

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

Visita Pós Operatória de Enfermagem na Área da Gestão da Dor pós Procedimento cirúrgico

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

Postoperative Nursing Visit in the Area of Post-Surgical Pain Management

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

Orientador(es)

Maria de Fátima Segadães Moreira
Professor Adjunto, Mestre

Cristina Maria Correia Barroso Pinto
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Autor

Ana Patricia Soares Carvalho Ribeiro

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)

Maria de Fátima Segadães Moreira
Professor Adjunto, Mestre

Cristina Maria Correia Barroso Pinto
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Autor

Ana Patricia Soares Carvalho Ribeiro

Porto, 2024

RESUMO

O presente relatório de estágio foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCPSPE), da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O objetivo deste relatório é apresentar as atividades realizadas, analisar de que forma estas contribuíram para a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e específicas, do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória. O estágio representa um momento pedagógico, uma experiência enriquecedora, onde é permitido conviver com uma realidade profissional ambicionada, aplicar conhecimentos adquiridos no período formativo e crescer como profissional. Os dois momentos de estágio foram executados numa instituição da zona norte do país, um primeiro período no bloco operatório na especialidade de cirurgia e outro no bloco operatório central (urgência/emergência).

Para a realização deste trabalho foi utilizada uma metodologia descritiva, com análise e reflexão crítica baseada em evidência científica. As atividades desenvolvidas durante o estágio, cimentaram o desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória com o tema “Visita pós-operatória de enfermagem, na área da gestão da dor pós procedimento cirúrgico – Quais os elementos a integrar?”.

A dor pós-operatória é um sintoma previsível e temido pelos clientes, sendo fundamental que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para o alívio da mesma e do desconforto. A visita pós-operatória de enfermagem representa um dos passos da assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico. Uma avaliação da dor pós-operatória eficaz aumenta a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, levando a padrões de qualidade de excelência.

O desenvolvimento de intervenções específicas de enfermagem no período perioperatório eleva os cuidados prestados a um alto nível de qualidade, permite reduzir o impacto negativo da experiência cirúrgica e melhorar a satisfação do cliente e família/pessoa significativa.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro Especialista, Perioperatório, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem Perioperatória, Dor Pós-operatória

ABSTRACT

This internship report was carried out within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing in Perioperative Situations (MEMCPSPE), at the Porto Nursing School.

The purpose of this report is to present the activities carried out, analyze how they contributed to the acquisition and development of common skills of the specialist nurse in medical-surgical nursing and specific skills of the specialist nurse in medical-surgical nursing for individuals in perioperative situations. The internship represents a pedagogical moment, an enriching experience, where it is allowed to interact with a desired professional reality, apply knowledge acquired during the training period, and grow as a professional. The two internship periods were carried out at an institution in the northern region of the country, one in the operating room specialized in surgery and the other in the central operating room (emergency).

For the completion of this work, a descriptive methodology was used, with analysis and critical reflection based on scientific evidence. The activities developed during the internship solidified the development of Specific Skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing for Individuals in Perioperative Situations with the theme "Postoperative nursing visit in the area of post-surgical pain management - What elements to integrate?".

Postoperative pain is a predictable and feared symptom by patients, and it is essential that healthcare professionals are sensitized to pain and discomfort relief. The postoperative nursing visit represents one of the steps in nursing care for surgical patients. An effective assessment of postoperative pain increases the safety and quality of care provided, leading to standards of excellence in quality.

The development of specific nursing interventions in the perioperative period elevates the care provided to a high level of quality, allowing for the reduction of the negative impact of the surgical experience and improving client and family/significant other satisfaction.

KEYWORDS: Specialist Nurse, Perioperative, Nursing Care, Perioperative Nursing, Postoperative Pain

ABREVIATURAS

ACS - American Cancer Society

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

AORN - Association of periOperative Registered Nurses

BO - Bloco Operatório

BOC - Bloco Operatório Central

DGS- Direção Geral de Saúde

EEEMCPSPE - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Perioperatória

EE - Enfermeiro Especialista

EORNA - European Association of periOperative Registered Nurses

ERAS - Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations - Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

ISBAR - Identify, Situation, Background, Assesment, Recommendation

JCI - Joint Commission International

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBCI - Precauções básicas de Controle de Infecção

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UH - Unidade Hospitalar

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	15
3. RECONSTRUÇÃO DO TRANSITO INTESTINAL DIA 24/11/2023, CIRURGIA ELETIVA	19
3.1. Enquadramento teórico	19
3.2. Clientes	23
3.3. Medicação	24
3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	24
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	27
3.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	30
3.5. Domínios	35
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	35
3.6. Conceção de Cuidados	39
3.7. Especificação das intervenções	45
3.8. Síntese relativa ao caso	47
4. HÉRNIA INGUINAL DIREITA	51
4.1. Enquadramento teórico	51
4.2. Clientes	57
4.3. Medicação	57
4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	57
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	60
4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	62
4.5. Domínios	66
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	66
4.6. Conceção de Cuidados	70
4.7. Especificação das intervenções	73
4.8. Síntese relativa ao caso	74
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	77
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	105
7. BIBLIOGRAFIA	107
ANEXOS	119

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente documento, denominado Relatório de Estágio, emerge no âmbito da Unidade Curricular do Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II, inserida no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCPSPE), da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo de 2022/2023.

O relatório tem como objetivo espelhar o desenvolvimento das competências adquiridas ao longo dos diferentes momentos de ensino clínico e refletir sobre a aplicabilidade dos conhecimentos científicos adquiridos durante o período letivo.

Numa visão retrospectiva, podemos constatar uma grande evolução na área da saúde, com o aparecimento de novos equipamentos, tratamentos, cirurgias e infra-estruturas hospitalares, que exige uma formação académica dos profissionais de saúde, mais abrangente, conduzindo a uma melhoria contínua e significativa na prestação de cuidados.

Nesse sentido, a formação dos profissionais de saúde é uma preocupação constante, visando atingir os cuidados de excelência exigidos pela Ordem dos Enfermeiros e pela própria sociedade. A Enfermagem tem percorrido um longo caminho, construindo teorias e modelos baseados em conhecimento científico, permitindo cimentar esta disciplina como uma ciência e evoluindo como profissão autónoma.

O enfermeiro é um profissional de saúde que tem competências técnico-científicas e humanas, reconhecidas como a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade), nos diversos contextos ao longo do ciclo de vida e na prestação de cuidados de enfermagem.

Como nos refere a Ordem dos Enfermeiros (2088, p.19366), no regulamento nº429/2018 de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória:

Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família /pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença.

A enfermagem perioperatório tem percorrido um longo percurso. A implementação de salas cirúrgicas ocorreu em 1850, dada a preocupação em controlar a infeção e a sua propagação (AESOP, 2006). A formação de enfermeiros das salas operatórias inicia-se em 1949, nos Estados

Unidos da América, com o aparecimento da Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) que, em 1978, enuncia o conceito de enfermagem perioperatória, definindo-o como as “atividades de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante as fases pré, intra, e pós-operatórias na experiência cirúrgica do doente” (AESOP, 2006). Em paralelo, podemos assistir à sua evolução na Europa. Após um congresso organizado pela AORN surge, em 1992, a European Operating Room Nurses Association (EORNA), definindo princípios básicos de estatutos e iniciando uma preparação comum para os enfermeiros perioperatórios (AESOP, 2006). Em Portugal, a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) existe desde 1986, tendo posteriormente, se juntado à EORNA.

A AESOP (2012) defende que a enfermagem perioperatória representa um conjunto de conhecimentos teórico-práticos aplicados através de um processo no qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia e avalia os resultados obtidos no trabalho realizado.

A enfermagem perioperatória envolve um conjunto de atividades realizadas por um profissional de enfermagem durante a experiência cirúrgica, pré, intra e pós-operatória, que conduz a um processo que mobiliza habilidades de raciocínio clínico e experiências que permitem uma atuação efetiva, segura e humanizada (Ferrito,2014).

A pessoa que aceita ser submetida a um procedimento cirúrgico enfrenta elevados riscos associados ao período perioperatório, ficando num estado de vulnerabilidade física e emocional, na expectativa de melhorar o seu estado de saúde e qualidade de vida (Regulamento n.º 429/2018).

Nessa sequência, era imperativo estabelecer a especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica dirigida à pessoa em situação Perioperatória, tendo como foco a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença, ajudando a pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem o processo de saúde/doença que implicam procedimentos anestésicos e cirúrgicos (Regulamento n.º 429/2018).

O grau de Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EMEMCESPE), pressupõe além de competências técnicas desenvolvidas e adquiridas com a prática, a sua consolidação baseada no conhecimento e na evidência científica.

O presente relatório tem como finalidade explicar os conhecimentos adquiridos e as competências gerais e específicas desenvolvidas no decorrer do estágio, permitindo uma reflexão individual relativamente à Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Perioperatória.

O relatório encontra-se estruturado da seguinte forma, numa primeira parte, será descrito os dois contextos clínicos onde decorreram o estágio, nomeadamente Bloco Operatório

especialidade de cirurgia e Bloco Operatório Central de urgência/emergência.

Na segunda parte, será desenvolvida uma reflexão sobre as Competências Especializadas em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Perioperatória, interligando com a prática e as atividades desenvolvidas durante o estágio, que permitiram cimentar o conhecimento científico adquirido ao longo deste processo.

Por último, serão expostas as considerações finais em forma de conclusão, dando relevo às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória desenvolvidas durante o estágio, que contribuíram para a evolução profissional.

Para a elaboração deste relatório foram usadas várias fontes bibliográficas como artigos, revistas científicas, publicações de trabalhos em bases de dados fidedignas, tal como regulamentos e decretos publicados pela OE e pela Direção Geral de Saúde (DGS).

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

O objetivo principal deste capítulo prende-se com a contextualização, ou seja, pretende apresentar o contexto onde decorreu o estágio.

A Enfermagem Perioperatória engloba todas as intervenções de enfermagem desenvolvidas com e para o cliente e sua família, durante os períodos pré, intra e pós-operatório, com o objetivo máximo de restabelecer ou preservar a sua saúde e bem-estar, promovendo desse modo, um cuidado individualizado (AESOP, 2006). Nesse período é desenvolvido um trabalho complexo com ações interligadas que visam zelar para o bem-estar e recuperação do cliente através de cuidados de qualidade.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, encontram-se definidos dois períodos de estágio de natureza profissional subdivididos em Módulo I e II, com um total de 520 horas, sendo 180 horas o primeiro período e 340 horas para o segundo. Nesses períodos, o estágio decorreu em dois locais distintos, o primeiro contexto de estágio foi realizado no Bloco Operatório central e o segundo no bloco de especialidades de cirurgia geral, com a participação de forma ativa, em reuniões, projetos e auditorias da PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências aos Antibióticos).

Estes módulos de estágio foram desenvolvidos no bloco operatório de um hospital do norte do país, cujo a área de influência direta corresponde aos concelhos que ao hospital estão destinados. A sua principal missão é prestar cuidados de excelência e rigor, fomentado a formação e a investigação, respeitando sempre o princípio de humanização e promovendo o orgulho e sentido de pertença de todos os profissionais, sempre com o objetivo de adequar os serviços prestados às necessidades da população da sua área de influência, colocando o cidadão no centro de modo a atingir a qualidade em saúde e satisfação do cliente.

O BO está edificado no segundo piso do edifício principal, e apresenta uma localização próxima com os serviços que lhe prestam apoio como a unidade de cuidados intensivos, serviço de urgência e central de esterilização, entre outros. Esta unidade cirúrgica é constituída por sete salas operatórias, abarcando as seguintes especialidades: cirurgia geral, ortopedia, ginecologia, urologia, cirurgia vascular, otorrinolaringologia e cirurgia plástica; há ainda uma sala indicada exclusivamente para serviço de urgência, que funciona durante 24 horas todos os dias da semana, assim como no bloco de obstetrícia. Cada sala cirúrgica contempla uma sala de indução anestésica e outra onde é armazenado um pequeno stock de apoio com o material específico da cada especialidade. Existe um armazém central com o material cirúrgico e uma

farmácia com o stock de anestesia. A UCPA tem uma capacidade de 10 camas. A equipa do BO/anestesiologia também dá apoio a unidade de diagnóstico e intervenção de hemodinâmica cardíaca. A estrutura física do bloco operatório apresenta áreas livres (vestiários, gabinetes das chefias, receção administrativa e transfe dos clientes), zonas semi-restritas (unidade de cuidados pós-anestésicos, armazéns de stock, corredores de acesso e circuitos de sujos) e zonas restritas (operatórias e salas de indução anestésica). Relativamente à estrutura física convém ainda referir que este bloco apresenta um corredor de circuito de materiais sujos, e um circuito de materiais limpos, o que contribui para o bom funcionamento do mesmo e respeito das normas instituídas. A equipa de enfermeiros do BO encontra-se dividida em duas equipas, uma equipa de anestesia que fica encarregue pelos cuidados de anestesia de cada sala operatória, unidade de cuidados pós-anestésicos, sala de partos, bloco de obstetrícia, unidade de gastroenterologia, ressonância magnética, apoio a pneumologia (broncoscopia), todos os exames diagnósticos que necessitam de um procedimento com anestesia e serviço de dor aguda, e uma equipa cirúrgica que é constituída por enfermeiros com competência de circulante e instrumentista, que fica encarregue pelos cuidados nestas áreas em cada sala operatória. Estas equipas funcionam de forma independente e cada uma apresenta a sua organização e o seu próprio gestor.

Durante a realização do estágio fiquei associada à equipa cirúrgica do BO, que é constituída por um total de 45 enfermeiros, sendo 15 enfermeiros especialistas dos quais um em médico-cirúrgica, à pessoa em situação crítica, cinco especialistas em reabilitação, um em pediatria e quatro em médico-cirúrgico - pessoa em situação perioperatória, 11 enfermeiros de cuidados gerais e um enfermeiro gestor. A par da equipa do Bloco Operatório, também a equipa de anestesia é crucial na prestação de cuidados integrada na área, sendo constituída por 43 enfermeiros, sendo sete elementos enfermeiros especialistas na área de enfermagem médico-cirúrgica, o restante são enfermeiros de cuidados gerais.

O bloco de especialidade de cirurgia geral, está alocado na parte central do bloco operatório, de forma estratégica, com acesso rápido ao stock geral além do stock específico de cirurgia geral, pois dada as condições específicas desta sala, é usada em várias situações de urgência/emergência.

O grupo de cirurgia geral é constituído por, 22 elementos, dos quais oito enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica, e um responsável pela especialidade.

Durante o meu estágio foi nesta área que tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos e competências. As funções de circulante e instrumentista sempre despertaram a minha curiosidade pela especificidade e complexidade, sendo áreas de grande responsabilidade, principalmente em casos de urgência/ emergência. A seleção deste estágio permitiu-me mobilizar os conhecimentos adquiridos durante o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, e dessa forma prestar

cuidados com eficácia e qualidade, baseados no conhecimento científico.

A enfermagem perioperatório é detentora de um conjunto de conhecimento e capacidades científicas, que lhe permite aplicar técnicas específicas, planejar e prestar cuidados visando a promoção da segurança do cliente contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. (AESOP, 2006)

Existe também, três elementos “elos de ligação da PCIRA”, uma auxiliar de ação médica, uma enfermeira especialista em médico-cirúrgico na área da pessoa em situação crítica, pertencendo a equipa de anestesiologia e uma enfermeira especialista em médico-cirúrgico a pessoa em situação perioperatório, sendo minha tutora de estágio, que integram a unidade central da PCIRA, formada por duas enfermeiras especialista em médico-cirúrgico e uma secretária de unidade.

Esta unidade hospitalar aderiu ao programa “stop infeção” em 2008, a PPCIRA (programa de prevenção e controle de infeção e de resistência aos antimicrobianos) existe neste novo formato desde a atualização da direção geral de saúde (DGS) em 2018.

Acompanhando estes elementos pude realizar várias auditorias ao serviço, nomeadamente sobre a “lavagem das mãos”, “uso de luvas” e “procedimento correto de algaliação”, “limpeza das salas cirúrgicas”, participar em reuniões de melhoria e implementação de novas medidas preventivas, bem como realizar ações de formação.

3. RECONSTRUÇÃO DO TRANSITO INTESTINAL DIA 24/11/2023, CIRURGIA ELETIVA

Cliente de 65 anos de idade submetido a reconstrução do transito pós cirurgia de Hartmann , 6 meses apos ser intervencionado de urgência por quadro de oclusão intestinal, com diagnostico de Neoplasia do reto, com antecedentes de hipertensão controlada com lisinopril 10mg, sem outros antecedentes.

3.1. Enquadramento teórico

Procedimento cirúrgico

A neoplasia colorretal representa o terceiro tipo de tumor mais comum nos homens e o segundo nas mulheres, com um prognostico favorável e uma mortalidade baixa quando diagnosticado num estágio inicial. Porém, a neoplasia colorretal pode apresentar uma evolução rápida e silenciosa. Estima-se que cerca de 20% dos clientes irão apresentar uma obstrução ou uma perfuração do cólon em algum momento da evolução natural da patologia, conduzindo a uma cirurgia de emergência (Ramos et Al., 2017).

O procedimento de Hartmann é uma técnica utilizada na correção de obstrução e perfuração cólica , consistindo numa sigmoidectomia com encerramento do coto retal e uma colostomia terminal. Esta cirurgia é realizada em várias situações de urgência/emergência quando existe uma obstrução intestinal, que pode resultar na perfuração do colon. Patologias como doenças inflamatórias intestinais, doença de Crohn, neoplasia do cólon, diverticulite, colite isquémica, trauma abdominal ou outras condições que impedem a passagem das fezes pelo cólon, são indicações para a realização de colostomias de descarga ou cirurgia de Hartmann (Guelber et al. 2023).

Descrita pela primeira vez em 1921 pelo cirurgião francês Henri Albert Hartmann, a técnica foi inicialmente desenvolvida em resposta à mortalidade elevada dos clientes submetidos a ressecção abdominoperineal. Após um século, podemos observar que esta prática continua a ser utilizada na cirurgia colorretal, sendo o procedimento de eleição em cirurgias de urgência quando as condições gerais ou locais impedem a anastomose primária, ou em casos de doenças neoplásicas, nas quais o tratamento paliativo é indicado (Reyes et al., 2023).

De forma consensual, podemos afirmar que a presença de um estoma na vida diária de uma pessoa acarreta modificações fisiológicas, psicossociais e emocionais, uma vez que há necessidade de transição para uma nova condição de vida. Nessa continuidade o cuidado prestado abrange várias dimensões, individual, familiar, profissional e organizacional (Monteiro et al, 2020).

A cirurgia de reconstrução intestinal restabelece a continuidade do cólon permitindo a saída das fezes pelo ânus. Esta envolve a abertura da extremidade do cólon fechada (coto retal), durante o procedimento de Hartmann, a conexão do cólon restante à extremidade aberta, restabelecendo a continuidade do trato intestinal. Este procedimento revela-se de uma grande importância para os clientes, pois a reversão bem sucedida de uma cirurgia de Hartmann pode melhorar a qualidade de vida dos clientes eliminando a necessidade do uso de uma bolsa de colostomia (Guelber et al, 2023).

A cirurgia de Hartmann permite a reconstrução do trânsito intestinal, ao contrário de algumas ostomias terminais, que são definitivas. Este procedimento, de alta dificuldade técnica, não é isento de complicações dado as condições gerais dos clientes em causa, tanto pela idade como pelas comorbidades, recordando que alguns ainda se encontram em tratamento adjuvante oncológicos (Guelber et al, 2023). Neste sentido, o momento ideal para realizar o procedimento de reversão depende de vários fatores, ainda muito controverso, existindo várias correntes relativamente a este tema. Para alguns autores, a reconstrução deve ser precoce, outros, acreditam que quanto mais tardia melhor (Fonseca et al., 2017).

Com o intuito de garantir o sucesso da cirurgia e diminuir as complicações, é recomendado esperar pela diminuição do edema e da inflamação, tal como aguardar pela melhoria do estado nutricional do cliente. Por outro lado, vários estudos relatam um aumento da dificuldade da realização da anastomose relacionada com a atrofia do coto distal (Araújo et al., 2021).

A pesquisa científica analisada recomenda uma preparação previa do cliente e uma otimização de estado clínico, com o intuito de prevenir complicações pós cirúrgicas como: deixar de fumar e consumir bebidas alcoólicas seis semanas antes da cirurgia, um controlo metabólico com valores glicémicos menores a 180mg/dl para prevenção da infeção do local cirúrgico e deiscência da anastomose, tal como o aumento de peso em clientes cujo a perda ponderal tenha sido superior a 10% (Gomez et al., 2022).

Contudo, é de salientar que esta cirurgia é delicada e implica um tempo de internamento prolongado. A probabilidade de permanência na unidade de cuidados intensivos, tal como a necessidade de transfusão sanguínea são de ponderar. Se for acrescentado um cenário de ocorrência de qualquer complicação, aumenta em quase 50% os riscos para o cliente (Silva et al.,2014).

Todos os artigos científicos analisados, apontam uma variedade de complicações pós

procedimento, com destaque para a infecção do local cirúrgico; deiscência da ferida; fístula êntero-cutânea; evisceração, abscesso intracavitário; deiscência da anastomose; fístula retovaginal; hematoma da ferida e estenose da anastomose com íleo paralítico, além de hérnia incisional no pós-operatório tardio (Silva et al,2014).

Procedimento anestésico

O procedimento anestésico é um método que engloba todo o período do perioperatório e contempla a avaliação pré-anestésica, o ato anestésico intraoperatório, o período de recuperação da anestesia e a analgesia pós-operatória. O objetivo é centrado na qualidade da assistência ao utente submetido a qualquer ato anestésico, visando a segurança e a redução do risco associado a anestesia com o objetivo de promover uma recuperação facilitadora. (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2016).

No período pré-anestésico deve ser tido em consideração: a história clínica, o estado físico, exames complementares, fatores de risco e potenciais intercorrências para a segurança do ato anestésico e cirúrgico, avaliação e valorização da farmacoterapia realizada no domicílio, esclarecimento sobre a técnica anestésica e tranquilizar o cliente e obtenção do consentimento informado (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2016). O risco anestésico é aumentado em clientes obesos, tornando-se primordial a aquisições de conhecimentos e habilidades no manejo anestésico desses clientes (Rodrigues et AL., 2022).

Técnica anestésica

Na reconstrução de trânsito intestinal pós cirurgia de Hartmann, a técnica anestésica mais utilizada é a anestesia geral balanceada, para a qual é necessário ter vários fatores em consideração. A anestesia geral é uma condição reversível induzida por fármacos que incluem características comportamentais e fisiológicas específicas como a inconsciência, amnésia, analgesia e relaxamento do músculo esquelético, com estabilização simultânea dos sistemas autónomos, cardiovascular, respiratório e termorregulador (Marinho, 2021). Podemos descrever três fases: indução, manutenção e recuperação. Previamente à indução, deve ser realizada a pré-oxigenação, procedimento que consiste em substituir o volume de azoto do pulmão por oxigénio, a fim de aumentar a reserva do mesmo prevenindo uma apneia severa durante a indução anestésica. Esta ocorre após administração de um agente hipnótico, analgésico e relaxante muscular, que, por sua vez, dá origem ao estado de apneia e perda dos reflexos de proteção das vias aéreas. Nesta fase a necessidade de assegurar a ventilação e oxigenação

impõem a intubação orotraqueal com dispositivos como a máscara laríngea ou o tubo endotraqueal (Marinho, 2021). A manutenção anestésica pode ser realizada por inalação contínua ou através de agentes intravenosos, isolados ou em combinação, e contempla o início e término do procedimento cirúrgico (SOBECC, 2021). A recuperação implica a suspensão dos gases e/ou fármacos administrados durante o procedimento anestésico por meio de antagonistas específicos, favorecendo o despertar seguro e a extubação (SOBECC, 2021).

Analgesia intra e pós operatória

Uma analgesia bem concebida pode favorecer o controle do processo inflamatório provocado pela gravidade do trauma cirúrgico, reduzir a incidência de complicações pós-operatórias, especialmente as de origem cardíaca e respiratória, tal como a necessidade de transfusão de sangue no período intraoperatório (Lared et al, 2021).

A analgesia pós-operatória é uma componente integral da recuperação cirúrgica. De uma forma convencional a analgesia epidural é das mais utilizadas em cirurgias da cavidade abdominal pela a redução na administração de opiodes, favorecendo um retorno mais rápido do trânsito intestinal. No entanto, apesar de surtir efeito no controle da dor, essa pode levar a uma serie de complicações como por exemplo, a paralisia gastrointestinal e dor pós-operatória por falha do efeito analgésico do dispositivo médico utilizado no cateter epidural, até por própria deslocação do mesmo. Neste sentido, sugere-se o conhecimento de outras técnicas anestésicas que possam substituir o bloqueio epidural, especialmente em cirurgias abdominais de grande porte. Vários estudos científicos apontam para os bloqueios do quadrado lombar e, especialmente, o bloqueio do plano eretor, podendo fornecer áreas de maior analgesia somática, bem como analgesia visceral, traduzindo em benefícios clínicos mais significativos (Lared et al, 2021).

Essa técnica analgésica foi descrita pela primeira vez por Rafael Blanco em 2007, durante o Congresso Europeu de Anestesia Regional, como uma variação da abordagem posterior do bloqueio do plano transversal abdominal, guiado por ultrassonografia.

O bloqueio do quadrado lombar é realizado através de quatro pontos de injeção: o anestésico local é injetado no bordo anterolateral do músculo quadrado lombar, na sua junção com a fáscia transversal, e junto à aponevrose do abdominal transversal (Graça et al., 2018).

Os relatos de estudos científicos evidenciam os benefícios desta abordagem analgésica, verificando-se uma menor necessidade de recorrer à analgesia de resgate nas primeiras 48h. Uma analgesia eficaz da parede abdominal pelo bloqueio de nervos somáticos e simpáticos, o que promove o bem estar do utente. Embora ainda pouco enraizado, o bloqueio do quadrado

lombar encontra-se em plena ascensão pelas suas vantagens em detrimento do bloqueio do neuro-eixo com cateter epidural para analgesia pelo risco de hipotensão, punção vascular, cefaleia pós-punção da dura, administração intratecal de anestésico, infecção, hematoma epidural e complicações neurológicas (Graça et al., 2018).

Ressalta-se que a escolha dos métodos de anestesia e analgesia são definidas pelos médicos anesthesiologistas que acompanham cada procedimento cirúrgico

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 65 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-24 08:00:00	cefoxitina 2000mg EV	
2023-11-24 08:00:00	Ropivacaina 0,5mg/ml (bloqueio quadrado lombar)	
2023-11-24 08:00:00	Fentanil 0,20mg EV	
2023-11-24 08:00:00	propofol 200mg EV	
2023-11-24 08:00:00	rocuronio 50mg EV	
2023-11-24 08:00:00	dexametazone 4mg EV	
2023-11-24 08:00:00	paracetamol 1000mg EV	
2023-11-24 08:00:00	tramadol100mg EV	
2023-11-24 08:00:00	Toradol 30mgEV	
2023-11-24 08:00:00	Ondansetron 4mgEV	
2023-11-24 10:30:00	sugamadex 200mg EV	

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Aquando a administração da medicação no período perioperatório, alguns parâmetros devem ser considerados na promoção da segurança do utente. Neste pressuposto, o enfermeiro deve certificar-se:

- Utente certo
- Medicação certa
- Dose correta
- Via certa
- Hora de administração correta e intervalo de administração
- Validade
- Comunicação e/ou educação sobre a terapêutica (quando necessário)
- Registo da medicação administrada
- Monitorização continua de PA, FC e saturação de O2

- Monitorização da resposta do utente à medicação
- Observação de possíveis interações medicamentosas
- Verificação e presença de equipamentos de abordagem de via aérea difícil e de ressuscitação (DGS, 2013)

Seguidamente expomos os fármacos administrados no período perioperatório, evidenciando as suas características, e possíveis efeitos adversos.

Cefoxitina 2000mg EV

Segundo a DGS (2013) administração da profilaxia antibiótica é efetuada nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, de modo a assegurar níveis tecidulares adequados na altura da incisão cirúrgica, e deve estar completa antes da incisão. Nos procedimentos cirúrgicos com duração não superior a duas horas, a profilaxia antibiótica cirúrgica é prescrita em dose única. Na maioria das situações a cefoxitina é prescrita para procedimentos que envolvam tubo digestivo baixo. (DGS, 2013)

A cefoxitina é geralmente bactericida contra bactérias aeróbias Gram-positivas. Não deve ser administrada a clientes que tenham sofrido reações imediatas ou tardias graves anteriores com penicilinas ou cefalosporinas (Brogden et al., 1979).

Fentanil 0,15mg EV

Fentanil é um analgésico opióide administrado por via endovenosa durante a anestesia geral, juntamente com bloqueadores neuromusculares e anestésicos. Tem como ação ligar-se aos recetores opiáceos do sistema nervoso central, mudando a resposta à dor e sua percepção.

A sua administração deve ser lenta (1-3 minutos) para reduzir bradicardia, hipotensão e rigidez muscular. O efeito analgésico começa a ocorrer após 2 minutos e dura cerca de 30 minutos, mas pode durar até 24 horas. Alguns efeitos adversos comuns incluem depressão respiratória, broncospasmo, laringospasmo, arritmias, bradicardia, hipotensão, prurido, rigidez muscular, náuseas e vômitos. Por isso, é importante monitorizar a pressão arterial, ritmo e frequência cardíaca, frequência respiratória e outros sinais relacionados à administração, tanto durante a cirurgia como no pós-operatório.

Propofol 200mg EV

Propofol é um anestésico utilizado para a indução anestésica. É hipnótico de curta duração, causando amnésia. Efeitos colaterais comuns incluem apneia, bradicardia, hipotensão, hipertensão, náuseas, vômitos, vermelhidão, mioclonias, calor e dor na injeção. Tem início de

ação rápida (40 segundos) e duração de 3-4 minutos. A dose indicada na indução é 1,5-2,5mg/kg, na manutenção é 4-12mg/kg/h. Contraindicado para pessoas alérgicas a lecitina de soja, amendoim e ovo. As reações alérgicas são raras.

Rocurónio 50mg EV

O rocurónio é um relaxante muscular utilizado durante procedimentos cirúrgicos e ventilação mecânica. A sua ação bloqueia a transmissão nervosa muscular, causando uma paralisia temporária dos músculos. O início de ação é cerca de 1 minuto e a sua duração de 35 a 55 minutos, de forma a garantir a sua ação durante a cirurgia são necessárias repicagens do fármaco.

Alguns efeitos colaterais incluem paralisia, broncospasmo, taquicardia, hipotensão, erupção cutânea, ou raramente, choque anafilático. A monitorização do bloqueio neuromuscular é realizada através de equipamentos como o *train of four*. O bloqueio neuromuscular residual está associado a disfunção da musculatura da faringe e esófago, predispondo a regurgitação e aspiração, bem como dificuldade na permeabilidade da via aérea e sensação de fraqueza muscular. A dose recomendada para a indução é de 1mg/kg e para a manutenção anestésica é de 0,15 mg/kg.

Paracetamol 1g EV

O paracetamol é um analgésico não opióide, usado para controlo da dor leve a moderada. A APCA defende que a abordagem analgésica deve ser multimodal, ou seja a administração consiste na combinação de analgésicos opióides e não-opióides que atuem quer no sistema nervoso central, quer no periférico. Como reações adversas/efeitos laterais estão descritas hipotensão, erupção cutânea e urticária muito raramente. Em indivíduos com doença hepática a sua administração deve ser ponderada. Importa transmitir a informação da hora da sua administração para se evitar sobredosagens.

Ondansetron 4mg EV

O ondansetron é um antiemético administrado no intraoperatório contemplado no protocolo de profilaxia e tratamento de náuseas e vômitos no pós-operatório. Como efeitos colaterais/reações adversas mais frequentes estão descritos: cefaleias, diarreia, tonturas e reações extrapiramidais.

Tramadol 100mg EV

O tramadol é um analgésico opióide minor de ação central, com duplo mecanismo de ação para tratamento da dor moderada a intensa. Como reações adversas/efeitos colaterais estão descritas tonturas, vertigens, sonolência, convulsões, obstipação, náuseas, prurido e sudorese.

Cetorolac 30mg EV

Cetorolac é um analgésico potente da classe dos anti-inflamatórios não esteróides (AINE), usado no meio hospitalar para alívio da dor pós-operatória moderada a grave. A sua ação inibe o sistema enzimático das ciclo oxigenases e, portanto, a síntese das prostaglandinas e demonstra um efeito anti-inflamatório mínimo na sua dose analgésica.

Sugamadex 200mg EV

O sugamadex é uma ciclodextrina com efeito antagonista do bloqueadores neuromusculares aminosteroides (mais eficaz no rocurônio) atua através do encapsulamento e inativação dos relaxantes musculares, possibilitando a reversão do bloqueio neuromuscular independentemente da sua intensidade. Uma das particularidades deste fármaco é a sua capacidade de reverter o bloqueio promovido pelo rocurônio logo após a sua administração. Não estão descritos efeitos secundários relevantes(Esteves, 2013)

Petidina 30mg EV SOS

A petidina é um medicamento opioide utilizado para aliviar a dor moderada a intensa, que atua no sistema nervoso central para reduzir a percepção da dor. Pode ser administrada por via oral, intravenosa, intramuscular ou subcutânea. Como efeitos colaterais mais comuns descreve-se a sonolência, náuseas e hipotensão. Esta pode interagir com outros medicamentos, incluindo sedativos e ansiolíticos, aumentando o risco de efeitos adversos.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

24-11-2023 08:00

24-11-2023 08:00 - Procedimento invasivo [RESOLVIDO] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Tipo de procedimento invasivo: reconstrução de transito pós

cirurgia de Hartmann de urgência.

24-11-2023 08:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

24-11-2023 08:00 - Localização do Pulso

24-11-2023 08:00 - Antebraço Esquerda(o)

24-11-2023 08:00 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

24-11-2023 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

24-11-2023 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

24-11-2023 08:00 - Membro superior Direita(o)

24-11-2023 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 125 mmHg.

24-11-2023 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.

24-11-2023 08:00 - Temperatura corporal periférica

24-11-2023 08:00 - Ouvido: 36.00 °C.

24-11-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [SOS] [FIM]

24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Promover autogestão: procedimento invasivo [FIM]

24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-11-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo [RESOLVIDO] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo [FIM]

24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Regime de nada pela boca [RESOLVIDO] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Promover adesão: regime de nada pela boca [FIM]

24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da adesão ao regime de nada pela boca [FIM]

24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

24-11-2023 08:00 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]

24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão [contínuo] [FIM]

24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [1/1 hora se procedimento prolongado] [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [na entubação e extubação] [FIM] 24-11-2023 10:30

Sondas, Drenos e Cateteres

24-11-2023 08:00

24-11-2023 08:00 - Sonda gástrica [RESOLVIDO] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: drenagem de líquidos.

24-11-2023 08:00 - Nível de inserção da sonda gástrica

24-11-2023 08:00 - Nariz Direita(o): 0.00 cm.

24-11-2023 08:00 - Substância drenada pela sonda gástrica: biliar.

24-11-2023 08:00 - Características do dispositivo: calibre 18.

24-11-2023 08:00 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno

[FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da drenagem pela sonda gástrica [hora/hora]

[FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Assegurar funcionamento da sonda [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Otimizar sonda gástrica [SOS] [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a sonda gástrica [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução do nível de inserção da sonda gástrica [FIM]

24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção da sonda gástrica ao médico [SOS] [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica

[FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Trocar sonda gástrica [SOS] [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica [SOS] [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

24-11-2023 08:00 - Cavidade oral: 20.00 cm.

24-11-2023 08:00 - Presença de cuff

24-11-2023 08:00 - Traqueia: Com cuff.

24-11-2023 08:00 - Pressão do cuff: 20 cmH2O.

24-11-2023 08:00 - Características do dispositivo: endotraqueal nº 7,5.

24-11-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Otimizar tubo endotraqueal [SOS] [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da pressão do cuff [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Manter cuff insuflado [continuo extubação] [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Gerir a pressão do cuff [SOS] [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Insuflar cuff [entubação] [FIM] 24-11-2023 10:30

24-11-2023 08:00 - Cateter urinário

24-11-2023 08:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

24-11-2023 08:00 - Transparência da urina: Límpida.

24-11-2023 08:00 - Características do dispositivo: folley nº 16.

24-11-2023 08:00 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário [hora/hora]

24-11-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter

24-11-2023 08:00 - Otimizar cateter urinário [SOS]

24-11-2023 08:00 - Cateter venoso periférico

24-11-2023 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

24-11-2023 08:00 - Antebraço Esquerda(o)

24-11-2023 08:00 - Características do dispositivo: calibre 18G.

24-11-2023 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [SOS]

24-11-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter

24-11-2023 08:00 - Otimizar cateter venoso periférico [SOS]

24-11-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

24-11-2023 08:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

24-11-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

24-11-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

24-11-2023 08:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

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

Primeira sessão

A primeira sessão será dividida em duas fases essenciais para a execução com sucesso de um procedimento cirúrgico, o período pré-operatório e intraoperatório.

Segundo a AORN e a European Operating Room Nurses Association (EORNA) a função do enfermeiro perioperatório consiste em identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e

espirituais do cliente e sua família para que possa deste modo organizar e implementar um plano individualizado de cuidados de enfermagem, baseado no conhecimento da natureza, com o objetivo de preservar/restabelecer a saúde e bem estar do indivíduo nas fases pré, intra e pós-operatórias (AESOP, 2012).

Deste modo, podemos considerar essencial a sistematização da assistência de enfermagem em peri-operatório, visando recolher dados, identificar diagnósticos, prescrever intervenções e definir objetivos. Esse processo é elaborado em três fases distintas: período pré-operatório imediato (24 horas antes da cirurgia), intraoperatório e pós-operatório imediato (24 horas após a cirurgia). O objetivo é capacitar e preparar o cliente para o tratamento anestésico-cirúrgico (Camargo et al., 2021).

Período pré-operatório

Atitudes Terapêuticas

Foi identificado como "Atitudes Terapêuticas", todas as intervenções interdependentes, cujo as suas vigilâncias são fundamentais para o desenvolvimento com segurança do processo cirúrgico.

Como nos refere a Ordem dos Enfermeiros no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (dec. lei nº 161/96, 4 setembro, Art.º 9), consideram-se ações interdependentes as intervenções realizadas pelos enfermeiros em conjunto com outros profissionais, para atingir um objetivo comum. Estas decorrem de planos definidos pelas equipas multidisciplinares e de prescrições ou orientações previamente formalizadas, apresentando o mesmo grau de importância para o cliente.

O período pré-operatório é de grande responsabilidade, para garantir que todo o procedimento será efetuado em conformidade, existem normas que devem ser respeitadas.

A preocupação com a segurança dos doentes nasce em 2002 com as primeiras resoluções da OMS para evitar danos e eventos adversos na prestação de cuidados. Com o objetivo de promover o estabelecimento de políticas e de práticas clínicas seguras, nesse sentido foram desenvolvidas investigações e avaliações visando identificar soluções para a segurança do cliente. Entre vários projetos do "Desafio Global para a Segurança do Doente" emane o "World Alliance for Patient Safety" em 2004, o programa internacional da "Cirurgia Segura, Salva-Vidas" em 2009, ambos originados pela OMS. Dessa forma os principais objetivos da segurança do cliente incluem: diminuir a ocorrência de danos, físicos e psicológicos; eliminar os danos passíveis de serem prevenidos e reduzir os erros em saúde (OMS, 2010).

Nesta ordem de ideias foi criado um Pano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, esse tem como ponto central a segurança do cliente para garantir a qualidade da saúde e dos cuidados prestados de enfermagem Assenta em vários pilares como a cultura de segurança do ambiente interno, da comunicação, do procedimento cirúrgico, da utilização da medicação, da identificação inequívoca do paciente, da gestão de informação sobre quedas dos clientes e das úlceras por pressão, da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde e nos sistema de relatos de incidentes (DGS, 2011).

O cliente deve cumprir a adequada preparação pré-cirúrgica da pele, uma vez que esta está diretamente relacionada com a infeção do local cirúrgico.

A norma da DGS, norma clínica: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022, “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (ILC) - recomenda o banho com esponja de clorexidina na véspera da cirurgia e no dia da cirurgia até duas horas antes , evitando tricotomia com lamina.

Segundo a DGS (2022), a infeção do local cirúrgico é multifatorial, e está relacionada com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico envolvido, ocorre no local da incisão cutânea ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), no período compreendido entre os primeiros trinta dias de pós-operatório, ou até três meses quando colocada prótese.

O jejum noturno praticado antes de cirurgias eletivas foi instituído para prevenir complicações pulmonares, vômitos, regurgitação e aspiração do conteúdo gástrico (Ludwig et al., 2013).

Para que o procedimento anestésico seja realizado e conseqüentemente a cirurgia, o conhecimento e cumprimento do jejum pré operatório é imperativo.

Outros pontos essenciais, são a confirmação da identificação do cliente, a lateralidade, que neste caso não será aplicável e o consentimento informado, qualquer ato médico só poderá ser realizado com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa (Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, 2005).

Período intraoperatório

Na cirurgia abordada, o cliente encontra-se sob anestesia geral balanceada, em que a ventilação mecânica assume um papel importante. O enfermeiro peri-operatório é capacitado, dado ao seu conhecimento científico, à colaborar na avaliação da evolução da ventilação em cooperação com a equipa médica, contribuindo para o equilíbrio hemodinâmico do cliente.

A "ventilação mecânica invasiva" caracteriza-se por ser um procedimento invasivo, que tem como principais objetivos otimizar a função pulmonar do cliente, proporcionar trocas gasosas

eficazes, manter o recrutamento alveolar, reduzir o potencial de lesão e garantir a estabilidade hemodinâmica (Wright et al., 2020).

A anestesia geral, é um estado de inconsciência controlado e reversível caracterizado por inconsciência, analgesia, imobilidade e atenuação dos reflexos autónomos (Duarte, 2017).

Existe, neste momento, um grande leque de instrumentos ao dispor da equipa de anestesiologia para vigiar a qualidade da anestesia, relacionadas com este período, poucas intervenções são autónomas de enfermagem. Embora convém referir que é pertinente e indispensável, o conhecimento e a capacidade de interpretação dos parâmetros desses instrumentos.

O Índice Bispectral (BIS) permite medir os efeitos dos anestésicos no cérebro, de modo a avaliar a profundidade anestésica. O BIS tem como principais vantagens a manutenção da anestesia, permite evitar um despertar precoce e reduzir a incidência de eventos adversos. De referir que os valores do BIS variam entre 0 e 100, sendo que entre 40 e 60 demonstra baixa probabilidade do cliente acordar ou ter awareness (Oliveira et al., 2017).

O Train of Four (TOF) permite monitorização o relaxamento neuromuscular, avaliado através da estimulação nervosa, de forma qualitativa ou quantitativa, a profundidade do bloqueio neuromuscular, de forma a otimizar as condições cirúrgicas e aumenta a segurança do cliente. O valor do TOF considerado adequado para uma recuperação da força muscular aceitável é inferior a 0,9 (APCA, 2013; Kameyama et al., 2019).

Como intervenção independentes podemos relacionar o "posicionamento cirúrgico" à anestesia. A evolução da integridade dos tecidos deve ser avaliada e salvaguardada Ao posicionar o cliente para o procedimento cirúrgico, o enfermeiro protege as áreas de pressão. Um posicionamento incorreto é considerado um dano evitável, que pode complicar as cirurgias que decorrem sob sedação, anestesia regional ou anestesia geral (Hewson et al., 2018).

Lopes (2016) salientam que o posicionamento cirúrgico é um procedimento relevante executado por todos os profissionais envolvidos no atendimento do cliente, no período intraoperatório. De salientar que devem ser consideradas as particularidades do cliente, preferências do cirurgião para melhor exposição do local cirúrgico, técnica cirúrgica a ser realizada e o acesso para a administração de medicação, monitorização e ventilação deste pelo anestesista.

O conhecimento das alterações anatómicas e fisiológicas, capacita o enfermeiro perioperatório na prevenção de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Para tal, esse deve utilizar os equipamentos e dispositivos disponíveis para auxiliar a técnica cirúrgica, possibilitando o planeamento e implementação de intervenções meticulosas. Como referido no enquadramento teórico, este procedimento cirúrgico altera o posicionamento do cliente ao longo da cirurgia. As principais complicações relacionadas ao posicionamento cirúrgico incluem a dor músculo-esquelética, lesões de pele e em nervos periféricos e a síndrome compartimentar (Lopes et al., 2016).

Sondas, drenos e cateteres

É imperativo garantir um acesso venoso, através de um cateter venoso periférico, em perfeitas condições. Esse permite um acesso ao sistema vascular de forma mais rápida, menos complexa e menos invasiva.

Em qualquer procedimento invasivo o cateter venoso periférico é fundamental, permitindo a indução anestésica e administração de fármacos, além de facilitar a terapêutica endovenosa, transfusão de hemoderivados, fornecimento de um suporte nutricional e, sempre que é necessário, o acesso direto à corrente sanguínea (Catarino et al., 2022).

A presença deste dispositivo comporta alguns riscos, podendo até atrasar a alta hospitalar do cliente. O enfermeiro perioperatório assume um papel fundamental na vigilância e na adoção de medidas adequadas na manipulação do mesmo (Catarino et tal., 2022).

Nesta sequência é introduzido um tubo endotraqueal (TET) para suporte da ventilação mecânica e insuflado um cuff, que tem por função vedar e proteger a via aérea, prevenindo a aspiração de secreções e possibilitando a ventilação pulmonar com pressão positiva.

A pressão de insuflação do cuff deve ser ajustada entre 20 a 30 cmH₂O, caso contrário esse pode exercer uma pressão elevada na parede traqueal, impedindo o fluxo sanguíneo sobre a mucosa traqueal aumentando assim o risco de isquemia da mucosa (Orfão et al., 2016).

Durante a cirurgia é introduzida uma sonda nasogástrica, para evacuar o ar que possa ter entrado no estômago durante a ventilação pela máscara facial antes da intubação endotraqueal, sendo removida antes da reversão da anestesia.

Em alguns casos, a sonda nasogastrica não é retirada com o objetivo de reduzir o desconforto no pós-operatório, causado pela distensão gástrica. O seu uso de forma rotineira tem sido discutido, pela falta de benefícios positivos. Vários estudos científicos corroboram que não existe um maior risco de ocorrência de complicações em procedimentos cirúrgicos onde não foram colocadas sondas nasogástricas (Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations 2018).

A colocação de um cateter urinário durante e após a cirurgia colorretal é tradicionalmente utilizada por dois motivos principais: prevenção da retenção urinária e monitoramento do débito urinário, idealmente, segundo novos estudos, esse deve manter-se na meta de 0,2ml/kg/h (ERAS, 2018).

É de salientar que tendo em conta o risco de infecção do trato urinário e a dificuldade em mobilizar-se no pos-operatorio, a medição horária do débito urinário não é, por si só, uma indicação para cateterismo vesical. Esse ato deve ser ponderado em cirurgias que se preveem de curta duração e com baixo suporte de fluidos (ERAS, 2018).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
24-11-2023 08:00	Atitudes terapêuticas	24-11-2023 10:30
24-11-2023 08:00	Sistema cardiovascular	
24-11-2023 08:00	Termorregulação	
24-11-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
24-11-2023 08:00	Metabolismo	
24-11-2023 08:00	Sistema respiratório	
24-11-2023 08:00	Pele e mucosas	
24-11-2023 10:30	Consciência	
24-11-2023 10:30	Sensações somáticas	
24-11-2023 10:30	Digestão	

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

Primeira sessão - período intraoperatório

Neste capítulo serão explorados todos os domínios pertinentes e de relevância para o caso em estudo, tal como a suas interligações.

Termorregulação

A manutenção da normotermia perioperatória faz parte das recomendações da OMS e do Center of Disease Control (CDC), bem como do feixe de intervenções da norma da DGS para a prevenção da infecção do local cirúrgico (DGS, 2022).

A hipotermia define-se como uma temperatura central inferior a 36°C, é uma das complicações recorrentes no final das cirurgias e pode ocorrer em qualquer momento durante o procedimento (SPA, 2017).

A importância de manter a normotermia em clientes submetidos a cirurgias de grande porte, incluindo cirurgia colorretal, é bem reconhecida.

A anestesia geral tal como a anestesia do neuroeixo afetam diretamente a termorregulação com efeitos na vasoconstrição e nos tremores, causando uma redistribuição da temperatura do centro para a periferia, induzindo a perda de calor. A evidência científica demonstra que a hipotermia inadvertida aumenta a perda de sangue em 16% e as taxas de transfusão de globos

rubros de 22%. Além de efeitos com isquemia miocárdica, arritmias cardíacas, redução da biotransformação medicamentosa (Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations 2018).

No período pós-operatório, os efeitos inadvertidos da hipotermia aumentam o consumo de oxigênio, a permanência na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos e o risco de infecção do local cirúrgico. A medição precisa da temperatura é fundamental e para esse efeito existem vários métodos como a medição nasofaríngea ou a termometria de fluxo de calor zero (testa profunda), a normotermia pode ser mantida de várias formas, aquecimento e umidificação de gases anestésicos, aquecimento de fluidos intravenosos e de irrigação e cobertores e dispositivos de aquecimento de ar forçado (Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations 2018).

Sistema cardiovascular

Como referido no enquadramento teórico, a hemorragia pós-operatório é uma das complicações mais comuns pós reconstrução do trânsito.

É imperativo a avaliação contínua do estado geral do cliente cirúrgico, tendo por base variáveis como a pressão arterial e a perfusão dos tecidos, de forma a adaptar a prestação e gestão de cuidados pós-operatórios.

A hemorragia traduz-se habitualmente por uma hipotensão acentuada, provocada pela hipovolémia, tratando-se com reposição hídrica e/ou de sangue, ou mesmo sendo conduzido de volta à sala cirúrgica, para realizar uma revisão da hemóstase (Rothrock, 2008).

Metabolismo

A hiperglicemia está associada a um risco aumentado de infecção do local cirúrgico (ILC), aumentando o risco de morbilidade, mortalidade, custos de cuidados de saúde quer seja em clientes diabéticos como não diabéticos, má cicatrização da ferida cirúrgica por deficiente função dos leucócitos e redução da síntese do colagénio (OMS, 2018).

O stress cirúrgico provoca um descontrole dos níveis de glicose no sangue, durante e após a cirurgia, do qual resulta a libertação das hormonas contrarreguladoras (catecolaminas, cortisol, glucagon e hormona do crescimento) e a inibição da secreção de insulina. (OMS, 2018).

Por outro lado, a hipoglicemia e as diversas variações da glicemia predispõem a uma maior incidência de complicações hospitalares, sendo a estabilização e prevenção da hipoglicemia importante para redução da mortalidade hospitalar (Santos, 2018).

Sistema respiratório

A limpeza da via aérea e a ventilação, tanto no intraoperatorio como no pos-operatório, na fase de intubação e extubação, determinam objetivos imperativos no planejamento dos cuidados de enfermagem ao cliente submetido anestesia geral. A obstrução da via aérea é uma das principais complicações anestésicas, a causa mais comum é a queda da língua e a presença de secreções pela diminuição de capacidade de as expelir, podendo o cliente apresentar ronco, pouco ou nenhum movimento respiratório, e uma consequente diminuição da saturação de oxigênio (Rothrock, 2008).

Embora seja administrado na extubação um antagonista do bloqueador neuromuscular, a ventilação do cliente sofre alterações, as ações de enfermagem tornam-se fundamentais, auxiliando na estimulação do cliente, no posicionamento ou na necessidade de aspirar secreções .

A permeabilidade da via aérea obriga a uma preocupação acrescida, pois qualquer obstrução pode ter repercussões graves como hipoxemia e edema pulmonar (Oliveira et al., 2015; Salazar, 2022).

Pele e mucosas

No final do procedimento, após encerramento cirúrgico, é colocado um penso impermeável com compressa na ferida cirúrgica.

O tratamento da ferida cirúrgica é um cuidado de enfermagem que revela toda a sua importância na prevenção da ILC. Segundo a DGS (2022), a ILC pode ser multifatorial, e está relacionada com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico envolvido. Ocorre no local da incisão cutânea ou próximo dela (incisional ou órgão/espaço), no período compreendido entre os primeiros trinta dias de pós-operatório, ou até três meses quando colocada prótese.

Segunda sessão - período pos-operatorio imediato e UCPA

Consciência

Este domínio está relacionado com o pós-operatório imediato, de fato em clientes submetidos a anestesia geral, a avaliação do nível de consciência, do estado hemodinâmico e do padrão respiratório são princípios básicos dos cuidados de enfermagem (Madeira et al., 2013; Oliveira

et al., 2015).

Esse diagnóstico de enfermagem é de tal forma importante que a sua avaliação é parte integral da escala para a alta utilizada na UCPA (Unidade Cuidados Pós Anestésicos). A escala de Aldrete, juntamente com a Escala de Coma de Glasgow constituem ferramentas de apoio na avaliação da evolução da consciência (Oliveira Serra et al., 2015)

Dor

“O doente é o melhor avaliador da sua própria dor, considerando que a parte física se interliga com a psicológica, social, cultural e espiritual” (APCA, 2018).

A dor é considerada o quinto sinal vital e define-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial (DGS, 2003). Grande parte dos clientes submetidos a cirurgia experiência a dor pós-operatória, por isso é de extrema importância avaliar o nível de dor. Um bom controle da dor aumenta o conforto, acelera a recuperação e previne complicações pós-operatórias (Venkatesan et al., 2021).

Uma analgesia adequada pós-operatória é essencial no controle da dor, facilitando a recuperação na cirurgia colorretal, o uso de opiodes deve ser evitado, dando prioridade a uma analgesia multimodal, o que reduz o tempo de internamento e complicações, proporcionando a mobilização precoce, o retorno da função intestinal (Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations 2018).

A clássica analgesia epidural tem sido questionada, dando espaço a um interesse crescente pelos bloqueios das paredes abdominais com anestésicos locais. Em constante melhoria, a técnica tem sido aprimorada e representa uma mais valia para a cirurgia abdominal. A sua eficácia depende da técnica utilizada e do anestésico. O ideal passa por uma infiltração de ropivacaina ou lidocaína, entre os planos dos músculos oblíquo interno e transversos do abdome, e não um nervo específico (ERAS, 2018).

Digestão

A prevenção de náuseas e vômitos pós-operatórios é fundamental para clientes submetidos à cirurgia colorretal, pois o retorno da ingestão nutricional adequada é um dos critérios para a alta clínica.

As náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) representam umas das complicações mais frequentes e indesejáveis, afetando 20% a 30% dos clientes cirúrgicos e ainda 70% dos clientes com múltiplos fatores de risco conhecidos (Masiongale et al., 2018).

As consequências negativas de NVPO incluem hemorragia pós-operatória, deiscência da ferida cirúrgica, aspiração pulmonar, desequilíbrio hidro-eletrolítico, desconforto e insatisfação do cliente, contribuindo assim, para o atraso da alta hospitalar (Masiongale et al., 2018).

As NVPO constituem um dos principais focos de atenção do enfermeiro do período pós-operatória, contribuindo para o aumento da eficácia e segurança do cliente, aliada á melhoria dos cuidados prestados.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

24-11-2023 10:30

24-11-2023 10:30 - Consciente.

24-11-2023 10:30 - Determinar sinais de alteração da consciência

24-11-2023 10:30 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Até alta UCPA]

24-11-2023 10:30 - Determinar evolução da consciência [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Avaliar evolução da consciência [ate reunir condições para alta] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 12:00

24-11-2023 12:00 - Consciente.

Sensações somáticas

24-11-2023 10:30

24-11-2023 10:30 - Sem manifestação de dor.

24-11-2023 10:30 - Determinar sinais de dor

24-11-2023 10:30 - Avaliar evolução de sinais de dor [SOS]

24-11-2023 10:30 - Sensibilidade comprometida

24-11-2023 10:30 - Determinar evolução da sensibilidade

24-11-2023 10:30 - Avaliar evolução da sensibilidade [quando utente desperto]

24-11-2023 10:30 - Dor

24-11-2023 10:30 - Localização da dor

24-11-2023 10:30 - Abdómen Inferior

24-11-2023 10:30 - Intensidade da dor - sem dor.

24-11-2023 12:00 - Localização da dor

24-11-2023 12:00 - Abdómen Inferior

24-11-2023 12:00 - Intensidade da dor - sem dor.

24-11-2023 10:30 - Determinar evolução da dor

24-11-2023 10:30 - Avaliar evolução da dor [SOS]

24-11-2023 10:30 - Diminuir dor

24-11-2023 10:30 - Gerir analgesia [SOS]

24-11-2023 10:30 - Aplicar calor [SOS]

24-11-2023 10:30 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [SOS]

24-11-2023 10:30 - Executar massagem [SOS]

24-11-2023 10:30 - Posicionar para aliviar a dor [SOS]

24-11-2023 10:30 - Promover autocontrolo: dor

24-11-2023 10:30 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-11-2023 10:30 - Capacidade para autocontrolar analgesia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-11-2023 10:30 - Autoeficácia para autocontrolar a analgesia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-11-2023 10:30 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

24-11-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [aquando da alta de UCPA]

24-11-2023 10:30 - Avaliar evolução da capacidade para autocontrolar analgesia [aquando da alta de UCPA]

24-11-2023 10:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para autocontrolar a analgesia [aquando da alta de UCPA]

24-11-2023 10:30 - Avaliar evolução do autocontrolo da dor [aquando da alta de UCPA]

24-11-2023 12:00

24-11-2023 12:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Sistema respiratório

24-11-2023 08:00

24-11-2023 08:00 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

24-11-2023 08:00 - Ritmo respiratório regular.

24-11-2023 08:00 - Movimento respiratório simétrico.

24-11-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

24-11-2023 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue

24-11-2023 08:00 - Periférico(a): 99 %.

24-11-2023 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.

24-11-2023 08:00 - Reflexo da tosse: presente.

24-11-2023 08:00 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico.

24-11-2023 08:00 - Sons respiratórios: normais.

24-11-2023 08:00 - Secreções em moderada quantidade.

24-11-2023 08:00 - Secreções fluídas.

24-11-2023 08:00 - Secreções esbranquiçadas.

24-11-2023 08:00 - Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Determinar evolução da ventilação [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da ventilação [na intubação, extubação, UCPA] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Limpeza da via aérea comprometida [RESOLVIDO] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea [FIM]

24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [na intubação, extubação, UCPA] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Melhorar limpeza da via aérea [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Aspirar via aérea [SOS] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea [SOS] [FIM]

24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Executar hiperinsuflação manual [SOS] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 12:00

24-11-2023 12:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

24-11-2023 12:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

24-11-2023 12:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

24-11-2023 12:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

24-11-2023 12:00 - Saturação do oxigénio no sangue

24-11-2023 12:00 - Periférico(a): 99 %.

24-11-2023 12:00 - Coloração da mucosa: rosada.

24-11-2023 12:00 - Não comunica falta de ar.

24-11-2023 12:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

24-11-2023 12:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MELHOROU].

24-11-2023 12:00 - Sons respiratórios: normais.

24-11-2023 12:00 - Secreções em pequena quantidade.

24-11-2023 12:00 - Secreções normais [MELHOROU].

24-11-2023 12:00 - Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

24-11-2023 08:00

24-11-2023 08:00 - Temperatura das extremidades

24-11-2023 08:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.

24-11-2023 08:00 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal.

24-11-2023 08:00 - Coloração das extremidades

24-11-2023 08:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.

24-11-2023 08:00 - Membro superior: Coloração normal das extremidades.

24-11-2023 08:00 - Perda sanguínea

24-11-2023 08:00 - Abdómen: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

24-11-2023 08:00 - Localização da dor

24-11-2023 08:00 - Abdómen Inferior

24-11-2023 08:00 - Intensidade da dor - sem dor.

24-11-2023 08:00 - Hemorragia [RESOLVIDO] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [SOS]

24-11-2023 08:00 - Referenciar hemorragia ao médico [SOS] [FIM] 24-11-2023
12:00

24-11-2023 08:00 - Promover hemóstase [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [avaliação 5/5mn] [FIM]
24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Referenciar arritmia ao médico [Sos] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [avaliação 5/5mn]

24-11-2023 08:00 - Referenciar hipertensão ao médico [SOS] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Hipotensão [RESOLVIDO] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea [FIM]

24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [avaliação 5/5mn] [FIM]

24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Referenciar hipotensão ao médico [SOS] [FIM] 24-11-2023
12:00

24-11-2023 08:00 - Prevenir complicações da hipotensão [FIM] 24-11-2023
12:00

24-11-2023 08:00 - Posicionar para otimizar a perfusão cerebral [SOS] [FIM]

24-11-2023 12:00

24-11-2023 12:00

24-11-2023 12:00 - Localização do Pulso

24-11-2023 12:00 - Antebraço Esquerda(o)

24-11-2023 12:00 - Frequência do pulso: 72 pulsações por minuto.

24-11-2023 12:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

24-11-2023 12:00 - Pulso rítmico.

24-11-2023 12:00 - Pulso simétrico.

24-11-2023 12:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

24-11-2023 12:00 - Membro inferior Direita(o)

24-11-2023 12:00 - Pressão sanguínea sistólica: 120 mmHg.

24-11-2023 12:00 - Pressão sanguínea diastólica: 80 mmHg.

24-11-2023 12:00 - Temperatura das extremidades

24-11-2023 12:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

24-11-2023 12:00 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

24-11-2023 12:00 - Coloração das extremidades

24-11-2023 12:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

24-11-2023 12:00 - Membro superior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

24-11-2023 12:00 - Perda sanguínea

24-11-2023 12:00 - Abdómen: Sem perda sanguínea aparente [MELHOROU].

24-11-2023 12:00 - Localização da dor

24-11-2023 12:00 - Abdómen Inferior

24-11-2023 12:00 - Intensidade da dor - sem dor.

Digestão

24-11-2023 10:30

24-11-2023 10:30 - Sem sensação de enjojo.

24-11-2023 10:30 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

24-11-2023 10:30 - Sem vômitos.

24-11-2023 10:30 - Náusea [RESOLVIDO] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Gravidade da náusea: ligeira.

24-11-2023 10:30 - Determinar evolução da náusea [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Avaliar evolução da náusea [SOS na UCPA] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Referenciar náusea ao médico [SOS] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Aliviar náusea [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Executar cuidados de higiene oral [antes de extubação] [FIM]

24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea [intensidade da luz reduzida] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Promover autocontrolo: náusea [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-11-2023 10:30 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-11-2023 10:30 - Conhecimento sobre regime medicamentoso: facilitador.

24-11-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [FIM]

24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea [aquando da alta de UCPA] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Vomitar [RESOLVIDO] 24-11-2023 12:00**24-11-2023 10:30 - Determinar vômitos**

24-11-2023 10:30 - Avaliar evolução do vomitar [SOS ate alta UCPA]

24-11-2023 10:30 - Referenciar o vomitar ao médico [SOS] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Prevenir aspiração [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Posicionar para prevenir a aspiração [na intubação, extubação, UCPA, cabeceira 45º] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Prevenir desidratação [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Gerir hidratação [molhar os lábios SOS] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Promover autogestão: prevenção de complicações do vomitar [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 10:30 - Conhecimento sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-11-2023 10:30 - Conhecimento sobre prevenção de desidratação: facilitador.

24-11-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de

aspiração [aquando da alta de UCPA]

24-11-2023 10:30 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações do vomitar [aquando da alta de UCPA] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 12:00

24-11-2023 12:00 - Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

24-11-2023 12:00 - Sem vômitos.

Pele e mucosas

24-11-2023 08:00

24-11-2023 08:00 - Ferida cirúrgica

24-11-2023 08:00 - Localização da ferida cirúrgica

24-11-2023 08:00 - Abdómen Inferior

24-11-2023 08:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [SOS ate alta UCPA]

24-11-2023 08:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

24-11-2023 08:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [final procedimento]

24-11-2023 08:00 - Suturar ferida [final procedimento]

24-11-2023 08:00 - Aplicar penso de ferida [final procedimento]

24-11-2023 12:00

24-11-2023 12:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Metabolismo

24-11-2023 08:00

24-11-2023 08:00 - Glicemia capilar: 99 mg/dl.

24-11-2023 08:00 - Glicemia [RESOLVIDO] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Determinar evolução da glicemia [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da glicemia [1/1hora] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Referenciar hiperglicemia ao médico [SOS] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Controlar glicemia [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Administrar solução com glicose [SOS] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Gerir regime medicamentoso [SOS] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 12:00

24-11-2023 12:00 - Glicemia capilar: 98 mg/dl.

Termorregulação

24-11-2023 08:00

24-11-2023 08:00 - Hipotermia [RESOLVIDO] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM]

24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [hora/hora ate alta UCPA e entrada] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Referenciar hipotermia ao médico [SOS] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Promover termorregulação [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 08:00 - Aplicar manta de aquecimento [continua] [FIM] 24-11-2023 12:00

24-11-2023 12:00

24-11-2023 12:00 - Temperatura corporal periférica

24-11-2023 12:00 - Ouvido: 36.20 °C.

3.7. Especificação das intervenções

Aplicar colchão de alívio de pressão

- nas zonas de pressão ao início do procedimento

Avaliar evolução da glicemia

- hora/hora

Referenciar hemorragia ao médico

- SOS

Avaliar evolução da temperatura corporal

- de forma continua

Aplicar manta de aquecimento

- de forma continua

Posicionar para prevenir a aspiração

- SOS

Referenciar hipotensão ao médico

- SOS

Posicionar para otimizar a perfusão cerebral

- SOS

Referenciar hipertensão ao médico

- SOS

Referenciar hipotermia ao médico

- SOS

Insuflar cuff

- durante entubação e em SOS se necessario

Manter cuff insuflado

- todo o procedimento

Otimizar tubo endotraqueal

- SOS

Posicionar para prevenir úlcera de pressão

- se cirurgia prolongar

Otimizar cateter venoso periférico

- SOS

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- SOS

Otimizar cateter urinário

- SOS

Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

- cada administração e em SOS

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

- cada administração e em SOS

Trocar cateter venoso periférico

- SOS

Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico

- SOS

Avaliar evolução de sinais de hemorragia

- de forma continua

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- de 5 em 5 minutos

Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário

- hora/hora e SOS

Avaliar evolução da pressão do cuff

- durante entubação e em SOS

Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal

- no momento da intubação e em SOS

Avaliar evolução da sensibilidade

- Informar e instruir o utente sobre a diminuição da sensibilidade devido ao bloqueio abdominal analgésico,

Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- reavaliar ensino sobre bloqueio analgésico

Avaliar evolução da dor

- avaliar, registar e gerir analgesia

Avaliar evolução de sinais de dor

- O Programa Nacional de Controlo da Dor: avaliar, registar e controle da dor (DGS, 2018)

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- avaliar Score de Aldrete Modificada ; estado de consciência, atividade muscular, respiração, circulação e saturação de oxigénio (Gonçalves, 2023)

3.8. Síntese relativa ao caso

A prática clínica dos enfermeiros perioperatórios tem como principal foco de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa que necessitam de procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos. A intervenção do enfermeiro especialista perioperatório abrange cinco áreas de atuação, nomeadamente: a consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos, durante as três fases (pré, intra e pós-operatório) do perioperatório. As competências deste enfermeiro especialista incluem capacitar o cliente e família para a gestão da experiência cirúrgica, promover cuidados à pessoa em situação perioperatória, desenvolvendo a sua intervenção de forma interprofissional (Regulamento n.º 429/2018).

A enfermagem perioperatória é um conjunto de atividades realizadas por um profissional de enfermagem durante a experiência cirúrgica, pré, intra e pós-operatória, conduzindo a um processo que mobiliza habilidades de raciocínio clínico, experiências que permitem uma atuação efetiva, segura e humanizada (Ferrito, 2014)

A ontologia permite identificar diagnósticos de enfermagem, prescrever intervenções com o intuito de atingir objetivos centrados no cliente, baseado em evidências científicas permitindo adquirir e reforçar conhecimentos teórico-práticos.

O contexto peri-operatório é altamente específico, dado a alta rotatividade e a variedade de procedimentos cirúrgicos realizados, obrigando os enfermeiros a um alto nível de conhecimento e competências acrescidas.

Neste caso podemos concluir que todos os domínios selecionados estão interligados, qualquer alteração num deles implica consequências em outro domínio, como uma cadeia. Para um plano de cuidados de enfermagem sistematizado, é necessário focar a nossa atenção em intervenções e diagnósticos de enfermagem autónomos de importância, tanto pelo cumprimento das normas estabelecidas como pela relevância da sua implementação para a vigilância do cliente e prestação de cuidados seguros.

Numa fase inicial, podemos abordar como intervenção autónoma de enfermagem, a prevenção de lesões associadas tanto ao posicionamento cirúrgico como a anestesia geral. Cabe ao enfermeiro proporcionar conforto ao cliente.

A termorregulação e a normoglicemia, motivaram a estruturação de feixos de intervenções da DGS (2020) com o objetivo de prevenir a infeção do local cirúrgico. Além disso, como foi descrito

na especificação dos domínios, a sua alteração da normotermia pode induzir complicações cardíacas, o que nos remete ao domínio do sistema cardiovascular com o diagnóstico de enfermagem "hemorragia", avaliado através da perda sanguínea, que se pretende reduzida, durante a intervenção, e inexistente no pós-operatório.

Quanto à hiperglicemia, esta é um fator de risco para complicações e, portanto, deve ser evitada, a sua resposta fisiológica ao trauma cirúrgico é a resistência à insulina, ou o chamado pseudodiabetes de lesão, que persiste por várias semanas após a cirurgia eletiva.

Outro momento determinante será a intubação e extubação, pois o enfermeiro perioperatória, dirige a sua atenção para a vigilância e proteção da via aérea. O momento da extubação assume particular importância, coincidindo com a reversão dos fármacos anestésicos, O âmbito do sistema respiratório, as intervenções do tipo "avaliar a limpeza das vias aéreas", "aspirar via aérea", "posicionar para facilitar a limpeza da via aérea" tornam-se necessárias face a possível ocorrência de depressão respiratória e/ou aspiração.

O cliente submetido à anestesia geral apresenta períodos de confusão ou desorientação, provenientes dos efeitos da terapêutica anestésica. Prescrever intervenções que zelam pela segurança do cliente são prioritárias como "elevar grades da cama" "avaliar estado da consciência" "referenciar alterações do estado da consciência ao médico". Estas intervenções são iniciadas no intraoperatório e dado continuidade no pós operatório imediato.

O tratamento a ferida cirúrgica, para além de pertencer aos feixes de intervenção da prevenção da infeção do local cirúrgico (DGS 2022), é uma função autónoma de enfermagem executar o tratamento à ferida cirúrgica, mantendo a assepsia durante esse procedimento.

A Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) define-se como uma unidade altamente especializada, dotada de recursos humanos competentes e vocacionados para a monitorização, vigilância e cuidados intensivos, durante um período curto, mas crítico, que se segue imediatamente à intervenção cirúrgica, também provido de meios tecnológicos sofisticados (Silva, 2016). Nesta fase, para além da vigilância das intervenções prescritas ao longo do procedimento cirúrgico, são identificados novos diagnósticos primordiais para a recuperação do utente contribuindo para a sua satisfação.

A prevalência de náuseas e vômitos no pós-operatórios, denota-se como uma das complicações mais frequentes. Esta pode implicar um atraso na alta da UCPA e um grande desconforto para o cliente, gerando uma vivência desagradável ao recordar o período pós-operatório.

A dor, quinto sinal vital, é muito temida pelos os clientes, pelo que avaliar a sua evolução de forma esquematizada, através de escalas apropriadas, como a escala numérica da dor, gerir a analgesia quando necessário, e providenciar técnicas não farmacológicas de controlo da dor, como o posicionar, são intervenções de enfermagem relevantes, proporcionando cuidados de qualidade.

O período pós-operatório decorre desde a admissão do cliente na UCPA até à alta e consulta de seguimento. Desse modo é imperativo dar continuidade aos diagnósticos de enfermagem abordados no intraoperatório. Consequentemente , é legítimo dar como "resolvido" algumas intervenções prescritas, ao contrario da maioria dos diagnósticos de enfermagem prescritos.

4. HÉRNIA INGUINAL DIREITA

Cliente de 75 anos, sexo masculino, proposto para cirurgia eletiva de hérnia inguinal direita, sem antecedentes clínicos, fumador há 40 anos e antigo trabalhador na construção civil.

4.1. Enquadramento teórico

Procedimento cirúrgico

Definição e anatomia

A hérnia inguinal (HI) representa uma condição médica na qual ocorre o deslocamento ou protrusão da parede abdominal através de uma região caracterizada por um tônus muscular reduzido ou deficiente. Essa condição pode ser adquirida ao longo da vida ou manifestar-se como uma característica congénita, ocorrendo acima do ligamento inguinal (Nascimento et al., 2023).

Sendo dos procedimentos cirúrgicos gerais mais realizados, são classificadas de acordo com a anatomia. A a hérnia inguinal, pode ser dividida em HI direta, também conhecida como hérnia medial, ou em HI indireta, também conhecida como hérnia lateral (Burchart et al., 2013).

As hérnias inguinais indiretas apresentam uma localização lateral ao triângulo de Hesselbalch, enquanto que as hérnias inguinais diretas se situam na zona medial ao ligamento inguinal (Gonçalves Junior et al., 2022).

Quando se fala em hérnia inguinal é crucial abordar a anatomia com o intuito de perceber as complicações que podem advir deste procedimento cirúrgico. A parede abdominal na região inguinal é constituída pela pele e tecido subcutâneo, pelo musculo reto abdominal, oblíquo externo, oblíquo interno e o transverso, cada um com sua respetiva aponevrose, num plano mais profundo à fáscia transversal (Gonçalves Junior et al., 2022).

Outra particularidade dessa área é o triângulo de Hessebalch. O seu entendimento e identificação é essencial para qualificar o tipo de hérnia inguinal, uma vez que essas hérnias estão inseridas nessa região anatómica ou são laterais ao triângulo. O triângulo de Hessebalch é

delimitado ínferolateralmente pelo ligamento inguinal, medialmente pela bainha do músculo reto abdominal e superolateralmente pelos vasos epigástricos inferiores (Gonçalves Junior et al., 2022).

Os vasos que circundam o triângulo de Hesselbach são: os epigástricos inferiores localizados no limite superior do triângulo, o testicular e os femorais localizados lateralmente na metade inferior do ligamento inguinal (Gonçalves Junior et al., 2022).

Não podendo descorar a inervação desta zona, com os nervos ílio-hipogástrico, situados na parte medial ao canal inguinal, ílio-inguinal e o génitofemoral alocados na zona superficial ao canal inguinal, esse último contém, nos homens o funículo espermático e nas mulheres, o ligamento redondo (Gonçalves Junior et al., 2022).

Epidemiologia e fatores de risco

A correção da hérnia inguinal é um dos procedimentos mais comuns em todo o mundo em adultos, com uma prevalência mundial de 1.5%, com uma incidência de 27% nos homens e 3% nas mulheres. As hérnias inguinais representam a maioria das hérnias da parede abdominal, sendo as mais recorrentes nos homens, enquanto as mulheres têm maior disposição para desenvolver hérnias femorais (Wozniewska et al., 2018).

Os fatores de risco para a formação de hérnia podem ser divididos em fatores de risco externos e relacionados com o cliente. Existe uma maior incidência associada a idade avançada, ao sexo masculino, ao menor índice de massa corporal e à etnia caucasiana. Estudos de caso revelam que, em obesos, a gordura visceral pode atuar como barreira contra a protusão do saco herniário (Wozniewska et al., 2018).

Um déficit de fatores bioquímicos da matriz extracelular, responsáveis pela homeostase do tecido conjuntivo, induzem alterações das fibras elásticas e das fibras colagénias, provocando uma predisposição à formação de hérnias inguinais do tipo diretas.

O tabagismo aumenta a atividade proteolítica, estimulando a produção de elastase, alterando a proporção de fibras colagénias, diminuindo a sua síntese, tendo por consequência a fraqueza da parede abdominal do canal inguinal (Gonçalves Junior et al., 2022)

A literatura também aponta para uma predisposição em formação de hérnia inguinal, em caso de levantamento de peso, sendo mais comum em indivíduos que realizam trabalhos manuais. Essa ligação pode ser explicada pelo aumento de pressão intra-abdominal (Gonçalves Júnior et al., 2022)

Técnica cirúrgica

Todas as hérnias sintomáticas devem ser operadas atempadamente de forma eletiva, o objetivo é reduzir os sintomas clínicos, melhorar a qualidade de vida e prevenir complicações adversas. Os casos de hérnias estranguladas têm indicações para cirurgia de urgência.

As técnicas abertas (abordagem clássica) baseiam-se na aproximação dos tecidos e na correção do tecido sem tensão, sendo a primeira técnica descrita em 1887 por Edoardo Bassini.

A técnica Lichtenstein foi introduzida na medicina em 1989, sendo neste momento a técnica aberta mais utilizada por ser considerada uma técnica "*Golden Standard*", segura e eficaz, em casos menos complicados (Gonçalves Junior et al., 2022). O método é simples, consiste na aplicação de uma prótese de polipropileno no canal inguinal onde é fixada ao ligamento inguinal e ao tendão conjunto, sendo baseada no conceito de "*tension-free*" na cirurgia da hérnia inguinal. A evidência demonstra que a taxa de recidiva está relacionada com a tensão da sutura, sendo considerada a melhor técnica de hernioplastia por via anterior, pelas guidelines internacionais (Wozniewska et al., 2018).

A abordagem é feita através do reconhecimento de duas estruturas ósseas: o tubérculo púbico e a espinha íliaca antero-superior. A incisão cirúrgica é realizada por planos, pele e tecido celular subcutâneo que contém vasos e nervos periféricos e linfáticos. A maior parte dos vasos são de pequeno calibre podendo ser cauterizados sem complicações, contudo os vasos epigástricos superficiais podem atingir um calibre considerável, devendo ser laqueados a fim de evitar hematomas no pós-operatório. Antes de atingir a aponevrose do músculo oblíquo externo atravessam-se duas estruturas fibrosas, a fáscia de Scarpa e a fáscia inominada (que está aderente à aponevrose do músculo oblíquo externo), podendo existir tecido adiposo entre estas duas fáscias. Neste espaço deve identificar-se e isolar o cordão espermático e seus constituintes, sendo estes dois nervos importantes, para não serem seccionados: o nervo ílioinguinal e o ílio-hipogástrico (Goulart et al., 2015).

O método de fixação da prótese é essencial para evitar o seu deslocamento e reduzir a dor crônica pós-operatória. O bordo lateral é suturado ao ligamento inguinal, enquanto o medial é suturado à aponevrose do músculo oblíquo interno e do músculo transversal. É então efetuado uma incisão na prótese para formar duas camadas, que envolvem o cordão espermático e fixam o anel inguinal profundo (Wozniewska et al., 2018).

Complicações pós-operatórias

A presença de patologias associadas como diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares obstrutivas crónicas e renal reduzem significativamente o aporte de oxigénio do campo cirúrgico, aumentando o risco de ocorrência de complicações pós-operatórias (Nascimento et al., 2023).

As principais e mais graves complicações pós-operatórias das hérnias inguinais são: dor crónica na virilha, orquite isquémica, disfunção ejaculatória, recidiva e infeção da ferida operatória, podendo ser divididas entre imediatas como: dor; seroma; infeção; equimose; deiscência leve da ferida cirúrgica; edema escrotal; edema maior; febre; orquialgia; orquite e sangramento. Além disso podem ser divididas como tardias: dor crónica e edema escrotal (Nascimento et al., 2023).

De salientar que complicações raras e graves, como a orquite isquémica e a disfunção ejaculatória, possuem um carácter irreversível e são causadas por incorreta manipulação cirúrgica das artérias e veias espermáticas pela obstrução de retorno venoso, provocando trombose venosa (Nascimento et al., 2023).

A dor crónica apresenta-se como uma preocupação significativa após herniorrafia, devido à taxa elevada de dor persistente em clientes após seis meses de cirurgia. A técnica anestésica e analgésica praticadas são fundamentais, pois permitem prevenir as complicações, as implicações e limitações nas atividades de vida diária (Nascimento et al., 2023).

Procedimento anestésico

Técnica anestésica

O procedimento anestésico é um método que engloba todo o período do perioperatório e contempla a avaliação pré-anestésica, a ato anestésico intraoperatório, o período de recuperação da anestesia e a analgesia pós-operatória.

O objetivo é centrado na qualidade da assistência prestada ao cliente que é submetida a qualquer ato anestésico e visa a segurança, a redução do risco peri-anestésico, a uniformização dos cuidados prestados pelos profissionais e instituições e a rápida recuperação. Nesse sentido, é importante avaliar e educar sobre a cirurgia, anestesia, cuidados intraoperatórios e tratamentos da dor pós-operatória com o objetivo de promover uma recuperação mais facilitadora. (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2016).

No período pré-anestésico deve ser considerado: a história clínica, o estado físico, a terapêutica do domicílio, exames complementares, fatores de risco e potenciais intercorrências que poderão comprometer a segurança do ato anestésico e cirúrgico. O esclarecimento sobre a técnica anestésica, permite tranquilizar o cliente face ao ato e a obtenção do seu consentimento informado para as intervenções a realizar (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2016).

Anestesia do Neuroeixo

A anestesia regional é definida como a perda reversível da sensibilidade, provocada pela administração de um ou mais agentes anestésicos a fim de bloquear ou anestesiar a condução nervosa a uma extremidade ou região do corpo (SOBECC, 2021).

A anestesia do neuroeixo adequa-se a todos os procedimentos cirúrgicos que se realizam ao nível dos membros inferiores, zona pélvica e aparelho uroginecológico (Marinho, 2021).

A raquianestesia, também conhecida como bloqueio subaracnoídeo, consiste na injeção única de um anestésico local no espaço subaracnoídeo. A mistura do fármaco com o líquido cefalorraquidiano provoca um bloqueio nervoso reversível das raízes nervosas anteriores, raízes e gânglios posteriores e de uma parte da medula, que leva à perda de atividade autónoma, sensitiva e motora da região do corpo pretendida (SOBECC, 2021).

A técnica anestésica pode ocorrer com o cliente em decúbito lateral ou sentado. Por isso a escolha do posicionamento e do fármaco utilizado deve ser rigorosamente efetuada, uma vez que o fármaco utilizado pode ser uma solução hiperbárica, hipobárica ou isobárica (SOBECC, 2021).

Na utilização de um anestésico local hiperbárico, ou seja, fármaco mais pesado do que o líquido cefalorraquidiano, a instalação do bloqueio ocorre pela ação da gravidade (SOBECC, 2021). Nas soluções isobáricas, a gravidade não afeta a distribuição do fármaco, assim a técnica pode ser realizada em qualquer posição. Posteriormente o cliente é posicionado na posição mais indicada para a intervenção cirúrgica (NYSORA, 2022). A posição adotada é o decúbito lateral, com os joelhos fletidos de forma aos joelhos ficarem junto ao abdómen. Além disso o queixo deve ser encostado ao tórax (Sousa et al., 2013).

Seguidamente, efetua-se a antisséptica da pele com solução alcoólica de preferência clorhexidina. Para a realização da técnica utilizam-se agulhas de calibre entre 22 a 27 gauge, a ponta da mesma pode ser em bisel ou em ponta de lápis, estas últimas associadas a um risco menor de cefaleia pós-punção (Sousa & Ambrósio, 2013). Para a identificação do espaço pretendido, é traçada uma linha imaginária que une as cristas ilíacas (linha de tuffier). A interseção desta linha com a coluna vertebral permite identificar o espaço L3-L4, atingindo o

espaço subaracnoide. A punção deve refluir, de forma contínua, na agulha líquor límpido, o que permite verificar a localização correta no espaço subaracnoídeo podendo então ser administrado os fármacos pretendidos (Sousa, et al., 2013). Os fármacos mais utilizados neste procedimento anestésico são: bupivacaína, lidocaína, procaína, mepivacaína e prilocaína. Pode recorrer-se à mistura do anestésico local com opioides para prologar a duração da analgesia (SOBECC, 2021).

As complicações mais descritas na literatura em relação à raquianestesia são hipotensão, bradicardia, cefaleia pós-punção, lesões neurológicas (meningites e lesões da medula), prurido e retenção urinária (SOBECC,2021).

A hipotensão é frequentemente de instalação rápida após a punção, provocada pela vasodilatação, devido ao bloqueio dos nervos simpáticos responsáveis pelo tónus muscular. Esta resposta fisiológica pode ser prevenida pela hidratação prévia do cliente com soroterapia. Caso a medida não seja eficiente deve ser administrada efedrina ou fenilefrina por via intravenosa para correção (SOBECC, 2021).

Analgesia intra e pós operatória

Uma analgesia bem concebida pode favorecer o controle do processo inflamatório provocado pela gravidade do trauma cirúrgico e reduzir a incidência de complicações pós-operatórias, especialmente as de origem cardíaca e respiratória, tal como a necessidade de transfusão de sangue no período intraoperatório (Lared et al., 2021).

A analgesia pós-operatória é um componente integral da recuperação. Vários estudos científicos apontam para os bloqueios do quadrado lombar e, especialmente, o bloqueio do plano eretor, podendo fornecer áreas de maior analgesia somática, bem como analgesia visceral, traduzindo em benefícios clínicos mais significativos. Isto leva à redução da necessidade de administração de opioides (Lared et al., 2021).

Essa técnica analgésica foi descrita pela primeira vez por Rafael Blanco, em 2007, durante o Congresso Europeu de Anestesia Regional, como uma variação da abordagem posterior do bloqueio do plano transversal abdominal, guiado por ultrassonografia (Graça et al., 2018).

O bloqueio do quadrado lombar é realizado através de quatro pontos de injeção. O anestésico local é injetado no bordo anterolateral do músculo quadrado lombar, na sua junção com a fáscia transversal, e junto à aponevrose do abdominal transversal (Graça et al., 2018).

Os relatos de estudos científicos evidenciam os benefícios desta abordagem analgésica. Verifica-se uma menor necessidade de recorrer à analgesia de resgate nas primeiras 48h, uma analgesia eficaz da parede abdominal pelo bloqueio de nervos somáticos e simpáticos, o que

promove o bem-estar do utente (Graça et al., 2018).

Ressalta-se que a escolha dos métodos de anestesia e analgesia são definidas pelos médicos anestesiológicos escalados para acompanhar cada procedimento cirúrgico.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 75 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-13 09:00:00	Solução Polielectrolitica	
2023-12-13 09:00:00	cefotaxima 2000mg EV	
2023-12-13 09:00:00	midazolam 2mg	
2023-12-13 09:00:00	Fentanil 0,10mg EV	
2023-12-13 09:00:00	ropivacaina 0,5%	
2023-12-13 09:00:00	bupivacaina isobarica	
2023-12-13 09:00:00	morfina	
2023-12-13 09:00:00	paracetamol 1000mg EV	
2023-12-13 09:00:00	ceterolac 30mg	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

No período intraoperatório são vários os fármacos administrados o que implica ao enfermeiro além da história clínica do cliente efetuada na avaliação inicial, ter conhecimento científico e farmacológico necessários para que, os fármacos sejam manuseados, administrados, vigiados e documentados nos sistemas de informação disponíveis, no sentido de o procedimento ser seguro e controlado promovendo uma cultura de segurança.

Segundo Deglin & Vallerand (2009), no uso seguro do medicamento deve-se ter em

consideração: erros terapêuticos; detecção precoce de reações adversas; considerações gerais sobre posologias especiais entre outros. Estes dados implicam intervenções como monitorização/avaliação contínua, quer nos procedimentos de preparação quer na avaliação do fármaco em concreto. Assim em todos os fármacos que foram prescritos o enfermeiro deve ter em consideração as boas práticas de preparação e administração do fármaco, do local, do material, prescrição/dose/ vias de administração/conservação. Para além de estar alerta para os medicamentos, "*Lookalike e Soundalike*" (LASA).

Solução Polielectrolítica

É uma solução para perfusão de eletrólitos sem glucose, que tem como principal efeito a expansão do compartimento extracelular, incluindo o fluido intersticial e o fluido intravascular, com uma fonte de energia. A dosagem e a velocidade de administração depende do peso mas no procedimento invasivo a prescrição varia conforme a evolução da cirurgia, sendo que o débito de perfusão vai sendo alterado sempre que necessário (Deglin et al., 2009).

Os cuidados a ter dizem respeito à manutenção da via endovenosa na permeabilidade, integridade e na vigilância da perfusão.

Cefoxitina 2000mg EV

Segundo a DGS (2013) a administração da profilaxia antibiótica é efetuada nos 60 minutos que antecedem a cirurgia de modo a assegurar níveis tecidulares adequados na altura da incisão cirúrgica, e deve estar completa antes da incisão. Nos procedimentos cirúrgicos com duração não superior a duas horas, a profilaxia antibiótica cirúrgica é prescrita em dose única. Na maioria das situações a cefoxitina é prescrita para procedimentos que envolvam tubo digestivo baixo (DGS, 2013).

Midazolam

As benzodiazepinas são fármacos utilizados para sedação, amnésia, ansiólise ou como auxiliares da anestesia geral. Após a administração por via IV os efeitos no SNC iniciam-se em 2-3 minutos. Os efeitos amnésicos, anticonvulsivantes, relaxantes musculares, sedativos e hipnóticos são proporcionais à dose. Os cuidados de enfermagem mais específicos prende-se com a monitorização, administração de oxigénio se necessário e avaliação da consciência e sedação (Deglin et al., 2009).

Fentanil 0,10mg EV

Fentanil é um analgésico opióide administrado por via endovenosa durante a anestesia geral, juntamente com bloqueadores neuromusculares e anestésicos. Tem como ação ligar-se aos recetores opiáceos do sistema nervoso central, mudando a resposta à dor e sua percepção. A sua administração deve ser lenta (1-3 minutos) para reduzir bradicardia, hipotensão e

rigidez muscular. O efeito analgésico começa a ocorrer após 2 minutos e dura cerca de 30 minutos, mas pode durar até 24 horas. Alguns efeitos adversos comuns incluem depressão respiratória, broncospasmo, laringospasmo, arritmias, bradicardia, hipotensão, prurido, rigidez muscular, náuseas e vômitos. Por isso, é importante monitorizar a pressão arterial, ritmo e frequência cardíaca, frequência respiratória e outros sinais relacionados à administração, tanto durante a cirurgia como no pós-operatório (Deglin et al., 2009).

Ropivacaína

Anestésico local de longa duração que promove a perda local da sensibilidade e a eliminação da dor. A administração em altas doses produz anestesia cirúrgica, enquanto que em baixas doses produz insensibilidade à dor com bloqueio limitado e não progressivo dos movimentos. O início e a duração do efeito anestésico local de cloridrato de ropivacaína dependem da dose e do local de aplicação (Jowza et al., 2008).

bupivacaina Isobárica

A semivida de eliminação da maioria desses anestésicos locais é de 2 a 3 horas. Mecanismo de ação: os anestésicos locais bloqueiam a condução nervosa pois interferem na propagação do potencial de ação nos axónios. Bloqueio diferencial refere-se ao fato de que uma concentração específica de anestésico pode produzir uma intensidade diferente de bloqueio da dor, da sensibilidade térmica e da função motora. Sequência de anestesia clínica: o bloqueio completo do nervos periféricos geralmente progride na seguinte ordem: bloqueio simpático com vasodilatação periférica e elevação da temperatura cutânea/perda de sensibilidade algica e térmica/perda de propriocepção/perda de sensibilidade tátil e á pressão/paralisia motora (Jowza et al., 2008).

Na administração deste fármaco os cuidados mais imediatos são monitorização com foco no sistema cardiovascular pois traz repercussões ao nível da frequência cardíaca bem como da pressão arterial sendo frequente a hipotensão.

Morfina

Opióide usado frequentemente em anestesia. O principal efeito é a analgesia sendo que são utilizados para complementar outros agentes durante a indução ou manutenção da anestesia.

Neste caso em particular foi utilizada via intratecal, sendo que a sua principal ação é o efeito sinérgico com os agentes anestésicos locais, melhorando a qualidade do bloqueio e apresentando efeito analgésico no pós operatório. Não prolonga a duração do bloqueio, nem a depressão respiratória no pós operatório.

Na administração intratecal o principal fator adverso reside em poder contribuir para a retenção urinária causada por aumento do tónus do esfíncter vesical e da inibição do reflexo do detrusor (miccional). Neste caso mais uma vez a monitorização continua é imperativa e a observação dos

efeitos e registo bem como a comunicação com o anestesista é fundamental (Deglin et al., 2009).

Paracetamol 1g EV

O paracetamol é um analgésico não opióide, usado para controlo da dor leve a moderada. A APCA defende que a abordagem analgésica deve ser multimodal, ou seja a administração consiste na combinação de analgésicos opióides e não-opióides que atuem quer no sistema nervoso central, quer no periférico. Como reações adversas/efeitos laterais estão descritas hipotensão, erupção cutânea e urticária (muito raramente). Em indivíduos com doença hepática a sua administração deve ser ponderada. Importa transmitir a informação da hora da sua administração para se evitar sobredosagens (Deglin et al., 2009).

Ondansetron 4mg EV

O ondansetron é um antiemético administrado no intraoperatório contemplado no protocolo de profilaxia e tratamento de náuseas e vômitos no pós-operatório. Como efeitos colaterais/reações adversas mais frequentes estão descritos: cefaleias, diarreia, tonturas e reações extrapiramidais (Deglin et al., 2009).

Cetorolac 30mg EV

O ceterolac é analgésico potente da classe dos anti-inflamatórios não esteróides (AINE), usado no meio hospitalar para alívio da dor pós-operatória moderada a grave. A sua ação inibe o sistema enzimático das ciclo oxigenases e, portanto, a síntese das prostaglandinas e demonstra um efeito anti-inflamatório mínimo na sua dose analgésica (Deglin et al., 2009).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

13-12-2023 08:00

13-12-2023 08:00 - Procedimento invasivo

13-12-2023 08:00 - Tipo de procedimento invasivo: hérnia inguinal a direita.

13-12-2023 08:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

13-12-2023 08:00 - Perda sanguínea

- 13-12-2023 08:00 - Abdómen: Sem perda sanguínea aparente.
13-12-2023 08:00 - Localização do Pulso
13-12-2023 08:00 - Antebraço Direita(o)
13-12-2023 08:00 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.
13-12-2023 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
13-12-2023 09:00 - Localização do Pulso
13-12-2023 09:00 - Antebraço Direita(o)
13-12-2023 09:00 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.
13-12-2023 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
13-12-2023 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
13-12-2023 08:00 - Membro superior Esquerda(o)
13-12-2023 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 125 mmHg.
13-12-2023 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.
13-12-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
13-12-2023 09:00 - Membro superior Direita(o)
13-12-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 120 mmHg.
13-12-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.
13-12-2023 08:00 - Temperatura corporal periférica
13-12-2023 08:00 - Ouvido: 36.00 °C.

13-12-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo

- 13-12-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia*
13-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

13-12-2023 08:00 - Oxigenoterapia

- 13-12-2023 08:00 - FiO₂: 98 %.
13-12-2023 08:00 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

13-12-2023 08:00 - Assegurar oxigenoterapia

- 13-12-2023 08:00 - Manter oxigenoterapia*

Sondas, Drenos e Cateteres

13-12-2023 08:00

13-12-2023 08:00 - Cateter venoso periférico

- 13-12-2023 08:00 - Localização do cateter venoso periférico
13-12-2023 08:00 - Braço Direita(o)
13-12-2023 08:00 - Características do dispositivo: calibre 18G.
13-12-2023 08:00 - Ausência de dor.
13-12-2023 08:00 - Ausência de calor.
13-12-2023 08:00 - Ausência de rubor.
13-12-2023 08:00 - Ausência de tumefação.
13-12-2023 08:00 - Ausência de exsudado.
13-12-2023 08:00 - Ausência de infiltração.

13-12-2023 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

- 13-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico*

13-12-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter

13-12-2023 08:00 - Otimizar cateter venoso periférico

13-12-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

13-12-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

13-12-2023 08:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico

13-12-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

13-12-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

13-12-2023 08:00 - Trocar cateter venoso periférico

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

O bloco operatório pode apresentar um aspeto austero para o cliente. O papel do enfermeiro perioperatório inicia-se no acolhimento do cliente, onde deve garantir o respeito pelo seus direitos e proteger a sua individualidade. É um momento oportuno para avaliar as expectativas e conhecimentos do cliente relativamente à cirurgia, recolher dados necessários que levaram à elaboração de um plano de cuidados individualizado e esclarecer a informação prévia recebida acerca do procedimento cirúrgico (Cambotas et al., 2014).

Segundo a AORN e a European Operating Room Nurses Association (EORNA) a função do enfermeiro perioperatório consiste em identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do cliente e sua família para que possa deste modo organizar e implementar um plano individualizado de cuidados de enfermagem, baseado no conhecimento das necessidades do cliente, com o objetivo de preservar/restabelecer a saúde e bem estar do indivíduo nas fases pré, intra e pós-operatórias (AESOP, 2012).

Primeira sessão - período pré-operatório

Atitudes Terapêuticas

Foi identificado como atitudes terapêuticas todas as intervenções interdependentes , cujo as suas vigilâncias e confirmações são fundamentais para o desenvolvimento com segurança do processo cirúrgico.

O acolhimento é um momento de partilha, onde o enfermeiro perioperatório estabelece uma relação de interajuda com o cliente. Este tem o dever de respeitar o cliente e proteger os seus direitos, também é um momento oportuno para avaliar as suas expectativas e conhecimento face a cirurgia, o que permitira ao enfermeiro perioperatório recolher dados necessários para elaborar um plano de cuidados individualizado (Cambotas et al., 2014).

Como refere a Ordem dos Enfermeiros no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (nº 161/96, Art.º 9), consideram-se ações interdependentes as intervenções realizadas pelos enfermeiros em conjunto com outros profissionais, para atingir um objetivo comum. Estas decorrem de planos definidos pelas equipas multidisciplinares e de prescrições ou orientações previamente formalizadas, apresentando o mesmo grau de importância para o cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O período pré-operatório é de grande responsabilidade, para garantir que todo o procedimento será efetuado em conformidade, existe normas que devem ser respeitadas.

Em 2002, a preocupação com a segurança do cliente aumenta, tendo a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborado as primeiras resoluções para evitar danos e eventos adversos na prestação de cuidados. O objetivo é promover e estabelecer políticas de praticas clinicas seguras para garantir a segurança do utente (OMS, 2010).

Entre vários projetos do “Desafio Global para a Segurança do Doente” emane o “World Alliance for Patient Safety” em 2004, o programa internacional da “Cirurgia Segura, SalvaVidas” em 2009, ambos originados pela OMS, onde o objetivo central é a segurança do cliente. Esse inclui: diminuir a ocorrência de danos, físico e psicológico; eliminar os danos passíveis de serem prevenidos e reduzir os erros em saúde (OMS, 2010).

Nesse decorrer foi criado o "Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026", que tem como ponto central a segurança do utente para garantir a qualidade em saúde e dos cuidados de enfermagem prestados. O plano assenta em vários pilares: como a cultura de segurança do ambiente interno; a comunicação; o procedimento cirúrgico; a utilização segura da medicação; a identificação inequívoca do cliente; a gestão da informação sobre quedas e/ou úlceras de Pressão; a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde e os relatos de incidentes em plataformas próprias (DGS, 2011).

O procedimento cirúrgico é complexo e envolve vários passos que devem ser otimizados e respeitados. A equipa multidisciplinar cumpre dez objetivos básicos e essenciais que a OMS assume como orientações para a segurança cirúrgica (DGS, 2011). Esses objetivos iniciam-se no acolhimento com o "Protocolo Universal", um processo de três etapas em que cada etapa é complementar, incluindo a confirmação da identificação do cliente, o local e procedimento corretos (DGS, 2011). Neste caso clinico, onde existe lateralidade, a marcação do local cirúrgico é indispensável, para avançar com o procedimento cirúrgico. Nesta fase, outro aspeto essencial

é a confirmação do consentimento informado. Qualquer ato médico só poderá ser realizado com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa (Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, 2005).

A preparação pré-cirúrgica da pele está diretamente relacionada com a infeção do local cirúrgico, pelo que o cliente deve cumprir o banho antisséptico. A norma da DGS, 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022, "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (ILC), recomenda o banho com esponja de clorexidina na véspera da cirurgia e no dia da cirurgia até duas horas antes e evitar a tricotomia com lamina (DGS, 2022).

Segundo a DGS (2022), a infeção do local cirúrgico é multifatorial, e está relacionada com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico envolvido. A infeção ocorre no local da incisão cutânea ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), no período compreendido entre os primeiros trinta dias de pós-operatório, ou até três meses quando colocada prótese.

Outro procedimento importante na prevenção da ILC, consiste em controlar os níveis de glicemia nos clientes diabéticos e incentivar a deixar de fumar no mínimo 30 dias antes da intervenção (DGS, 2013).

A última verificação, não menos importante, trata-se do jejum pré-operatório. A sua principal finalidade é evitar complicações respiratórias, nomeadamente a aspiração de conteúdo gástrico (Gonçalves, 2023).

A Sociedade Europeia de Anestesiologia e Cuidados Intensivos, em janeiro 2022, publicou novas diretrizes, que recomendam um jejum de uma hora para líquidos claros, três horas para leite materno, quatro horas para leite de fórmula em lactentes e seis horas para outros líquidos e sólidos (Gonçalves, 2023).

Como intervenção independentes podemos relacionar o "posicionamento cirúrgico" à anestesia. Neste caso, o método anestésico utilizado sendo o bloqueio subaracnoideu, o cliente encontra-se impedido de posicionar-se, o enfermeiro perioperatório deverá proporcionar conforto e proteger a zonas de pressão.

A integridade dos tecidos deve ser avaliada e salvaguardada, ao posicionar o cliente para o procedimento cirúrgico. Um posicionamento incorreto é considerado um dano evitável, que pode complicar as cirurgias e aumentar o tempo de internamento por lesões graves associadas ao posicionamento (Hewson et al., 2018).

O posicionamento cirúrgico é um procedimento relevante, executado por todos os profissionais envolvidos no atendimento ao cliente no intraoperatório. De salientar que devem ser consideradas as particularidades do cliente, preferências do cirurgião para melhor exposição do local cirúrgico, técnica cirúrgica a ser realizada, o acesso ao cliente para a administração de

medicação, a monitorização e ventilação deste pelo anestesista, se necessário (Lopes et al.,2016).

Lopes (2016), também nos refere que o conhecimento das alterações anatómicas e fisiológicas, capacita o enfermeiro perioperatório na prevenção de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. As principais complicações relacionadas ao posicionamento cirúrgico, incluem a dor músculoesquelética, lesões de pele e em nervos periféricos e a síndrome compartimentar.

Para tal, existe um leque de equipamentos e dispositivos disponíveis para auxiliar a técnica cirúrgica, possibilitando o planeamento e implementação de intervenções meticulosas.

Outro aspeto que deve ser considerado neste caso, é a influencia do posicionamento do cliente no bloqueio subaracnoideu pela baricidade do anestésico e pela dose administrada. Os fármacos hiperbáricos, pela gravidade, deslocam-se para uma região inferior, enquanto que os hipobáricos para uma região superior, os isobáricos permanecem na área da injeção (Gonçalves, 2023).

Sondas, drenos e cateteres

É recomendado um acesso venoso periférico em perfeitas condições e de grande calibre, sendo o ideal um cateter periférico de 18G.

Em qualquer procedimento invasivo esse é fundamental permitir a indução anestésica e administração de fármacos, facilitando a terapêutica endovenosa, transfusão de hemoderivados, fornecimento de um suporte nutricional e, sempre que é necessário, o acesso direto à corrente sanguínea (Catarino et al., 2022).

A presença deste dispositivo comporta alguns riscos, podendo até atrasar a alta hospitalar do doente. O enfermeiro perioperatório assume um papel fundamental na vigilância e na adoção de medidas adequadas na manipulação do mesmo. (Catarino et tal., 2022).

Oxigenoterapia

Neste caso, é fornecido Oxigenoterapia pela a necessidade de suporte ventilatório associado à sedação, ainda que ligeira.

Estudos científicos apontam a hipoxemia como uma das complicações mais frequente em contexto perioperatório, por isso é recomendado a vigilância continua (Breno et al., 2017).

A hipoxemia é definida como a redução do conteúdo arterial em oxigênio e é diagnosticada por baixos níveis de pressão de oxigênio no sangue arterial (abaixo de 60 mmHg) ou por diminuição da SpO2 (abaixo de 95% ou decréscimo maior do que 5% do valor inicial). Considera-se a hipoxemia como intensa quando a SpO2 está abaixo de 85%(Breno et al., 2017).

A prevenção da hipoxemia tem outros efeitos consideráveis como reduzir o risco de infeção da ferida operatória e a incidência de náuseas e vômitos. assim sendo, é recomendado iniciar-se

no intra e pós-operatório (Breno et al., 2017).

Tendo em conta estes critérios, a oxigenoterapia é mantida durante todo o procedimento cirúrgico, tal como as atitudes terapêuticas relacionadas com o posicionamento cirúrgico, o cateter venoso periférico e todas as intervenções referentes à segurança do cliente.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
13-12-2023 08:00	Atitudes terapêuticas	
13-12-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
13-12-2023 08:00	Sistema cardiovascular	
13-12-2023 08:00	Termorregulação	
13-12-2023 08:00	Sensações somáticas	
13-12-2023 09:00	Sistema respiratório	
13-12-2023 09:00	Pele e mucosas	
13-12-2023 09:00	Metabolismo	
13-12-2023 09:00	Digestão	

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

Primeira sessão - período pré-operatório

Sensações somáticas

Este domínio foi selecionado associado à sensibilidade tendo em conta a técnica analgésica e anestésica escolhidas.

O bloqueio do quadrado lombar pode estender-se até ao plano toracolombar e envolver uma analgesia de nível sensorial amplo, com alteração da percepção e parestesias, durante 24 horas (Hironobu et al., 2017).

O bloqueio subaracnoídeu gera um intenso bloqueio sensitivo e motor com o benefício de redução da perda hemática e diminuição da ocorrência de tromboembolismo venoso (Volquindet al., 2021).

A raquianestesia induz um bloqueio reversível da medula espinhal resultando em perda da sensação de dor, tato e temperatura. O cliente deve ser informado sobre a perda de sensibilidade, o risco de cefaleias e a alteração da capacidade de micção espontânea (Barizon,

2014).

O prurido é outra das complicações frequentes. Este está associado ao uso de opioides intratecal sendo a gravidade do mesmo proporcional à dose de opioide administrada. Pode ser tratado com o antagonista do recetor opióide a naloxona (Volquind et al.,2021).

Termorregulação

A manutenção da normotermia perioperatória faz parte das recomendações da OMS e do Center of Disease Control (CDC), bem como do feixe de intervenções da norma da DGS para a prevenção da infeção do local cirúrgico (DGS, 2022).

A hipotermia define-se como uma temperatura central inferior a 36°C, é uma das complicações recorrentes no final das cirurgias e pode ocorrer em qualquer momento durante procedimento (SPA, 2017).

Por outro lado, a anestesia induz uma hipotermia, responsável por comprometer a libertação de tromboxano, fundamental para a formação do tampão de plaquetas inicial e por consequência prejudicar a cascata de coagulação, aumentando o risco de perdas sanguíneas e do risco de transfusão (Laranjeira et al., 2016).

O bloqueio subacnoideu exacerba a perda de calor pela vasodilatação segmentar, sendo recomendável a utilização de métodos para profilaxia da hipotermia (Volquind et al.,2021).

Sistema cardiovascular

Tendo em conta o tipo de anestesia escolhida neste caso e suas complicações descritas no enquadramento teórico, é essencial iniciar a vigilância dos parâmetros cardiovasculares antes de iniciar o procedimento, com o intuito de obter dados de referência.

A hipotensão arterial e bradicardia são os eventos mais frequentes, associados ao bloqueio subacnoideu, dado a simpátólise e a vasodilatação arterial e venosa. Estes podem evoluir para bradiarritmias graves e paragem cardiovascular. O tratamento é realizado com vasopressor e cristaloides (Volquind et al.,2021).

A hemorragia, sendo uma complicação inerente ao procedimento cirúrgico, traduz-se habitualmente por uma hipotensão acentuada provocada pela hipovolémia. Esta deve ser identificada e tratada atempadamente pelo risco de reintervenção para revisão da hemóstase, com reposição hídrica e/ou de sangue (Rothrock, 2006).

Segunda sessão - período intraoperatório

Tendo em conta a continuidade de cuidados, nesta fase será dado seguimento aos domínios já selecionados e instituído novos.

Sistema respiratório

Relativamente ao sistema respiratório, direcionamo-nos para o foco de atenção ventilação. Compete ao enfermeiro perioperatório identificar precocemente sinais de eventuais complicações respiratórias, tanto associadas ao procedimento cirúrgico, como ao procedimento anestésico.

Este domínio requer um conjunto de intervenções de vigilância e de avaliação continua com o objetivo de intervir atempadamente, se assim for necessário. A vigilância permanente, passa por vigilância dos parâmetros respiratórios, incluindo a saturação de oxigénio no sangue, e a otimização do posicionamento do cliente (Grams et al. 2012).

Neste caso específico, com a administração de Bupivacaína Isobárica que favorece uma maior estabilidade hemodinâmica, a possibilidade de comprometimento da ventilação é baixa. No entanto, caso ocorra uma hipotensão grave com isquemia bulbar e consequente bradipneia ou apneia, pode suceder um quadro de depressão respiratório (Volquind et al.,2021).

Pele e mucosas

O tratamento da ferida cirúrgica é um cuidado de enfermagem que revela toda a sua importância na prevenção da ILC. Segundo a DGS (2022), essa pode ser multifatorial, está relacionada com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico envolvido. Ocorre no local da incisão cutânea ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), no período compreendido entre os primeiros trinta dias de pós-operatório, ou até três meses quando colocada prótese.

Metabolismo

A hiperglicemia está associada ao risco de infeção do local cirúrgico (ILC), aumentando o risco de morbidade, mortalidade, custos de cuidados de saúde, quer seja em clientes diabéticos como não diabéticos, má cicatrização da ferida cirúrgica, por deficiente função dos leucócitos e redução da síntese do colagénio (OMS, 2018).

O stress cirúrgico provoca um descontrole dos níveis de glicose no sangue, durante e após a cirurgia, do qual resulta a libertação das hormonas contrarreguladoras (catecolaminas, cortisol, glucagon e hormona do crescimento) e a inibição da secreção de insulina (OMS, 2018).

Por outro lado, a hipoglicemia e as diversas variações da glicemia predispõem a uma maior incidência de complicações hospitalares, sendo a estabilização e prevenção da hipoglicemia importante para redução da mortalidade hospitalar (Santos, 2018).

Segunda sessão - período pós operatório

Uma vez na unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), cabe ao enfermeiro perioperatorio fornecer informações pertinentes sobre o cliente, nomeadamente: nome, idade, estado clínico préoperatório, técnica anestésica utilizada e procedimento cirúrgico ao qual foi submetido. Também deve ser referenciado qualquer intercorrência relacionada com o procedimento. Toda essa informação recolhida, aliada as vigilâncias implementadas, irão definir o plano de cuidados e os objetivos a atingir para o cliente (Gonçalves, 2023).

De forma a manter a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, nesta fase do processo, serão selecionados novos domínios, cujo a vigilância é fundamental associada aos domínios sugeridos.

Digestão

As náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) representam umas das complicações mais frequentes e indesejáveis, afetando 20% a 30% dos clientes cirúrgicos e ainda 70% dos utentes com múltiplos fatores de risco conhecidos (Masiongale et al, 2018).

As consequências negativas de NVPO incluem hemorragia pós-operatória, deiscência da ferida cirúrgica, aspiração pulmonar, desequilíbrio hidro-eletrolítico, desconforto e insatisfação do cliente, contribuindo assim, para o atraso da alta hospitalar (Masiongale et al, 2018).

As NVPO constituem um dos principais focos de atenção do enfermeiro do período pósoperatória, contribuindo para o aumento da eficácia e segurança do cliente, aliada á melhoria dos cuidados prestados.

Sensações somáticas

“O doente é o melhor avaliador da sua própria dor, considerando que a parte física se interliga com a psicológica, social, cultural e espiritual” (APCA, 2013).

A dor é considerada o quinto sinal vital e define-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial. Grande parte dos clientes submetidos à cirurgia experiencia a dor pós-operatória. Por isso é de extrema importância avaliar o nível de dor, pois um bom controle da dor aumenta o conforto, acelera a recuperação e previne complicações pós-operatórias (Venkatesan et al, 2021).

Como descrito anteriormente, tanto a anestesia do neuro-eixo como o bloqueio do quadrado lombar, são métodos de eleição no tratamento e prevenção da dor.

Outro aspeto relevante no período pós-operatório é a avaliação da reverção do bloqueio motor.

Em utentes submetidos a anestesia por bloqueio subaracnoideu, a avaliação do grau de bloqueio motor dos membros inferiores deverá ser feita pela Escala de Bromage. Esta avalia critérios indispensáveis para a alta do cliente da UCPA e deverá ser sempre feita bilateralmente (Neves et al., 2015).

4.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

13-12-2023 08:00

13-12-2023 08:00 - Manifesta prurido.

13-12-2023 08:00 - Sensibilidade superficial

13-12-2023 08:00 - Dermátomo sensitivo - L1

13-12-2023 08:00 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

13-12-2023 08:00 - Com compromisso da sensibilidade térmica.

13-12-2023 08:00 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

13-12-2023 08:00 - Sensibilidade profunda

13-12-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o)

13-12-2023 08:00 - Com compromisso da sensibilidade proprioceptiva.

13-12-2023 08:00 - Membro inferior Direita(o)

13-12-2023 08:00 - Com compromisso da sensibilidade proprioceptiva.

13-12-2023 08:00 - Sem manifestação de dor.

13-12-2023 08:00 - Determinar sinais de dor

13-12-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de dor

13-12-2023 08:00 - Prurido

13-12-2023 08:00 - Determinar evolução do prurido

13-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do prurido

13-12-2023 08:00 - Referenciar prurido ao médico

13-12-2023 08:00 - Sensibilidade comprometida

13-12-2023 08:00 - Determinar evolução da sensibilidade

13-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da sensibilidade

13-12-2023 08:00 - Dor

13-12-2023 08:00 - Localização da dor

13-12-2023 08:00 - Abdómen Inferior

13-12-2023 08:00 - Intensidade da dor - sem dor.

13-12-2023 09:00 - Localização da dor

13-12-2023 09:00 - Abdómen Inferior

13-12-2023 09:00 - Intensidade da dor - sem dor.

13-12-2023 08:00 - Determinar evolução da dor

13-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da dor

13-12-2023 08:00 - Diminuir dor

13-12-2023 08:00 - Gerir analgesia

13-12-2023 08:00 - Posicionar para aliviar a dor

13-12-2023 09:00

13-12-2023 09:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Sistema respiratório

13-12-2023 09:00

13-12-2023 09:00 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

13-12-2023 09:00 - Ritmo respiratório regular.

13-12-2023 09:00 - Movimento respiratório simétrico.

13-12-2023 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

13-12-2023 09:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

13-12-2023 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

13-12-2023 09:00 - Periférico(a): 98 %.

13-12-2023 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

13-12-2023 09:00 - Não comunica falta de ar.

13-12-2023 09:00 - Ventilação comprometida

13-12-2023 09:00 - Determinar evolução da ventilação

13-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da ventilação

13-12-2023 09:00 - Referenciar ventilação comprometida ao médico

13-12-2023 09:00 - Melhorar ventilação

13-12-2023 09:00 - Posicionar para otimizar a ventilação

13-12-2023 09:00 - Iniciar oxigenoterapia

Sistema cardiovascular

13-12-2023 08:00

13-12-2023 08:00 - Localização da dor

13-12-2023 08:00 - Abdómen Inferior

13-12-2023 08:00 - Intensidade da dor - sem dor.

13-12-2023 08:00 - Hemorragia

13-12-2023 08:00 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

13-12-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

13-12-2023 08:00 - Referenciar hemorragia ao médico

13-12-2023 08:00 - Hipotensão

13-12-2023 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

13-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

13-12-2023 08:00 - Referenciar hipotensão ao médico

13-12-2023 08:00 - Prevenir complicações da hipotensão

13-12-2023 08:00 - Posicionar para otimizar a perfusão cerebral

13-12-2023 09:00

13-12-2023 09:00 - Localização do Pulso

13-12-2023 09:00 - Antebraço Direita(o)

13-12-2023 09:00 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

13-12-2023 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

13-12-2023 09:00 - Pulso rítmico.

13-12-2023 09:00 - Pulso simétrico.

13-12-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

13-12-2023 09:00 - Membro superior Esquerda(o)

13-12-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 120 mmHg.

13-12-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.

13-12-2023 09:00 - Localização da dor

13-12-2023 09:00 - Abdómen Inferior

13-12-2023 09:00 - Intensidade da dor - sem dor.

13-12-2023 09:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

13-12-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

Digestão

13-12-2023 09:00

13-12-2023 09:00 - Sem sensação de enjojo.

13-12-2023 09:00 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

13-12-2023 09:00 - Sem vômitos.

13-12-2023 09:00 - Náusea

13-12-2023 09:00 - Gravidade da náusea: sem gravidade.

13-12-2023 09:00 - Determinar evolução da náusea

13-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da náusea

13-12-2023 09:00 - Referenciar náusea ao médico

13-12-2023 09:00 - Aliviar náusea

13-12-2023 09:00 - Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea

13-12-2023 09:00 - Vomitar

13-12-2023 09:00 - Determinar vômitos

13-12-2023 09:00 - Avaliar evolução do vomitar

Pele e mucosas

13-12-2023 09:00

13-12-2023 09:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

13-12-2023 09:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

13-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

13-12-2023 09:00 - Ferida cirúrgica

13-12-2023 09:00 - Localização da ferida cirúrgica

13-12-2023 09:00 - Abdómen Inferior

13-12-2023 09:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 10.00 cm.

13-12-2023 09:00 - Largura da lesão tegumentar: 2.00 cm.

13-12-2023 09:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

13-12-2023 09:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

13-12-2023 09:00 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 20.

13-12-2023 09:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

13-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

13-12-2023 09:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

13-12-2023 09:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica

13-12-2023 09:00 - Suturar ferida

13-12-2023 09:00 - Aplicar penso de ferida

Metabolismo

13-12-2023 09:00

13-12-2023 09:00 - Glicemia capilar: 98 mg/dl.

13-12-2023 09:00 - Glicemia

13-12-2023 09:00 - Determinar evolução da glicemia

13-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da glicemia

13-12-2023 09:00 - Referenciar hiperglicemia ao médico

13-12-2023 09:00 - Controlar glicemia

13-12-2023 09:00 - Administrar solução com glicose

Termorregulação

13-12-2023 08:00

13-12-2023 08:00 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM] 13-12-2023 09:00

13-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 13-12-2023 09:00

13-12-2023 09:00

13-12-2023 09:00 - Hipotermia

13-12-2023 09:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

13-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

13-12-2023 09:00 - Referenciar hipotermia ao médico

13-12-2023 09:00 - Promover termorregulação

13-12-2023 09:00 - Aplicar manta de aquecimento

4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da sensibilidade

- informar utente sobre a sensibilidade alterada decorrendo do bloqueio quadrado lombar e bloqueio do neuro-eixo

Avaliar evolução do prurido

- informar utente sobre a probabilidade da ocorrência de prurido, avaliar sua evolução alem da zona abdominal

Gerir analgesia

- SOS

Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

- avaliar sinais de infeção ou infiltrado do cateter venoso periférico

Avaliar evolução de sinais de hemorragia

- avaliar sinais vitais de 5/5mn no intraoperatório, 15/15mn na UCPA

Avaliar evolução de sinais de dor

- avaliar, registar a dor de 15/15mn e gerir analgesia conforme prescrição

Avaliar evolução da glicemia

- pesquisar glicemia antes da incisão cirúrgica e no encerramento

Avaliar evolução da ventilação

- avaliar sinais de dificuldade ventilatória, amplitude respiratória e valores de saturação em oxigênio

Avaliar evolução da náusea

- instruir utente sobre a probabilidade de náuseas, prevenir com cristaloides EV , gerir medicação antiemética

Avaliar evolução do vomitar

- instruir utente sobre a probabilidade de vomito, gerir medicação antiemética

Avaliar evolução da ferida cirúrgica

- avaliar presença hemática caso penso cirúrgico repassado

Avaliar evolução da temperatura corporal

- antes, de 1/1hora e no final do procedimento

Avaliar evolução de sinais de arritmia

- Avaliar frequência cardíaca e ritmo cardíaco

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- verificar integridade dos tecidos antes e depois do procedimento devido ao posicionamento

4.8. Síntese relativa ao caso

Em forma de síntese, é essencial salientar a elevada responsabilidade do enfermeiro perioperatória, zelando pela segurança e qualidade em saúde do cliente.

A prática clínica dos enfermeiros perioperatórios tem como principal foco de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa que necessitam de procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos. A intervenção do enfermeiro especialista perioperatório abrange cinco áreas de atuação, nomeadamente: a consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos, durante as três fases (pré, intra e pós-operatório) do perioperatório. As competências deste enfermeiro especialista incluem capacitar a pessoa e família para a gestão da experiência cirúrgica, promover cuidados à pessoa em situação perioperatória, desenvolvendo a sua intervenção de forma interprofissional (Regulamento nº 429/2018, 2018).

O acolhimento no bloco operatório pretende respeitar a individualidade do cliente e proteger os seus direitos, reduzir a angustia e ansiedade relacionada com a intervenção cirúrgica,

familiarizar o cliente com o enfermeiro perioperatório e o ambiente do bloco operatório, avaliar as expectativas e conhecimentos do cliente face à cirurgia, permitir ao enfermeiro conhecer o cliente, e recolher os dados necessários, de forma a planear os cuidados de modo individualizado, relembrar e esclarecer as informações recebidas acerca dos procedimentos inerentes à preparação pré-operatória (Cambotas et al., 2014).

A ontologia permite identificar diagnósticos de enfermagem, prescrever intervenções com o intuito de atingir objetivos centrados no cliente, baseados em evidência científica permitindo adquirir e reforçar conhecimentos teórico-práticos.

Numa fase inicial, é imperativo, o enfermeiro perioperatório verificar itens relacionados com a "cirurgia segura". Esta foi elaborada pela OMS e implementada pela DGS em Portugal.

A cirurgia à hérnia inguinal é dos procedimentos cirúrgicos mais realizados, esta deve ser tratada atempadamente para evitar casos com carácter urgente de hérnia estrangulada.

É crucial, para o enfermeiro perioperatório, um conhecimento aprofundado desta área anatómica, com o intuito de prevenir e vigiar possíveis complicações.

Relativamente à técnica analgésica, bloqueio do quadrado lombar, este é um método de eleição em procedimentos abdominais, proporcionando uma analgesia eficaz. O bloqueio do neuro-eixo é descrito como uma técnica adequada à cirurgias dos membros inferiores, zona pélvica e aparelho uroginecológico.

Como intervenção independente do enfermeiro perioperatório, é de salientar a prevenção de lesões graves associadas ao posicionamento, é primordial proteger a integridade dos tecidos e zonas de pressão. Um posicionamento incorreto é considerado um dano evitável, que pode complicar as cirurgias, aumentar o tempo de internamento (Hewson et al., 2018).

A manutenção da normotermia é uma preocupação constante. O procedimento cirúrgico, pela sua exposição corporal, como o bloqueio subaracnoídeo, induzem uma perda de calor notável que deve ser controlada e corrigida durante o intraoperatório. Uma hipotermia marcada aumenta o risco de infeção do local cirúrgico.

Neste caso, a hipotensão é, de forma basilar, associada a técnica anestésica, esta também pode traduzir uma hemorragia, complicação inerente ao procedimento cirúrgico, que deve ser identificada e retificada atempadamente.

A hiperglicemia é um fator de risco para complicações, a sua resposta fisiológica é a resistência à insulina, que persiste por várias semanas após a intervenção cirúrgica.

O tratamento a ferida cirúrgica, para além de pertencer aos freixos de intervenção da prevenção da infeção do local cirúrgico (DGS 2022), é uma função autónoma de enfermagem executar o tratamento à ferida cirúrgica, mantendo a assepsia durante esse procedimento.

Todos os domínios selecionados estão interligados e são essenciais para delinear um plano de cuidados de enfermagem sistematizado. Os diagnósticos de enfermagem e intervenções prescritas, são de elevada importância, tanto pelo cumprimento das normas estabelecidas como pela relevância da sua implementação para a vigilância do cliente e prestação de cuidados seguros.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O desenvolvimento de competência pressupõe uma aprendizagem pessoal, através de um percurso complexo e cimentado na reflexão individual, que permite a aquisição de novos conhecimentos (Correia, 2002).

Para a AESOP (2012), as competências são um conjunto de conhecimentos, capacidades de ação e comportamentos estruturados em função de uma finalidade e numa determinada situação.

As competências definem-se também, em função de uma combinação entre, recursos pessoais, profissionais, conhecimentos, habilidades, qualidades, experiências, capacidades cognitivas e recursos emocionais, que fornecem, ao profissional, a capacidade de os interligar, com o intuito de originar uma ação competente (Le Boterf, 2003).

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento n.º 140, 2019).

O bloco operatório é uma estrutura orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a clientes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar ou melhorar a qualidade de vida (AESOP, 2006).

Numa era onde a tecnologia está em constante evolução, aumentando a complexidade dos cuidados prestados no BO, o conceito da enfermagem perioperatória encontrar-se em plena expansão.

A Enfermagem Perioperatória engloba um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, reconhece as necessidades do cliente, presta e planeia cuidados, que executa com destreza e segurança, avaliando os resultados obtidos (AESOP, 2012).

Nessa ordem de pensamento surgiu a necessidade de integrar a enfermagem perioperatória como uma especialidade com competências específicas e acrescidas, demonstrando um elevado grau de adequação dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória, tal como a aplicabilidade dos conhecimentos técnico-científicos na atuação do exercício profissional.

As competências comuns dos enfermeiros especialistas assentam em quatro principais domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade na

prestação de cuidados; gestão dos cuidados e, desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento 140/2019).

A capacidade de reflexão crítica é algo que se desenvolve ao longo do tempo com o crescimento profissional de cada um, a aquisição da capacidade reflexiva e de análise dos cuidados prestados, de forma a procurar, sempre, a melhoria.

A aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem perioperatória é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade ao indivíduo (Preston, 2005). Esta prestação de cuidados não se limita ao momento cirúrgico, atravessa transversalmente a fase pré, intra e pós-operatória da experiência anestésica e cirúrgica do cliente (AESOP, 2006).

Posteriormente serão abordadas as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, à pessoa em situação perioperatória e efetuando a interligação com a prática e refletindo de que modo as atividades realizadas durante o estágio contribuíram para a aquisição das competências ambicionadas.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo Le Boterf (2008), ser uma pessoa competente, significa ser capaz de agir e ter sucesso com habilidades, mestria, sabedoria, destreza e prática numa situação de trabalho. Significa implementar uma prática profissional relevante mobilizando uma combinação adequada dos recursos pessoais e tecnológicos. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da OE n.º 140/2019, refere quais são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

O enfermeiro especialista, tal como referido anteriormente, dispõe de quatro domínios comuns na prestação de cuidados de enfermagem, são eles a Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; a Melhoria Contínua da Qualidade; a Gestão dos Cuidados e as Aprendizagens Profissionais.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Os cuidados de enfermagem devem valorizar vários aspetos, como os direitos do cliente, a privacidade, a confidencialidade e o respeito pelas crenças. A OE define que todos os enfermeiros devem adotar uma postura de conduta ética e responsável, privilegiando o respeito dos direitos e interesses dos cidadãos (OE, 2015).

Ainda nesse sentido o REPE, Decreto-Lei n.º 161/96, artigo 8.º, menciona que o enfermeiro tem como função adotar uma conduta responsável e ética, atuar no respeito e interesse legal dos cidadãos (REPE, 1998).

Os enfermeiros são, frequentemente, confrontados com dilemas éticos e deontológicos, apesar de nem sempre terem consciência disso; cada gesto visa priorizar os valores humanos, a privacidade e a dignidade do cliente sendo decisões ético-legais.

Transferindo estes saberes para o contexto de estágio, o BO pode parecer um local frio e despersonalizado, principalmente para uma pessoa em situação vulnerável que irá ser submetida a uma cirurgia. Cabe ao enfermeiro zelar pelo cumprimento dos direitos humanos.

No seu percurso, desde a entrada no BO até à UCPA, passando pela sala cirúrgica, o cliente é várias vezes exposto, invadindo a sua intimidade e o seu espaço, como nos refere a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, artigo nº 5, de 2005, “A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados. Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade” (UNESCO, 2005).

O consentimento informado assinado pelo cliente ou seu representante, este faz parte da verificação da *check-list* pré-operatória, a sua não conformidade invalida a execução do procedimento cirúrgico. Segundo a DGS (2015), o consentimento informado deve ser: esclarecido e livre, dado por escrito pode ser expresso de forma verbal, oral ou escrita e contém em si, duas noções indissociáveis, a de compreensão e autonomia. A informação deverá ser facultada numa linguagem clara e acessível, baseada no estado da arte e isenta de juízos de valor. Para além da comunicação verbal e, sempre que possível, a informação e o esclarecimento devem ser acompanhados de folheto explicativo da responsabilidade da unidade de saúde e/ou dos profissionais de saúde. A informação e o esclarecimento obrigam a um período de reflexão que emana da necessidade do cliente avaliar qualitativamente a informação e o esclarecimento recebidos. A revogação do consentimento informado, esclarecido e livre pode ocorrer a qualquer momento, sem exigência de qualquer formalidade, e não pode acarreta qualquer prejuízo para esse (DGS, 2015).

Tendo em conta a conjuntura atual, outra realidade para a qual os profissionais de saúde devem

estar atentos e agir sem preconceitos, é a diversidade cultural. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, artigo nº12, de 2005, esclarece que:

Deve ser tomada em devida conta a importância da diversidade cultural e do pluralismo. Porém, não devem ser invocadas tais considerações para com isso infringir a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais ou os princípios enunciados na presente Declaração, nem para limitar o seu alcance (UNESCO, 2005).

Domínio da melhoria contínua da qualidade

Relativamente a este domínio, como nos confere o Regulamento nº 140/2019, o Enfermeiro Especialista tem como competências, desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, garantir um ambiente terapêutico e seguro, dinamizar o desenvolvimento e suportar iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (REPE, 2019).

Com o avanço da tecnologia e do acesso à informação, o grau de exigência da população está em constante ampliação; para responder a essa imposição foi necessário implementar medidas institucionais e ordenar formas de garantir o seu cumprimento e a constante reavaliação das mesmas.

O conceito de qualidade em saúde não é algo novo, Donabedian (1988) desenvolveu um modelo atualmente utilizado, que recai numa trilogia de qualidade em saúde com três componentes: Estrutura- condições físicas, humanas e organizacionais em que o cuidado se dá; Processo- inter-relação entre prestador e recetor dos cuidados; e Resultado- produto final da assistência prestada, satisfação de padrões e expectativas.

Segundo este autor, a qualidade nem sempre é fácil de definir e aferir, por isso, para o fazer adequadamente deve-se compilar toda a informação existente, que seja reveladora dos cuidados prestados, assim como a análise das atitudes e perspectivas dos profissionais (Donabedian A., 1988).

A qualidade em saúde é uma tarefa de responsabilidade multidisciplinar e organizacional cabendo, assim, a cada instituição organizar-se de forma a promover cuidados seguros e efetivos, tendo como linha de orientação as diretrizes e políticas internacionais em vigor. Quando falamos de qualidade é imprescindível falar de segurança na medida em que esses dois conceitos são indissociáveis e mandatários para atingir padrões de qualidade.

A Organização Mundial da Saúde definiu, através do Plano Nacional de Saúde, vários conceitos básicos da qualidade; os cuidados devem ser “eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no utente, equitativos e seguros” (DGS, 2020, P:16). A qualidade também se define

como sendo “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (DGS, 2020).

Para a DGS (2020), a qualidade em saúde define-se como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, aliados a um nível profissional de excelência, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a aprovação e a satisfação do indivíduo refletindo uma preocupação constante na melhoria da qualidade no sector da saúde com o objetivo de prestar cuidados efetivos e seguros.

Assim, a qualidade dos cuidados é a essência da assistência de enfermagem, permitindo responder às prioridades, necessidades e valores de cada cliente, assegurando que todas as tomadas de decisões clínicas serão voltadas para o mesmo, respeitando os seus valores, criando uma relação de empatia e de confiança.

A preocupação com a segurança dos clientes surge em 2002 com as primeiras resoluções da OMS para evitar danos e eventos adversos na prestação de cuidados, com o objetivo de promover o estabelecimento de políticas e de práticas clínicas seguras. Nesse sentido foram desenvolvidas investigações e avaliações visando identificar soluções para a segurança do cliente. Entre vários projetos do “Desafio Global para a Segurança do Doente” surge o “World Alliance for Patient Safety”, em 2004, e o programa internacional da “Cirurgia Segura, Salva-Vidas”, em 2009, ambos originados pela OMS. Dessa forma, os principais objetivos da segurança do cliente incluem: diminuir a ocorrência de danos, físicos e psicológicos; eliminar os danos passíveis de serem prevenidos e reduzir os erros em saúde (DGS, 2010).

Nessa ordem de ideias foi criado um Pano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, que tem como ponto central a segurança do cliente para garantir a qualidade da saúde e dos cuidados de enfermagem prestados, assentando em vários pilares como a cultura de segurança do ambiente interno, da comunicação, do procedimento cirúrgico, da utilização da medicação, da identificação inequívoca do cliente, da gestão de informação sobre quedas dos clientes e das úlceras por Pressão, da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde e no sistema de relatos de incidentes (Despacho n.º 9390, 2021).

Para esse efeito foram concebidos, em várias instituições, gabinetes de Gestão de Programas de Qualidade e Gabinetes de Segurança do Utente, com o intuito de traçar metas de melhoria da qualidade e estabelecer métodos de controlo e avaliação através da implementação de normas e auditorias do cumprimento das mesmas, assim como a elaboração de relatórios anuais. Na instituição onde decorreu o estágio esse gabinete existe desde 2004. No BO o grupo é constituído por dois enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, um em peri operatório, outro em doente crítico, que é o elo de ligação com o grupo de Gestão de Programas de Qualidade e Gabinete de Segurança do Utente.

No contexto de estágio no BO, denota-se um grande cuidado em cumprir normas de qualidade e de segurança nos cuidados de saúde prestados. Em primeiro lugar podemos falar do fardamento específico e exclusivo de uso no BO, tal como a importância do cumprimento das regras de higiene e de assepsia, a higienização das mãos e a lavagem cirúrgica das mesmas, sendo regras básicas para evitar a contaminação e a transmissão de agentes patogénicos, de modo a manter a segurança dos clientes e evitar eventos adversos. Outra preocupação básica de todos os profissionais de saúde, é a prevenção de quedas, com a prática sistemática de levantar as grades das macas e camas, e a utilização de almofadas de gel para evitar úlceras de pressão, possível consequência do posicionamento durante as cirurgias.

Outro aspeto de relevância é a inquietação em cumprir os vários itens da cirurgia segura, desde a identificação do cliente, à cirurgia certa, o lado certo, por exemplo, conforme as orientações da OMS para a Cirurgia Segura, de 2009.

Quando falamos de qualidade e de segurança é crucial abordar a prevenção da infeção hospitalar. A unidade hospitalar, onde decorreu o estágio, aderiu ao programa “stop infeção” em 2008; a PPCIRA (Programa de Prevenção e Controle de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos) existe, neste novo formato desde a atualização da Direção Geral de Saúde em 2018.

Segundo o Despacho nº 2757/ 2017, “as infeções adquiridas em ambiente hospitalar são uma ameaça séria à segurança dos clientes, aumentam a morbilidade e mortalidade e prolongam a estadia nos hospitais. O seu impacto financeiro nas instituições e nos sistemas de saúde em geral é elevado” (DGS, 2017).

Durante os dois momentos de estágio tive a oportunidade de fazer parte integrante da unidade da PPCIRA, onde foi possível realizar auditorias, ações de formação, participar em reuniões, entre outras atividades que serão desenvolvidas no tópico referente às competências específicas do EEEMCPSPE.

Zelando para a melhoria dos cuidados de saúde, os registos de enfermagem concedem a possibilidade de continuidade de informação para outros colegas, como também permitem uma visão geral do processo do cliente, de maneira a obter informações sobre a sua situação atual, a história clínica e os exames complementares, podendo atuar em conformidade de acordo com o que é consultado.

Os sistemas eletrónicos permitem uma leitura segura das prescrições médicas.

Nesta conjuntura, podemos abordar a transição de cuidados de saúde, que sucede em qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e a segurança dos mesmos (DGS, 2017). Ainda, segundo a DGS (2017) existe um risco de erro superior na transferência de informação aquando das admissões, altas, transferências inter-hospitalares e

mudanças de turno, designando estes momentos como vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do cliente.

Com o intuito de garantir a segurança da comunicação, a DGS, em fevereiro 2017, emitiu uma norma de orientação clínica padronizada, relacionada com a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, entre profissionais, com recurso à técnica ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessement, Recommendation) (DGS, 2017).

Esta ferramenta padronizada de comunicação é utilizada nas várias etapas onde é necessária uma transição de cuidados de forma criteriosa, em momentos vulneráveis ou críticos, cuja complexidade envolve maior risco de erro na transmissão da informação, tal como na comunicação entre os profissionais de saúde dos diferentes serviços de internamento, conforme a Norma nº 001/2017 da DGS (DGS, 2017).

Melhorar a comunicação interna nas instituições de saúde é promover a segurança e o bem-estar dos clientes, por isso, é tão importante investir em meios que tornem esse processo cada vez mais eficaz.

Ao enfermeiro especialista também cabe o dever de promover e organizar os meios necessários para reduzir a probabilidade de ocorrência do erro humano, para a prestação de cuidados com qualidade e de forma uniformizada.

Para esse efeito a instituição dispõem de uma plataforma de notificação de incidentes (NOTIFICA® e Her+), onde todos os profissionais podem aceder, que serão posteriormente analisados pelo gabinete de gestão de risco. Os sistemas de notificação de incidentes são importantes para mitigar os danos, prevenir a sua ocorrência no futuro, fomentar a aprendizagem com o erro, pois um incidente só existe a partir do momento em que é notificado (DGS, 2022).

Durante o estágio, as principais notificações foram relacionadas com o material, ou por avaria ou por dano, como também no sentido de melhoria das condições de trabalho, com a instalação de vários dispensadores de desinfetante, de batas, luvas ou máscaras para uso dos profissionais de saúde. Também foi identificado um problema de estrutura que conduziu à mudança de piso de duas salas operatórias.

Todo este processo veio apoiar a minha opinião, baseada na evidência científica e na minha prática clínica, que a existência de auditorias, normas, protocolos e documentos de consulta, são ferramentas fundamentais para manter o nível da qualidade dos cuidados.

De acordo com o Despacho n.º 5613/2015, do Decreto-Lei nº 102/2015 de 27-05-2015, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, reforça a necessidade de expansão da acreditação das instituições, de unidades prestadoras de cuidados de saúde e da continuidade do investimento, até agora feito, na melhoria da qualidade clínica e da qualidade

organizacional.

A instituição onde decorreu o estágio tem cumprido com esse critério de certificação, inicialmente obteve a Acreditação pela Joint Commission International (JCI), uma reconhecida entidade norte-americana que avalia e certifica organizações de saúde, em todo o mundo, cuja filosofia subjacente à sua construção tem por base princípios de gestão e melhoria contínua da qualidade (The Joint Commission 2021).

A essência da Acreditação é centralizar o processo de cuidar no cliente, promovendo a segurança e a redução do risco nos hospitais.

Na instituição onde decorreram os estágios, o desenvolvimento do projeto de Acreditação pela JCI, iniciou-se em maio de 2004, tendo sido realizadas várias auditorias intermédias, com auditores externos e internos, no sentido de preparar a instituição e os profissionais para a primeira auditoria pela JCI.

Em dezembro de 2008, após 4 anos, a instituição teve a sua avaliação inicial pela JCI, alcançando o título de acreditado.

De acordo com este referencial a Acreditação é válida por três anos, a não ser que seja revogada pela JCI. Assim, após um ciclo de três anos como hospital acreditado, efetuou-se a auditoria para a Reacreditação, em dezembro de 2011. Contudo, o título de reacreditado só foi alcançado após a auditoria focalizada, em abril de 2012.

A seguinte auditoria de Reacreditação, teve lugar em setembro de 2015, mais uma vez, nesta avaliação foram detetadas algumas não conformidades, e como tal, foi necessário recorrer a uma auditoria focalizada, em março de 2016, e conseqüentemente a um plano de melhoria. O hospital obteve novamente a Reacreditação, tendo também sido acreditado, pela primeira vez, o Centro Médico Académico.

Neste momento, no âmbito do processo de acreditação da Instituição segundo o Programa Nacional de Acreditação em Saúde, criado pelo Despacho n.º 69/2009, de 31 de agosto, da Ministra da Saúde, que definiu o Modelo da Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), da Consejería de Salud y Bienestar Social, como modelo de certificação para as Instituições do Ministério Público.

O modelo de acreditação ACSA, aprovado pelo Ministério da Saúde, foi adotado pela DGS por ser o que melhor se adapta aos critérios definidos na Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde e por ser um modelo consolidado e reconhecido, concebido para um sistema público de saúde, de organização semelhante ao português e destinatários idênticos em termos demográficos e epidemiológicos (DGS, 2023). O processo de acreditação ACSA é baseado em critérios e padrões de qualidade definidos pela DGS e inclui a análise de diversos elementos da organização, como a gestão de risco, a segurança dos clientes, a gestão da qualidade, a gestão

de recursos humanos, entre outros (DGS, 2023).

Após a análise dos critérios e a realização de auditorias, a organização de saúde pode receber o certificado de acreditação ACSA, que tem validade de três anos. Durante este período, a instituição é acompanhada através de auditorias de acompanhamento para garantir a manutenção dos padrões de qualidade (DGS, 2023).

A acreditação ACSA é reconhecida em Portugal como um selo de qualidade e segurança na prestação dos cuidados de saúde. Além disso, é uma ferramenta importante para a melhoria contínua dos serviços de saúde e para a valorização dos profissionais envolvidos.

O início do processo de acreditação, na instituição onde decorreram os estágios, pelo modelo ACSA ocorreu em maio de 2019 e a 1ª visita de avaliação estava agendada para junho de 2021. Contudo, devido à pandemia COVID ficou adiada. O hospital obteve a Certificação da Qualidade de Nível Bom a 05 de maio de 2022. Haverá em abril de 2024 uma visita de acompanhamento.

Em síntese, a acreditação pelo modelo ACSA da DGS é uma forma de reconhecer a qualidade e segurança dos serviços de saúde em Portugal, promovendo a melhoria contínua e a excelência na prestação dos cuidados de saúde.

Domínio da prestação e gestão dos cuidados

Como nos refere o Regulamento nº101/2015, o enfermeiro gestor no seu perfil de competências garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera, implementa a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e garante a prática de enfermagem baseada na evidência (OE, 2015).

Assim compete ao enfermeiro especialista gerir os cuidados, otimizando as respostas dos profissionais de saúde, de forma a garantir tarefas delegadas de qualidade e seguras, adequando os recursos às necessidades encontradas, através da adoção de uma liderança que prima pela qualidade dos cuidados (OE, 2019).

O enfermeiro gestor influencia a sua equipa pela forma de liderar, tanto pela gestão do serviço, como em termos ambientais, humanos ou técnicos, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Assim, no BO onde decorreram os dois diferentes momentos de estágio, foi notada a preocupação do enfermeiro gestor em elaborar e fornecer a escala mensal atempadamente à equipa, como, também, providenciar a distribuição diária dos recursos humanos pelas diferentes salas das distintas especialidades, adequando, dentro do possível, a experiência e a prática dos enfermeiros, tendo em conta que esses são alocados a especialidades específicas. Sempre

assumindo um papel de referência e de apoio à sua equipa, supervisionando toda a organização do mesmo.

Cada especialidade cirúrgica possui um enfermeiro especialista responsável; esse gere os diversos dispositivos médicos e equipamentos necessários para as cirurgias e realiza o inventário do material em stock.

De forma diária, em cada turno, existe um enfermeiro coordenador, cujo papel é imprescindível, responsável pela gestão de dispositivos médicos e equipamentos para as diversas cirurgias, tal como a gestão do stock geral; também exerce o papel de responsável de turno, incumbindo-lhe a resolução de qualquer ocorrência no serviço.

Constatou-se que os enfermeiros escalados como responsáveis de turno são essencialmente enfermeiros especialistas, estando de acordo com o recomendado no parecer conjunto nº 01/2017 do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017). O enfermeiro com funções de responsável de turno deve “possuir um conjunto de competências, que integra cumulativamente as competências comuns e específicas na área de especialização, baseadas em conhecimentos científicos e com competências para a área da gestão” (OE, 2017, p. 2).

Outra aliada à gestão do serviço, foi a implementação da metodologia Kaizen; esta tem como filosofia a eliminação do desperdício através de soluções criativas e de baixo custo, englobando todos os colaboradores visando a melhoria contínua (Pinto, 2008). Na prática diária essa metodologia cumpre os seguintes critérios:

- Cumprimento de uma check-list na presença de todos os intervenientes (enfermeiro circulante, de anestesia e instrumentista, médico anestesista e cirurgião);
- Confirmação a cada turno (manhã e tarde) do plano cirúrgico com o cirurgião, bem como a necessidade de material e equipamentos para cada intervenção cirúrgica;
- Confirmação de necessidades adicionais, nomeadamente antibioterapia, profilaxia tromboembólica e reserva de sangue;
- Gestão do material(consumíveis) e farmácia a partir de um sistema de débito direto, possível graças à implementação de um armazém avançado, onde foi estabelecido um stock mínimo.

Em ambos os momentos de estágio colaborei nas funções de responsável de turno, o que considero que foi uma experiência gratificante, uma mais-valia para o desenvolvimento das minhas competências, uma vez que permitiu a troca de experiências e alargar o meu conhecimento sobre essa área.

Domínio do desenvolvimento profissional

Este último domínio compreende as competências de desenvolvimento da aprendizagem profissional e a capacidade do enfermeiro avaliar o autoconhecimento, sabendo que a sua atitude, comportamento e crenças, influenciam a relação com a equipa multidisciplinar, a pessoa e respetiva família ou pessoa significativa. Segundo o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista deve assim assumir um papel facilitador nos processos de aprendizagem e promotor de investigação, contribuindo nas tomadas de decisão baseadas na evidência científica (OE, 2019).

O EE, reúne competências de enfermagem resultantes de um processo de construção, de uma prática envolvente e refletida, centrada nas necessidades do cliente. Este deve assim, fazer prova de um conhecimento aprofundado, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzindo um conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 122, OE2011).

Segundo o REPE, Decreto-Lei n.º 161/96, Artigo 9.º, os profissionais de saúde na área de enfermagem contribuem, no exercício da sua atividade em áreas como a gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria de conhecimentos técnico-práticos e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: organizando, coordenando, executando, supervisionando e avaliando a formação dos enfermeiros (OE, 1996).

Assim, podemos afirmar que a melhor forma de adquirir competências passa pelo aperfeiçoamento profissional, passando pela autoformação, pela formação contínua, pelo processo de avaliação de desempenho, sendo uma aprendizagem ao longo da vida, um desenvolvimento profissional e atualização constante (OE, 2015).

Ao longo de vinte e três anos de exercício profissional, com uma alargada experiência por diferentes serviços cirúrgicos, sendo que agora exerço funções integrada no grupo de anestesiologia de BO, fez todo o sentido estagiar na área de instrumentação/circulação com o objetivo de atingir a mestria no meu percurso profissional.

Para esse efeito, tentei sempre manter uma postura atenta, disponível e de partilha com a minha enfermeira tutora, a restante equipa e orientadoras, demonstrando os conhecimentos adquiridos graças às unidades curriculares e aos trabalhos de investigação baseados em evidências científicas, apresentados durante o período letivo.

Os dois estágios também são marcados pela elaboração de estudos de casos clínicos, no decorrer da unidade curricular, que permitiram refletir e questionar a nossa abordagem, diferenciar as intervenções autónomas de enfermagem, formular diagnósticos e intervenções de

enfermagem adaptadas à intervenção cirúrgica, à pessoa/ família e pessoa significativa, procurando sempre a melhor evidência científica para sustentar o desenvolvimento das aprendizagens alcançadas ao longo do estágio.

No âmbito do estágio Módulo I, foi realizado um projeto cujo tema é “Visita pós-operatória de enfermagem, na área da gestão da dor pós procedimento cirúrgico”. Foi realizada uma reunião com os enfermeiros gestores do serviço, com o intuito de divulgar o projeto e promover cuidados de excelência e seguros centrados nas necessidades dos clientes.

Integradas na comemoração do Dia Internacional de Enfermeiro, foram realizadas umas jornadas “Desafios para a articulação de cuidados de saúde” nas quais participei, apresentando um poster sobre o tema “Fumo de eletrocirurgia - O impacto na saúde ocupacional da equipa cirúrgica” ao qual foi atribuída uma “menção honrosa”, nesta sequência foi apresentado uma formação em serviço intitulada "Fumo de Eletrocirurgia - O impacto na equipa cirúrgica" . No âmbito do Seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, integrado na NursID Spring School 2023, realizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto foi apresentado o tema "Impacto do Fumo da Eletrocirurgia na Equipa Cirúrgica" (Anexo V).

No dia 11 de novembro de 2022, das 09h00 às 13h00, assisti às “I Jornadas de Segurança do Doente no Peri-Operatório”, promovidas pelo hospital Senhora da Oliveira-Guimarães .

Em contexto formativo, participei nas VI Jornadas de Enfermagem Perioperatórias de Leiria “Enfermagem Perioperatória, inovar e humanizar”, com a presença num simpósio “Aplicações Inovadoras da Terapia de Pressão Negativa no Tratamento de Feridas Complexas” .

O percurso de estágio permitiu o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória. O contacto com duas realidades distintas na prestação de cuidados perioperatórios e com outros profissionais de saúde, permitiu conhecer novas metodologias e abordagens no exercício das funções do enfermeiro do perioperatório.

Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Perioperatória

O conceito de enfermagem perioperatória remonta ao século XX nos Estados Unidos da América, sendo uma das primeiras especialidades reconhecidas a nível global, com o principal papel de manter a assepsia cirúrgica e garantir a segurança do cliente (Hamlin, 2020).

A Association of Operating Room Nurses (AORN) definiu a enfermagem perioperatoria como um conjunto de atividades desempenhadas pelo profissional de enfermagem, durante os três

períodos da experiência cirúrgica (pré, intra e pós-operatório).

Em 2006, a AESOP designa a enfermagem perioperatória como um conjunto de conhecimentos teórico-práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, com o intuito de reconhecer as necessidades do cliente, estabelecer um processo de enfermagem, onde reconhece, executa intervenções e avalia os resultados obtidos (AESOP, 2006).

No contexto português, esta especialidade é relativamente recente, enquadrada na especialidade em Enfermagem médico-cirúrgica, as competências específicas do EEEMCEPSPE foram definidas pelo Regulamento nº 429/2018.

Assim o EEEMCEPSPE deve direcionar a sua intervenção em várias áreas de atuação, tendo como alvo principal a pessoa e família/pessoa significativa, em todo o processo cirúrgico/anestésico.

Para tal, o EEEMCEPSPE deve elaborar um plano de conceção de cuidados especializados em enfermagem, implementar e avaliar as intervenções de enfermagem. O ponto central, deste processo, é a melhoria contínua dos cuidados diferenciados prestados, em resposta às necessidades da pessoa e família/pessoa significativa, perante situações que revelam elevados níveis de competências, tanto na deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação cirúrgica e anestésica (Regulamento nº429, 2018).

Outro aspeto significativo do Regulamento nº 429/2018, depara-se com a capacidade de resposta aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença. Para esse efeito, é primordial desenvolver uma prática baseada nas mais recentes evidências científicas, orientadas para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem com o intuito de potenciar e atualizar os conhecimentos.

Mantendo o mesmo fio condutor, o Regulamento nº 429/2018 estipula cinco áreas de atuação complementares entre si, sendo elas: a consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. O EEEMCEPSPE deve desenvolver competências e conhecimentos diferenciados nas três fases do processo cirúrgico. A fase pré-operatória inicia-se aquando da tomada de decisão do procedimento cirúrgico e termina quando o cliente é transferida para a mesa operatória; nesta fase, será discutida e esclarecida qualquer dúvida, durante a consulta pré-operatória. A fase intra-operatória inicia-se com a transferência do cliente para a mesa operatória e termina quando é transferida para a UCPA, momento que requer a implementação de vigilâncias de alto nível de competências e de rápida capacidade de atuação. Por último, a fase pós-operatória inicia-se com a entrada do cliente na UCPA e termina quando se considera que o cliente está recuperada do procedimento cirúrgico (Regulamento nº429, 2018).

O BO representa um ambiente fechado e temido pelos clientes, dados os riscos inerentes aos

cuidados perioperatórios. O Regulamento nº 429/2018 reforça o conceito de vulnerabilidade, no qual o cliente que aceita ser submetida a um procedimento cirúrgico e anestésico se encontra. Esta depara-se com a exposição ao risco, o sentimento de desproteção e impossibilidade de defesa, que deve ser assegurado por outra pessoa (Regulamento nº429, 2018). É de salientar que o EEEMCEPSPE deve demonstrar competências especializadas na garantia da segurança congruente com a consciência cirúrgica. Para o enfermeiro perioperatório, a consciência cirúrgica é um conceito único e central, a obrigação moral de salvaguardar a assepsia cirúrgica e a segurança do cliente, este fenómeno está profundamente enraizado na tradição perioperatória (Duff et al., 2021).

O Regulamento nº 429/2018 define a consciência cirúrgica como um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar da pessoa em situação perioperatória, agindo sempre no seu benefício (Regulamento nº429, 2018). Assim, o EEEMCEPSPE demonstra um comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios legais, éticos e morais.

Segundo o Regulamento nº 429/2018, distinguem-se duas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação Perioperatória:

- a) Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa;
- b) Maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Em seguida, procedo à descrição da forma como cada competência específica foi desenvolvida, através da análise e reflexão das experiências vivenciadas nos locais de estágio.

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

Este domínio dos cuidados de Enfermagem Perioperatória tem no centro da nossa atenção, a pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa.

Em contexto perioperatório, o cliente encontra-se numa posição de grande dependência e vulnerabilidade, tanto pela impossibilidade de participar no processo de cuidados, como pela alteração do estado de consciência. Assim sendo, cabe ao EEEMCEPSPE zelar pelo bem-estar e segurança do cliente durante o período perioperatório.

O regulamento nº 429/2018 preconiza que o EEEMCEPSPE mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, considerando as necessidades específicas, promovendo a compreensão do processo a vivenciar, de forma a capacitar o cliente no

autocuidado e reintegração familiar e social.

O EEEMCEPSPE, integrado numa equipa multiprofissional, deve recolher vários dados a fim de identificar as necessidades da pessoa e família/pessoa significativa, com o intuito de favorecer a capacitação na gestão da experiência cirúrgica (Regulamento nº429, 2018). Todo este processo conduz à elaboração de um plano de cuidados adaptado às necessidades identificadas previamente.

Neste sentido, é primordial que o EEEMCEPSPE estabeleça, desde o primeiro contacto com o cliente, uma comunicação facilitadora com abertura para expressar dúvidas e preocupações. Uma comunicação, clarificada e assertiva, potencia um clima de confiança com o cliente. O enfermeiro perioperatório deve apresentar capacidades de comunicação verbal e não verbal, com o propósito de estabelecer uma relação de ajuda.

Assim o EEEMCEPSPE tem um papel central, em conjunto com a equipa multiprofissional, na capacitação da pessoa e família/ pessoa significativa, na melhoria da sua Literacia em Saúde.

De uma forma resumida, é possível definir a Literacia em Saúde como o grau que os indivíduos têm em obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem na tomada de decisão (Arriaga, 2019).

A Direção-Geral da Saúde (2019) apresentou o Plano de Ação para a Literacia em Saúde, 2019-2021, que pretende definir uma abordagem ao longo do ciclo de vida, intergeracional, promovendo as escolhas informadas dos cidadãos (Lopes et al., 2019).

Numa era onde a tecnologia e o fácil acesso à informação, estão cada vez mais enraizados na comunidade, é essencial que o EEEMCEPSPE detenha um conhecimento técnico-científico avançado. Este deve assegurar que toda a informação foi assimilada de forma esclarecida para garantir uma tomada de decisão inequívoca e apresentar um alto nível de conhecimentos para fornecer respostas de forma rápida e clara.

Como já referido anteriormente, o enfermeiro perioperatório deve confirmar a existência do consentimento prévio, livre e informado, para a realização do procedimento cirúrgico e anestésico. Embora este seja da responsabilidade do cirurgião e do anestesista, a sua certificação enquadra-se na Lista de Verificação Cirúrgica da OMS, "Cirurgia Segura Salva-Vidas" (OMS, 2010).

Durante os dois momentos de estágio tentei integrar a equipa pluridisciplinar de forma gradual, respeitando todos os elementos. Houve a preocupação em cumprir com as normas institucionais e legais como ponto central, sem nunca descurar o constante objetivo de atingir as competências específicas do EEEMCEPSPE.

Nos diferentes momentos de estágio, foi possível estabelecer momentos gratificantes de partilha, tanto de conhecimentos como de experiências vividas, com a equipa de enfermagem

como com a restante equipa multidisciplinar. A constante pesquisa científica aliada à minha experiência profissional, foram elementos facilitadores na interação com toda a equipa, demonstrando sempre a minha disponibilidade para a aquisição de novos conhecimentos. Desta forma foi-me possível atingir os objetivos traçados, colocar em prática os conhecimentos adquiridos, melhorar as minhas competências e destreza nos atos de enfermagem perioperatória.

Ao longo deste período, foi notável a preocupação em estabelecer um contacto empático e positivo com o cliente cirúrgico desde o acolhimento no BO. Para esse efeito, foi sempre utilizada uma linguagem adequada ao cliente e família/pessoa significativa, no sentido de favorecer um diálogo aberto.

Nesta unidade hospitalar, no BO central, não existe uma consulta pré-operatória, por isso o momento do acolhimento é fundamental para estabelecer uma relação de confiança com a pessoa e família/pessoa significativa, tanto em cirurgias eletivas como, principalmente, em cirurgias de urgência/emergência; esta fase é oportuna para iniciar a *checklist* operatória, questionar sobre jejum pré-operatório, medicação do domicílio, antecedentes médicos e cirúrgicos, informar, elucidar e tranquilizar. Em casos de cirurgias urgentes/emergentes, que foi possível intervir, o momento do acolhimento foi de extrema relevância, dado ao sentimento de insegurança, de preocupação e medo, assim a inquietação em demonstrar uma escuta ativa, efetuar um acolhimento adequado e personalizado para responder às necessidades, foi um foco de atenção permanente.

Outro aspeto relevante, é o cuidado em integrar a pessoa e família/pessoa significativa neste processo, informar quando necessário e logo que possível sobre o estado de saúde do seu familiar, responder a qualquer questão ou dúvida, respeitando a confidencialidade e a informação permitida ao enfermeiro perioperatório.

Segundo o Regulamento nº 429/2018, o EEMCEPSPE deve promover cuidados especializados à pessoa em situação perioperatória de forma a garantir a verificação da lista de procedimentos com vista à segurança da cirurgia. Para esse efeito, este procedimento gere-se pelas orientações da OMS, 2013, onde a DGS deixou claro através da publicação da Norma nº 02/2013, a obrigatoriedade da implementação do projeto "Cirurgia Segura, Salva Vidas" em todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde e das entidades com ele contratadas (Despacho n.º 2905, 2013). A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), deve ser preenchida em todas as cirurgias. A sua validação é da responsabilidade de uma única pessoa, habitualmente o enfermeiro circulante e contempla três tempos: antes da indução anestésica, antes da incisão da pele e antes de o cliente sair da sala operatória. Cada item deve ser confirmado pelos diferentes intervenientes no procedimento cirúrgico, cirurgião, anestesista e enfermeiros, presentes na sala.

É da responsabilidade do enfermeiro perioperatório zelar pelo conforto, integridade e

privacidade do cliente e assegurar o posicionamento cirúrgico. Assim como refere a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, 2005, devemos respeitar a dignidade humana, os direitos humanos. A privacidade consiste num fator importante na prestação de cuidados, compreendendo a exposição física e psíquica do cliente, bem como o sigilo profissional, como pilares fundamentais para a promoção de um ambiente de apoio e proteção (Watson, 2002).

Relativamente ao conforto e integridade, esses devem ser salvaguardados ao posicionar o cliente para o procedimento cirúrgico. Um posicionamento incorreto é considerado um dano evitável, que pode complicar as cirurgias, aumentar o tempo de internamento por lesões graves associadas ao mesmo (Hewson et al., 2018). O posicionamento cirúrgico é da responsabilidade de toda a equipa cirúrgica, embora seja de salientar o papel fundamental do enfermeiro perioperatório, pois o seu conhecimento das alterações anatómicas e fisiológicas são cruciais na prevenção de lesões decorrentes deste procedimento (Lopes et al., 2016).

Em contexto de BO, é exigido ao enfermeiro perioperatório competências e conhecimentos técnico-científico de referência nas diferentes áreas de atuação do processo cirúrgico (consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos). O cliente submetido a um procedimento cirúrgico é propício a maiores mudanças fisiológicas e complicações operatórias resultantes da anestesia e da técnica cirúrgica (Araújo et al., 2022).

A fase pré-operatória inicia-se quando o cliente e o médico programam a cirurgia e termina quando o cliente em situação perioperatória é transferido para a mesa operatória. Este período coincide com um momento de preparação física e psicológica do cliente para a cirurgia. As intervenções de enfermagem durante este intervalo de tempo são essencialmente direcionadas para o ensino e preparação para os procedimentos anestésico e cirúrgicos (Duarte et al., 2014).

Considera-se que a etapa intraoperatória começa quando o cliente em situação perioperatória é transferido para a mesa cirúrgica e termina quando é transportado para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA). Durante o procedimento cirúrgico, as áreas de atuação do enfermeiro perioperatório centram-se na monitorização das respostas fisiológicas decorrentes dos atos anestésicos e cirúrgicos, na garantia da segurança e na prevenção da infeção (Duarte et al., 2014).

A adequação de estratégias facilitadoras de comunicação e de transmissão da informação são contributos imprescindíveis para um procedimento cirúrgico seguro. Os registos de enfermagem, o planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, são fundamentais e permitem uma comunicação entre a equipa e a continuidade de cuidados através da identificação das necessidades do cliente (Batista, 2015). Os registos devem conter informação clara, completa e precisa, estarem disponíveis para todos os envolvidos no processo e devem ser considerados com a responsabilidade que efetivamente representam (Limandri, 2021).

Em 2017, a DGS preconiza a uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde.

Assim, é criada uma harmonização na transmissão de cuidados através de uma comunicação eficaz com a elaboração da técnica ISBAR (Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e recomendações), esta ferramenta padronizada de comunicação em saúde é reconhecida por promover a segurança do cliente em situações de transição de cuidados (DGS, 2017).

A mnemónica ISBAR constitui um auxiliar de memória que permite, através de formas simples, memorizar construções complexas para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação (identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação - emissor e recetor - bem como do cliente a que diz respeito a comunicação), S: à Situação atual (descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde), B: aos Antecedentes (exposição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade), A: à Avaliação (informações acerca do estado do cliente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas) e R: às Recomendações (descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do cliente) (DGS, 2017).

Esta metodologia é recomendada e utilizada por várias organizações de saúde por facilitar a compreensão da mensagem, ser padronizada, concisa e clara.

O enfermeiro perioperatório assume um papel fundamental na equipa multidisciplinar na gestão da dor, coordena, monitoriza e avalia os cuidados prestados atuando como elo de ligação entre os membros da equipa da Unidade da Dor Aguda (Silva et al., 2019).

A Direção-Geral da Saúde (2003), no uso das suas competências técnicas e normativas, e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta contra a dor, instituiu, através da Circular n.º 09/2003, "a Dor como 5.º Sinal Vital". Ou seja, a intensidade da dor deve ser registada, no mesmo período e no mesmo ambiente clínico, no qual são avaliados todos os outros sinais vitais. Uma avaliação da dor pós-operatória eficaz aumenta a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, levando a padrões de qualidade de excelência.

Embora a dor pós-operatória seja previsível, é dos sintomas mais temidos pelos clientes, sendo fundamental que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para o alívio da dor e do desconforto. A sua monitorização é um objetivo primordial da intervenção dos enfermeiros, pois, pode verificar-se que a dor difere de cliente para cliente em procedimentos cirúrgicos semelhantes (Camargo et al., 2021).

A dor é um tipo de perceção, enquanto processo do sistema nervoso, que se define por "um aumento da sensação corporal desconfortável, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite" (Internacional Council of Nurses

[ICN], 2016, p.54).

A dor aguda do pós-operatório, define-se como a dor existente num cliente após ter sido submetido a um procedimento cirúrgico. Um controle inadequado da dor pós-operatória pode acarretar consequências graves, com repercussões na qualidade de vida, socioeconómicas e o aumento do tempo de internamento. A literatura refere que uma dor mal controlada aumenta a probabilidade de desenvolver uma dor crónica, o que pode afetar negativamente a qualidade de vida e por consequência custos em saúde acrescidos (Silva et al., 2019).

Dado o meu percurso profissional, o tratamento da dor em todas as suas vertentes foi sempre uma grande preocupação. A Unidade da Dor Aguda da instituição onde desenvolvi o estágio, da qual sou elemento ativo, está essencialmente direcionada para a visita pós-operatória em clientes portadores de dispositivo médico. Graças a esta oportunidade de vivenciar o processo cirúrgico pela perspetiva de enfermeira instrumentista pude verificar que, embora fosse aplicado um protocolo analgésico a todos os clientes submetidos a um procedimento cirúrgico, estes não são incluídos na visita pós-operatória. A evidência científica demonstra-nos que a dor pós-operatória, além de resultante do procedimento cirúrgico, também advém do posicionamento durante a intervenção cirúrgica e de um controle da normotermia inadequado (Camargo et al., 2021).

Nessa sequência, surge a identificação de um problema real, a necessidade de alargar a visita pós-operatória de enfermagem a todos os clientes submetidos a um procedimento cirúrgico, direcionada para o controle da dor, esta sob a responsabilidade do enfermeiro especialista em perioperatório. Assim durante o primeiro momento de estágio foi realizado um projeto com o tema “Visita pós-operatória de enfermagem, na área da gestão da dor pós procedimento cirúrgico” e no segundo momento de estágio uma *Scoping Review* com o tema “Quais são os elementos a integrar na visita pós-operatória de enfermagem, na área da gestão da dor pós procedimento cirúrgico?” (Anexo IX).

Sempre valorizei, na minha prática profissional, a privacidade do cliente e senti, durante todo o período de estágio, que esta em nenhum momento foi menosprezada. O ambiente intraoperatório é facilmente propício a falta de respeito do pudor e da dignidade humana pela exposição do local cirúrgico; tive sempre o cuidado de expor o estritamente necessário e verifiquei a mesma atenção pelos os restantes profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros.

No intraoperatório, como enfermeira circulante foi-me dada a oportunidade de preencher a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC); esta é, a meu ver, de grande responsabilidade legal tanto para a equipa de profissionais como para o cliente. Nas funções de circulação foram desenvolvidas competências pessoais e profissionais em contextos altamente complexos, essencialmente no BOC, como era inicialmente expectável, tanto em situações de cirurgias eletivas como urgentes/emergentes. Também foi adequado o posicionamento cirúrgico do

cliente em situação perioperatória em cada intervenção, em colaboração com a equipa anestésica e cirúrgica, prevenindo complicações associadas (tais como lesões nervosas, vasculares e/ou cutâneas), permitir o equilíbrio hemodinâmico e ventilatório, o acesso a dispositivos de monitorização, manter o conforto e respeitar a privacidade do cliente. Os conhecimentos avançados do enfermeiro de perioperatório em anatomia, fisiologia, técnica cirúrgica, abordagem cirúrgica, técnicas anestésicas, funcionamento de materiais e equipamentos, garantem o correto posicionamento cirúrgico, essencialmente em cirurgias prolongadas, como foi presenciado.

A experiência de instrumentação foi desafiadora e de grande responsabilidade, sendo constante a inquietação em garantir a técnica assética, na passagem de instrumentos em tempo útil, com o objetivo de reduzir o tempo cirúrgico. Ser um enfermeiro instrumentista diferenciado, no meu entender, é impossível, sem conhecer todas as etapas de uma cirurgia, a anatomo-fisiopatologia e a técnica cirurgia, de forma a antecipar as necessidades da mesma. A colaboração com o enfermeiro circulante na gestão de material, utilizando apenas o essencial para a cirurgia, também representou um momento de decisões conscientes. Outro foco de atenção incide na contagem rigorosa de compressas, agulhas e instrumentos cirúrgicos, indispensável à prevenção da retenção acidental de dispositivos no cliente em situação perioperatória (AESOP, 2012).

No decorrer dos estágios foi possível desenvolver competências na área da comunicação, mais concretamente na aplicação da técnica ISBAR. Embora esteja familiarizada com esta técnica, pude confirmar a sua aplicabilidade em qualquer circunstância, permitindo a transição da informação de forma simples, concisa e estruturada, promovendo a continuidade de cuidados.

Outro aspeto, que para mim deve ser valorizado, é a barreira linguística. Houve a oportunidade de acompanhar no BOC pessoas estrangeiras, em situação de urgência /emergência, sendo adotadas várias estratégias como: recurso a profissionais que falassem fluentemente a língua dominante do cliente ou acesso a aplicativos digitais facilitadores. É fundamental recordar que não devemos exercer nenhuma distinção fundada no estatuto político, jurídico ou do território de naturalidade do cliente (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1978).

Na minha perspetiva, o trabalho em equipa é fundamental, especialmente em contexto perioperatório. O sucesso de uma cirurgia passa, essencialmente, pela comunicação interdisciplinar. Na unidade hospitalar onde decorreram os dois estágios, é recorrente as alterações de plano cirúrgicos, por diversos motivos; assim, uma comunicação clara e assertiva é fundamental, além da realização do Kaizen, já referido anteriormente.

No próximo ponto, desenvolve-se a segunda competência específica do EEEMCEPSPE, enunciada no Regulamento nº 429/2018.

Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

A complexidade e a diferenciação do ambiente perioperatório comporta elevados riscos de ocorrência de incidentes durante a prestação dos cuidados de saúde. A implementação de políticas e estratégias com vista a minimizar a ocorrência de danos evitáveis constitui uma meta em saúde.

O risco associado aos cuidados perioperatórios tal como a ocorrência de eventos adversos é considerado elevado, advindo da vulnerabilidade do cliente, dos procedimentos realizados, da complexidade do ambiente e dos recursos. O EEMCEPSPE mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança do cliente, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional (Regulamento nº429/2018).

Assim é da competência do EEMCEPSPE, demonstrar consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório (Regulamento nº429/2018). Este deve atuar como modelo de referência, promover uma cultura de consciência cirúrgica em prol do cliente. A consciência cirúrgica é um princípio ético e moral, um guia orientador na prática diária do enfermeiro perioperatório, que age em benefício do cliente em situação perioperatória, independentemente de qualquer controle externo (OE, 2017).

Na prática, isso significa que o EEMCEPSPE atua respeitando criteriosamente determinados princípios, quer esteja a ser observado ou não, baseando a sua prática clínica em conhecimentos teórico-práticos de alto nível. Este conceito assenta nos princípios de assepsia, autodisciplina e organização da própria higiene, englobando o uso correto do vestuário e prática de enfermagem sem quebras da técnica, antecipar as necessidades do cliente em situação perioperatória, em função do tipo de cirurgia, da preferência da equipa e do material necessário e sua obtenção (Duff et al., 2021).

A conjuntura do sistema de saúde atual é propícia à ocorrência de incidentes de segurança na prestação de cuidados. A apreensão com a incidência de danos evitáveis é reconhecida, tanto internacional como nacionalmente. A implementação de políticas e estratégias que visem reduzir a ocorrência de eventos adversos constitui um ganho em saúde (Ramos et al., 2011).

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi desafiada a liderar a implementação de normas e padrões que apoiassem a elaboração de políticas e práticas de segurança. Nesse contexto, emanaram soluções para a “segurança do cliente”, destacando-se, entre outras, a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, a cirurgia segura, a criação de sistemas de relatos de incidentes para partilhar e aprender com os erros. Portugal aderiu a alguns destes desafios, com a implementação da Campanha Nacional da Higiene das Mãos “Medidas Simples Salvam Vidas”, em 2008 e com a introdução do Projeto Nacional “Cirurgias

Seguras Salvam Vidas”, em 2009 (Ramos et al.,2011).

O programa “Cirurgia Segura Salvam Vidas” visa melhorar a segurança cirúrgica e reduzir o número de mortes e de complicações cirúrgicas. Para garantir o sucesso de qualquer procedimento cirúrgico, a OMS em 2009 define 10 objetivos básicos como orientações para a segurança cirúrgica que devem ser otimizados a fim de minimizar perdas desnecessárias de vidas e complicações graves. Assim a equipa cirúrgica respeita e confirma criteriosamente os seguintes itens: o cliente certo, o local correto, o uso de métodos já conhecidos para evitar danos decorrentes da administração de anestésicos, protegendo o cliente da dor, atuar perante sinais e sintomas de risco de vida ou de falência respiratória, identificar sinais/sintomas de risco elevada de perda de sangue, evitar a indução de uma reação alérgica ou reações adversas a medicamentos relativamente aos quais existe risco significativo para aquele cliente, minimizar o risco de infeção do local cirúrgico, impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas, acondicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas, comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica que contribua para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos. Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabeleceram uma vigilância epidemiológica de rotina que permitiu monitorizar a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados (DGS, 2010).

É de ressaltar a inquietude com a segurança cirúrgica, pois a OMS destaca que 50% das complicações associadas à prática cirúrgica são evitáveis e metade dos incidentes decorrem da prestação de cuidados de saúde durante um ato cirúrgico (Despacho n.º 1400-A/2015).

Segundo o Despacho n.º 1400-A/2015, o acesso a cuidados de saúde de qualidade e em segurança é um direito fundamental do cidadão. A Lei de Bases da Saúde, na base 2, ressalva que todas as pessoas têm o direito de acesso aos cuidados de saúde, atempadamente, de forma digna, baseada na melhor evidência científica, ditado pelas boas práticas de qualidade e segurança em saúde (Despacho n.º 9390/2021).

Em 2021, é dada continuidade ao primeiro processo iniciado em 2002, sendo aprovado o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021 -2030 (PNSD), com uma monitorização bianual até 2031. Este plano, após reavaliação, foi complementado com um novo PNSD 2021-2026; este é suportado por cinco pilares, com a definição de vários objetivos estratégicos (Despacho n.º 9390/2021).

Com uma nova perspetiva de cuidados de saúde no sistema de saúde, o PNSD 2021 -2026 tem por objetivo consolidar e promover a segurança nos cuidados domiciliários e tele saúde. Este plano é sustentado por princípios de segurança, estruturado em cinco pilares com objetivos específicos, cujas metas são alcançadas através da implementação de ações específicas. Estes cinco pilares estão interligados e não devem ser negligenciados, sendo eles: a cultura de segurança, a liderança e governança, a comunicação, a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e as práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021).

Em paralelo com as medidas de segurança nos cuidados de saúde é inevitável abordar a área da gestão de risco e a notificação. A Gestão do Risco na Saúde é uma metodologia de excelência que contribui para aumentar a segurança de todos. Esta assenta em quatro pilares, para os quais é essencial sensibilizar os profissionais através de formações num programa estruturado (Ramos et al., 2011).

Em primeiro lugar, é necessário implementar um sistema de relato de incidentes, com o principal objetivo de promover a comunicação sistemática dos mesmos. Desta forma será possível analisar os fatores contributivos e definir um plano de melhoria de modo a prevenir a sua recorrência. Em segundo, é fundamental identificar e avaliar o risco através de uma metodologia pró-ativa. Esta consiste em perceber em que circunstâncias os cuidados prestados potenciam acontecimentos indesejáveis e não esperados, com o intuito de criar mecanismos preventivos. Em resposta ao risco são definidas e implementadas medidas com a finalidade de reduzir o risco até ao mínimo aceitável. Numa fase final serão reavaliadas as medidas implementadas e redirecionadas se necessário (Ramos et al., 2011).

Ao longo de todo este processo é imprescindível efetuar auditorias como instrumento de melhoria contínua; este passo é de relevância para monitorizar e criar indicadores de segurança de saúde. Indicadores de saúde são instrumentos de medida sumária que refletem informações relevantes sobre atributos e dimensões de saúde (Plano Nacional de Saúde 2012-2016).

Um aspeto fulcral no quotidiano do EEEMCEPSPE é a segurança na utilização da medicação. O Despacho n.º 1400-A/2015 preconiza uma abordagem internacional para diminuir a prevalência dos incidentes. Para tal, os profissionais, a população e as instituições devem aplicar mudanças organizacionais e comportamentais através de medidas estruturais e processuais de prevenção.

Estas medidas implicam adotar estratégias que assegurem o uso seguro dos medicamentos de alto risco, bem como os medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, conhecidos como medicamentos “*Lookalike*” e “*Soundalike*” ou simplesmente medicamentos LASA. De igual modo, pretende-se que seja administrado o medicamento correto, em dose certa, hora certa, ao cliente certo, com o consentimento livre, informado e esclarecido sobre o medicamento e os seus efeitos (DGS, 2015).

Outro aspeto de grande relevância prende-se com a segurança da equipa profissional. O risco profissional designa uma combinação entre a probabilidade de ocorrência de um efeito adverso na saúde do trabalhador e a gravidade do dano no trabalhador (Despacho n.º 7549/2023).

A exposição aos riscos é constante, desde risco biológico, químico, físico a mecânicos; assim, para cada risco, devem ser desenvolvidas estratégias de intervenção da responsabilidade do serviço de saúde e de segurança no trabalho. Para assegurar e melhorar a saúde e a segurança dos trabalhadores é necessário tomar medidas de forma preventiva e corretiva eficazes. É imperativo diminuir o risco profissional, elaborar um processo dinâmico, técnico-científico, com

o pressuposto de eliminar, minimizar ou controlar risco profissional. Em contexto de BO, garantir a proteção e a qualidade dos cuidados de enfermagem passa por assegurar as dotações seguras. Este cálculo é efetuado considerando os profissionais em exercício, as infraestruturas, o número de clientes e a complexidade dos cuidados (OE, 2019).

A aquisição destas competências foi marcada pela frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Em contexto de estágio, a mobilização de conhecimentos na prática permitiu a consolidação de saberes já adquiridos e a sua atualização numa vertente mais especializada e fundamentada. Foram adotadas estratégias e medidas de segurança para evitar danos através do cumprimento rigoroso da cirurgia segura. É notório a consciencialização dos profissionais de saúde para o cumprimento destes princípios, de forma a garantir a excelência dos cuidados de enfermagem perioperatório. Embora a pressão para a alta rotatividade e a produção sejam constantes, a preocupação em prestar cuidados de excelência, construir ganhos em saúde direcionados para a qualidade de cuidados, sem nunca descurar a preocupação em reduzir custos, prevaleceram durante os momentos de estágio. Também foi pautada toda a atuação pela consciência cirúrgica, cumprindo as normas de assepsia e os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatória.

Relacionado com a gestão de risco, foi reforçado o cumprimento de um protocolo já existente, especificamente sobre a manipulação do “formol” no BO. O formaldeído é amplamente utilizado para conservar as amostras cirúrgicas de tecidos orgânicos, destinados a anatomia patológica. A sua manipulação constitui um alto risco biológico, para os profissionais de saúde, pelas suas propriedades cancerígenas, além de ser uma substância altamente irritante para os olhos e para as vias respiratórias. De facto, a American Cancer Society (ACS) demonstrou que a exposição a quantidades elevadas de formaldeído está ligada a alguns tipos de tumores em contextos clínicos, embora a relação causa/efeito, no seu uso em quantidades menores seja pouco determinado. A International Agency for Research on Cancer, que faz parte da OMS, clarifica que o formaldeído é “cancerígeno para os seres humanos”, concluindo que pode causar tumores nasofaríngeo e leucemias (Tavares, 2014). O programa nacional de toxicologia dos Estados Unidos da América (EUA) enumera o formaldeído como um carcinogéneo humano (ACS, 2022). Neste contexto, foi lembrado junto dos profissionais, de forma interativa e informal, as boas práticas e o dever de cumprir com o protocolo de utilização do “formol”, nomeadamente o uso apropriado de equipamento de proteção individual no manuseamento e utilização deste produto químico.

De forma a cumprir com as funções preconizadas pela OE (2019), foram preparados e verificados todos os dispositivos médicos necessários para o ato cirúrgico, realizada a verificação das checklists existentes, referentes à funcionalidade de todos os equipamentos e materiais necessários, na sala operatória. O EEEPSPE deve adotar uma atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica, e atuar com responsabilidade profissional e

prudência.

Como já mencionado anteriormente, o posicionamento cirúrgico é parte essencial da prática de enfermagem perioperatória, além de ser primordial para a realização da técnica cirúrgica, é um potencial fator de risco na ocorrência de complicações neuromusculares. A cirurgia segura inclui o posicionamento adequado do cliente, devendo ser mantida uma postura anatômica e fisiológica, de modo a evitar tensões musculares, permitir a acessibilidade ao cliente e um campo operatório adequado (Trevilato et al., 2022). Na minha prática diária, reforçado durante o ensino clínico, o posicionamento é um cuidado realizado sempre com consciência, de modo a garantir conforto e prevenir complicações inerentes ao mesmo. Assim, conforme o tempo previsto de cirurgia, é adaptado e escolhido todo o equipamento para adequar o posicionamento cirúrgico. A UH onde decorreram os dois campos de estágio, tem a sua disposição um grande leque de material para cumprir um posicionamento adequado e seguro, desde colchões, almofadas, rolos e calcanheiras, todos em material de gel. Outro aspeto de extrema relevância, associado ao momento do posicionamento, diz respeito ao aquecimento do cliente.

A hipotermia inadvertida ocorre, com regularidade, no perioperatório e a sua prevenção traduz melhores resultados e ganhos em saúde, tal como uma maior satisfação do cliente, diminuição dos níveis de ansiedade e tempo de permanência na UCPA e prevenção da infeção do local cirúrgico (AESOP, 2017). A hipotermia advém da indução anestésica, quer pelo mecanismo de vasoconstrição, responsável pela redução em 20% na produção de calor, quer pelo ambiente envolvente, a exposição corporal em salas frias, a desinfeção com soluções antissépticas e a infusão de fluidos não aquecidos (Costa et al., 2019). Deste modo, a manutenção da normotermia do cliente em situação perioperatória é crucial, tendo sido sempre implementadas medidas preventivas da hipotermia, para evitar complicações associadas. A avaliação da temperatura corporal é recomendada, tal como a monitorização de qualquer outro parâmetro vital durante um procedimento cirúrgico. O enfermeiro perioperatório deve assumir um papel preponderante na prevenção e tratamento da hipotermia e adequar as suas intervenções (Penaforte et al., 2019). A temperatura central pode oscilar entre os 36,°C e 38,°C, a manutenção da normotermia deve ser garantida durante todo o período perioperatório (AESOP, 2017).

A prevenção da hipotermia no período perioperatório têm particular importância pelas complicações que pode induzir. De facto, a hipotermia triplica a incidência de eventos cardíacos adversos, enfarte, taquicardia, hipertensão, como a necessidade de transfusão sanguínea e infeção do local cirúrgico, para além do desconforto térmico, tremores (*shivering*) e recuperação pós-cirúrgica prolongada (Penaforte et al., 2019).

Assim, em todos os procedimentos cirúrgicos, os clientes são pré-aquecidos com um lençol e cobertor, no momento do acolhimento. No intraoperatório, é colocada uma manta de aquecimento com ar forçado; em cirurgias eletivas, este procedimento é iniciado durante a

indução anestésica e em caso de cirurgias urgentes/emergentes, procede-se logo que possível. No caso de cirurgias prolongadas, os fluidos são aquecidos e é monitorizada a temperatura central através de sondas de temperatura nasofaríngea ou oral, em cirurgias eletivas é utilizado um sensor de temperatura frontal. Já na UCPA, todas as camas são aquecidas com dispositivos de ar forçado; esse aquecimento ativo é mantido durante a estadia do cliente, até à sua alta, ou até o cliente referir desconforto, por calor excessivo.

A prevenção da infecção do local cirúrgico (ILC) e o controle da infecção associada aos cuidados perioperatórios, em clientes expostos a cirurgias, é uma problemática que requer toda a atenção do EEEMCEPSPE. A infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) é o desfecho de uma infecção adquirida pelo cliente em consequência dos cuidados e procedimentos prestados (DGS, 2017). A IACS afeta a qualidade de vida, a segurança dos clientes e dos profissionais, aumentando os custos em saúde. O Despacho nº2902/2013 determina a criação de um programa de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controle de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), com o objetivo de reduzir a taxa de IACS, minimizar a incidência de microrganismos resistentes aos antimicrobianos e promulgar um sistema de vigilância contínua na prescrição e consumo de antibióticos. A prevenção da ILC é complexa e requer mudança de comportamentos, envolvimento de vários intervenientes e implementação de medidas preventivas em todo o período perioperatório. As estatísticas mundiais de saúde de 2018, estimam que cerca de 50% das ILC são evitáveis, tendo este relatório por base pesquisas e evidências da OMS (WHO, 2018).

Segundo o Despacho n.º 2757/2017, em abril 2016, foi assinado um protocolo de colaboração entre o Ministério da Saúde e a Fundação Calouste Gulbenkian, onde ambas as entidades se comprometem em estabelecer estratégias de prevenção da infecção hospitalar num projeto designado «O Desafio Stop Infecção Hospitalar». Este iniciou-se em 2015, envolvendo 19 hospitais de 12 centros hospitalares e Unidades Locais de Saúde, tendo como objetivo reduzir em três anos, 50% das infeções adquiridas em ambiente hospitalar, diminuir a mortalidade, morbidade, os tempos de internamento e os custos globais. Assim, cada estabelecimento hospitalar deve promover a integração de equipas locais do STOP infecção hospitalar nos grupos de coordenação local do PPCIRA. Neste pressuposto, a instituição onde decorreram os dois momentos de estágio, integrou o programa “Desafio Gulbenkian STOP Infecção Hospitalar” na sua primeira edição. A estratégia envolveu a aplicação sistemática de feixes de intervenções (*Bundles*) para prevenção de infeções baseados na melhor evidência científica. Os “feixes de intervenção” são um conjunto de intervenções que quando agrupadas e implementadas de forma integrada, apresentam melhores resultados que, quando equacionadas separadamente (DGS, 2022).

O feixe de intervenções da ILC consiste em cinco intervenções específicas: realizar o banho com clorhexidina a 2%, no dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência; administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos

anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado (em dose única ou durante um período máximo de 24 horas); evitar a tricotomia (quando absolutamente necessária, usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica); manutenção da normotermia perioperatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$); manutenção da glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes (DGS, 2022).

O Despacho n.º 15423/2013 evidencia que Portugal é um dos países da União Europeia com uma das taxas mais elevadas de infeções associadas aos cuidados de saúde. A prática de prescrição antibiótica excessiva, aliada a resistência antimicrobiana, foram determinantes para a criação de um programa de saúde prioritário. O Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) surge da fusão entre o Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, sendo o principal objetivo a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde (Despacho n.º 2902/2013).

A Norma, n.º 007/2019 de 16/10/2019 da DGS, diz que a higiene das mãos é uma medida simples e efetiva na prevenção da IACS, em conjunto com as restantes medidas que compõem as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). Em casos de transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde são reconhecidas como um vetor transmissor. A Higiene das Mãos é parte integral das PBCI, sendo uma medida com impacto no controlo das resistências aos antimicrobianos. Logo, esta é constituída por vários itens, como: a valorização e a sensibilização dos profissionais para o uso da solução antisséptica de base alcoólica (SABA) para a higiene das mãos; e a monitorização regular e criação de indicadores de desempenho de todos os profissionais envolvidos nos cuidados de saúde. A campanha das PBCI assenta em recomendações de boas práticas com o objetivo de prevenir a transmissão cruzada de microrganismos. A sua implementação baseia-se em 10 componentes: a colocação em isolamento de clientes com infeção hospitalar associada; a higiene das mãos; a etiqueta respiratória; o uso adequado de equipamentos de proteção individual; a descontaminação do material e equipamento; o controlo ambiental; o manuseamento seguro da roupa; a recolha segura dos resíduos; as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; e a exposição ao risco no local de trabalho (DGS, 2013).

Em BO, a colocação de um cateter vesical é um ato executado com alguma frequência. A infeção urinária, associada ao cateter vesical, é uma das mais frequentes infeções hospitalares e é o mais importante evento adverso associado ao uso do cateter vesical. Consequentemente, a Norma 019/2015 estabelece objetivos que visam uniformizar a implementação de “feixe de intervenções” para a Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS,2022).

Com a aplicabilidade da Norma N.º 019/2015 de 15/12/2015, atualizada a 30/05/2017 de “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical”, podemos constatar que a incidência de infeção urinária diminuiu em 51%, a adesão ao Feixe de

Intervenções da inserção do cateter vesical aumentou de 82,7% para 96%, e a adesão ao Feixe de Intervenções da manutenção do cateter vesical aumentou de 81,7% para 88,4% (DGS 2022). O conhecimento das normas provenientes do PPCIRA e do projeto STOP Infecção Hospitalar, é fundamental para orientar a prática profissional do EEEMC.

Ao longo dos dois períodos de estágio, como referido anteriormente, fiz parte integral do grupo PPCIRA, o que me permitiu realizar várias auditorias e integrar diversos trabalhos para a melhoria contínua dos cuidados e prevenção da infecção hospitalar. Foi efetuada uma formação: “Precaução Básicas Controle Infecção e Precaução Baseadas nas vias de transmissão”; esta surgiu em resposta a várias dúvidas da equipa multidisciplinar e a diversas inconformidades. Também constou com a realização de um quiz sobre “Inserção de Cateter Urinário”, uma vez que durante as auditorias efetuadas foram constatadas falhas neste sentido. Esta informação partilhada de uma forma interativa e incomum, impulsionou momentos de reflexão e interação. Como contributo para cuidados seguros foi realizado um vídeo ilustrando o “Uso Adequado de Luvas” e a “Desinfecção das mãos com SABA”, de acordo com os procedimentos realizados, de acesso livre à todos os profissionais publicado na plataforma “*share point*” do BO. De forma a reforçar o ensino sobre a desinfecção das mãos, foi elaborado um poster com os “5 Momentos de Higienização das Mãos” direcionado exclusivamente ao BO. Outro aspeto considerável, foi a realização de uma grelha de “observação/orientação da higienização da sala operatória”, dado a higienização do ambiente ser considerada fundamental na prestação de cuidados seguros (AESOP, 2012).

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O EEEMCEPSPE deve pautar a sua atuação tendo por base os domínios das respetivas competências comuns e específicas.

Numa era onde reina a tecnologia e o vasto acesso a todo um leque de informação, o conhecimento científico avançado dos enfermeiros é primordial para cumprir com as necessidades de saúde da população.

Os objetivos delineados para os dois momentos de estágio foram formulados com vista ao alcance do desenvolvimento profissional avançado em contexto perioperatório. Sendo que a prestação de cuidados altamente diferenciados a pessoa e sua família/pessoa significativa de modo a facilitar a vivência do processo cirúrgico foi, sempre, objetivo central.

Este processo permitiu-me sair da minha zona de conforto, vivenciar novas experiências, enriquecer o meu percurso e apurar o meu sentido crítico e a vontade de melhorar.

A elaboração deste relatório final de estágio possibilitou uma reflexão crítico-constructiva acerca das competências comuns e específicas desenvolvidas e a importância do EEMCESPE.

Durante o período de estágio foi elaborado um projeto, com a temática “Visita pós-operatória de enfermagem, na área da gestão da dor pós procedimento cirúrgico”. Este permitiu-me desenvolver conhecimentos sobre a temática, consolidar a minha prática profissional baseada na evidência científica. Este trabalho consolidou a minha perspetiva relativamente a este tema e enalteceu o EEEMCPSPE como elemento essencial na prática de cuidados de saúde de qualidade e de segurança em contexto perioperatório.

Termino, assim, esta etapa com a certeza de que as competências adquiridas me capacitaram para uma atuação diferenciada junto à pessoa em situação peirooperatória /família ou pessoa significativa. O percurso realizado foi muito enriquecedor em termos de partilha, conhecimentos, experiências, oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional.

O trabalho em equipa, a humanização dos cuidados, a capacitação do cliente, a literacia em saúde, o envolvimento da pessoa, a prevenção e a gestão do risco, a importância da garantia da segurança e da consciência cirúrgica, foram aspetos impactantes, contribuindo para a aquisição de competências específicas e a valorização do EEEMCPSPE.

A excelência na prestação de cuidados deve representar uma preocupação constante do enfermeiro especialista, este deve, nas suas várias funções, procurar o aperfeiçoamento da sua prática individual e construir uma enfermagem perioperatória mais alerta para cuidados de

saúde eficientes.

7. BIBLIOGRAFIA

American Cancer Society (ACS). (2022). Formaldehyde and Cancer Risk What is formaldehyde? <https://www.cancer.org/about-us/policies/content-usage.html>

APCA, Sarmento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M., Lemos, P., & Vieira, V. (2013). Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória em Cirurgia Ambulatória

Arriaga, M. T. (2019). Prefácio. Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), Literacia em saúde na prática (pp. 11-15). Lisboa: Edições ISPA [ebook]

Araújo, I., Souza, M., Gomes, J., Ferreira, V., Corgozinho, M., Oliveira, E., Brandão, V., Souza, L., Oliveira, F., Mendes, K., & Sousa, F., (2022). Conflitos ético-morais na assistência de enfermagem no período perioperatório. *Health Residencies Journal* 3(14), 890- 911. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.317>

Associação de Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses. (2006). Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática de cuidados. Loures: Lusodidacta.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2012). Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática de Cuidados. Lusodidacta

Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas (2017). Práticas Recomendadas para Bloco Operatório - Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida.

Barizon, S., (2014). Cuidados de enfermagem aos pacientes submetidos à raquianestesia na sala de recuperação pós-operatória, Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem. : Fundação Municipal de Assis/ Instituto Municipal de Ensino Superior de assis Campus "José Santolli Sobrinho".

Batista, T. (2015). Importância dos Registos de Enfermagem: Apresentação da Importância dos Registos de Enfermagem. <https://knoow.net/cienmedicas/medicina/registrosde-enfermagem-importancia-dos/>

Burcharth, J., (2013). A epidemiologia e os fatores de risco para recorrência após cirurgia de hérnia inguinal (Tese de Doutoramento). *Revista medica Dinamarquesa*.

Camargo, C.D., Araújo, B.R., Francisco, A. F., Lourenço, A.S., Caregnato, R.C.A., (2021). Visita de enfermagem pré e pós-operatórias: revisão abrangente. *Revista Sobecc, Saudavel Paulo, volume* 26(4), p: 246-252. <https://doi.org/10.5327/z1414-4425202100040008>

Cambotas, C. M. (2014). A prática baseada na evidência em contexto da enfermagem perioperatória. (Relatório de estágio de mestrado em enfermagem perioperatória, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal).

Catarino, F., Lourenço, C., Correia, C., Dória, J., Dixe, M., Santos, C., Sousa, J., Mendonça, S., Cardoso, D., Costeira, C.R. (2022). Nursing Care in Peripheral Intravenous Catheter (PIVC): Protocol of a Best Practice Implementation Project. Nursing reports (Pavia, Italy) [Nurs Rep], ISSN: 2039-4403, 2022 Jul 13; Vol. 12 (3), pp. 515-519;

Comissão Nacional da Unesco - Portugal. (2005). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

[Consultado a 6 julho 2023] Disponível em: <https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declara%C3%A7%C3%A3o-universal-sobre-bio%C3%A9tica-e-direitos-humanos.pdf>.

Correia, M., (2002). A reflexão Crítica com a prática formativa. Sinais Vitais. Nº42, p. 15-18

Declaração Universal dos Direitos Humanos (1978). Diário da República, I Série, n.º 57/78, de 9 de Março de 1978, Ministério dos Negócios Estrangeiros.

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005). Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

Decreto-Lei n.º 161/96. Diário da República I Série-A. 205 (04-09-1996) 2959-2962. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/241640>

Deglin, J. e Vallerand, A. (2003). Guia farmacológico para enfermeiros. 7ª ed. Lusociência - Edições técnicas e científicas.

Deglin, J. & Vallerand, A. (2009). Guia Farmacológico para Enfermeiros. 14.ª ed. Lusodidacta. Edições técnicas e científicas

Despacho n.º 2902/2013. Diário da República II Série. 38. (22-02-2013) 7179-7180. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/1937340>

Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República Série II. 28 (10-02-2015) 3882 (2)- 3882 (10). Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>

Despacho no 5613/2015 de 27 de maio (2015). Diário da República nº102. II Série. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Maio/Desp_5613_2015.pdf

Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República. 1º Suplemento. Série II. 28 (10-02-2015) 3882(2) 3882(10). Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>.

Despacho n.º 2757/2017. Diário da República, Série II. 66 (03-04-2017) 6153-6154. Disponível em:

https://www.iasaude.pt/attachments/article/2345/despacho_2757_2017_infecao_resistencias_antimicrobianas.pdf.

Despacho no 1380/2018, de 8 de fevereiro (2018). Diário da República nº 28 II Série. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde.

Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Diário da república nº 187. II série. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Direção Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2008). PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS - Stop Infeção Hospitalar 2.0. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ms/15/pagina.aspx?ur=1&id=5514>

Direção Geral da Saúde (2010). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009, Cirurgia Segura Salva Vidas (Safe Surgery Saves Lives). <https://www.who.int/docs/default-source/patientsafety/9789241598552-por.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2013). Norma nº 015/2013: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre dado por escrito. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>.

Direção Geral da Saúde. (2013). Norma n.º 002/2013/DQS: Cirurgia Segura, Salva Vidas. <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). DGS. <https://www.dgs.pt/directrizesda-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>

Direção Geral da Saúde (2013). Norma nº 024/2013 de 23/12/2013. Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. (2014a). Manual acreditação de unidades de saúde (2ª ed.). Lisboa: Author. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/manual-deacreditacao-pdf-pdf2.aspx>

Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. (2014b). Programa nacional de acreditação em saúde. Lisboa: Author
https://www.dgs.pt/ms/8/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheirosanexos/acreditacao_-brochura_-modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saudepdf.aspx

Direção Geral da Saúde (2015c). Norma no 020/2014: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.DGS.<https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ouaspeto-semelhantes.pdf>

Direção Geral da Saúde (2015a). Orientação 014/2015 de 17/12/2015: Processo de Gestão da Medicação. DGS.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circularesinformativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2015b). Norma n.º 014/2015 de 6 de agosto: Medicamentos de alerta máximo. DGS: Departamento da Qualidade na Saúde, (1-7).
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/medicamentos-de-alerta-maximo.pdf>

Direção Geral da Saúde (2015d). Relatório Segurança dos Doentes, Avaliação da Cultura nos Hospitais. DGS.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentesavaliacao-da-cultura-nos-hospitais-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015) – Norma nº 019/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. 2015. Disponível na DGS.

Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. (2016). Manual de Standards: hospitais (2ª ed.). Lisboa: Author.
https://www.dgs.pt/departamento-daqualidade-na-saude/ficheirosanexos/manual_de_standards_hospitais_versao_2_me-02-1_051.aspx

Direção-Geral da Saúde (2017). Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Disponível em:
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-desaudef.pdf>.

Direção-Geral da Saúde (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Disponível em:
https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral da Saúde (2017). Norma nº 001/2017 de 08/02/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. DGS.

<https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-d-ecuidados-desaude.Pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos. DGS. https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2018). Infeções e resistências aos antimicrobianos: relatório anual do programa prioritário 2018. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-dasaude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038>

Direção-Geral da Saúde (2019). Norma nº 007/2019: Higiene das mãos nas Unidades de Saúde. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-d-e-saude.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2020). Norma nº 005/2018 atualizada a 10/01/2020: Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. <https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2022a). Norma no 017/2022: Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-ecirculares-normativas/norma_017_2022-de-19_12_2022-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde. (2022). Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022: Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circularesnormativas/0202015-de-15122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

Direção Geral da Saúde (2022). Norma nº 031/2013 atualizada a 17/11/2022: Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. <https://www.dgs.pt/normasorientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0312013-de-31122013-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2022). Norma: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022: Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical

Direção-Geral da Saúde (2023). Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde.

Ministério da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde- Versão 06. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/>

Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de saúde 2004-2010. <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Vol2-Plano-nacional-de-saude-2004-2010.pdf>

Direção-geral da Saúde. Plano Nacional de saúde 2011-2016. <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-20161.pdf>

Direção-geral da Saúde. Plano Nacional de saúde 2012-2016 extensão a 2020. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a2020.pdf.pdf>

Direção-geral da Saúde. Plano Nacional de saúde 2020-2030. <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/>

Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can it be Assessed? *JAMA*, 260(12), (pp.1743-1748). doi:10.1001/jama.260.12.1743

Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel

Duarte, A., (2017). *Estágio no serviço de anestesiologia do centro hospitalar do Porto*. (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório aberto

Duff, J., Bowen, L., & Gumuskaya, O. (2021). What does surgical conscience mean to perioperative nurses: An interpretive description. *Collegian*, 29(2), 147-153. doi:10.1016/j.colegn.2021.07.007

Ferrito, C. (2021) Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In A., Duarte & O, Martins, *Enfermagem em bloco operatório*, 3 -9, Lidel.

Fonseca, A.Z., Uramoto, E., Santos-Rosa, O.M., Santini, S., Ribeiro, M., (2017); Fechamento de colostomia: fatores de riscos para complicações; *ABCD Arq Bras Cir Dig Artigo Original* 30(4):231-234; DOI: /10.1590/0102-6720201700040001

Gómez, B.N.Y., Medina, G.M., (2022). Intervenciones de Enfermería en la reversión del estoma intestinal: revisión integrativa. *Revista Cuidarte*;13e2165. <http://dx.doi.org/10.15649/cuiarte.2165>

Gonçalves, C., (2023). *Estágio em Anestesiologia com Ênfase na Orientação Clínica sobre Jejum Perioperatório em Pediatria*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.

Gonçalves Junior, E., Souza, T., Rebentes, R., Conchy, M., Oliveira, L., Grossi, H., Mattos, M., (2022). Fatores de risco para Hérnias Inguinais: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*, ISSN: 2525-8761. DOI:10.34117/bjdv8n2-137

Goulart, A., Martins, S., (2015). Hérnia Inguinal: Anatomia, Patofisiologia, Diagnóstico e Tratamento. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, ISSN 1646-6918.

Graça, R., Miguelez, P., Cardoso, J.M., Sá, M., Brandão, J., Pinheiro, C., Machado, D., (2018); Bloqueio do quadrado lombar tipo II contínuo para analgesia pós-operatória de nefrectomia parcial; Sociedade Brasileira de Anestesiologia 0034-7094;

Guelber, A.D., Neto, A.R.F., Alves, F.C., Almeida, G.A., Oliveira, M.E.L., Queiroz, A.T.,(2023) Reversão do procedimento de Hartmann - Uma revisão da literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, São Paulo, v.9.n.05. ISSN - 2675 - 3375 3317/ doi.org/10.51891/rease.v9i5.10120*

Gustafsson, U.O., Scott, M.J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., Rockall, T.A., Young-Fadok, T.M., Hill, A.G., Soop, M., Boert, H.D., Urman, R.D., Chang, G.J., Fichera, A., Kessler, H., Grass, F., Whang, E.E., Fawcett, W.J., Carli, F., Lobo, D.N., Rollins, K.E., Balfour, A., Baldini, G., Riedel, B., Ljungqvist, O.,(2019); Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018; *World J Surg* (2019) 43:659-695;

Hamlin, L. (2020). From theatre to perioperative: a brief history of early surgical nursing. *Journal of Perioperative Nursing*, 33, 19-24. doi: <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1107>

Hewson, D.W., Hardman, J.G. (2018). Physical injuries during anaesthesia. *BJA Education* 18Hewson, D.W., Hardman, J.G. (2018). Physical injuries during anaesthesia. *BJA Education* 18 (10), 310-316. DOI: 10.1016/j.bjae.2018.06.003;

Hironobu, U., Hiroshi, O., Jui-An, L., (2017). Bloqueio do quadrado lombar guiado por ultrassom: uma atualização, revisão de Anatomia e Técnicas, Artigo de Revisão. *Hindawi BioMed Research International*, doi.org

Jowza, M. & Minehart, R. Anestésicos Locais. (2008) In Wilton C. Levine, Manual de Anestesiologia Clínica Procedimentos do Massachusetts General Hospital (Capítulo 15/178-184). Guanabara Koogan.

Kameyama, Y., Takagi, S., Seto, K., Kajiwara., Goto, M., Kitajima, O., Suzuki, T., Efficiency of the TOF-Cuff for the evaluation of rocuronium-induced neuromuscular block and its reversal with sugammadex: a comparative study vs. Acceleromyography. *Journal of anesthesia* [J Anesth], ISSN: 1438-8359, 2019 Feb; Vol. 33 (1), pp. 80-84;

Lared, W.L., Silveira, B.R., (2021), Efetividade do bloqueio do plano eretor em cirurgias abdominais: síntese de evidência clínica. *International Journal of Health Management Review*, v. 7,

Le Boterf, G. (2003). Desenvolvendo a competência dos profissionais, Artmed.

Le Boterf, G. (2008). Repenser la compétence. Pour dépasser les idées reçues : quinze propositions. [depasser_la_competence_Pour_depasser_les_idées_reçues_15_propositions_2008_2212541058.pdf](https://www.grhmascara.yolasite.com). grhmascara.yolasite.com

Limandri, B. J. (2021). Efficient and effective documentation in nursing care. *Oregon State Board of Nursing Sentinel*, 40(3), 4-7. https://www.oregon.gov/osbn/Documents/Sentinel_2021_August.pdf

Lopes, C. M. M., Haas, V. J., Dantas, R. A. S., Oliveira, C. G., & Galvão, C. M. (2016). Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2704. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>

Lopes, C. A., & Almeida, C. V. (2019). Introdução. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 17-23). Lisboa: Edições ISPA. [ebook].

Ludwig, R., Paludo, J. Fernandes, D. & Scherer, F. (2013). Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros.

Maciel, B., Nunes, F., Pereira, N., Nascimento, P., Periañez, C., Caetano, E., Nakagawa, L., Simino, G., Mattia, A., (2017). Oxigenoterapia relacionada com a saturação periférica de oxigênio em pacientes na sala de recuperação anestésica. *Rev. SOBECC, São Paulo* ; 22(2): 60-67, DOI: 10.5327/Z1414-4425201700020002.

Nascimento, V., Figueiredo, M., (2023). Complicações pós-operatórias de hernia inguinal em pacientes do sexo masculino: Uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, DOI: doi.org

Neves, J., Monteiro, T., (2015). Manual de boas práticas da cirurgia ambulatoria, p30., Centro Hospitalar Lisboa Norte.

NYSORA, (2022). Técnicas neuroaxiais: anestesia espinal nysora.com

Oliveira Serra, Maria Aparecida Alves; Ferreira da Silva Filho, Francisco; de Oliveira de Albuquerque, Andreia; dos Santos, Carlos Alberto Andrade; de Carvalho Junior, José Freire; de Araújo e. Silva, Roberta. Nursing Care in the Immediate Postoperative Period. *Brazilian Journal of Nursing* ; 14(2): 161-167. 7p. ISSN: 1676-4285;

Oliveira, C.R., Bernardo, W.M., Nunes, V.M., (2017). Benefit of general anesthesia monitored by bispectral index compared with monitoring guided only by clinical parameters. Systematic review and meta-analysis. *Brazilian journal of anesthesiology* 67 (1), 72-84. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2015.09.001>;

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011 Diário da República, 2.ª série — N.º 35 .

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de

enfermagem medicocirúrgica: padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Ordem dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos enfermeiros - PARECER N.º 60 / 2017 - Definição de funções. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2017. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_60_DefinicaoFuncoes.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento n. o 76/2018 de 30 de janeiro 2018. Regulamento de Competência Acrescida Avançada em Gestão. Diário da República II série, n.o 21 (30-01-2018). (pp. 3478-3487). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>

Orfão, J. M., Aguiar, J. G., Carrilho, A., Ferreira, A., Leão, A., Mourato, C., Mexêdo, C., Pereira, C., Vaz, F., Lança, F., Paiva, G., Pires, I., Carvalhas, J., Mourão, J., Bonifácio, J., Miranda, L., Guinot, M., Gacio, M., Moinho, N., ... Moreira, Z. (2016), Sociedade Portuguesa De Anestesiologia (SPA), Consensos Na Gestão Clínica Da Via Aérea Em Anestesiologia; *Revista Sociedade Portuguesa Anestesiologia*, 25(1), 7

Organização Mundial da Saúde. (2010). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva-Vidas. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.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. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>.

Penaforte, H., Sá, C., Seara, L., Costa, M. J., & Mendes, A. (2019). Normotermia no perioperatório: perspetiva do enfermeiro. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 2(1), 7-17. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i1.4>

Ramos,S., Trindade, L., (2011). Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. Repositorio do Centro Hospitalar de Lisboa Central. oai:repositorio.chlc.min-saude.pt:10400.17/1597

Ramos, R.F., Santos, L.C., Teuxeira, B.E.B., Andrade, I.M., Sulzbach, J.S., Leal, R.A.I.,(2017);

Cirurgia no câncer de cólon em pacientes operados de emergência. *Rev Col Bras Cir* ; 44(5): 465-470; DOI: 10.1590/0100-69912017005007

Regulamento n.º 101/2015 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. (2015). Diário da República n.º 48, Série II de 10-03-2015. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>

Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, Regulamento n.º 429/2018 – Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, (2019). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril.

Reyes, M.A.C., Weiss, D.S., Weiss, M.B., (2023); Cirurgia de Hartmann, origem e perspectivas atuais do procedimento; uma revisão do estado da arte; *Studies in Health Sciences, Curitiba*, v.4, n.3, p. 851-866; DOI: 10.54022/shsv4n3-015

Rodrigues, L.G., Palotti, A.M.,(2022), Anestesia multimodal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (gastroplastia por bypass gástrico): relato de experiência, *Brazilian Journal of Health Review* ISSN: 2595-6825 ;DOI:10.34119/bjhrv5n1-042

Rothrock, J. (2008). Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. Lusodidacta.

Salazar Maya, Ángela María. Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. *Investigacion & Educacion en Enfermeria* ; 40(2): 11-31. 21p. (Article - review) ISSN: 0120-5307;

Santos, S. C. (2018). Relatório de estágio: Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico na Pessoa Idosa Intervenção de Enfermagem. (Dissertação de mestrado, Escola superior de enfermagem de Lisboa).

Silva, L.P., Oliveira, L.B.S., Bernardes, G.R.S., (2014), Complicações pós-operatórias em pacientes ostomizados submetidos à reconstrução do trânsito intestinal. Artigo de revisão bibliográfica, *Revista Norte Mineira de Enfermagem*: 89-76

Silva, C., Soares, L., Ferreira, M.A., Jesus, S., Príncipe, F., Mota, L., (2019). Representação social do enfermeiro sobre a visita no pós-operatório em clientes cirúrgicos. *Revista de investigação & Inovação em Saude, volume 2*, p:47-57

SOBECC, R. (2021). Diretrizes de Práticas em Enfermagem Perioperatória e Estágio de natureza profissional com relatório - 6 Processamento de Produtos para Saúde. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, 2, 567-596

Sociedade portuguesa de anesthesiologia (2017). Recomendações da SPA para manutenção de normotermia no período perioperatório.

Sousa, M., Ambrósio R. (2013). Anestesiologia clínica: anestesia do neuroeixo. InH. Machado, Manual de Anestesiologia (pp. 298-307). Lidel

Tavares, A., (2014). O uso de Formol no Bloco Operatório. *Percursos* Nº30 Janeiro-Março.

The Joint Commission (2018). Tips to avoid getting tagged by TJC for unintended retained foreign objects. *Medical Environment Update*, 28(8), 9-11.

The Joint Commission (2021). Sentinel Event Data - General Information & 2022 Q1, Q2 Update. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patientsafety-topics/sentinel-event/sentinel-event-general_information-june-2022.pdf

The Joint Commission (2022). Comprehensive Accreditation Manual for Ambulatory Care. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patientsafety-topics/sentinel-event/sentinel-event-policy/camac_22_se_all_current.pdf

Trevilato, D. D., Costa, M. R., Magalhães, A. M. M., & Caregnato, R. C. A. (2022) Concepções das enfermeiras em relação a segurança do paciente durante o posicionamento cirúrgico. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 43, e20210045. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210045.pt>

Venkatesan, U., Kamal, S., Viswanathan, J., (2021). Perception of Pain, Attitude and Satisfaction of Pain Management among Postoperative Patients. *Journal of Clinical & Diagnostic Research* 15 (1), 5-8. DOI: 10.7860/JCDR/2021/45991.14457;

Volquind, D., Bossardi, A., Ribeiro, F., Angeletti, M., Tonatto Filho, A., (2021). Guia pratico de anestesiologia, P.77. - Editora da Universidade de Caxias do Sul, DOI: 10.18226/9786558070733.

Watson, J. (2002). Enfermagem ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem. Lusociência

World Health Organization (WHO) (2002). Prevention of hospital-acquired infections - A practical guide. Malta: WHO.

World Health Organization (WHO). (2013). Patient for Patient Safety: Partnerships for Safer Health care. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-healthservices-%28ihs%29/psf/pfps/pfps_brochure_2013.pdf

World Health Organization. (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2ª ed.). Geneva: Author. <https://www.who.int/publications/i/item/globalguidelines-for-the-prevention-of-surgical-site-infection-2nd-ed>

World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021-2030. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/globalpatient-safety->

action-plan

8. ANEXOS

Anexo I

Resume artigo

Background: Postoperative pain is predictable and one of the most feared symptoms by users, and it is essential that healthcare professionals are aware of pain and discomfort relief. The postoperative nursing visit represents one of the steps in nursing care for the surgical client. An effective postoperative pain assessment increases the safety and quality of care provided, leading to excellent quality standards.

Objective: To map the scientific evidence regarding postoperative nursing visits, in the area of post-surgical pain management. **Methodology:** A scoping review was carried out. A search was carried out in the databases: MEDLINE Complete and Academic Search Complete (via EBSCO and Pubmed), in order to enrich the research, the gray literature was explored. Studies on interventions aimed at managing postoperative pain and post-operative nursing visits, published in English and Portuguese since 2015, were included. **Results:** Eight articles were obtained. The nurse's role in managing postoperative pain is crucial and unavoidable. This must actively integrate the acute pain visiting teams, coordinate, monitor and evaluate the care provided. **Conclusion:** The study made it possible to identify the relevance of the role of nursing in managing postoperative pain and the importance of implementing the postoperative nursing visit. However, it made it possible to identify inequalities in the training of professionals and the benefits of continuous training for the best health results.

Keywords: pain management, postoperative care, nursing, postoperative visit.