza muscular ou até mesmo paralisia temporária ou permanente em áreas específicas do corpo;

Lesões de pele: a pressão prolongada sobre áreas específicas da pele pode resultar em úlceras por pressão, especialmente em clientes com excesso de peso que já têm maior risco de desenvolver essas lesões;

Comprometimento circulatório: o posicionamento inadequado pode causar compressão dos vasos sanguíneos, resultando num défice da circulação sanguínea e, em casos graves, isquemia tecidual e necrose;

Lesões musculoesqueléticas: o posicionamento prolongado em certas posições pode levar a dor muscular, lesões musculares ou dor articular, especialmente em áreas como os ombros e quadris;

Complicações Respiratórias: dependendo do posicionamento do cliente, pode haver restrição da expansão pulmonar, aumentando o risco de complicações respiratórias pós-operatórias, como atelectasia ou pneumonia.

Lesões oculares: o posicionamento da cabeça durante a cirurgia pode aumentar o risco de lesões oculares, como lesões na córnea ou olho seco, devido à exposição inadequada aos agentes anestésicos e ao ambiente cirúrgico (Eisenberg et al., 2022).

No sentido de prevenir estas complicações, o posicionamento correto do cliente é fundamental para o sucesso do procedimento anestésico-cirúrgico no intra-operatório, porque, sob a influência da anestesia geral, o cliente não se pode mover e não pode sentir a dor gerada pela permanência numa posição durante um período de tempo prolongado. Mesmo um cliente que esteja sob anestesia local pode não sentir dor ou pode não ser capaz de comunicar onde se encontra a sensação de dor. Devido a estas limitações, a equipa perioperatória deve tomar medidas para evitar lesões relacionadas com o posicionamento do cliente durante a cirurgia (AORN, 2017).

Durante o estágio de natureza profissional, nesta instituição, o cliente submetido a cirurgia bariátrica, posiciona-se numa marquesa adequada ao peso, com um colchão de gel para proteção de meio corpo, pois os membros inferiores ficam abduzidos e fixados com ligaduras elásticas, de forma a o cliente não deslizar na marquesa e haver o risco de queda. Os membros superiores, o direito fica abduzido e o esquerdo aduzido, protegidos com ligaduras de algodão ortopédico, bem como, os calcanhares e cotovelos.

Um aspeto importante no posicionamento neste tipo de cliente, é a posição do tronco e da cabeça com uma cunha em rampa para a otimização da permeabilidade da via aérea, pelas dificuldades anatómicas que apresentam os clientes obesos, na ventilação e intubação endotraqueal.

O posicionamento do cliente na preparação para a cirurgia é uma atitude terapêutica que envolve o esforço de toda a equipa: o enfermeiro de anestesia, o circulante, o enfermeiro instrumentista caso seja necessário, o técnico auxiliar de saúde e os cirurgiões. Toda a equipa pode estar envolvida no posicionamento dependendo do tamanho do cliente, peso e condição ou posição pretendida do cirurgião (Valério et al., 2006).

No entanto, a responsabilidade da escolha do posicionamento é do cirurgião e a responsabilidade do posicionamento em si é do enfermeiro e do anestesista. Ao enfermeiro circulante cabe a responsabilidade do posicionamento e ao enfermeiro de anestesia a monitorização hemodinâmica constante do cliente aquando do posicionamento, junto do anestesista (Valério et al., 2006).

A existência de um número adequado de pessoas para posicionar o cliente ajuda a manter o alinhamento fisiológico a suportar as extremidades e a proteger os membros da equipa de

lesões músculo-esqueléticas que podem ocorrer devido ao exercício de forças de elevação, empurrão e tração durante o posicionamento (Burlingame, 2017).

Neste sentido, os enfermeiros perioperatórios devem colaborar com todos os membros da equipa cirúrgica no posicionamento e desenvolver um plano de cuidados para minimizar o risco de lesão do cliente associado ao posicionamento (Speth, 2023).

A posição selecionada deve: proporcionar a exposição do local da cirurgia; manter o conforto e a privacidade do cliente; permitir o acesso a linhas intravenosas e equipamento de monitorização; permitir a otimização da ventilação; manter a circulação; proteger os dedos das mãos e dos pés, os órgãos genitais, os músculos, os nervos, as proeminências ósseas, as articulações, a pele e os órgãos vitais contra lesões; e estabilizar o cliente para evitar deslocações ou movimentos involuntários (Burlingame, 2017).

Como salienta a AORN, que apesar de durante uma cirurgia, ser difícil o acesso ao cliente, pois este está por baixo dos campos cirúrgicos, antes, deve haver uma avaliação criteriosa pela equipa cirúrgica, e se necessário deve-se reposicionar o cliente de forma a otimizar a distribuição da pressão, remover a carga das proeminências ósseas, reduzindo ao máximo as forças de torção e fricção (AORN, 2018).

O enfermeiro perioperatório ao planear a intervenção e o correto posicionamento e os seus dispositivos, podem beneficiar se considerarem as possíveis complicações de posicionamento inadequado ou incorreto. Por exemplo, quando o cliente está posicionado em supino, o posicionamento incorreto dos braços pode levar a uma lesão do nervo ulnar ou ao síndrome compartimentar do membro superior (Speth, 2023).

No desenvolvimento do meu projeto individual, foi providenciado material extra de suporte e proteção, para prevenção de complicações decorrentes deste tipo de posicionamento cirúrgico, adequado a cada cliente como: almofadas feitas com ligadura de algodão para proteção da zona dos calcanhares, zona poplíteia, cotovelos e braços que também foram protegidos com ligaduras de algodão. Na zona dos joelhos são colocadas ligaduras elásticas para que os membros inferiores não caiam durante a cirurgia pois, o cirurgião solicita várias vezes ao longo da cirurgia, alterações no posicionamento da marqueta com maior ou menor angulação do proclive e trendelenburg. Assim sendo, a AORN preconiza que os dispositivos de posicionamento devem atender a princípios gerais, tais como o alinhamento corporal, proteção ocular, abordagem da via aérea e redistribuição dos pontos de pressão na pele (AORN, 2018).

Ainda, sobre os dispositivos de posicionamento a AORN nas suas diretrizes, refere a importância da utilização de dispositivos de posicionamento com vários materiais de promover um bom acolchoamento, como a espuma, poliuretano, viscoelástico para proteção das proeminências ósseas que fazem resistência e pressão de interface e levam à ocorrência de lesões importantes tegumentares, relacionadas com as forças de cisalhamento e de fricção que provocam o colapso

dos capilares ($>32\text{mmHg}$) e o não suprimento dos tecidos, levando à lesão tecidular grave, como a necrose (AORN, 2018).

Durante o desenvolvimento do meu projeto individual sobre a prevenção de complicações resultantes do posicionamento na cirurgia bariátrica, a equipa mostrou-se bastante colaborativa na recolha de dados relevantes para este documento. Durante este processo, que também envolveu o cliente, proporcionou uma oportunidade para a equipa refletir sobre as estratégias para otimizar o posicionamento e prevenir complicações. Após a identificação das necessidades do cliente, toda a equipa trabalhou em conjunto para melhorar o posicionamento e prevenir complicações, pelo que posso afirmar que este meu projeto contribuiu para a mudança de comportamentos nos cuidados com o posicionamento cirúrgico, que incluíram, o ajuste da angulação dos membros superiores e inferiores, adaptação da densidade do algodão nas almofadas de proteção, de forma a adequar cada posição às características anatómicas e necessidades individuais de cada cliente.

No decorrer do estágio de natureza profissional, o meu contributo no intra-operatório foi o desenvolvimento do meu projeto individual no âmbito da prevenção de complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico na cirurgia bariátrica. Neste projeto, pude contactar com mais de vinte clientes antes, durante e após a cirurgia e o posicionamento a que foi exposto e recolhi alguns dados relevantes, que me permitiram adquirir mais informação sobre fatores que podem estar relacionados com o facto de haver mais complicações neste tipo de posicionamento e assim poder antecipar a escolha de dispositivos extra de proteção e conforto na posição e intervir para otimizar o posicionamento, com o objetivo de prevenir complicações no posicionamento cirúrgico na cirurgia bariátrica.

Nesse contexto, foram realizadas intervenções que visaram reduzir o risco de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico e prevenir complicações. Por exemplo, foi ajustada a posição do braço, reduzindo a sua abdução. Além disso, foi adicionada uma almofada de proteção extra na região sacrococcígea, visto que devido à anatomia de alguns clientes exerciam maior pressão nessa área, deixando um espaço vazio entre a marquesa cirúrgica e o seu corpo. Este espaço foi preenchido com um lençol enrolado com ligadura de algodão.

Durante o estágio de natureza profissional no intra-operatório, antes de cada procedimento cirúrgico, enquanto fazia a colheita de informação relevante para o desenvolvimento do meu projeto, optei por usar a escala ELPO-PT, como uma medida adicional para avaliar o nível de risco associado a esse posicionamento especificamente, e pude constatar que no posicionamento da cirurgia bariátrica, pelas suas especificidades inerentes, todos os clientes têm um alto risco de desenvolver lesões associadas a esta posição.

A utilização de uma ferramenta de apoio à decisão durante as avaliações e um planeamento pré-operatório, ajuda na identificação dos clientes que têm maior risco de desenvolver lesões decorrentes do posicionamento e as possíveis intervenções para diminuir esse risco (Speth,

2023).

Paralelamente, ao material e equipamento providenciado para o posicionamento cirúrgico é da competência do enfermeiro circulante e da instrumentista providenciar o material para a intervenção cirúrgica propriamente dita como: instrumentos base, instrumentos específicos e todo o material esterilizado em manga dupla, que no decorrer do estágio profissional fui tendo experiência na tomada de decisão dos melhores materiais e equipamentos para aquela cirurgia, tendo em conta as especificidades de cada cliente.

Durante o estágio, a minha experiência como enfermeira instrumentista foi enriquecida, sobretudo durante as intervenções em cirurgias bariátricas, como o Bypass Gástrico e o Sleeve Gástrico. Este período foi fundamental para o aperfeiçoamento dos meus conhecimentos e competências nesta área específica. A partir dessas experiências, consegui concretizar um objetivo pessoal ao integrar, atualmente, a equipa dedicada à cirurgia bariátrica.

A função de enfermeira instrumentista, embora muitas vezes seja percebida como predominantemente técnica, desempenha um papel fundamental no cuidado ao cliente em contexto perioperatório. Embora, o seu foco seja na manipulação de instrumentos e na assistência ao cirurgião, a sua importância transcende a simples execução técnica. A visão do cuidado que permeia esta função, deve ser ampla e integral, levando em consideração não apenas os aspetos físicos da intervenção cirúrgica, mas também, as necessidades e preocupações do cliente ao longo de toda a experiência cirúrgica. Assim, cada movimento, cada ação realizada pela enfermeira instrumentista contribui para a segurança, conforto e bem-estar do cliente durante todo o procedimento cirúrgico.

O ambiente no intra-operatório, apesar de ser um ambiente adverso e propício ao mecanicismo de intervenções repetitivas, o enfermeiro tem um papel fundamental em humanizar estes cuidados e cabe a nós fomentar a perspetiva de um cuidar especializado no intra-operatório, impulsionando esta cultura em ambientes que desconhecem a nossa perspetiva de humanização. Assim, sendo, como em qualquer outra função do enfermeiro perioperatório, a prestação de cuidados do enfermeiro instrumentista, segue a metodologia do processo de enfermagem e exige competências específicas na área de enfermagem perioperatória (Cambotas et al., 2006).

O enfermeiro instrumentista desempenha as suas funções como parte integrante da equipa cirúrgica, trabalhando em conjunto para garantir o cuidado adequado ao cliente durante o procedimento cirúrgico. Neste contexto, o enfermeiro instrumentista assume tanto responsabilidades individuais quanto em equipa, assegurando que os cuidados prestados ao cliente sejam eficazes. Dentro deste papel, é da competência do enfermeiro instrumentista antecipar, organizar, utilizar, gerir e controlar os instrumentos cirúrgicos necessários para garantir que a cirurgia ocorra em um ambiente seguro tanto para o cliente quanto para a equipa multidisciplinar envolvida (Cambotas et al., 2006).

No percurso do estágio durante a fase intra-operatória, enquanto estudante, tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro especialista na instrumentação de cirurgias bariátricas, que era a minha área de interesse neste período. Durante esta experiência, pude refletir sobre as responsabilidades autônomas do enfermeiro instrumentista e realizar uma autoanálise crítico-reflexiva, apoiada agora no suporte teórico adquirido no curso de mestrado, que me proporcionou uma visão mais alargada das práticas baseadas na melhor evidência científica. As atividades que pude desempenhar como estudante na instrumentação incluíram o planeamento de cuidados, tendo em conta as necessidades do cliente e equipa de acordo com aquele procedimento cirúrgico, a preparação do material cirúrgico, a desinfecção cirúrgica das mãos, vestir e usar roupa cirúrgica esterilizada, preparação das mesas para a cirurgia bariátrica, garantir o respeito por cada tempo cirúrgico: abertura/encerramento; tempos superficiais e profundos; tempos de dissecação e excisão; tempos sépticos e assépticos; tempos delicados e microcirurgia; colocação de implantes; aplicação de drenos, aplicação de penso, o controlo de perdas sanguíneas, nomeadamente nas compressas, substituição de luvas sempre que necessário, a devida separação de instrumentos contaminados e a contagem de itens cirúrgicos e corto-perfurantes (AESOP, 2006).

Figura 9 - Preparação Cirúrgica na Instrumentação da Cirurgia Bariátrica



No meu estágio de natureza profissional, na cirurgia bariátrica pude também, colaborar como enfermeira circulante e enfermeira de anestesia com o meu tutor e equipa multidisciplinar. A função do enfermeiro circulante e de anestesia, são também, muito importantes na preparação do cliente para a cirurgia e em todo o processo anestésico-cirúrgico no intra-operatório. Neste sentido, a equipa cirúrgica não seria funcional, sem estes três elementos em simultâneo na sala operatória, essenciais na prestação de cuidados ao cliente submetido a uma intervenção cirúrgica.

O meu percurso no estágio fez-me refletir sobre os comportamentos diários da equipa cirúrgica e sobre o papel preponderante que os enfermeiros desempenham no intra-operatório. Frequentemente, o papel do enfermeiro circulante é subestimado em contexto do bloco operatório. No entanto, a minha experiência durante o estágio proporcionou-me uma perspetiva externa, e posso afirmar, após análise, que o enfermeiro circulante desempenha uma função abrangente preponderante no cuidado ao cliente durante o período intra-operatório, atendendo às suas necessidades de forma completa e holística. Além de fazer a admissão do cliente, o enfermeiro circulante atende às suas necessidades de comunicação, conforto e segurança. Ele

também é responsável por garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem ao cliente por meio dos sistemas de informação e comunicação, registrando todos os procedimentos realizados durante a experiência cirúrgica no bloco operatório, por isso, o enfermeiro circulante tem um papel essencial no cuidado ao cliente, promovendo todas as condições para que a experiência cirúrgica do cliente ocorra sem intercorrências.

Neste sentido, o enfermeiro circulante serve então de mediador da equipa devendo estar atento às suas necessidades, podendo antecipar os passos de toda a equipa, organizando, controlando e gerindo todos os procedimentos do ato cirúrgico para que este se desenvolva em condições de segurança (Cambotas et al., 2006).

O enfermeiro de anestesia domina o conhecimento das diferentes técnicas anestésicas, os agentes anestésicos e a interação farmacológica dos mesmos, além do domínio das técnicas e métodos de monitorização. Compete ao enfermeiro de anestesia, manter a observação e vigilância intensivas, capacidade de despistar sinais e sintomas de complicações que possam surgir e estar apto a atuar em situações de emergência/urgência (Silva, 2016).

O enfermeiro de anestesia para além de colaborar na técnica anestésica e na administração de fármacos, este pode e deve estar mais perto do cliente assumindo um lugar de maior proximidade física do cliente, assegurando assim, as suas necessidades hemodinâmicas durante todo procedimento cirúrgico (Cambotas et al., 2006).

No desenvolvimento do meu projeto individual a colaboração dos três enfermeiros da sala operatória foram fundamentais para a realização do mesmo, pois todos foram envolvidos no projeto, bem como toda a equipa cirúrgica.

Estratégias para a Prevenção de Complicações no Posicionamento na Cirurgia Bariátrica

Neste contexto, segundo a literatura, os enfermeiros perioperatórios devem ter conhecimentos sobre as diretrizes e implementar recomendações adequadas para o posicionamento do cliente durante o procedimento cirúrgico. A equipa perioperatória deve planear e discutir quais as intervenções que serão feitas para evitar complicações do posicionamento (por exemplo, acolchoamento extra, reposicionamento) durante o briefing pré-operatório. Estes documentos e diretrizes por exemplo da AORN, fornecem orientações com base em uma avaliação da força e da qualidade das evidências disponíveis para este assunto específico. As diretrizes aplicam-se a ambientes de internamento e ambatório e são adaptáveis a todas as áreas onde podem ser realizados procedimentos operatórios e outros procedimentos invasivos (AORN, 2021).

Com o desenvolvimento deste projeto, e com o suporte da literatura científica pude reunir algumas estratégias práticas para prevenir complicações no posicionamento na cirurgia bariátrica, tais como:

- Fazer avaliação de lesões e presença de dor prévias;
- Fazer o planeamento prévio do posicionamento com a equipa após avaliação das necessidades de cada cliente e suas especificidades anatómicas;
- Se presença de úlceras de pressão prévia, aplicar pensos de proteção no local ou produtos de cicatrização;
- Utilizar colchão de gel ao longo do corpo;
- Utilizar suportes de braço para apoiar braço abduzido e outro suporte em posição fechada para o braço aduzido;
- Utilizar protetores de braço para manter os braços do cliente ao lado do corpo;
- Estender os braços do cliente sobre placas de algodão almofadadas;
- Fixar um braço em flexão ao longo do tronco;
- Abduzir os membros inferiores o mínimo possível e fixar com ligaduras elásticas para diminuir risco de queda;
- Utilizar almofadas adicionais para evitar a pressão dos cotovelos e mãos;
- Utilizar uma almofada adicional na zona lombar (queixa de dor frequente no pós-operatório);
- Evitar a flexão do cotovelo superior a 90 graus durante mais de 4 horas;
- Utilizar protetores de braço para manter os braços do cliente ao lado do corpo;
- Diminuir a abertura dos membros ao mínimo possível;
- Aplicar em bloco a cunha em rampa.

Os membros da pessoa são zonas anatómicas que podem sofrer maiores lesões por uma posição com uma amplitude desadequada. Essas lesões podem trazer danos irreversíveis ao cliente, no que respeita à sua qualidade de vida, pelo que o enfermeiro e a equipa perioperatória, devem ter especial atenção, na sua proteção e conforto no posicionamento cirúrgico.

Neste sentido, a AORN recomenda que a equipa do perioperatório desempenhe os seguintes métodos para posicionar os membros superiores do cliente sem que ocorram lesões:

- Utilizar um lençol de tração para dobrar e fixar os braços do cliente ao lado do corpo;
- Utilizar protetores de braço para manter os braços do cliente ao lado do corpo;
- Estender os braços do cliente sobre placas almofadadas;
- Fixar os braços em flexão ao longo do tronco;

- Utilizar almofadas adicionais para evitar a pressão dos cotovelos e mãos;
- Evitar a flexão do cotovelo superior a 90 graus durante mais de 4 horas;
- Utilizar protetores de braço para manter os braços do cliente ao lado do corpo;
- Estender os braços do cliente sobre placas almofadadas;
- Fixar os braços em flexão ao longo do tronco;
- Utilizar almofadas adicionais para evitar a pressão dos cotovelos e mãos;
- Evitar a flexão do cotovelo superior a 90 graus durante mais de 4 horas.

De acordo com a literatura e a prática clínica em estágio de natureza profissional, para prevenir as complicações decorrentes do posicionamento na cirurgia bariátrica, é crucial adotar diversas estratégias. Inicialmente, deve ser realizada uma avaliação pré-operatória minuciosa, considerando os fatores de risco individuais e as características anatómicas do cliente. Durante o procedimento cirúrgico, é fundamental utilizar dispositivos de posicionamento adequados e almofadas de apoio para redistribuir a pressão e evitar o desenvolvimento de lesões por pressão.

Além disso, a posição do cliente deve ser verificada regularmente ao longo da cirurgia, com o objetivo de evitar a compressão de nervos e vasos sanguíneos que possam levar a complicações adicionais. A implementação das técnicas de um posicionamento seguro, com o adequado alinhamento das articulações e o uso de suportes para os membros, é essencial para garantir a estabilidade e o conforto do cliente durante o procedimento.

A comunicação eficaz entre os membros da equipa cirúrgica, torna-se fundamental para garantir a qualidade dos cuidados, ao cliente durante o posicionamento, minimizando assim, o risco de lesões e desconforto. Além disso, é importante monitorizar continuamente os sinais vitais do cliente durante o procedimento cirúrgico, com o objetivo de detetar precocemente quaisquer complicações que possam surgir.

Por fim, a educação do cliente sobre as técnicas de posicionamento adequadas durante o período de recuperação pós-operatória desempenha um papel crucial na prevenção de complicações e lesões musculoesqueléticas e na promoção de uma recuperação bem-sucedida. Estas estratégias combinadas são essenciais para garantir um posicionamento seguro e minimizar o risco de complicações durante a cirurgia bariátrica.

Fase Pós-Operatória da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA)

O período de recobro pós-anestésico é o tempo que se segue imediatamente após a intervenção cirúrgica ou procedimento invasivo sob anestesia geral, loco-regional ou sedação (Cambotas et al., 2006).

Este período de tempo que varia dependendo das necessidades de cada cliente, pode ser crítico na experiência cirúrgica do cliente, pois, existem riscos associados à administração de fármacos anestésicos e à realização de uma intervenção cirúrgica ou procedimento invasivo.

Após uma intervenção cirúrgica o organismo da pessoa esteve exposto a inúmeras agressões, desde os fármacos, corte e dissecação de tecidos e órgãos e uma exposição corporal que altera por completo a termorregulação do organismo. Por isso, faz todo o sentido, que nesta fase o cliente tenha cuidados especializados e focalizados em determinados aspetos relevantes, nesta fase de recobro imediato, para a prevenção de complicações pós-operatórias e anestésicas.

A dor, designada como o quinto sinal vital, é um aspeto muito relevante de atenção neste período, do pós-operatório e é onde é dedicada maior atenção dos profissionais na unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), não descurando outros aspetos fundamentais como o controlo da hemorragia e no geral o equilíbrio hemodinâmico do cliente no seu pós-operatório.

Durante o estágio profissional, tive a oportunidade de colaborar como enfermeira da UCPA (Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos), acompanhando os clientes após a cirurgia bariátrica. Refletindo sobre os cuidados pós-operatórios no recobro após esta cirurgia é crucial considerar uma série de aspetos para garantir a recuperação eficaz dos clientes submetidos a este tipo de intervenção cirúrgica.

Em primeiro lugar, pude perceber que neste tipo de clientes, é importante evitar a utilização de analgesia endovenosa controlada pelo cliente ou cateteres urinários, pois isto, pode incentivar a imobilização, pelo que é fundamental que o contrário aconteça, para prevenir complicações pós-operatórias, como o tromboembolismo. Além disso, a administração profilática de heparina de baixo peso molecular, juntamente com o uso de aparelhos mecânicos, é essencial para reduzir o risco de tromboembolismo venoso.

Outro aspeto crucial nos cuidados pós-operatórios na UCPA, neste tipo de clientes é a retoma precoce dos exercícios respiratórios profundos, em colaboração com um enfermeiro especialista de reabilitação, e o uso de CPAP (pressão positiva contínua nas vias aéreas) quando necessário para melhorar a função pulmonar e prevenir complicações respiratórias.

No que diz respeito, ao controle da glicemia, é importante normalizar os níveis glicémicos, uma vez que a necessidade de medicação pode diminuir significativamente nas primeiras 48 horas após a cirurgia bariátrica.

Quanto à analgesia, que foi um aspeto muito discutido com o meu tutor, neste tipo de clientes, deve haver uma abordagem multimodal, que evite o uso excessivo de opióides e antieméticos, pois isso ajuda, a reduzir os efeitos colaterais e acelera a recuperação. Além disso, é importante garantir que todos os fármacos sejam prescritos de forma que seja adequada, para este tipo de clientes submetidos a cirurgia bariátrica, como formas líquidas ou trituradas.

Pude também observar, que é muito frequente a prescrição de inibidores da bomba de prótons nas primeiras semanas após a cirurgia para prevenir complicações gastrointestinais. Além disso, é fundamental fornecer cuidados adequados ao penso para evitar infeções e garantir uma cicatrização adequada.

Segundo a literatura, e tal como pude constatar enquanto estive a desenvolver o meu projeto, o cliente após a realização de uma cirurgia bariátrica, independentemente da técnica cirúrgica, deve cumprir determinados critérios rigorosos de alta hospitalar, tais como: quando se apresenta apirético, sem taquicardia (frequência cardíaca <100 bpm), com pressão arterial normal (TA $<160/90$ mmHg) e um adequado controlo analgésico e glicémico, bem como a tolerância da alimentação oral.

Por fim, a preparação da alta, nestes clientes, juntamente com a educação e instruções por escrito sobre os cuidados pós-operatórios no domicílio e o seu acompanhamento a longo prazo, é essencial para garantir uma recuperação bem-sucedida e prevenir complicações. No BO, na UCPA, não tive contacto com esta realidade, uma vez que aqui, os clientes têm alta para o internamento. No entanto, pude contactar com esta realidade no estágio de natureza profissional na UCA.

No estágio de natureza profissional na UCA pude colaborar, na preparação para a alta dos clientes submetidos a cirurgia bariátrica, frequentemente, operados com a técnica de Sleeve Gástrico. Acompanhei a minha tutora e pude compreender as etapas da preparação da alta para o domicílio, após a cirurgia de Sleeve Gástrico. Este momento, foi essencial para perceber a importância da educação para a saúde e de se fornecer informações claras e relevantes que ajudem o cliente a entender e o que esperar durante o período pós-operatório, promovendo assim uma transição saudável e uma recuperação bem-sucedida. Uma análise crítico-reflexiva sobre esse processo envolve considerar vários aspetos. A preparação do cliente para a alta domiciliária, após uma intervenção cirúrgica, requer uma abordagem técnica e rigorosa. Isto, implica fornecer uma educação pós-operatória abrangente, abordando aspetos essenciais, os procedimentos cirúrgicos realizados, as possíveis complicações e os cuidados necessários a ter no domicílio. Além disso, são necessárias instruções precisas sobre a medicação prescrita, incluindo dosagem, horários de administração e efeitos colaterais esperados.

Os cuidados adequados com a ferida cirúrgica também são fundamentais, exigindo orientações sobre a técnica de limpeza, troca do penso e os possíveis sinais de infeção. As restrições e limitações pós-operatórias foram explicadas claramente, visando evitar complicações e otimizar a recuperação do cliente, como foi observado durante o estágio na UCA.

Especialmente, neste tipo de cirurgias, as orientações nutricionais específicas são essenciais, por isso foram abordados aspetos específicos sobre a mudança de comportamentos na dieta, hidratação adequada e ingestão de nutrientes essenciais. Além disso, o cliente deve ser ensinado a reconhecer os sinais de alerta que podem indicar complicações pós-operatórias e a

procurar assistência quando necessário.

Em suma, durante o estágio de natureza profissional na UCA, na preparação para a alta do cliente submetido a cirurgia bariátrica, foram transmitidas informações essenciais aos clientes para a sua preparação após a alta no domicílio, visando garantir a sua consciencialização sobre os cuidados necessários até à primeira consulta. O enfermeiro tutor enfatizou diversos aspetos durante a educação do cliente, tais como, a identificação de sinais de alerta que exigem contacto com a unidade de cirurgia de ambulatório ou a procura por assistência médica, administração de suplementos vitamínicos e nutricionais, ajuste da medicação habitual, seguimento de uma dieta específica nos primeiros três dias, recomendações práticas, cuidados com o penso e profilaxia tromboembólica. As alterações na dieta, foram bem explicadas e incluem um plano hipocalórico e a reintrodução gradual dos alimentos, começando com líquidos claros e avançando para sólidos após 30 dias de pós-operatório. O acompanhamento pós-operatório inclui consultas telefónicas nas primeiras 24 horas e consultas presenciais nos primeiros 30 dias após a cirurgia, garantindo a monitorização adequada e identificação precoce das complicações pós-operatórias.

Esta experiência durante o estágio na UCA, contribuiu significativamente para a minha aprendizagem, fornecendo-me uma compreensão mais pormenorizada dos cuidados pós-operatórios na cirurgia bariátrica. Através da prática direta como estudante e da orientação da minha tutora, pude consolidar e aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos, desenvolvendo habilidades práticas na educação e orientação dos clientes para os cuidados domiciliários, após a cirurgia bariátrica. Além disso, esta experiência proporcionou-me uma visão mais ampla do papel do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção de complicações pós-operatórias, destacando a importância da comunicação eficaz e do acompanhamento contínuo para garantir a recuperação eficaz da pessoa em situação perioperatória.

b) Competência do Domínio: "Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica":

A segurança do cliente é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável”.

Segundo o Plano Nacional de Segurança do Cliente 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 PNSD 2021-2026, pág. 102), devem ser desenvolvidas práticas seguras em ambientes seguros. O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, daí a reconhecida importância que estes representam para os resultados em saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança. Os recursos existentes, as dotações, a formação dos profissionais, a organização do trabalho, a existência de ferramentas e instrumentos de registo que facilitem a comunicação entre profissionais, são algumas das condicionantes dos ambientes seguros (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Os erros e eventos adversos ocorrem em todos os cenários de prestação de cuidados a pessoas, incluindo no bloco operatório (BO), que são considerados setores complexos e de alto risco. Os procedimentos envolvidos no BO, envolvem uma equipa multiprofissional que exercem práticas complexas, condições ambientais específicas, disponibilidade de recursos materiais e tecnológicos e empenho num ambiente seguro, no entanto, os incidentes podem ocorrer e trazer danos irreversíveis, além do sofrimento e stress que podem causar aos profissionais que prestam cuidados nesse contexto (Bohomol, 2019).

Paralelamente, a este elevado nível tecnológico, existe uma atividade profissional pluridisciplinar que envolve um enorme fluxo comunicacional, com múltiplas transferências de cuidados, procedimentos complexos, e um nível de dependência da pessoa que está sob efeito de uma anestesia. Todos estes fatores, podem ser condicionantes de um processo saudável de transição saúde-doença e constitui uma oportunidade para erros, nomeadamente: cliente errado, lado errado, procedimento errado, incidentes anestésicos, contagens incorretas, avarias de equipamentos, lesão por posicionamento cirúrgico, lesão provocada por dispositivos médicos, risco de queimadura, lesão da córnea, quebra da técnica assética, infeção do local cirúrgico, hemorragia, hipotermia, paragem cardio-respiratória e morte (OE, 2017).

Tendo em conta que, os cuidados de enfermagem perioperatórios têm riscos elevados associados à sua conduta, é de extrema importância que os profissionais desenvolvam as suas competências de elevada qualidade com consciência, permitindo maximizar a eficiência e qualidade das respostas que lhe são apresentadas diariamente em ambiente cirúrgico, muitas vezes impróprio, prevenindo eventos adversos e complicações cirúrgicas ao cliente.

Segurança da Pessoa em Situação Perioperatória

As áreas de intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação Perioperatória no âmbito da Segurança do cliente são: a promoção de um ambiente seguro para o cliente e profissionais; a gestão do risco, e a inerente implementação de medidas corretivas e preventivas; a análise epidemiológica de eventos adversos; os programas de vigilância epidemiológica (VE) de monitorização da capacidade, volume cirúrgico e resultados; a garantia de dotações seguras; a prevenção de danos decorrentes da administração de terapêutica; a prevenção de complicações associadas à mobilização e ao posicionamento cirúrgico; a prevenção da retenção inadvertida de itens no local cirúrgico; a gestão de tecidos e fluidos para análise, colheita, transplante e eliminação; a prevenção e controlo da infeção do local cirúrgico; e a gestão de dispositivos médicos, no âmbito da sua aquisição, disponibilidade, integridade, funcionalidade, utilização de acordo com as normas do fabricante, rastreabilidade; reprocessamento e eliminação (Regulamento no 429/2018, 2018).

As instituições de saúde têm desenvolvido muitas iniciativas dirigidas para os protocolos de cirurgia segura, de forma a garantir que os padrões estabelecidos sejam observados durante os procedimentos, que os eventos adversos apresentados na sala de cirurgia e na recuperação

pós-anestésica sejam registados de forma efetiva, que haja uma adequada atenção ao cliente, no intra-operatório e que a comunicação entre os profissionais seja efetiva.

O exemplo da iniciativa, do programa "Cirurgia Segura Salva-Vidas", para a segurança do cliente submetido a uma intervenção cirúrgica, foi estabelecida pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009). Esta iniciativa introduziu uma lista de verificação de segurança cirúrgica com o objetivo de reduzir as mortes relacionadas à cirurgia em todo o mundo. O programa visa promover o compromisso político e clínico para abordar questões críticas de segurança, incluindo práticas anestésicas seguras, prevenção de infeções cirúrgicas e comunicação eficaz entre os membros da equipa cirúrgica. Foi demonstrado que esses problemas são comuns, graves e evitáveis, em todos os países e instituições de saúde (OMS, 2009).

Esta lista de verificação cirúrgica, implementada desde 2008, tinha como meta não ser considerada exaustiva e apoiar as equipas cirúrgicas a reduzir o número desses eventos. A OMS, consultou cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, especialistas em segurança do cliente em todo o mundo e assim, identificaram dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica (OMS, 2009). Os objetivos da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica estão centrados em promover práticas seguras e melhorar a comunicação e colaboração da equipa multidisciplinar. Esta lista é uma ferramenta essencial, no perioperatório, destinada aos profissionais que procuram aprimorar a segurança durante os procedimentos cirúrgicos, com o objetivo de reduzir mortes e complicações evitáveis. Estudos já demonstraram que a sua utilização está associada a significativas reduções nas taxas de complicações e mortalidade em diversos hospitais, além de melhorias na adesão aos padrões de qualidade dos cuidados à pessoa em situação perioperatória.

Durante o meu estágio de natureza profissional no Bloco Operatório (BO) e na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), percebi que havia uma cultura de cooperação em relação à utilização da lista de verificação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Em todas as cirurgias em que estive presente, os profissionais envolvidos demonstraram disponibilidade para realizar o "sign in", "time out" e "sign out", seguindo os passos do documento referido. Isto incluiu, validar informações importantes e adicionar aspetos relevantes sobre a condição clínica do cliente, os quais poderiam impactar na qualidade dos cuidados prestados e na sua segurança durante o período perioperatório.

Esta prática, reflete um compromisso, por parte da equipa, com a segurança do cliente e uma consciência cirúrgica coletiva, sobre a importância de seguir procedimentos padronizados para garantir a qualidade dos cuidados e prevenir incidentes durante o processo cirúrgico. A cooperação e a disposição para realizar a lista de verificação, indicam um ambiente de trabalho colaborativo e uma preocupação com o bem-estar do cliente. Além disso, esta disponibilidade entre a equipa cirúrgica, para validar e adicionar informações relevantes, demonstra uma

abordagem proativa para identificar potenciais riscos e tomar medidas preventivas.

No entanto, é importante reconhecer que a realização da lista de verificação, por si só, não garante a prevenção de todos os incidentes durante uma intervenção cirúrgica. É fundamental, que os profissionais estejam verdadeiramente comprometidos com a correta utilização da lista de verificação cirúrgica e compreendam a importância de cada etapa do processo. Além disso, a cultura de segurança deve ser cultivada continuamente, incentivando a comunicação aberta, a colaboração entre a equipa cirúrgica e a procura constante pela melhoria dos processos, em contexto do perioperatório.

A literatura demonstra, que o ambiente cirúrgico é um cenário com inúmeros conflitos e comportamentos inadequados entre a equipa, os quais podem comprometer a prestação de cuidados de qualidade e com segurança. Neste sentido, conhecer a cultura de segurança do cliente neste contexto é um aspeto fundamental no que respeita a efetivar melhorias. A cultura de segurança representa o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção ao cliente (Bohomol, 2019).

A pessoa em situação perioperatória está envolta num processo vulnerável, que pode ser expressa como a impossibilidade de a pessoa responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a que está sujeita. A vulnerabilidade traduz a exposição aos riscos, a desproteção e impossibilidade de defesa que requer que seja assegurada por outra pessoa, em sua substituição. A consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável (OE, 2018).

O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde no perioperatório podem condicionar a segurança e a efetividade dos resultados em saúde, o enfermeiro especialista na área à pessoa em situação perioperatória, reúne um conjunto de competências específicas relevantes na promoção dos cuidados ao cliente na sua experiência cirúrgica. É de salientar, a sua competência na comunicação terapêutica, baseada em conhecimento científico, a sua capacidade de tomada de decisão em momentos adversos e o respeito pela igualdade, confidencialidade, privacidade e por todos os valores que constituem a dignidade humana.

A comunicação eficaz na relação interpessoal entre o enfermeiro e cliente e a equipa cirúrgica é o pilar basilar de uma relação profissional, que promove a segurança cirúrgica e deve basear-se num conjunto de técnicas específicas, para gerar resultados positivos na saúde das pessoas, pressupõe uma intencionalidade consciente com o principal objetivo de colher dados, ensino-

aprendizagem e a expressão de emoções, bem como as necessidades da equipa.

Assim sendo, a comunicação terapêutica é a componente básica dos cuidados de saúde, da educação em saúde, da mudança comportamental, da organização e gestão em saúde e, das políticas de saúde, sendo um bom indicador da qualidade dos cuidados de saúde (Thomas 2006; Ramos, 2012).

A implementação de boas práticas de posicionamento cirúrgico, conforme foi abordado ao longo deste relatório, também, constitui uma parte essencial dos cuidados ao cliente, para garantir a sua segurança e da equipa cirúrgica. Assim como, a realização da lista de verificação da OMS, o posicionamento adequado do cliente é uma medida de segurança crucial, durante o procedimento cirúrgico.

As diretrizes atualizadas pela AORN fornecem aos enfermeiros perioperatórios conhecimentos baseados em evidências científicas para garantir práticas de posicionamento seguras. Essas diretrizes abordam os cuidados de enfermagem de qualidade, no posicionamento cirúrgico que fui referindo ao longo deste documento e destacam a importância de prevenir complicações decorrentes do posicionamento com medidas adequadas. Ao identificar potenciais perigos associados ao posicionamento, como por exemplo, dispositivos inadequados ou mau funcionamento e outros, a equipa cirúrgica pode implementar práticas seguras que servem como estratégia para garantir a prevenção de complicações e eventos adversos no posicionamento cirúrgico.

Neste sentido, o posicionamento cirúrgico do cliente submetido a um procedimento invasivo no bloco operatório é uma atitude terapêutica perioperatória importante e a AORN atualizou recentemente (2023) diretrizes que fornecem aos enfermeiros perioperatórios conhecimentos baseados em evidencia científica para as boas práticas do posicionamento perioperatório do cliente na mesa operatória com o principal objetivo de promover a segurança do cliente e da equipa cirúrgica (Speth, 2023).

A diretriz inclui recomendações para o posicionamento cirúrgico do cliente em diversas posições para evitar lesões decorrentes do posicionamento. O artigo científico publicado pela AORN evidencia recomendações importantes para avaliar o risco de lesão dos clientes e implementar práticas de posicionamento seguras. Estas práticas incluem manter o alinhamento fisiológico, evitar a flexão ou extensão excessiva dos membros e aplicar dispositivos de proteção de forma a garantir a segurança do cliente (AORN, 2023).

Assim, tanto a realização da lista de verificação cirúrgica da OMS, quanto a implementação das boas práticas de posicionamento cirúrgico, refletem um compromisso compartilhado com a segurança do cliente e uma abordagem baseada em evidências para garantir cuidados de qualidade durante o processo cirúrgico, em contexto perioperatório. A cooperação e a adesão a essas práticas estabelecem um ambiente propício para a prevenção de complicações e a

promoção do bem-estar e conforto da pessoa em situação perioperatória.

Gestão de Risco no Perioperatório

O enfermeiro perioperatório tem uma enorme responsabilidade no que respeita à gestão do risco no perioperatório e é uma competência do enfermeiro especialista ser o elo de ligação na gestão do risco do serviço e da equipa de risco da instituição. Portanto, torna-se imperativo que todas as instituições definam uma política de gestão de risco de forma a garantir maior segurança no ambiente de quem presta cuidados e à pessoa que lhe são prestados cuidados, neste caso à pessoa em situação perioperatória.

Neste sentido, devem adotar-se um conjunto de medidas dentro da equipa que limitem os riscos, como por exemplo, sistemas de alerta e a sua conduta, de forma a minimizar o risco, com o principal objetivo de controlar e limitar consequências de situações ou possíveis ocorrências e prever possíveis complicações (Martins et al., 2006).

Os programas de gestão de risco têm objetivos comuns que visam garantir a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde. Estes objetivos incluem a identificação dos eventos que podem representar riscos para os clientes, a determinação da frequência desses eventos, a identificação de medidas corretivas e preventivas, a avaliação dos custos associados à prevenção desses eventos e à sua ocorrência, a utilização de ferramentas para avaliar a cultura de segurança e a disponibilização de informações atualizadas sobre os elementos fundamentais na gestão do risco. Estes programas são essenciais para promover uma abordagem proativa na identificação e mitigação de potenciais riscos para os clientes durante a prestação de cuidados de saúde (AESOP, 2006).

O processo de gestão de risco constitui uma abordagem sistemática na identificação, prevenção e redução do risco, compreendendo três componentes essenciais que pude identificar enquanto estudante, no período que estive em estágio com o meu tutor na Gestão do Risco:

- 1- Identificação do Risco - caracteriza-se pela identificação de algo nocivo que pode gerar um risco e engloba três fases: análise, tratamento e a avaliação do risco.
- 2- Prevenção do Risco - este componente é baseado num conjunto de medidas que as instituições estabelecem para prevenir o risco. Estas medidas baseiam-se de um modo geral na formação em serviço, monitorização e auditorias.
- 3- Redução do Risco - é limitar e controlar os procedimentos que podem induzir a um risco. Estes procedimentos podem ser controlados com a notificação de eventos anteriores e correção dos procedimentos que geraram risco. Os enfermeiros têm um papel fundamental na redução do risco, no sentido, que estão mais perto do cliente, e se este tem dados de que o cliente não está satisfeito ou esteve sujeito a determinado risco, deve ter a iniciativa de reportar a situação para que se possa resolver e até prevenir um novo acontecimento.

A atuação do enfermeiro especialista é fundamental para garantir cuidados seguros em ambientes seguros. No quotidiano, isso significa reduzir os riscos ambientais e clínicos através da promoção, padronização, monitorização e o uso de ferramentas que asseguram práticas seguras. Por exemplo, ao realizar uma lista de verificação durante a admissão, é importante garantir que o cliente tenha uma pulseira de identificação corretamente colocada, confirmada com o próprio cliente. Durante um procedimento cirúrgico, é crucial verificar se a cirurgia está correta e se a localização cirúrgica está marcada de acordo com o planeado. Também, é importante informar a equipa sobre a presença de dispositivos médicos implantados, como um pacemaker, pois a utilização de bisturis eléctricos em conjunto com esses dispositivos pode resultar em lesões graves, como queimaduras, choques eléctricos, hemorragias e interferência eletromagnética (Benias & Carr-Locke, 2018).

A prevenção dos erros relacionados com a administração da medicação é fundamental para garantir um ambiente seguro em contexto de perioperatório. Existem diversas ações que podem ser tomadas para reduzir a ocorrência e os impactos desses eventos. Como enfermeira do perioperatório, estou constantemente em contato com fármacos, muitos dos quais apresentam alto risco de danos ao cliente se não forem utilizados corretamente. No estágio de natureza profissional, pude estar mais em contato com os fármacos de anestesia, enquanto acompanhei o meu tutor, como enfermeiro de anestesia, pois como profissional não desempenho esta função. Por isso, estar mais em contato com estes fármacos permitiu-me ter um maior conhecimento e perceção dos riscos que podem ocorrer com o seu manuseamento, percebendo a importância de estar atenta à identificação e sinalização dos fármacos de alto risco, bem como as precauções para evitar confusões entre fármacos de aparência semelhante.

Durante o meu estágio profissional, tive a oportunidade de colaborar com o elo de ligação do Risco do Bloco Operatório, e aprender a responder às notificações de riscos perioperatórios que foram feitos na plataforma digital NOTIFIC@, na instituição para o efeito, por profissionais que notificaram situações que podem gerar riscos para os clientes ou profissionais.

A notificação de incidentes e eventos adversos é uma forma de reduzirmos o risco, neste contexto, a OMS e a Comissão Europeia recomendam aos Estados Membros o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança independentes dos sistemas de reclamações e disciplinares, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria (DGS, 2020).

Acontecimentos indesejados durante a prestação de cuidados são uma realidade e podem afetar tanto os clientes e famílias, quanto os profissionais de saúde. Em países desenvolvidos, estima-se que um em cada dez clientes experiencie um evento adverso enquanto recebe cuidados hospitalares. Nos países de baixo e médio desenvolvimento, essa estimativa sobe para cerca de 134 milhões de eventos adversos devido a cuidados inseguros, resultando em aproximadamente 2,6 milhões de mortes por ano (WHO, 2021).

O BO é um local onde, pelos seus fatores ambientais e pelo uso sistemático de tecnologia e equipamentos, existem riscos potenciais elevados a que estão expostos profissionais e a pessoa que vai ser submetida a uma cirurgia, por isso, uma cultura de segurança é essencial num ambiente de alta tecnologia. Uma política proativa de gestão de risco é imperativa na proteção, controlo, minimização e prevenção do risco perioperatório (Martins et al., 2006).

Apesar, do ambiente cirúrgico ser um ambiente rodeado de possíveis riscos, este pode ser minimizado, se os profissionais que lá trabalham, são profissionais competentes, bem formados e treinados para as suas funções.

Os riscos no BO, são múltiplos e podem ser de natureza física, química, biológica ou ambiental. No entanto, todos estes riscos podem desencadear acidentes se não forem tomadas medidas de segurança, prevenção e controlo de novos incidentes, podendo haver repercussões muito graves na vida dos profissionais e do cliente.

Neste sentido, é importante que todos os BO tenham manuais de protocolos de procedimentos e no caso do BO onde desenvolvi o meu estágio profissional, existe um manual de procedimentos através do qual o Enfermeiro responsável pela gestão do risco no serviço, se baseia para responder às notificações que realizei junto do meu tutor no estágio profissional.

A segurança deve ser uma responsabilidade partilhada entre a equipa multidisciplinar e a instituição, pois é da responsabilidade da instituição promover um ambiente seguro, no entanto, é da responsabilidade de cada um conhecer os riscos a que está exposto e respeitar as normas de segurança, nomeadamente a utilização de equipamento individual de segurança, de forma a contribuir para a prevenção de incidentes.

Os riscos no BO, são múltiplos, destacam-se aqui alguns que pude identificar em contexto de estágio, tais como:

- Risco no Controlo Ambiental

Os blocos operatórios são zonas protegidas onde através da cooperação da equipa, se tenta evitar a proliferação da flora microbiana multirresistente, assegurando o cumprimento dos princípios de assepsia e do controlo da contaminação, que deve ter como base as evidências científicas. Assim sendo, todas as práticas desenvolvidas no BO, têm como principal objetivo o controlo da infeção do local cirúrgico.

As infeções do local cirúrgico (ILC) estão entre as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), mais prevalentes nos internamentos hospitalares prolongados e em procedimentos cirúrgicos, podendo exigir cuidados intensivos e outros cuidados adicionais e como resultado um aumento da morbilidade e mortalidade do cliente, associando-se este fato a custos elevadíssimos adicionais para as instituições de saúde.

O controlo da infeção está relacionado com a assepsia e com todos os procedimentos em

ambiente cirúrgico, comportamentos dos profissionais e tratamento de dispositivos, devendo haver a adequação de boas práticas de modo a limitar ao máximo a infeção associada ao procedimento cirúrgico.

Os fatores que influenciam a ILC são fatores endógenos e exógenos ao cliente. Os endógenos dizem respeito ao hospedeiro e às condições físicas e clínicas do cliente, enquanto os fatores exógenos, são fatores relacionados com o tipo de cirurgia e técnica cirúrgica (Martins et al., 2006).

Neste sentido, é imperativo que o enfermeiro perioperatório, cultive um ambiente de respeito pelos princípios da técnica asséptica cirúrgica, pois este, pode interferir nos fatores exógenos que influenciam a ILC e prevenir o máximo de complicações. As intervenções de enfermagem não possibilitam a eliminação de todos estes fatores, no entanto, a sua atuação pode controlar muitos aspetos ambientais e reduzir o número de microrganismos presentes durante um procedimento cirúrgico (Martins et al., 2006).

Ao longo do meu estágio de natureza profissional, no BO e UCA, pude observar um verdadeiro sentido de responsabilidade individual e coletiva de toda a equipa, no respeito pelos princípios da assepsia cirúrgica nos procedimentos de desinfeção cirúrgica das mãos, colocação da bata e luvas estéreis e colocação dos campos operatórios, bem como, a movimentação restrita de elementos dentro da sala, entre outros procedimentos relevantes, que servem de barreira à contaminação do campo cirúrgico e da ferida cirúrgica. A equipa cooperou na monitorização contínua da técnica asséptica durante a cirurgia e no caso da sua quebra, todos contribuíram de uma forma construtiva na implementação de medidas corretivas.

A limpeza, desinfeção e a esterilização dos materiais no BO e UCA, são maioritariamente realizados em local próprio, que é a esterilização. No entanto, ainda há material como as óticas e material perfurado que ainda é lavado à mão no BO e UCA na zona dos sujos. Esta medida não é a ideal, para o controle da qualidade e segurança do ambiente cirúrgico e prevenção e diminuição das IACS, sendo um aspeto que poderá ser melhorado. Como futura enfermeira especialista, este aspeto poderá ser desenvolvido e trabalhado como uma proposta de melhoria contínua no serviço. Este é um assunto que me suscita alguma preocupação, o qual pretendo desenvolver e trabalhar, para que seja uma prioridade implementar.

No BO e UCA, há uma cultura de formação muito rigorosa pelos técnicos auxiliares de saúde e pessoal da limpeza, existem procedimentos e instruções de trabalho, materiais e equipamentos de limpeza específicos, métodos de limpeza por áreas, e a supervisão por parte dos enfermeiros do serviço relativamente à limpeza diária de cada área.

Outros aspetos, que exigem a intervenção do enfermeiro perioperatório, relacionado com o controlo ambiental é o controlo da temperatura e humidade que era feita no início do turno da manhã pelos enfermeiros do recobro, o controlo do ar e o controlo da circulação, baseada no

princípio de assepsia progressiva, separando as áreas restritas, das limpas, das semi-restritas e das áreas sujas.

O enfermeiro especialista perioperatório deve ser aquele que supervisiona a adesão da equipa cirúrgica aos princípios da assepsia cirúrgica e das normas e procedimentos inerentes ao controlo ambiental com a finalidade de manter a pessoa em situação perioperatória o mais protegida possível da infeção pós-operatória (Martins et al., 2006).

O princípio da assepsia progressiva passa pela definição de áreas – restrita (sala de operações), semirestritas (áreas de circulação interna, gabinetes e salas de armazenamento de materiais), livres (transfere de clientes, materiais) (AESOP, 2012).

No local de estágio, o BO e UCA têm bem definidas estas áreas e os circuitos eram cumpridos, com circulação de pessoas e materiais das zonas menos limpas para as mais limpas e circulação do ar das zonas mais limpas para as menos limpas.

- Risco de Incêndio Choque Eléctrico e Risco de Queimadura

No BO o risco de incendio e choque eléctricos está aumentado pela quantidade de equipamentos e dispositivos eléctricos que estão ao dispor na sala operatória. O uso recorrente de extensões também, acresce ao risco de choque pela sua exposição aos derrames de líquidos como os desinfetantes utilizados na sala operatória, por isso, o seu uso deve ser limitado e com vigilância apertada (Martins et al., 2006). As soluções utilizadas na preparação da pele são soluções inflamáveis e estas funcionam como comburente se forem atingidas por uma condução ativa de um eléctrodo da electrocirurgia.

Os cirurgiões utilizam diariamente em quase todas as cirurgias dispositivos electrocirúrgicos para cortar e coagular tecido durante os procedimentos cirúrgicos. No entanto, os perigos associados à electrocirurgia (por exemplo, queimaduras, choque eléctrico, incêndio) podem colocar os clientes e os profissionais em risco. Os enfermeiros perioperatórios devem padronizar os processos, avaliar pré-operatoriamente os riscos de lesões electrocirúrgicas, e participar em atividades educativas sobre a segurança electrocirúrgica para ajudar a prevenir a ocorrência de lesões (AORN, 2021).

O correto manuseamento da consola e do dispositivo, bem como, a escolha correta do local para colocar a placa dispersiva, que deve ser uma zona anatómica com músculo, seca e sem pelos é fundamental para a prevenção de complicações associadas ao uso deste dispositivo (AORN, 2021).

Na avaliação de risco da segurança e instalações e equipamentos deve existir um plano de manutenção dos equipamentos, que deve ser cumprido e haver registos da sua manutenção. No estágio, pude verificar que existe este plano havendo formação periódica aos profissionais sobre a utilização dos novos equipamentos e reforçar a informação sobre equipamentos já existentes.

No BO e UCA da instituição onde decorreu o meu estágio de natureza profissional todos os equipamentos eléctricos têm uma inspeção periódica de acordo com as instruções do fabricante, qualquer anomalia é chamado o técnico de reparação de instalações e equipamentos da instituição que dá apoio a qualquer intercorrência com os equipamentos e dispositivos médicos.

No serviço do BO e UCA, existe um sistema de alarme que deteta anomalias ou incêndio e há um plano de segurança contra incêndios específico para o BO e UCA e um plano de emergência de cada serviço que normalmente, é demonstrado em formação de serviço.

A verificação dos desfibrilhadores no BO e UCA é efetuada diariamente e registada pelo enfermeiro da UCPA no início do turno da manhã e quando são detetadas anomalias, estas são imediatamente reportadas ao enfermeiro responsável para a sua reparação ou substituição. Os equipamentos eléctricos como as consolas de electrocirurgia, monitores, computadores e sistemas de aspiração, são testados diariamente no início de cada turno em cada sala operatória.

- Risco Biológico/Químico

A questão do risco biológico no Bloco Operatório é um assunto de grande importância a ser considerado no contexto perioperatório, já que os profissionais lidam diariamente com fluidos corporais, como sangue, urina, fezes e outros, que representam um risco de contaminação biológica significativa. Para reduzir este risco, é crucial que sejam sempre seguidas as precauções básicas de segurança em todos os procedimentos e que se assuma que todos os clientes possam estar potencialmente contaminados (Martins, 2006).

No Bloco Operatório, estamos frequentemente expostos ao risco químico, pois lidamos diariamente com uma variedade de produtos químicos em solução líquida que podem ser facilmente derramados na pele e nos olhos. Isso inclui, substâncias como o formol, usado para conservar as peças anatómicas destinadas à análise de produtos de anatomia patológica, detergentes, gases anestésicos e outros produtos altamente tóxicos. A manipulação e preparação desses produtos exigem cuidados por parte dos profissionais, com especial atenção às recomendações e especificidades dos fabricantes.

É essencial utilizar o equipamento de proteção individual apropriado, dependendo do tipo de produto químico envolvido. Além disso, o local onde estes produtos são manipulados deve ser ventilado, e a qualidade do ar deve ser monitorizada periodicamente. Em ambos os serviços, existe uma sala pequena à parte, para a manipulação do formol e das peças anatómicas com o equipamento de proteção individual necessário e disponível para a manipulação e acondicionamento das peças anatómicas nos recipientes próprios para o efeito.

- Risco Radiológico

Diariamente são utilizadas radiações ionizantes no BO, como exemplo, é o aparelho de Rx que é muito utilizado em diferentes especialidades cirúrgicas como a ortopedia, urologia, cirurgia geral, etc. Este tipo de radiação constitui um risco para a saúde dos profissionais e do cliente, podendo causar danos celulares por romperem as cadeias químicas das células. Durante a utilização do Rx, todos devem utilizar equipamento de proteção individual, como os aventais ou coletes de chumbo, para proteção do tronco e abdómen, bem como, os colares cervicais para a proteção da tiroide. Existem os dispositivos que servem para a monitorização da quantidade de radiação a que o profissional está exposto (dosímetros). Este dispositivo está disponível para os profissionais que estão expostos a radiação no BO e na UCA, identificados com o nome e o número mecanográfico e monitorizados trimestralmente pela saúde ocupacional para serem identificados aqueles que estão expostos a radiação acima do que é recomendado como seguro. Existe à disposição, no BO e UCA aventais, coletes e colares de chumbo para a proteção dos profissionais que estão expostos a radiação, embora quando há muitas salas operatórias em simultâneo a utilizar Rx, verifica-se alguma escassez deste equipamento.

Existem outros riscos importantes no BO, como riscos de natureza ergonómica, risco relacionado com o trabalho por turnos como os distúrbios do sono e alimentares que não são referidos aqui, no entanto não deixam de ser importantes de referir e tratar.

Ainda no contexto do BO, o risco de retenção de itens cirúrgicos no cliente submetido a cirurgia é um tema de grande debate, tornando-se um foco central na segurança do cliente submetido a uma intervenção cirúrgica.

A prevenção da retenção inadvertida de itens no local cirúrgico é uma preocupação fundamental na prática diária no perioperatório e as medidas visam garantir a segurança do cliente e evitar potenciais complicações pós-operatórias. Esta é uma área em que a vigilância e a adesão restrita a protocolos e diretrizes são essenciais para mitigar os riscos associados (Treviso et al., 2022).

Uma análise crítica e reflexiva sobre esta problemática, revela a necessidade de uma abordagem multifacetada que englobam várias medidas preventivas. Embora os protocolos de contagem dos itens cirúrgicos sejam amplamente utilizados e considerados uma prática padrão, existem limitações inerentes a este método, como a dependência da precisão humana e a possibilidade de erros de contagem. Este facto, pude observar em local de estágio, pois, na instituição não existe protocolo de contagem dos itens cirúrgicos e cada enfermeiro realiza a contagem de forma diferente. Pude dialogar com o grupo de trabalho que está a desenvolver um protocolo sobre a contagem de itens cirúrgicos e partilhar a minha visão e experiência que tive no estrangeiro, onde estes protocolos estão mais desenvolvidos e dinamizados entre as equipas.

Neste sentido, a prevenção da retenção de itens cirúrgicos também requer uma cultura de segurança cirúrgica dentro da equipa, que promova a comunicação eficaz, a cooperação e a

vigilância contínua. Isto inclui, o estabelecimento de um ambiente onde os membros da equipa se sintam incentivados a verbalizar as suas preocupações e potenciais erros sem medo de represálias, facilitando assim a identificação precoce dos problemas (Treviso et al., 2022).

Por outro lado, a introdução de tecnologias de rastreio de itens cirúrgicos, como etiquetas de radiofrequência e instrumentos cirúrgicos marcados, também pode complementar as medidas tradicionais de prevenção. No entanto, é importante reconhecer que essas tecnologias podem não ser totalmente infalíveis e devem ser usadas como parte de um sistema abrangente de segurança (Treviso et al., 2022).

Em suma, a prevenção da retenção inadvertida de itens no local cirúrgico requer um esforço contínuo e colaborativo por parte de toda a equipa cirúrgica, juntamente com a adoção de medidas e implementação das melhores práticas baseadas na evidência. A análise crítica contínua, dessas práticas e a disponibilidade da equipa de adaptar e melhorar os protocolos conforme necessário nas instituições, são essenciais para garantir a segurança e o bem-estar dos clientes durante o processo cirúrgico.

A manutenção da segurança e a qualidade dos cuidados no perioperatório é uma preocupação de grande amplitude para a enfermagem perioperatória, sendo que é de responsabilidade do enfermeiro compreender a complexidade do ambiente em que trabalha e o papel que as boas práticas de segurança desempenham na manutenção de um ambiente seguro para a pessoa em situação perioperatória.

A segurança e qualidade dos cuidados perioperatórios são aspetos essenciais para garantir resultados positivos para os clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. É fundamental, que toda a equipa perioperatória, incluindo enfermeiros, cirurgiões, anestesiistas e outros profissionais de saúde, estejam comprometidos em seguir as melhores práticas para garantir a segurança do cliente durante todo o processo cirúrgico, desde a admissão até a alta. A implementação de protocolos de segurança, como listas de verificação cirúrgica e práticas de higienização das mãos, bem como a comunicação eficaz entre os membros da equipa, desempenham um papel crucial na prevenção de eventos adversos e complicações. Além disso, a educação do cliente sobre cuidados pré e pós-operatórios é fundamental para promover a recuperação bem-sucedida e reduzir o risco de complicações. Em resumo, a ênfase na segurança e qualidade dos cuidados perioperatórios é essencial para garantir uma experiência cirúrgica segura e satisfatória para a pessoa em situação perioperatória.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Com a realização deste relatório, pretendeu-se, espelhar através da análise crítico-reflexiva o percurso e desenvolvimento do projeto de competências individuais em contexto clínico de estágio de natureza profissional e descrever as atividades realizadas ao longo do mesmo.

Neste contexto, é relevante salientar os cinco pilares do exercício profissional especializado que constituem um padrão de qualidade dos cuidados no perioperatório (o reconhecimento do outro e a sua capacitação, a vulnerabilidade, a responsabilidade do cuidado, a prudência e a gestão do risco, e a consciência cirúrgica) como garantia de uma prática consciente para o compromisso da profissão. Pretendeu-se assim, demonstrar o domínio de competências específicas essenciais ao enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, de forma a refletirmos sobre a prática baseada na evidência em contexto clínico no perioperatório.

Neste relatório, destacaram-se os cuidados de enfermagem especializados na prevenção de complicações relacionadas com o posicionamento durante as cirurgias bariátricas. Estes cuidados são fundamentais, porque ajudam a identificar antecipadamente os riscos no período perioperatório, podendo afetar a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Tais complicações podem resultar em danos permanentes, prolongamento do tempo de internamento e maior morbilidade para o cliente.

A aquisição de informação e conhecimentos relevantes na fase pré-operatória, na consulta de enfermagem e na fase pós-operatória, na preparação da alta para o domicílio, por parte do cliente, são aspetos relevantes a ter em consideração como exercício autónomo do enfermeiro e que se deu ênfase neste relatório. Aspetos que contribuem para uma boa experiência cirúrgica, sendo que a satisfação do cliente vai depender desta competência do enfermeiro, em fornecer ao cliente, a informação necessária para a autogestão da ansiedade, autocuidado e prevenção de complicações no pós-operatório. Neste sentido, o que se pretende é que a experiência cirúrgica do cliente seja o mais positiva possível, sem efeitos secundários e sem complicações.

O período de estágio na UCA, permitiu-me estar mais envolvida no processo de transição saúde-doença do cliente pois, pude contactar com o cliente em todas as fases do perioperatório e também, após a alta na consulta pós-operatória, por isso, este contexto contribuiu para um processo mais facilitador na transição do cliente.

A cirurgia em regime de ambulatório tem características muito específicas que a diferenciam de uma cirurgia programada e por isso, o estágio nos diferentes serviços (BO e UCA) contribuíram para consolidar os meus conhecimentos na prática clínica nos dois regimes de cirurgia e

perceber as suas especificidades, bem como, as suas diferenças.

Neste sentido, pude integrar e conhecer os conceitos inerentes ao regime de cirurgia programada e ao regime de cirurgia de ambulatório na prestação de cuidados ao cliente submetido a cirurgia bariátrica, o que contribuiu de forma positiva para a consolidação da minha identidade profissional, enquanto futura enfermeira mestre e especialista na área do perioperatório.

No contexto perioperatório, a garantia da qualidade dos cuidados e a segurança dos clientes são o foco principal dos enfermeiros perioperatórios, pelo que a prevenção das complicações de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico constitui um princípio fundamental na segurança dos cuidados de enfermagem ao cliente submetido a cirurgia bariátrica, pela exigência das especificidades de um cliente com obesidade.

É fundamental, que o enfermeiro em contexto perioperatório, tenha conhecimentos sobre as precauções para o controlo da infeção, baseado na evidência científica, e as pratique em ambiente cirúrgico. A prevenção da ILC, é uma preocupação de toda a equipa cirúrgica e por isso, foi um tema abordado e desenvolvido no estágio e neste relatório.

As atividades propostas no projeto individual, foram concretizadas, foram desenvolvidos e implementados procedimentos para a prevenção de complicações decorrentes do posicionamento na cirurgia bariátrica em contexto clínico, o que permitiu adquirir novos conhecimentos e estratégias na tomada de decisão autónoma nos cuidados de enfermagem na área da prevenção de complicações no domínio da qualidade e segurança dos cuidados perioperatórios.

A disponibilidade de evidência científica neste âmbito da prevenção de complicações decorrentes do posicionamento na cirurgia bariátrica, é um pouco limitada pelo que se recorreu á recolha de dados relevantes, durante o estágio de natureza profissional, que contribuíram para uma melhor avaliação das necessidades do cliente e reflexão sobre as estratégias que possam prevenir complicações decorrentes do posicionamento na cirurgia bariátrica.

Relativamente à revisão de literatura efetuada sobre a temática, verificou-se que é importante garantir a escolha correta e o uso adequado de superfícies de suporte e proteção dos membros, tronco e cabeça, podendo ser uma medida preventiva relevante na redução do risco de complicações pós-cirúrgicas, no posicionamento da cirurgia bariátrica. Destaca-se ainda a necessidade de uma atenção especial dos enfermeiros perioperatórios para estes aspetos ligados ao material de posicionamento e avaliação da necessidade de material de suporte e proteção adicional no posicionamento, adequado a cada cliente consoante as diferentes especificidades anatómicas e produtos e soluções utilizadas, como medida preventiva de lesões e complicações antes e após o posicionamento.

Assim sendo, o estágio de natureza profissional, também, contribuiu para a realização deste

documento. A experiência adquirida durante este trajeto, serviu como suporte e complemento à pesquisa bibliográfica realizada para a construção deste relatório.

Conclui-se, que um posicionamento adequado, utilizando os materiais corretos e adotando a posição apropriada, pode ter um impacto significativo na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados especializados prestados pelos enfermeiros perioperatórios aos clientes submetidos a cirurgia bariátrica. Isto, contribui para a redução de complicações e uma recuperação mais rápida e eficaz após o procedimento cirúrgico na assistência à pessoa em situação perioperatória.

7. BIBLIOGRAFIA

American Society of Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO)- 2022 Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 33(1), 3-14. <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06332-1> ;

Andric, J. T., Méa, C. P. Della, Ferreira, V. R. T., Vesco, J. A. D., & Vesco, A. I. A. D. (2019). Anxiety symptoms in pre-surgery bariatric patients: a comparative study. *Contextos Clínicos*, 12(3), 779-795. <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.123.04> ;

AORN Fire Safety Tool Kit. AORN. https://www.aorn.org/guide_lines/clinical_resources/tool_kits/fire_safety_tool_kit [member access only]. Accessed March 16, 2021;

APCA. (2014). Recomendações para anestesia regional em cirurgia ambulatoria. Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatoria, <http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional.pdf>;

Arakelian, E., Swenne, C. L., Lindberg, S., Rudolfsson, G., & von Vogelsang, A. C. (2017). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(17-18), 2527-2544. <https://doi.org/10.1111/jocn.13639>;

Akpinar, E. O., Marang- van de Mheen, P. J., Nienhuijs, S. W., Greve, J. W. M., & Liem, R. S. L. (2021). National Bariatric Surgery Registries: an International Comparison. *Obesity Surgery*, 31(7), 3031-3039. <https://doi.org/10.1007/s11695-021-05359-0>;

Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas. (2010). Práticas recomendadas para bloco operatório (2nd ed.);

Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas. (2006). Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática de Cuidados. Lusodidacta;

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2015). Proposta de revisão da norma "Dotações seguras dos cuidados de enfermagem, 2014." 1-4. <https://www.aesop-enfermeiros.org/tomadasposicao>;

Benias, P. C., & Carr-Locke, D. L. (2018). Principles of Electrosurgery. ERCP, Third Edition, 86-92.e1. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-48109-0.00011-0>;

Bezerra, M. B. G., Galvão, M. C. B., Vieira, J. C. M., Lopes, M. G. dos S., Almeida e Cavalcanti, A. T. de, & Gomes, E. T. (2019). Fatores associados a lesões de pele decorrentes do período

intraoperatório. Revista SOBECC, 24(2), 76-84.
<https://doi.org/10.5327/z1414-4425201900020005>;

Bohomol, E., Escola, L., & Enfermagem, P. De. (2016). Segurança no Posicionamento -Revista sobecc. 21;

Bohomol, E., & Melo, E. F. de. (2019). Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção da equipe de enfermagem. Revista SOBECC, 24(3), 132-138;

Brunton, L., Parker, K., Blumenthal, D., Buxton, I. (2008)). Goodman & Gilman Manual de farmacologia e terapêutica. AMGH Editora;

Burlingame, B. L. (2017). Guideline Implementation: Positioning the Patient. AORN Journal, 106(3), 227-237;

Cavalcanti, V. R. de A. (2017). Impacto da Cirurgia Bariátrica na Qualidade de Vida. Revista Portal: Saúde e Sociedade, 02(03). <https://doi.org/10.28998/2525-4200.2017v2n3.549-563>;

Clínica, G. D. E. C., Santos, A., Amaral, C., Sá, A. C., Pacheco, M., & Preto, J. (2016). Consensus Nacional Multidisciplinar de Medicina;

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). Dotações Seguras, Salvam Vidas: Instrumentos de Informação e Acção. ICN International Council of Nurses, 84.
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2006.pdf;

Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). (2022). Enfermagem: Enfermeiros: Uma voz para liderar Investir em Enfermagem e respeitar os seus direitos para garantir a saúde global.
https://www.icn.ch/system/files/documents/2022-05/ICN_Kit_Portugue%CC%82s_FINAL_low%20res.pdf;

Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. Enfermagem Brasil, 15(3), 137-145;

Crozeta, K., & Roehrs, H. (2012). O Cuidado de Pacientes com Dispositivos Venosos: uma Prática Baseada em Evidências. In W. Malagutti, & H. Roehrs (eds.), Terapia intravenosa: atualidades (pp.277-288). Martinari;

Deglin, J. e Vallerand, A. (2003). Guia farmacológico para enfermeiros. 7a ed. Lusociência - Edições técnicas e científicas; Despacho no 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2021). Diário da República: 2a Série, no 187.
<https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>;

Donato, H., & Donato, M. (2019). Stages for undertaking a systematic review. In Acta Medica Portuguesa (Vol. 32, Issue 3, pp. 227-235). CELOM;

DGS 020/2015. (2015). Norma DGS 020/2015 atualizada a 17/11/22 - “Feixe de Intervenções” de

Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Normas DGS - Direção Geral de Saúde, Ministério Da Saúde, Governo de Portugal, 1-24. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0312013-de-31122013-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>;

Diário da República. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioper. Diário Da República No 135, Série II, Parte E, 19359-19370;

Direção-Geral da Saúde. (2022). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. 2-66;

Eisenberg, D., Shikora, S. A., Aarts, E., Aminian, A., Angrisani, L., Cohen, R. V., de Luca, M., Faria, S. L., Goodpaster, K. P. S., Haddad, A., Himpens, J. M., Kow, L., Kurian, M., Loi, K., Mahawar, K., Nimeri, A., O'Kane, M., Papasavas, P. K., Ponce, J., ... Kothari, S. N. (2023);

EPUAP NPIAP & PPPIA. (2019). Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida. In Revista da Escola de Enfermagem (Vol. 3);

Faria, G. R. (2017). A brief history of bariatric surgery. Porto Biomedical Journal, 2(3), 90-92. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2017.01.008>;

Ferreira, A. F. (2020). Vestir e despir idosos: um cuidado do enfermeiro de reabilitação;

Ferreira, C. I. (2015). Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório científico de acesso aberto;

Ferrito, C. (2014). Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In A. Duarte, O. Martins. Enfermagem em bloco operatório. (3-9). Lidel. Fortin, M.-F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta;

Frazão, A; (2017). Fatores Preditivos para o Reganho de Peso após Bypass Gástrico em Y-de-Roux Dissertação Revisão Bibliográfica. Ana Teresa Cerdeira Frazão - PDF Download grátis. <http://docplayer.com.br/79155275-Fatores-preditivos-para-o-reganho-de-peso-apos-bypass-gastrico-em-y-de-roux-dissertacao-revisao-bibliografica-ana-teresa-cerdeira-frazao.html> ;

Goodman, T. & Spry, C. (2017). Essentials of Perioperative nursing. 6.aed. Jones & Barlett Learning, Estados Unidos da América;

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. WHO Regional office for Europe. (2022);

Guimarães, A. J. N. S. (2021). Adaptação Cultural e Validação da Escala de Avaliação de Risco

- para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico. 1-224;
- Ide, P., Farber, E. S., & Lautz, D. (2023). Perioperative Nursing Care of the Bariatric Surgical Patient in a Tertiary Care Center. *Journal of Perioperative Nursing*, 38(1), 30-58;
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2020). Manual de suporte avançado de vida. Departamento de Formação em emergência médica;
- International Council of Nurses (ICN). (2012). ICNP version 2 - INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE;
- Link, T. (2021). Guidelines in Practice: Electrosurgical Safety. *AORN Journal*, 114(1), 60-72. <https://doi.org/10.1002/aorn.13421>;
- Loos, R. J. F., & Yeo, G. S. H. (2022). The genetics of obesity : from discovery to biology. 23(February). <https://doi.org/10.1038/s41576-021-00414-z> ;
- Lopes, C. M. de M., Haas, V. J., Dantas, R. A. S., de Oliveira, C. G., & Galvão, C. M. (2016). Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704> ;
- Mamédio, C., Santos, C., Andruccioli De Mattos Pimenta, C., Roberto, M., & Nobre, C. (2007);
- Martins, A. A., Alves, C., Pereira, L. (2013) Insuficiência Respiratória e outras Complicações Pós operatórias. In Machado, H., Manual de Anestesiologia (pag. 641 a 642). Lidel;
- Mendes, D. I. A., & Ferrito, C. R. C. (2021). Preoperative nursing consultations: Implementation and evaluation. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2021(8), 1-8;
- Mexedo, C. (2013). Via aérea e ventilação. In Machado, H., Manual de Anestesiologia (pag. 218 a 220). Lidel;
- Mostafa, A. A., Attia, Z. M., & Abd, O. (2021). Anesthesia Complications: A Comprehensive Review. 08(04), 833-838;
- Ministério da Saúde. [MS]. (2009). Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro: Carreira especial de enfermagem. *Diário da República*, 1ª série, no.184, 6761 - 6765. Acedido a 25 de Fevereiro de 2011 em Neil, J. A. (2013). Perioperative Nursing Care of the Patient Undergoing Bariatric Revision Surgery. *AORN Journal*, 97(2), 210-229. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.11.013> ;
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM- Teoria e Prática. Abril;
- Neil, J. A. (2023). FORMAÇÃO CONTÍNUA Cuidados de Enfermagem Perioperatórios do paciente submetido a cirurgia de revisão bariátrica;
- Neil, J. A. (2013). Perioperative Nursing Care of the Patient Undergoing Bariatric Revision

Surgery. AORN Journal, 97(2), 210–229. Rutan, L., & Sommers, K. (2012). Hyperglycemia as a Risk Factor in the Perioperative Patient. AORN Journal, 95(3), 352–364;

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. 26 – 32.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf;

Ordem dos Enfermeiros. (2017). COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA- Regulamento da Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 1-24;

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica. Diário Da República , 2a Série, no135, 19359–19370;

Ordem dos Enfermeiros. (2019).Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2a Série, no26, 4744–4750.Ordem do Enfermeiros. (2016). Parecer do Conselho de Enfermagem. 1–11;

Ordem dos Enfermeiros. (2023).Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-erelat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Regulamento no 743/2019. Diário Da República, 2.a série (184), 128–155. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>;

Organização Mundial de Saúde.(2009). Orientações da OMS para Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vida . <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-omspara-a-cirurgia-segura-2009-pdf>;

Organização Mundial de Saúde.(2016). Health care without avoidable infections: the critical role of infection prevention and <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246235/WHO-HIS-SDS-2016.10-eng.pdf>;

Organização Mundial de Saúde.(2018)Global guidelines for the prevention of surgical site infection.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277399/9789241550475eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>;

Organização Mundial de Saúde. (2018). Preventing surgical site infections: implementation approaches for evidence-based recommendation OsMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273154/9789241514385-eng.pdf>;

Organização Mundial de Saúde. (2019). Global action on patient safety. Seventy - Second World Health Assembly. OMS. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf;

Organização Mundial de Saúde. (2020). Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde;

Parswa, Ansari, MD, msdmanuals.com, avaliação e revisão completa a fevereiro de 2022;

Penedo, G., Gonçalves, G., Ormonde, L., Barros, M., Carvalho, M., Gomes, P., Sá, R., & Ribeiro, V. (2015). Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios. 273;

Quigley, S., Colledge, J., Mukherjee, S., & Patel, K. (2011). Bariatric surgery: A review of normal postoperative anatomy and complications. *Clinical Radiology*, 66(10), 903-914;

Rogers, A., D, M., Campos, G. M., & D, M. (2023). Declaração de posição da Sociedade Americana de Cirurgia Metabólica e Bariátrica sobre o benefício da sobrevivência a longo prazo após cirurgia metabólica e bariátrica. 12(2016), 453-459;

Saúde, P. C. (n.d.). Sumário: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes; Segura, C., & Vidas, S. (n.d.). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009;

Segura, C., & Vidas, S. (n.d.). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009;

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017). Recomendações Perioperatórias na Abordagem ao Doente Submetido a Cirurgia Bariátrica. 22;

Souza, I, 2021: Retenção Urinária Pós-operatória, Prevenção e Tratamento: um Relato de Caso; Shinde, P., & Davis, L. (2020). Cuidado Perioperatório para Cirurgia Bariátrica. 01(August), 1-9;

Shinde, P., & Davis, L. (2020). Cuidado Perioperatório para Cirurgia Bariátrica. 01(August), 1-9;

Speth, J. (2023). Guidelines in Practice: Positioning the Patient. *AORN Journal*, 117(6), 384-390. <https://doi.org/10.1002/aorn.13929>;

Spruce, L. (2021). Positioning the Patient. *AORN Journal*, 114(1), 75-84. <https://doi.org/10.1002/aorn.13442> ;

Trevilato, D. D., Melo, T. D., Fagundes, M. A. B. G., & Caregnato, R. C. A. (2018). Posicionamento cirúrgico: prevalência de risco de lesões em pacientes cirúrgicos R. revista SOBECC 23(3), 124-129;

Treviso, P., De Siqueira, M. da S., Corso de Souza, A. Z., Peralta, T., Pereira, M. C. de O., & Moriya, G. A. de A. Retenção De Objetos Intracavitários Em Procedimentos Cirúrgicos: Medidas

De Segurança Propostas Por Enfermeiros Especialistas. Revista SOBECC, 27, 1-10 2022;

World Health Organization. (2009). WHO Guidelines for Safe Surgery 2009;

WHO Regional office for Europe. (2022). WHO European Regional Obesity Report 2022.

8. ANEXOS

Anexo I

Dados para Avaliação de Complicações Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico na Cirurgia Bariátrica no Pré-Operatório, Intraoperatório e Pós-Operatório

Identificação do Cliente

Idade:

18-39 () 40- 59 () 60-69 () 70-79 ()

Superior a 80 ()

Género:

Feminino () Masculino ()

IMC:

>30 () >40 () >45 ()

Data da Cirurgia:

Cirurgia Proposta:

História Clínica

Antecedentes Patologias

Antecedentes Cirúrgicos

Avaliação Pré-Operatória (antes da indução anestésica)

Avaliação da Dor

Presente () Ausente ()

Localização:

cotovelos () sacro () poplíteo () calcanhares ()

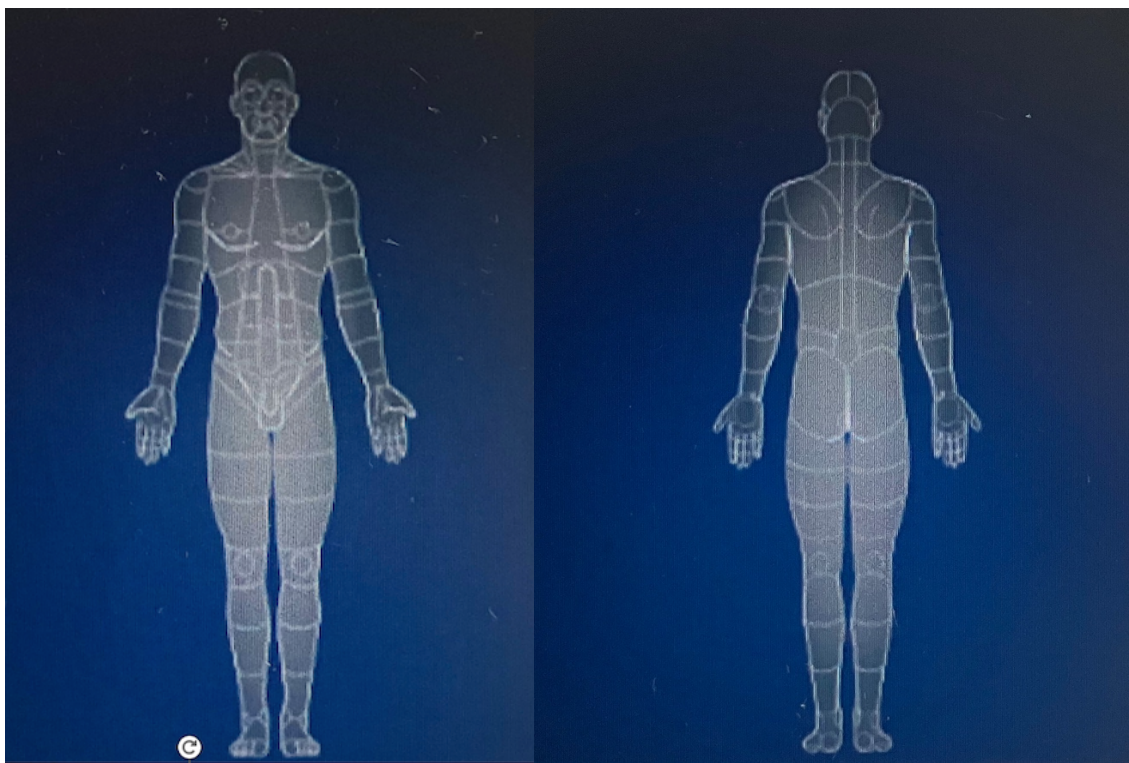
outra:

Tipo:

osteoarticular () muscular () nervosa ()

venosa () arterial ()

Escala Numérica da Dor 1/10 ()



Avaliação Tegumentar- Lesões da Pele

Mácula

Pápula

Vesícula

Eritema

Laceração

Rubor

Úlcera de Pressão

Úlceras de Pressão anteriores? SIM GRAU _____ NÃO

Avaliação do Rubor

Presente () Ausente ()

Localização:

cotovelos () sacro () poplíteo () calcanhares ()

outra:

Se sim quais as estratégias implementadas de prevenção:

Sim () Não ()

Se sim quais:

Creme Hidratante ()

Vitamina A ()

Poliuretano ()

Alinovera ()

Avaliação Intraoperatória (Aquando o posicionamento)

Escala de ELPO-PT

Itens	Pontuação				
	5	4	3	2	1
Posição cirúrgica	Litômica	Ventral	Trendelenburg	Lateral	Dorsal
Tempo de cirurgia	Superior a 6h	Entre 4h a 6h	Entre 2h a 4h	Entre 1h a 2h	Até 1h
Tipo de anestesia	Geral + Regional	Geral	Regional	Sedação	Local
Superfície de suporte	Sem uso de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + almofadas de espuma	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + Placa Gel	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + almofadas de viscoelástico	Colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico + almofadas de viscoelástico
Posição dos membros	Elevação dos joelhos >90° e abertura dos membros inferiores >90° ou abertura dos membros superiores > 90°	Elevação dos joelhos >90° ou abertura dos membros inferiores > 90°	Elevação dos joelhos <90° e abertura dos membros inferiores <90° ou pescoço sem alinhamento mento-esternal	Abertura dos membros superiores <90°	Posição Anatômica
Comorbidades	Úlcera por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	Obesidade ou desnutrição	Diabetes mellitus	Doença vascular	Sem comorbidades
Idade do paciente	Superior a 80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 16 e 39 anos
					Pontuação Total

Pontuação

Avaliação Pós-Operatória Imediata (Após a cirurgia)

Avaliação da Dor

Presente () Ausente ()

Localização:

cotovelos () sacro () poplíteo () calcanhares ()

outra:

Tipo:

osteoarticular () muscular () nervosa ()

venosa () arterial ()

Escala Numérica da Dor 1/10 ()

Avaliação Tegumentar- Lesões da Pele

Mácula

Pápula

Vesícula

Eritema

Laceração

Rubor

Úlcera de Pressão

Úlceras de Pressão anteriores? SIM

GRAU_____

NÃO

Avaliação do Rubor

Presente () Ausente ()

Localização:

cotovelos () sacro () poplíteo () calcanhares ()

outra:

Se sim quais as estratégias implementadas de prevenção:

Sim () Não ()

Se sim quais:

Creme Hidratante ()

Vitamina A ()

Poliuretano ()

Alinovera ()

Anexo II

Proposta de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cirurgia de Ambulatório

**Implementação da Medida de Intervenção de Promoção da
Normoglicemia aos Utentes Submetidos a uma Intervenção
Cirúrgica a par do Feixe de Intervenções da Direção Geral de
Saúde (Norma atualizada a 17/11/2022)**

Porto, 2023

1 - PLANEAMENTO DO PROJETO COM O CICLO PDCA (*Plan, Do, Check, Act/Adjust*)

O planeamento de um projeto é a premissa pivotal para a sua elaboração e implementação mais organizada: engloba um conjunto de objetivos previamente traçados e atividades delineadas a serem implementadas *a posteriori*, ao longo de um conjunto de etapas.

A metodologia PDCA (*Plan, Do, Check, Act/Adjust*) prevê a gestão de um projeto em quatro passos, para um melhor controlo e garantia de resultados do mesmo. Pedro Salvada (Ordem dos Enfermeiros, 2015) propõe a adaptação deste ciclo em 8 fases, a qual vamos considerar:

- 1.1- Identificação do Problema
- 1.2- Perceber/Dimensionar o Problema
- 1.3- Causas do Problema
- 1.4- Objetivos Gerais
- 1.5- Objetivos Específicos e Atividades
- 1.6- Resultados Esperados
- 1.7- Implementação de Medidas Corretivas e Formação/Treino da Equipa
- 1.8- Reconhecimento e Partilha do Sucesso

“Plan”

1.1- Identificação do Problema

A proposta de melhoria que propomos implementar assenta na norma da DGS relativa à prevenção da ILC, que preconiza a monitorização da glicemia capilar a todos os utentes submetidos a uma intervenção cirúrgica. Devido à natureza do serviço da UCA, a implementação desta norma a todos os utentes é de difícil realização.

Na UCA, a intervenção “monitorização da glicemia capilar” é efetuada de forma sistematizada nas várias fases do período perioperatório apenas aos utentes diabéticos, sob o protocolo de normoglicemia perioperatória.

Atualmente, na UCA, não há dados suficientes que relacionem esta intervenção de enfermagem com os possíveis casos de ILC pós-operatória.

1.2- Perceber/Dimensionar o Problema

Primeiramente, “A *infecção do local cirúrgico (ILC)* é definida como uma *infecção que ocorre até 30 dias após a cirurgia ou até 90 dias após a cirurgia em doentes que recebem material implantável e afeta a zona superficial da incisão ou os tecidos mais profundos no local da cirurgia*” (Ministério da Saúde, 2015).

A norma da DGS referente à prevenção da ILC prevê a manutenção da homeostasia do utente no período perioperatório, incluindo a monitorização da glicemia capilar a todos os utentes operados. Uma glicemia capilar mantida num intervalo considerado normoglicémico (inferior ou igual a 180mg/dL) em todas as fases do período peri-operatório, sendo o pós-operatório considerado o período alargado até 24h seguintes à cirurgia, é um elemento indicador crucial na homeostasia pré/intra/pós-operatória do utente, imprescindível à prevenção da ILC.

Um valor pré-operatório de glicemia capilar igual ou superior a 350 mg/dL pressupõe o cancelamento da cirurgia, pelos riscos que decorrem desse desajuste endócrino.

Atualmente, na UCA, a monitorização da glicemia capilar não é efetuada a todos os utentes em todas as fases do período perioperatório, apenas é realizada a utentes diabéticos.

Sem indicadores de risco de infeção do local cirúrgico, é impossível definir a gravidade/probabilidade real dos fatores de risco e calcular as respetivas taxas de incidência com rigor.

1.3- Causas do Problema

Creemos que o problema original consiste na necessidade do conhecimento global das especificidades desta norma da DGS e da atualização do enquadramento de diretrizes nacionais para os cuidados de saúde por parte dos colaboradores, que incluem, no feixe de intervenções referente à prevenção da ILC, a monitorização da glicemia e a manutenção da normoglicemia perioperatória.

1.4- Objetivos Gerais

Pretende-se, com esta proposta de melhoria e a subsequente implementação do feixe de intervenções da norma da DGS sugerida, desenvolver as competências do enfermeiro perioperatório à luz de um novo rigor na abordagem ao controlo da ILC, melhorando a qualidade dos cuidados de saúde prestados na nossa unidade.

“Do”

1.5- Objetivos Específicos e Atividades

Os objetivos específicos desta proposta constituem:

- Total adesão do registo da monitorização da glicemia capilar perioperatória no *PatientCare* dos utentes elegidos por parte dos enfermeiros da UCA nas 3 fases perioperatórias, da qual deduzimos o sucesso da implementação da norma da DGS no nosso serviço;

- Produção interna de dados para o estabelecimento de correlação entre normoglicemia e controlo da ILC;
- Promover a garantia da normoglicemia em todos os utentes;
- Redução da taxa de ILC.

As atividades a implementar incluem:

Definir os Utentes Elegíveis

A norma da DGS referente à prevenção da ILC prevê a manutenção da homeostasia do utente não longo das fases perioperatórias através de várias intervenções, incluindo a monitorização da glicemia capilar a todos os utentes operados.

Na UCA, dada a dimensão de utentes, diversidade e abrangência do tipo de cirurgias, decidimos incluir nesta proposta apenas os seguintes:

- Cirurgias limpas/estéreis das quais resultem uma solução de continuidade da pele, daí resultando o foco de atenção “ferida cirúrgica”;
- Especialidades cirúrgicas - Cirurgia Geral, Ortopedia, Urologia e Ginecologia (exceto exames endoscópicos).

Estes utentes são, regra geral, automaticamente alvo de follow-up às 24h, para o devido seguimento de eventuais sinais de ILC; em utentes cuja intervenção inclui inserção de material implantável, pressupõe-se um alargamento deste período de avaliação com um *follow-up* adicional até ao 90º do pós-operatório.

Devido à natureza destas cirurgias, a técnica anestésica irá certamente exigir a obtenção de um cateter venoso periférico, pelo que daí se pretende a realização da primeira glicemia, minimizando as punções a que submetemos o utente na UCA. Da mesma forma, a pesquisa de glicemia no período pós-operatório é realizada na UCPA minimizando o impacto da intervenção no utente. Apesar de este constituir um ato iatrogénico com riscos inerentes, irá garantir, num cenário maior e a médio-longo prazo, a prevenção da ILC das cirurgias realizadas na UCA.

Timings da Monitorização da Glicemia Capilar no Período Perioperatório:

- **Pré-operatório** - admissão do utente, balcão de enfermagem ou UCPA (utentes que são intervencionados no BO), após colocação do cateter venoso periférico;
- **Intra-operatório** - durante o procedimento cirúrgico, assim que possível.
- **Pós-operatório** - será efetuada uma vez na UCPA, e sempre que pertinente (SOS no caso de alteração do padrão normoglicémico) ao longo da permanência do utente no recobro até à hora da alta.

O volume diário de utentes da UCA e o rápido *turn over* cirúrgico poderão apresentar-se como desafios consideráveis à implementação desta proposta de melhoria.

Cálculo da Incidência de ILC

$\text{Taxa ILC} = \text{N}^\circ \text{ utentes com ILC} / \text{N}^\circ \text{ total Utentes elegíveis intervencionados}$

A monitorização de casos de ILC nos utentes elegíveis realiza-se no período pós-operatório aquando do *follow-up* aos 30 dias e também aos 90 dias, este último apenas para utentes portadores de dispositivos implantáveis.

“Check”

1.6- Resultados esperados

Os resultados esperados deste projeto são:

- Total adesão da equipa a esta norma: 100% dos utentes elegíveis com registo da glicemia capilar no seu processo clínico, nas três fases do perioperatório; resultados obtidos através de tratamento de dados no sistema de informação;

$\text{Cálculo da Taxa adesão à norma DGS} = \text{N}^\circ \text{ total de registos de glicemia de doentes elegidos nas 3 fases do perioperatório} / \text{N}^\circ \text{ total de utentes elegidos intervencionados}$

- Produção de dados internos para o estabelecimento de correlação entre normoglicemia e controlo da ILC;
- Promover a garantia da normoglicemia em todos os utentes selecionados para o projeto (valores iguais ou inferiores a 180mg/dL durante todo o período perioperatório); desvios previstos em utentes diabéticos considerados;
- Redução da taxa de ILC, ou, neste caso, uma taxa de valor inferior ao apresentado anteriormente nas estatísticas atualmente disponíveis no departamento de cirurgia.

“Act/Adjust”

1.7- Implementação de Medidas Corretivas e Formação/Treino da Equipa

- Divulgar a norma da DGS nas formações obrigatórias de enfermagem, explorando o respetivo feixe de intervenções;
- Motivar a equipa para obter a total adesão a esta norma;
- Garantir a reposição diária das tiras de reagente para cálculo da glicemia capilar;
- Analisar a eventual necessidade de aumento de *stock* do serviço;
- Garantir a realização de Follow-up ao 30º/90º dia pós-operatório nos utentes abrangidos por este projeto;

- Obter, se necessário, apoio estatístico dos colegas da consulta externa do HPH (pensos cirúrgicos de ortopedia e urologia) e dos centros de saúde no tratamento de dados pós-operatórios.

1.8- Reconhecimento e Partilha do Sucesso

Após a implementação deste projeto para melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, com ganhos em saúde dos nossos utentes, faremos, no final do biénio, uma avaliação da adesão à implementação desta medida e posteriormente a partilha dos dados obtidos à equipa.

Outro aspeto, que parece pertinente será a realização de uma reunião com os elos de ligação da instituição do “Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), no sentido de se fazer uma futura investigação que nos permita obter dados com evidência científica sobre a correlação da medida proposta e a taxa de infeção do local cirúrgico (ILC).

2- Conclusão

O papel dos enfermeiros perioperatórios é fundamental no que respeita ao desenvolvimento e implementação de intervenções autónomas relevantes para a segurança do utente submetido a uma intervenção cirúrgica, no âmbito da prevenção da ILC, nas três fases perioperatórias: fase pré, intra e pós-operatória.

Esta temática assenta nestas premissas, para além da norma clínica da DGS, que serve adicionalmente de suporte na conceção de cuidados em enfermagem no seu exercício autónomo no perioperatório, bem como na obtenção de dados e indicadores para futuros projetos de melhoria e crescente reflexão da nossa prática clínica.

Cremos que ao implementar esta medida abrangendo os utentes elegíveis da UCA, conseguiremos contribuir para a melhoria e qualidade dos cuidados de enfermagem com ganhos em saúde dos mesmos.

A adaptação do conteúdo do feixe de intervenções às necessidades de cada instituição de saúde e de cada serviço deve envolver todos os elementos da equipa multidisciplinar. A padronização dos seus elementos é fundamental para o êxito da sua implementação, de forma a podermos garantir que esta medida se baseia em evidência científica, com ganhos significativos para o utente e consequentemente para a instituição.

Parece-nos imperativo que este projeto tenha continuidade, nomeadamente com o desenvolvimento de medidas relativas a outros elementos deste feixe de intervenções, centrado na homeostasia do utente.

3- Referências Bibliográficas

- Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas. (2010). *Práticas recomendadas para bloco operatório* (2nd ed.);
- Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Lusodidacta;
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Dotações Seguras, Salvam Vidas: Instrumentos de Informação e Ação*. ICN International Council of Nurses, 84. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2006.pdf;
- Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). (2022). *Enfermagem: Enfermeiros: Uma voz para liderar Investir em Enfermagem e respeitar os seus direitos para garantir a saúde global*. https://www.icn.ch/system/files/documents/202205/ICN_Kit_Portugue%CC%82s_FINAL_low%20res.pdf;
- *Despacho no 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde* (2021). *Diário da República: 2a Série, no 187*. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>;
- Diário da República. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. *Diário Da República Nº 135, Série II, Parte E*, 19359-19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória*. 26-32. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf;
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. 2-66. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA- Regulamento da Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 1-24;
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica. *Diário Da República , 2ª Série, nº135*, 19359-19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>;
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. 266. <https://www.dgs.pt/documentos-e>;
- Penedo, G., Gonçalves, G., Ormonde, L., Barros, M., Carvalho, M., Gomes, P., Sá, R., & Ribeiro, V. (2015). *Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios*. 273;
- Segura, C., & Vidas, S. (n.d.). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009*;
- World Health Organization. (2009). *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009*.

Anexo III

AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA PORTUGUESA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE LESÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO(ELPO-PT)

Porto, 28 de maio de 2023

Autorização

Autorizo que Joana Margarida Pessanha de Oliveira Martins Fernandes, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sob a orientação da Sra. Prof Doutora Natália Machado e co-orientação da Sra. Prof Doutora Ana Leonor Ribeiro, utilize a Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO-PT), bem como o instrumento de colheita de dados - Período pré e pós operatório, com o objetivo de realizar um projeto de desenvolvimento profissional com o título "Estratégias de Prevenção de Lesões Decorrentes do Posicionamento na Abordagem ao Cliente Submetido a Cirurgia Bariátrica: Aplicação da Escala Portuguesa de Avaliação do Risco de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico e Avaliação Pós-Operatória". A Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO-PT) resulta do produto final do Relatório de estágio de natureza profissional – Adaptação cultural e validação da Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico, defendido publicamente a 20 de junho de 2022 na Escola Superior de Saúde Viana do Castelo. A escala ELPO resulta da tese de doutoramento intitulada Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico: construção e validação, de Moraes-Lopes CM et al (2016).

Deixo-me à disposição para contribuir e participar na autoria de artigos científicos que possam resultar deste trabalho.



Andreia Salvini

Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica