

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

**SEDE COMO FOCO DE ATENÇÃO DO ENFERMEIRO
NO CLIENTE EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA**

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

**THIRST AS A FOCUS OF NURSE ATTENTION TO
THE CLIENT IN PERIOPERATIVE SITUATION**

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

Autor

Cecília Vilela Abreu

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Ana Leonor Alves Ribeiro

Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Natália de Jesus Barbosa Machado

Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Autor

Cecília Vilela Abreu

Porto, 2024

RESUMO

Este relatório de estágio representa o percurso desenvolvido para a consolidação de competências clínicas avançadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, que decorreu no âmbito da frequência do segundo nível de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O estágio de natureza profissional decorreu no contexto de Bloco Operatório Central e de Unidade de Cuidados Pós Anestésicos e permitiu integrar a relação entre a teoria e a prática, destacando-se a importância da aprendizagem a partir de casos reais, suportada pelo raciocínio clínico. Estes casos reportam cirurgias do aparelho digestivo, evidenciando a aplicação prática de diferentes referenciais teóricos. Na elaboração do presente relatório, o processo de conceção de cuidados visa estabelecer um contributo para o desenvolvimento da representação do conhecimento da enfermagem.

Incluída no processo de aquisição de competências, destaca-se a reflexão realizada sobre a pertinência da integração, na ontologia ou outras estruturas de dados de enfermagem, de um diagnóstico que atualmente não está representado. Trata-se do conceito “Perceção sensorial: Sede”, por ser um conceito que se constitui como área relevante dos cuidados de enfermagem, em contexto perioperatório.

A evolução e representação do conceito de sede nas classificações de enfermagem e a perceção dos enfermeiros do contexto de estágio sobre a relevância atribuída a esta temática, no cliente em situação perioperatória, foram consideradas para análise e reflexão da pertinência de inclusão do conceito como foco de atenção de enfermagem. Para uma melhor compreensão deste desconforto, que é uma das queixas mais prevalentes e angustiantes, manifestada pelos clientes, este relatório inclui uma breve análise sobre a fisiologia da sede.

Com base numa rigorosa pesquisa da literatura, são escrutinadas e sintetizadas as características definidoras da perceção sensorial: sede, como contributo para a construção de um novo diagnóstico. As intervenções de enfermagem que podem ser prescritas para mitigar este desconforto são também exploradas, com alicerce na evidência científica mais atual.

Ao longo do relatório são explanadas as experiências e atividades desenvolvidas, que num processo contínuo de aprendizagem e reflexão, permitiram aprimorar e desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Palavras Chave:

Enfermagem; Perioperatório; Competências clínicas; Sede; Tomada de decisão

ABSTRACT

This internship report represents the path developed to consolidate advanced clinical skills in medical-surgical nursing in the area of perioperative nursing, which took place as part of the second level of studies at the Escola Superior de Enfermagem do Porto.

The professional internship took place in a central operating theatre and a post-anaesthetic care unit and allowed the relationship between theory and practice to be integrated, highlighting the importance of learning from real cases, supported by clinical reasoning. These cases report on digestive tract surgeries, showing the practical application of different theoretical references. In preparing this report, the care design process aims to make a contribution to the development of nursing knowledge representation.

Included in the process of acquiring competences, we highlight the reflection on the relevance of integrating a diagnosis that is currently not represented into ontology or other nursing data structures. This is the concept of "Sensory perception: thirst", as it is a relevant area of nursing care in the perioperative context.

The evolution and representation of the concept of thirst in nursing classifications and the internship nurses' perception of the relevance attributed to this theme in perioperative clients were considered in order to analyse and reflect on the pertinence of including the concept as a focus of nursing attention. For a better understanding of this discomfort, which is one of the most prevalent and distressing complaints voiced by clients, this report includes a brief analysis of the physiology of thirst.

Based on a rigorous search of the literature, the defining characteristics of sensory perception: thirst, are scrutinised and synthesised as a contribution to the construction of a new diagnosis. The nursing interventions that can be prescribed to mitigate this discomfort are also explored, based on the most up-to-date scientific evidence.

Throughout the report, the experiences and activities carried out are explained, which, in a continuous process of learning and reflection, have made it possible to improve and develop the common competences of the specialist nurse and the specific competences of the nurse specialising in medical surgical nursing, in the area of nursing the person in a perioperative situation.

Keywords:

Nursing; Perioperative ; Clinical competences; Thirst; Decision-making

ABREVIATURAS

BOC - Bloco Operatório Central

CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CIPE - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

GCL-PPCIRA- Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

HIPEC- Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica

LASA- Look-Alike Sound-Alike

MEMCPSPE - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa

NVPO - Náuseas e Vómitos Pós-Operatórios

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIPAC- Quimioterapia com aerossol intraperitoneal pressurizado

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências a Antimicrobianos

RAR - Ressecção Anterior do Reto

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RGDP - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

SPA- Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

TRPM8 - Potencial Transiente do Recetor Melastatina 8

UCPA - Unidade de Cuidados Pós- Anestésicos

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CASO 1 - GASTRECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA	21
3.1. Enquadramento teórico	21
3.2. Clientes	25
3.3. Medicação	25
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	26
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	29
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	33
3.5. Domínios	36
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	36
3.6. Conceção de Cuidados	42
3.7. Especificação das intervenções	51
3.8. Síntese relativa ao caso	51
4. CASO 2 - RESSEÇÃO ANTERIOR DO RETO (RAR) LAPAROSCÓPICA COM ILEOSTOMIA	55
4.1. Enquadramento teórico	55
4.2. Clientes	58
4.3. Medicação	58
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	58
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	59
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	62
4.5. Domínios	65
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	65
4.6. Conceção de Cuidados	71
4.7. Especificação das intervenções	77
4.8. Síntese relativa ao caso	79
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	83
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	111
7. BIBLIOGRAFIA	115
ANEXOS	129

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

No âmbito da unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II”, integrada no plano de estudos do segundo curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (MEMCPSPE) da Escola Superior Enfermagem do Porto (ESEP), foi proposta a elaboração de um relatório de estágio, guiado pelo projeto definido anteriormente no módulo I, que documente reflexivamente as atividades desenvolvidas e os contributos específicos no desenvolvimento de competências, tendo como fio condutor o desenvolvimento de uma temática de interesse individual.

A nível estrutural, o relatório inicia-se com a presente introdução, seguida da caracterização do contexto onde decorreu a prática clínica, descrevendo os recursos, modelo organizacional, métodos de trabalho e projetos em desenvolvimento. Segue-se a apresentação de dois casos clínicos e, posteriormente, a descrição do trajeto de desenvolvimento do projeto delineado, o nível de concretização dos diferentes objetivos e as competências adquiridas, escrutinando e refletindo sobre as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio e que cumpriram com o propósito da aquisição destas competências. Assim se demonstra a aquisição do perfil de competências específicas e padrões de qualidade do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, determinados pela Ordem dos Enfermeiros.

O presente relatório espelha, assim, a consolidação de competências clínicas diferenciadas na conceção de cuidados, face à pessoa em situação perioperatória, a partir de uma aprendizagem baseada em problemas e em casos clínicos reais, numa dialética permanente entre a teoria e a prática. Para este efeito, foi utilizada a Plataforma educacional “e4nursing”, em uso na ESEP, que tem no seu *backend* a Nursing Ontos®.

A conceção de cuidados é um conceito amplo que abrange o processo de enfermagem, uma estrutura organizada, sistemática e cíclica. O processo de enfermagem é composto por cinco fases que se retroalimentam e a tomada de decisão está envolvida em todas as fases, sendo que os enfermeiros podem determinar quando e como usar os dados para tomar decisões. Não estando vinculados a respostas padrão, estes podem aplicar o seu repertório de habilidades e conhecimentos na tomada de decisão (Bearman et al., 2016). Assim, o processo de enfermagem traduz o processo de raciocínio clínico que o enfermeiro desenvolve a partir da recolha de dados para a identificação de diagnósticos, formulação de objetivos, planeamento e implementação das intervenções de enfermagem e respetiva avaliação (Machado, 2013).

A conceção de cuidados incorpora a aplicação do processo de enfermagem, suportado pelo

raciocínio clínico, e deve ter acurácia no processo diagnóstico, tendo subjacente o princípio da integridade referencial entre dados, diagnósticos, objetivos e intervenções, entendendo a definição deste princípio como “a relação adequada e portadora de sentido entre dados de diferentes campos de informação” (Silva, 2006, p. 75). Além disso, é fundamentada em diferentes referenciais teóricos, que fornecem estruturas conceituais para a prática clínica e que visam uma aproximação entre as teorias expostas e as teorias em uso.

A dissonância entre o objeto de estudo da disciplina referida nos “modelos expostos” na teoria de enfermagem e os “modelos em uso” no contexto da ação, espelha uma concepção de cuidados mais consistente na gestão de sinais e sintomas da doença, quando comparada com a concepção de cuidados focada na “resposta humana às transições”, constatando-se a necessidade de promover a sistematização na explanação da concepção de cuidados (Silva, 2011).

A integração efetiva das teorias expostas na prática diária dos enfermeiros é crucial para a estruturação da concepção de cuidados. Estas não devem representar apenas conceitos abstratos, mas sim ferramentas práticas que promovam o desenvolvimento profissional e a qualidade dos cuidados prestados. Devem ser aplicáveis aos diversos contextos da prática clínica, atuando como veículos facilitadores para a estruturação e execução do processo de enfermagem. Falamos de teorias de médio alcance, caracterizadas por abordarem um conjunto de conceitos menos abstratos e mais específicos para os detalhes da prática de enfermagem. Diferenciando-se das teorias mais abrangentes, as teorias de médio alcance representam o corpo de conhecimento da disciplina, para orientar aspectos mais específicos da prática de enfermagem (Leandro et al. 2020). Essa aproximação entre a teoria e a prática não só fortalece a base científica da enfermagem, mas também contribui para a eficácia e eficiência da ação profissional do enfermeiro.

Os referenciais teóricos representam, assim, uma oportunidade de promover o desenvolvimento profissional e a qualidade dos cuidados, uma vez que dão resposta aos desafios de um ambiente clínico complexo e em constante evolução, sustentando a decisão clínica (McCrae, 2011).

Indubitavelmente, “apesar da necessidade da máxima competência dos enfermeiros face ao exercício do seu papel colaborativo com a medicina no diagnóstico e tratamento da doença, as necessidades de cuidados das pessoas apelam, cada vez mais, à enfermagem exposta nos modelos teóricos” (Silva, 2016a).

Especificamente no contexto perioperatório, onde existem diferentes momentos de intervenção (pré, intra e pós-operatório), com diferentes focos de atenção e necessidades, a teoria subjacente à concepção de cuidados em cada momento, acompanha estas particularidades.

Assim, a teoria de médio alcance de Afaf Meleis, pauta a estruturação do processo de concepção de cuidados destes dois casos clínicos, com foco nas mudanças que ocorrem na vida dos

clientes e na necessidade de adaptação a uma nova condição. No primeiro caso clínico, em que o cliente é submetido a uma gastrectomia parcial, existem mudanças no regime alimentar e de exercício que o cliente deve integrar para viver uma transição saudável. De forma análoga, no segundo caso clínico, a presença de um estoma de eliminação exige a consciencialização de uma nova condição e a preparação e conhecimento adequados, capacitando o cliente para a aquisição de competências que concorrem para uma transição saudável. Segundo a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010), durante a transição saúde-doença, o enfermeiro é o profissional mais capacitado a cuidar do cliente, pela sua habilidade em estar atento às necessidades e mudanças inerentes. Os enfermeiros atribuem particular atenção à transição quando esta afeta a saúde da pessoa ou quando a resposta à transição é mediada por comportamentos associados à saúde (Meleis, 2010). Assim, desde o primeiro contacto com o cliente, na consulta pré-operatória, até ao pós-operatório, o enfermeiro desenvolve a sua ação profissional com o propósito de promover uma transição saudável.

Não obstante, especificamente nos períodos intra-operatório e pós-operatório imediato, o exercício profissional do enfermeiro está centrado na substituição do cliente e na satisfação de necessidades básicas. Neste período, o processo de conceção de cuidados está suportado pela teoria das necessidades de Virgínia Henderson. Para Virgínia Henderson (1978), catorze necessidades humanas fundamentais devem ser satisfeitas para manter a saúde e o bem-estar, e em situações de doença grave, o enfermeiro intervém na substituição do cliente e no cumprimento das suas necessidades humanas básicas. Assim, os dois casos clínicos apresentados são suportados por esta teoria, nos períodos intra-operatório e pós-operatório imediato. Com efeito, o estado de inconsciência induzido pela anestesia geral impõe a substituição do cliente na satisfação de necessidades básicas e na prevenção de complicações associadas a este estado de vulnerabilidade.

A metodologia usada na construção dos planos de cuidados envolve a pesquisa bibliográfica e a discussão e reflexão sobre o processo de conceção de cuidados, pautadas pela observação, reflexão crítica e evidência científica atual.

Os casos clínicos reportam a clientes submetidos a cirurgias do aparelho digestivo (Gastrectomia subtotal laparoscópica e Ressecção anterior do reto laparoscópica, com colostomia) procurando, desta forma, integrar uma oportunidade de reflexão e concretização dos objetivos delineados no projeto de estágio.

Em cada caso, é realizado um breve enquadramento teórico e justificação dos domínios que relevam para a prática de enfermagem, considerando a situação clínica e contextos descritos. Fica explanada a recolha de dados e identificação dos diagnósticos, objetivos e intervenções de Enfermagem, que são contributo específico. É ainda apresentada uma síntese final de cada caso, que consubstancia uma reflexão crítica dos conteúdos abordados, as possíveis limitações e contributos para desenvolvimento da prática profissional.

Na construção do presente relatório, pretende-se que o processo de conceção de cuidados inerente aos casos clínicos possa traduzir-se num contributo inequívoco para o desenvolvimento da representação do conhecimento da enfermagem. Ao longo dos anos, a produção de conhecimento na esfera da enfermagem perioperatória apresentou um crescimento lento, que se pretende impulsionar com o reconhecimento e implementação de um novo ciclo de estudos, nomeadamente o MEMCPSPE. Neste contexto, a representação desse conhecimento específico fica omissa nas classificações de enfermagem e ontologias de saúde, carecendo por isso, de desenvolvimentos que contribuam para esse fim.

Este relatório visa também sublinhar a pertinência de integração na ontologia de enfermagem de um diagnóstico que atualmente não está representado, trata-se do conceito “Perceção sensorial: Sede”, por ser um conceito que se constitui como área relevante dos cuidados de enfermagem, em contexto de perioperatório.

Para uma melhor compreensão do conteúdo do presente relatório importa refletir sobre os objetivos delineados no projeto de estágio, no módulo anterior, que reporta aos mesmos locais de estágio concretizados no módulo II. O referido projeto, tem como objetivo geral proposto “desenvolver competências avançadas no âmbito do diagnóstico e intervenção de enfermagem, na pessoa em situação perioperatória”, e representa uma oportunidade de responder a uma área de interesse pessoal e profissional, contribuindo para o corpo de conhecimento científico existente, na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória, de forma que os enfermeiros sejam cada vez mais significativos para os clientes.

A concretização do projeto delineado ambiciona ser um contributo para a formulação da “perceção sensorial: sede” como um diagnóstico de enfermagem, na medida em que se propõe a definir a especificação dos dados que podem ser recolhidos para a sua identificação, no particular da cirurgia do aparelho digestivo, tendo por base a melhor evidência científica. Por conseguinte, tem implicações práticas relevantes para a enfermagem, representando um contributo no processo de tomada de decisão do enfermeiro, que desta forma terá uma intervenção mais eficaz e significativa perante o cliente com sede, objetivando a aquisição de ganhos em saúde.

A sede é a expressão sensorial, fisiológica e subjetiva do desejo de ingerir água para restabelecer a homeostasia de líquidos corporais, gerando intenso desconforto quando não atendida (Nascimento et al., 2023). Tem relação com a homeostasia dos fluidos e implica uma rede de complexos processos neurais e hormonais, com resposta reflexa a desequilíbrios iónicos na relação entre água e sódio (Arai et al., 2013).

No cliente em situação perioperatória, a sede é incidente e, por vezes, intensa. Caracterizada como um sintoma, pela subjetividade inerente, provoca sensações de desconforto e angústia no cliente em situação perioperatória, sensações que podem até superar a dor ou a fome. Quando não atendida, assume uma forma mais consciente, com reflexo no aumento da ansiedade,

irritabilidade, fraqueza e desespero (Silva et al. 2016). Trata-se de um sintoma complexo, multifatorial e subjetivo, cuja avaliação e monitorização requer diversos instrumentos. Apesar de regulado por mecanismos fisiológicos, o comportamento de ingestão de líquidos é influenciado por rituais sociais, hábitos e costumes (Martins, 2017). Este facto está em consonância com os resultados de um estudo desenvolvido por Maldonado et al. (2020), que constata que apesar de ser um desconforto comum no cliente em situação perioperatória, a sede é pouco verbalizada. Culturalmente, parece existir uma aceitação da sede como uma condição que o cliente tem de suportar para a realização da cirurgia.

Assim, a pertinência da definição da sede como um diagnóstico de enfermagem tem sido defendida por alguns autores que se têm debruçado sobre esta temática. Com efeito, a sede é passível de intervenção autónoma pelo enfermeiro e a definição deste diagnóstico otimiza a comunicação entre os profissionais e a documentação rigorosa dos cuidados prestados (Nascimento, et al., 2021b).

Concomitantemente, a definição deste diagnóstico impulsiona a especificação de novos dados, intervenções e critérios de resultado, que se refletem em indicadores de qualidade, sensíveis aos cuidados de Enfermagem. Através da avaliação destes indicadores, é possível identificar a necessidade de implementação de melhorias na prática, validar a qualidade e até melhorar a representação social dos enfermeiros.

A abordagem da sede no cliente em situação perioperatória está em consonância com a evolução da prática baseada em evidência. Através da revisão da literatura científica atual, é possível identificar estratégias e intervenções comprovadamente eficazes na monitorização e controlo da sede, o que contribui para a adoção de práticas de enfermagem fundamentadas em evidências sólidas. Os objetivos a que este projeto se propôs, refletem este propósito.

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

A Instituição Hospitalar onde foi concretizado o estágio de natureza profissional é uma unidade da região norte, que deu resposta aos dois contextos de estágio. O estágio de natureza profissional decorreu no Bloco Operatório Central (BOC) e na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) dessa mesma instituição. A atividade operatória desenvolve-se em torno do BOC e de duas unidades de cirurgia ambulatoria, localizadas no mesmo edifício. Esta instituição tem como missão a prestação de cuidados de saúde hospitalares à população, com a máxima qualidade, humanismo e eficiência, a par do desenvolvimento de atividades de investigação, formação e ensino.

Recursos físicos e humanos

O BOC é constituído por uma equipa multidisciplinar, sendo que a equipa de enfermagem e de assistentes técnicos operacionais tem a sua atividade regular exclusivamente dedicada às necessidades deste serviço. A equipa de enfermagem do BOC é constituída por cinquenta e cinco enfermeiros, sendo que trinta e um possuem o grau académico de especialista. Destes, vinte e cinco são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, e quatro com o título de especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Dois elementos encontram-se em processo formativo para aquisição do mestrado e especialidade nesta mesma área. Outros profissionais como médicos, técnicos de radiologia e anatomia patológica ou perfusionistas, são utilizadores do BOC, na medida em que, desenvolvem também a sua atividade noutros serviços. Em conjunto, todos contribuem para responder às necessidades dos clientes em situação perioperatória. O BOC é constituído por oito salas de operações, numeradas de 0 a 7, equipadas com uma área de desinfeção pré-cirúrgica, área de indução anestésica e sub-esterilização. A sala 5 destina-se à cirurgia de urgência e fica disponível 24 horas por dia, com uma equipa de urgência destacada, constituída por três enfermeiros (instrumentista, circulante e enfermeiro de anestesia), sendo que todas as equipas possuem, no mínimo, um enfermeiro especialista.

Além das salas de operações, o BOC é constituído por uma UCPA com dez unidades, uma sala dedicada à anatomia patológica, área de admissão de clientes, área de atendimento a familiares, gabinete do diretor do BOC, gabinete do enfermeiro em funções de gestão, dois vestiários (feminino e masculino), armazém de material esterilizado, armazém de consumíveis, duas salas de equipamentos, corredor de sujos, uma biblioteca e uma sala de pausa/refeições.

O serviço central de esterilização dá apoio ao BOC e é nele que o processo de lavagem, descontaminação, esterilização e armazenamento dos instrumentos cirúrgicos utilizados no

Bloco Operatório é efetuado, sendo que não existe um enfermeiro responsável por este serviço, cuja gestão se encontra a cargo de uma pessoa licenciada em biologia. O BOC dispõe de circuitos definidos de material estéril e circuito de lixos e sujos. Relativamente ao material esterilizado e limpo, este entra no bloco através de um corredor de limpos, enquanto o material contaminado sai diretamente para o corredor de sujos, onde é acondicionado em contentores próprios e depois transportado à central de esterilização.

A construção arquitetónica do BOC condiciona a separação rigorosa destes circuitos uma vez que os sujos, para serem transportados para o exterior do BOC, passam obrigatoriamente pelo corredor limpo.

Modelo de organização e método de trabalho

O modelo de organização e método de trabalho desempenham um papel fundamental na enfermagem em termos de eficiência, coordenação, segurança do cliente, continuidade dos cuidados e adaptação às diferentes necessidades. Este proporciona uma estrutura sólida para que os enfermeiros exerçam a sua prática de forma eficaz, colaborativa e com foco na melhoria da prestação de cuidados.

A coordenação e gestão do BOC é da responsabilidade de dois cirurgiões, um anestesista e um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a exercer funções de gestão. Além deste, existem diariamente, duas enfermeiras responsáveis pela coordenação, uma da área de cirurgia e outra de anestesia.

A colaboração interdisciplinar promovida pelo modelo de organização e método de trabalho é crucial para uma prestação de cuidados integrados e de qualidade. Ao reunir diferentes perspetivas e conhecimentos especializados, os profissionais de saúde são capazes de abordar as necessidades específicas dos clientes de forma abrangente.

Neste serviço, os enfermeiros especialistas exercem as atividades regulares, acrescentando funções diferenciadas em diversas áreas, desde a coordenação à integração em diferentes grupos de trabalho.

O horário da cirurgia eletiva é compreendido entre as 8 e as 16h, a cirurgia de produção adicional das 16 às 21h e o serviço de urgência funciona 24h, todos os dias da semana.

O plano de trabalho é realizado no dia útil anterior, pelo enfermeiro gestor, tendo em conta as cirurgias programadas, mediante as competências e áreas de intervenção dos Enfermeiros.

A atividade cirúrgica deste BOC é polivalente pelo que abrange diversas áreas, tais como cirurgia geral, cirurgia de cabeça e pescoço, otorrino, torácica, plástica, urologia, ginecologia e neurocirurgia. Na generalidade, os enfermeiros são também polivalentes no exercício das suas funções (anestesia/circulação e instrumentação), dada a natureza complexa e diversificada destas especialidades. A capacidade de responder às exigências das diferentes especialidades e

situações emergentes, dentro da equipa multidisciplinar, atribui aos enfermeiros um papel fundamental na prestação de cuidados seguros e de qualidade aos clientes em situação perioperatória. A equipa cirúrgica geralmente é constituída por três cirurgiões, um anestesta e três enfermeiros (instrumentista, circulante e enfermeiro de anestesia). A UCPA cumpre, também, as dotações seguras recomendadas pela ordem dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Além da atividade desenvolvida no BOC, existe uma atividade paralela em serviços como braquiterapia, radiologia de intervenção, medicina nuclear, pediatria, radioterapia, pneumologia e gastroenterologia, onde enfermeiros e anestestistas colaboram com anestesia em locais remotos.

Objetivando a eficiência, qualidade e segurança dos cuidados prestados, o sistema organizativo do bloco operatório central rege-se pela metodologia de trabalho *Kaizen*.

Kaizen é um termo de origem japonesa que denota a ideia de melhoria contínua, sendo aplicada tanto no âmbito pessoal como profissional. No contexto empresarial, esta metodologia visa não só a redução de custos, mas também o aumento da produtividade.

Este método é um sistema de gestão de qualidade que serve para eliminar ineficiências ou erros que possam afetar o bom desempenho da equipa. Procura otimizar processos, promover a qualidade dos cuidados e envolver os profissionais de saúde num ciclo de aprendizagem e aperfeiçoamento constante. Ao aplicar os princípios do *Kaizen*, as instituições de saúde podem alcançar uma maior eficiência, segurança e satisfação do cliente.

Projetos em desenvolvimento

O BOC apresenta vários projetos de melhoria contínua sendo que serão descritos os mais relevantes. Estes constituem abordagens sistemáticas e orientadas para resultados, que visam aprimorar processos, procedimentos ou práticas no contexto perioperatório, perspetivando alcançar um mais alto nível de desempenho ou eficiência.

O projeto “STOP infeção” encontra-se já numa segunda fase de concretização, agora intitulado como “STOP infeção 2.0”. É um projeto do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências a Antimicrobianos, da Direção-Geral da Saúde (PPCIRA/DGS), em parceria com a Fundação *Calouste Gulbenkian* e apoio técnico-científico do *Institute for Health Improvement* e tem como objetivo reduzir a incidência de cinco tipos de infeção hospitalar em 50%, no prazo de 3 anos. A DGS e o Ministério da Saúde reconhecem a relevância deste projeto nos hospitais e partilham os propósitos plasmados no Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026 e no Despacho n.º 9390/2021, que considera a “Participação da instituição no “STOP-Infeção Hospitalar 2.0” um indicador do Índice de Qualidade do PPCIRA e parte integrante do processo de contratualização das instituições prestadoras de saúde do serviço nacional de saúde. Ainda neste âmbito do controlo de infeção existe também um projeto que se reporta ao “acolhimento do doente colonizado/infetado com Microorganismos multirresistentes”. A aplicação da escala

de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico do Paciente (ELPO), integra também um projeto de melhoria contínua do serviço. Esta escala foi desenvolvida e concluída em 2014 no Brasil, pela Enfermeira Camila Mendonça Lopes, e traduzida para português pela Enfermeira Andreia Salvini, no contexto da concretização do seu projeto de mestrado, em 2021. O projeto de implementação da técnica ISBAR: *“Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation”*, pretende dar resposta à recomendação emanada pela DGS em 2017, relativamente à comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde e conta com um grupo de trabalho que integra o processo formativo, a nível institucional, no sentido de padronizar e implementar esta técnica. O projeto de melhoria do diagnóstico e tratamento de doenças oncológicas nos países africanos de língua oficial portuguesa, conta também com a colaboração de duas enfermeiras especialistas do BOC que fazem formação nestes países, colaborando no processo de melhoria contínua das práticas.

Releva também o projeto de melhoria que visa a elaboração de um “Manual de Enfermagem Cirúrgica” que pretende ser uma ferramenta de apoio para a ação profissional do enfermeiro, nas áreas da circulação e instrumentação.

3. CASO 1 - GASTRECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA

Cliente de sessenta e nove anos, com perda ponderal de 6kg nos últimos 6 meses. Realiza endoscopia digestiva alta, com biópsia, que revela adenocarcinoma gástrico ulcerado do tipo difuso, anel de sinete, infiltrado até à submucosa gástrica. Proposto para gastrectomia subtotal laparoscópica com linfadenectomia no dia 27 de novembro de 2023. Como antecedentes, apresenta hipertensão arterial e QT prévia. Viúvo há cinco anos, vive sozinho e tem 2 filhos, atualmente emigrados. Internado no dia anterior à cirurgia.

3.1. Enquadramento teórico

A conceção de cuidados em enfermagem é estruturada em várias etapas que passam pela recolha de dados, identificação de diagnósticos de enfermagem, definição dos objetivos e planeamento, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem. A sua construção de forma padronizada e sistemática assume-se como uma ferramenta metodológica no desempenho da prática profissional e permite ao enfermeiro usar o pensamento crítico na tomada de decisão e documentar a sua prática. Esta documentação possibilita a construção de indicadores, alguns deles sensíveis aos cuidados de enfermagem, que assumem uma importância fundamental para monitorizar e direcionar a prática, sempre com o objetivo de obter ganhos em saúde.

Enquadramento do tema

O cancro gástrico é uma das doenças malignas mais comuns em todo o mundo, assumindo a quarta principal causa de morte relacionada com cancro. É uma doença multifatorial, dependente de fatores genéticos e ambientais na sua ocorrência e desenvolvimento (Machlowska et al., 2020).

Em Portugal, o cancro do estômago foi o quarto cancro mais incidente, em ambos os sexos, com cerca de 3000 novos casos (17,9/100 000 pessoas-ano). A incidência é superior no norte e interior do país (RON, 2019).

A taxa de incidência de cancro gástrico aumenta progressivamente com a idade sendo a idade média, no momento do diagnóstico, de setenta anos. Uma pequena percentagem (aproximadamente 10%) tem este tipo de tumor diagnosticado com quarenta e cinco anos ou menos (Machlowska et al., 2020).

O Adenocarcinoma gástrico é um tipo de cancro com origem nas células glandulares do revestimento interno do estômago (mucosa gástrica). Este é o tipo mais comum de cancro

gástrico, representando a maioria dos casos diagnosticados. Com vista à otimização da abordagem clínica e cirúrgica deste tipo de tumor, foi estabelecida pela comunidade científica, em 1965 a classificação de Lauren que tem por base características macroscópicas, microscópicas e padrões de crescimento. Este sistema de classificação estabelece dois subtipos de adenocarcinoma gástrico, incluindo o tipo Intestinal e difuso, que apresentam diferentes características clínicas, genéticas, morfológicas, epidemiológicas e de expansão. O subtipo Intestinal apresenta elementos tubulares e glandulares, com grande associação à metaplasia intestinal da mucosa gástrica e à infecção por *Helicobacter Pylori*. Já o subtipo difuso apresenta-se com células únicas (emanel de sinete), pouco coesas, sem formação glandular, com um crescimento mais infiltrativo e menos organizado (Machlowska et al., 2020).

A ressecção cirúrgica completa do tumor continua a ser, atualmente, a única possibilidade de cura perante o diagnóstico de adenocarcinoma gástrico. O facto de muitos clientes serem diagnosticados já num estadio avançado da doença, culmina em baixas taxas de sobrevivência no mundo ocidental. Há exceção dos clientes com diagnóstico precoce, onde o tratamento cirúrgico ou endoscópico pode ser curativo, o recurso a tratamentos coadjuvantes é usado com a intenção de erradicar potenciais micrometastases, melhorando assim o prognóstico. O melhor timing do tratamento, tipo de quimioterapia e o recurso a radioterapia, bem como a seleção dos clientes, continua a ser controverso (Toneto & Viola, 2018). Além da ressecção cirúrgica, quimioterapia e radioterapia, são ainda opções de tratamento a quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) e a quimioterapia com aerossol intraperitoneal pressurizado (PIPAC) (Machlowska et al., 2020).

A gastrectomia para tratamento de cancro gástrico pode ser total ou subtotal. A primeira é necessária em tumores proximais enquanto a segunda é realizada em tumores do terço distal do estômago. A gastrectomia total é considerada um procedimento de alto nível de complexidade, com taxas de complicações elevadas, considerando que as condições clínicas e nutricionais dos clientes se encontram condicionadas pela própria doença (Andreollo et al., 2011).

De elevada complexidade, esta cirurgia induz no cliente modificações importantes, com potencial reflexo no processo de transição saúde-doença, onde o enfermeiro deve assumir um papel ativo, integrado na equipa multidisciplinar.

Os principais fatores de mau prognóstico na cirurgia gástrica são a idade superior a setenta anos, a localização proximal do tumor, a presença de metástases com envolvimento no líquido ascítico e a invasão vascular e linfática (AEOP, 2011).

As complicações pós-operatórias imediatas podem incluir as fistulas, deiscência ou estenose das anastomoses, hemorragia, infeções e síndrome de dumping. Problemas respiratórios, défices nutricionais, refluxo biliar e complicações metabólicas também podem ocorrer. A longo prazo, muitos clientes desenvolvem sintomas como perda de peso, associada à disfagia e ao menor número de refeições diárias, fraqueza, cólicas, diarreia, vômito, dor abdominal e sensibilidade no local da ferida cirúrgica. Estes sintomas podem condicionar a realização das atividades da vida diária, a socialização, manutenção da atividade sexual, bem como o equilíbrio mental e emocional dos clientes (Spector et al., 2002).

Além de questões relacionadas com perda e reposição de fluidos, a cirurgia do aparelho digestivo resulta na remoção de órgãos de forma parcial ou total, que podem traduzir-se em alterações significativas no equilíbrio hidroeletrólítico. No caso da cirurgia de gastrectomia,

surgem sinais e sintomas associados às alterações fisiológicas causadas pela perda do reservatório gástrico e das suas funções inerentes. Entre os mais referenciados surge a síndrome de dumping, a diarreia e a má absorção (Andreollo et al., 2011).

Na busca de uma recuperação cirúrgica mais célere e com menos complicações surge o conceito de programa de pré-habilitação cirúrgica multimodal. Este programa de pré-habilitação consiste no recurso a uma estratégia de otimização das reservas fisiológicas do cliente, através de exercícios físicos, nutrição e técnicas de redução de stress e ansiedade bem como cessação tabágica e de etilismo. Estudos têm sido desenvolvidos no sentido de demonstrarem a eficácia da pré-habilitação na diminuição das complicações peri e pós-operatórias sendo que, apesar de apresentarem algumas limitações, é consensual que a pré-habilitação no cliente oncológico é uma estratégia segura, exequível, eficaz e custo-eficiente, pelo que deve ser considerada pelas equipas de saúde (Mansur et al., 2022). Não obstante, existe falta de consenso relativamente à metodologia ideal e padrões de notificação pelo que mais investigação deverá ser realizada para estabelecer diretrizes ou consensos bem definidos para a pré-habilitação (Kamarajah et al., 2020).

Processo cirúrgico

A técnica cirúrgica de gastrectomia por via laparoscópica, com reconstrução em Y de roux, tem sido bastante utilizada e apresenta resultados oncológicos satisfatórios. Quando comparada com outras técnicas como a Billroth-I e Billroth-II, esta técnica reconstrutiva demonstra ser mais eficaz na prevenção de sintomas gástricos pós-operatórios tais como o refluxo gastroesofágico e duodenogástrico, a estase gástrica ou gastrite residual. Além disso, o recurso a esta técnica de reconstrução não evidencia um aumento da incidência de estenose ou deiscência da anastomose nem das perdas hemorrágicas (Vieiral et al., 2023).

A cirurgia laparoscópica proporciona inúmeros benefícios tais como a rápida recuperação e o menor tempo de internamento, recurso a incisões menor, menor taxa de infeção da ferida operatória e menor incidência de dor. Além disso, a menor manipulação intestinal e do peritoneu permite uma ingestão alimentar precoce, com menor incidência de íleo paralítico, permitindo ainda reduzir a fluidoterapia endovenosa. Não obstante, o pneumoperitoneu cursa num aumento da pressão intra-abdominal e diminuição do débito cardíaco, que associados a posicionamentos extremos, podem causar alterações fisiopatológicas, com potencial para induzir desequilíbrios homeostáticos significativos e aumento do risco de tromboembolismo/trombose venosa profunda (Seixas, in Machado, 2013).

Para realizar esta técnica cirúrgica é estabelecido um pneumoperitoneu, introduzindo dióxido de carbono aquecido por meio de uma agulha de Veress, inserida a um ângulo de 30 graus no umbigo. É criada uma artificialidade com a insuflação deste gás, até gerar pressões intra-abdominais na ordem dos doze a quinze cmH₂O (Seixas, in Machado, 2013).

Na gastrectomia subtotal, dependendo da margem gástrica desejada, o estômago é seccionado. Após a ressecção do estômago e linfadenectomia, o cirurgião realiza a reconstrução do trato gastrointestinal, frequentemente utilizando a técnica de *Y de Roux*. Nesta técnica o cirurgião identifica e isola uma porção específica do intestino delgado, geralmente o jejuno. Em seguida, o jejuno é seccionado, criando dois segmentos distintos: a alça alimentar e a alça biliar. A alça alimentar é anastomosada ao estômago remanescente, estabelecendo a comunicação entre o

estômago e o intestino delgado. De seguida a alça biliar é anastomosada mais distalmente na alça alimentar, permitindo o fluxo dos sucos biliares que contribuem para a digestão. O resultado é uma configuração em forma de "Y", conhecida como o *Y de Roux* (Zilberstein et al., 2014). Este procedimento visa prevenir complicações, como a síndrome de Dumping, e é fundamental para a adaptação do sistema digestivo à ausência do estômago. Depois de removido o estômago e realizadas as anastomoses, as feridas cirúrgicas são encerradas, e o cliente é posicionado de forma a minimizar a pressão sobre as anastomoses. O tempo médio de cirurgia pode variar, mas geralmente, a gastrectomia laparoscópica pode demorar entre duas a quatro horas, dependendo da complexidade do caso e da experiência do cirurgião.

Processo anestésico

O tratamento adequado para grande parte dos cancros passa não só pela cirurgia, mas também pela quimioterapia e radioterapia, independentemente da ordem ou concomitância, sendo que o sucesso destas abordagens terapêuticas levou a um incremento do número de clientes sujeitos a cirurgia oncológica. Apesar destes benefícios, as alterações fisiológicas induzidas pela quimioterapia e radioterapia podem resultar em lesões graves e muitas vezes permanentes noutros órgãos do corpo. Por este motivo, uma rigorosa compreensão do processo da doença oncológica e possíveis sequelas dos tratamentos, impera na abordagem da técnica anestésica a utilizar no período perioperatório (Serralheiro, in Machado, 2013).

Assim, as intervenções são ajustadas mediante a identificação de necessidades específicas nos clientes, como por exemplo o comprometimento do património vascular, a caquexia ou alterações da imunidade. No que diz respeito à depressão da imunidade induzida pelos anestésicos, sabe-se que esta é transitória e no contexto particular dos clientes oncológicos, não existe evidência que sustente a superioridade de uma técnica anestésica sobre outra (Serralheiro, in Machado, 2013).

A decisão da técnica anestésica a utilizar é normalmente estabelecida na consulta de avaliação pré-operatória e é da responsabilidade do médico anestesista, sendo que o tipo de procedimento e as comorbilidades do cliente são os fatores que mais impactam na escolha da técnica anestésica (Pardo & Miller, 2018). Não obstante, a melhor opção anestésica deve resultar da associação entre a técnica mais indicada para o cliente e aquela que o anestesiológista melhor executa e controla (Seixas, in Machado, 2013).

Nos clientes propostos para cirurgia do aparelho digestivo, a anestesia geral é a técnica anestésica mais utilizada. Esta caracteriza-se pela associação entre a hipnose, amnésia, analgesia, narcolepsia e relaxamento muscular (Morujão, in Machado, 2013).

No particular da cirurgia laparoscópica, a anestesia geral, com intubação orotraqueal e ventilação controlada é a técnica anestésica mais segura e mais frequente. O pneumoperitôneu e a posição de trendlemburg acentuado podem comprometer a função ventilatória pelo que a ventilação controlada é necessária para evitar a hipercapnia (Seixas, in Machado, 2013).

No contexto de cirurgia laparoscópica, a anestesia local ou regional pode ser usada em associação com a anestesia geral, como parte integrante de um plano analgésico multimodal. Estudos demonstram que a anestesia regional pode acelerar a alta nesta população, pelo potencial de reduzir a incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório e a necessidade de

analgesia opióide (Butterworth et al., 2018). A infiltração das incisões e a instilação peritoneal de anestésicos locais diminui a necessidade de recurso a fármacos opióides no pós-operatório (Seixas, in Machado, 2013).

No que diz respeito à prevenção de náuseas e vômitos importa considerar que a cirurgia laparoscópica apresenta maior incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO) (Seixas, in Machado, 2013). Na prevenção e tratamento desta ocorrência, o uso combinado de fármacos revela maior eficácia do que a monoterapia (Butterworth et al., 2018).

No que diz respeito às complicações pós-operatórias, podem surgir diversos desafios referentes a diferentes sistemas corporais. Entre as complicações gerais, destacam-se as náuseas e vômitos, soluços e cefaleias. Complicações relacionadas com o sistema respiratório relacionam-se com o colapso pulmonar, a síndrome de desconforto respiratório agudo, infecção pulmonar e depressão respiratória. Como complicações cardíacas podem surgir a isquemia ou enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias e choque. No que reporta ao sistema urinário pode ocorrer retenção urinária e infecções do trato urinário ou insuficiência renal. Distúrbios neuropsiquiátricos e *delirium tremens*, fazem parte das complicações cerebrovasculares. Representa também um risco cardiovascular significativo o tromboembolismo venoso, que engloba trombose venosa profunda e embolia pulmonar (Garden et al., 2012).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 71 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-28 08:30:00	Solução Polieletrólítica 1000 ml EV	
2023-11-28 08:30:00	Cefazolina 2gr IV EV	
2023-11-28 08:30:00	Fentanil 0.1mg EV	
2023-11-28 08:30:00	Propofol 140mg EV	
2023-11-28 08:30:00	Rocurônio 40mg EV	
2023-11-28 08:30:00	Dexametasona 4mg EV	
2023-11-28 08:30:00	Parecoxibe 40mg EV	
2023-11-28 08:30:00	Sevoflurano com concentração alveolar mínima de 2%	
2023-11-28 12:30:00	Tramadol 100mg EV	
2023-11-28 12:30:00	Droperidol 0.625mg EV	

Início	Medicação	Fim
2023-11-28 12:30:00	Ondasetrom 4mg EV	
2023-11-28 12:30:00	Paracetamol 1gr EV	
2023-11-28 12:30:00	Sugamadex 200mg EV	
2024-11-28 12:45:00	Morfina 2mg EV	

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A administração de fármacos constitui uma intervenção de grande responsabilidade e complexidade, assumindo o enfermeiro um papel central na eficácia do tratamento e na segurança do cliente. Os riscos associados à utilização de medicamentos são multifatoriais, distintos entre si e intrínsecos à prestação de cuidados de saúde. Em contexto de perioperatório, a administração de fármacos acontece, muitas vezes, em situações de urgência ou emergência pelo que o risco inerente à administração de fármacos é ampliado.

A preparação e administração de terapêutica representa uma intervenção interdependente, iniciada pelo médico, na prescrição do fármaco, e realizada pelo enfermeiro, na administração do mesmo. Segue-se a descrição de características específicas dos fármacos utilizados neste caso clínico, sendo que serão apresentados apenas os aspetos que relevam no exercício desta intervenção.

Anestésicos gerais

Os fármacos mais usados na anestesia geral são os anestésicos intravenosos, os agentes inalatórios e opióides.

Os anestésicos intravenosos provocam um estado reversível de depressão generalizada do sistema nervoso central e são usados na indução e manutenção da anestesia e na sedação (Tavares, in Machado ,2013). Destes, os mais usados são o propofol e o midazolam, sendo o tiopental, o etomidato e a cetamina alternativas de menor frequência de utilização (Morujão, in Machado, 2013).

Neste caso clínico o anestésico geral utilizado foi o propofol. Quando administrado por via EV direta não está recomendada a sua utilização na concentração de 2%. Se usada perfusão continua deve substituir-se o sistema de perfusão pelo menos de 12/12h. Como efeitos adversos, pode desenvolver amnésia anterógrada, hipotensão, bradicardia, cefaleias e dor no local de administração (Morujão, in Machado, 2013; Infomed, 2021).

Em associação com o anestésico intravenoso são frequentemente usados gases anestésicos como o sevoflurano e o desflurano para a manutenção da anestesia. Apesar da anestesia inalatória com sevoflurano ter o potencial de uma emergência anestésica mais rápida, quando

comparada com a anestesia intravenosa total, a probabilidade de NVPO pode ser maior se não for administrado medicamento profilático adicional (Butterworth et al., 2018). Hemodinamicamente, todos os anestésicos voláteis possuem um efeito depressor do sistema nervoso central que é dose-dependente, reduzindo o consumo cerebral de oxigênio. Concomitantemente, aumentam a pressão intracraniana por aumento do fluxo sanguíneo cerebral. Atuam ainda sobre o aparelho respiratório causando depressão respiratória dose dependente e sobre o sistema cardiovascular causando depressão cardiovascular. Comparando anestésicos intravenosos com inalatórios há diferenças importantes a considerar. Os primeiros têm um início de ação rápido e não são irritantes para as vias aéreas, traduzindo um recobro geralmente suave. Podem, no entanto, causar dor ou irritação local durante a administração e ser acompanhados de efeitos cumulativos (Tavares, in Machado ,2013).

Neste caso clínico foi utilizado Sevoflurano, como anestésico inalatório. Devido à insolubilidade do sevoflurano no sangue, podem ocorrer alterações hemodinâmicas mais rapidamente do que com outros anestésicos voláteis. O uso de sevoflurano potencia a ocorrência de náuseas e vômitos.

Analgésicos estupefacientes

No que diz respeito aos analgésicos opióides, atualmente os mais utilizados nos procedimentos anestésicos são o fentanil, remifentanil, alfentanil e sufentanil, sendo a naloxona o fármaco antagonista dos opióides (Morujão, in Machado, 2013). O fentanil é considerado o opióide de eleição na anestesia para cirurgia geral. O seu início de ação ocorre minutos após a administração por via intravenosa (Ferreira, 2023). O remifentanil tem uso limitado porque apesar de apresentar um rápido início de ação, curta duração e semi-vida, e ser facilmente titulável, não permite uma analgesia de longa duração no período pós-operatório (Barash et al., 2017). As moléculas dos diversos opiáceos só compartilham uma parte da estrutura química, pelo que cada um tem efeitos próprios e um perfil farmacocinético individual. Importa salientar a depressão respiratória e cardiovascular, humor, temperatura e contração da fibra muscular lisa intestinal e urinária, dependência física e tolerância (Tavares, in Machado, 2013). Assim, a obstipação e a retenção urinária devem ser consideradas quando administrados fármacos opióides. O recurso a estes fármacos potencia também a ocorrência de NVPO.

O Fentanil e a Morfina foram os analgésicos opióides utilizados neste caso clínico. O primeiro, usado na indução e manutenção da anestesia geral e o segundo, no tratamento da dor aguda pós-operatória. No caso da morfina, a seringa ou sistema de infusão deve ser opaco/protegido da luz, para preservar a estabilidade do fármaco (Ferreira, 2023).

Relaxante muscular

O relaxante muscular mais utilizado é o rocurônio e foi este o fármaco utilizado neste caso clínico. Por ser o único relaxante muscular com um antagonista específico (sugamadex) e pelo

facto deste antagonista ter eficácia em qualquer profundidade de bloqueio, este relaxante apresenta um grande perfil de segurança, mesmo em altas doses, permitindo colmatar as habituais limitações de uma reversão do bloqueio com anticolinesterásicos (neostigmina). É um relaxante muscular não despolarizante que induz paralisia do músculo esquelético, facilitando a intubação e a complacência durante a ventilação mecânica.

O sugamadex foi, portanto, o fármaco utilizado neste caso clínico, para reversão do bloqueio neuromuscular, devendo considerar-se a administração lenta do mesmo. Atuando a nível plasmático, forma um complexo com os agentes bloqueadores neuromusculares, reduzindo assim a quantidade disponível para se ligar aos recetores nicotínicos da junção neuromuscular (Ferreira, 2023; Tavares, 2013).

Antibacterianos

A profilaxia antibiótica é definida por cada instituição tendo em conta as recomendações da DGS. A cefazolina é o antimicrobiano de primeira linha para cirurgias limpas e para a maioria das limpas contaminadas. A dose profilática deve ser o dobro da dose normal (DGS, 2013b).

Neste cliente foi administrada a cefazolina que é uma cefalosporina de 1ª geração. A reconstituição deste fármaco para administração intravenosa deve ser feita com 10ml de água para injetáveis por cada grama de cefazolina, com administração aproximada de três minutos. Deve considerar-se a possibilidade de ocorrência de dor, náuseas e vômitos durante a administração (Ferreira, 2023).

Analgésicos

A analgesia perioperatória multimodal pode ser usada recorrendo a uma variedade de fármacos, incluindo anestésicos locais e analgésicos não opióides como o paracetamol e anti-inflamatórios não esteróides (Butterworth et al., 2018). Neste caso clínico foram utilizados o parecoxibe, tramadol e paracetamol.

O Parecoxibe é um anti-inflamatório não esteróide - inibidor seletivo Cox 2, usado no tratamento de curta duração da dor pós-operatória. Não deve utilizar-se em caso de apresentar descoloração, turvação ou partículas (Ferreira, 2023).

O Tramadol é um analgésico estupefacientes indicado na dor moderada a severa. Pelo seu potencial emético deve ser administrado, em associação, um antiemético. Não deve ser adicionada metoclopramida na mesma solução por não haver estudos que evidenciem a segurança desta associação (Ferreira, 2023).

O Paracetamol é um analgésico e antipirético, de ação central, indicado no tratamento da dor ligeira e moderada. O tempo de administração da solução intravenosa deve estar compreendido entre 15 a 30 minutos, minimizando assim efeitos adversos como hipotensão arterial ou náuseas e vômitos (Infomed, 2021; Ferreira, 2023). Tem como antídoto a acetilcisteína.

Antieméticos

Na prevenção e tratamento das náuseas e vômitos, no particular da cirurgia laparoscópica, o uso combinado de fármacos como ondansetrom, dexametasona e droperidol, revela maior eficácia do que a monoterapia (Butterworth et al., 2018). Os mesmos fármacos foram utilizados neste caso clínico.

A dexametasona é um corticosteróide com efeito antiemético e anti-inflamatório. A sua administração diminui em mais de 50% o risco de ocorrência de vômitos nos pós-operatório. Esta ação é mais eficaz quando administrado na indução anestésica e não são apresentados efeitos adversos associados à sua administração, em dose única, de 4 a 5 mg (Vieira et al., 2012).

O ondansetrom é um anti-emético e antivertiginoso que ao contrário da dexametasona, é administrado no final da cirurgia. Tem como efeito adverso cefaleias (IPOL, 2017).

O droperidol, um neuroléptico com acentuada ação tranquilizante e sedativa e potente efeito antiemético. Os eventos adversos mais comuns, como sedação e sonolência, são dose-dependentes e desaparecem com a descontinuação do uso.

Fluidoterapia

Como fluidoterapia, neste caso clínico, foi utilizada uma solução polielectrolítica. A velocidade de perfusão é habitualmente de 40 ml/kg/24h em adultos. Quando utilizado para substituição do fluido intraoperatório, a velocidade de perfusão normal pode ser mais elevada e é de cerca de 15 ml/kg/h (Ferreira, 2023).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

27-10-2023 09:00

27-10-2023 09:00 - Procedimento invasivo

27-10-2023 09:00 - Tipo de procedimento invasivo: Gastrectomia subtotal laparoscópica.

27-10-2023 09:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias.
 28-11-2023 08:15 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.
 28-11-2023 08:30 - Localização do Pulso
 28-11-2023 08:30 - Tórax
 28-11-2023 08:30 - Frequência do pulso: 85 pulsações por minuto.
 28-11-2023 08:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 28-11-2023 08:30 - Membro superior Direita(o)
 28-11-2023 08:30 - Pressão sanguínea sistólica: 155 mmHg.
 28-11-2023 08:30 - Pressão sanguínea diastólica: 80 mmHg.
 28-11-2023 08:30 - Glicemia capilar: 180mg/dl
 28-11-2023 12:30 - PGC: 178mg/Dl
 28-11-2024 13:30 - PGC: 165 mg/dl

28-11-2023 08:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo

28-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução de sinais de hemorragia [Intra e pós operatório]*
 28-11-2023 12:30 - Perda sanguínea
 28-11-2023 12:30 - Abdómen: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .
 28-11-2023 12:30 - Localização do Pulso
 28-11-2023 12:30 - Tórax
 28-11-2023 12:30 - Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

27-10-2023 09:00 - Promover autogestão: procedimento invasivo [FIM]

28-11-2023 08:30
 27-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
 28-11-2023 08:15 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador [MELHOROU].

27-10-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo [RESOLVIDO] 28-11-2023 08:15

27-10-2023 09:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo [SOS] [FIM] 28-11-2023 08:15*
 24-11-2023 10:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
 28-11-2023 08:15 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador [MELHOROU].
 27-10-2023 09:00 - *Ensinar sobre procedimento anestésico [Agora] [FIM]*
 28-11-2023 08:15
 27-10-2023 09:00 - *Ensinar sobre procedimento cirúrgico [Agora] [FIM]*
 28-11-2023 08:15
 27-10-2023 09:00 - *Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo [SOS] [FIM] 28-11-2023 08:30*

28-11-2023 08:15 - Refere satisfação com a preparação para a autogestão do procedimento invasivo.

Sondas, Drenos e Cateteres

28-11-2023 08:15

28-11-2023 08:15 - Cateter venoso periférico

28-11-2023 08:15 - Localização do cateter venoso periférico

28-11-2023 08:15 - Mão Esquerda(o)

28-11-2023 08:15 - Características do dispositivo: calibre 22G.

28-11-2023 08:30 - Localização do cateter venoso periférico

28-11-2023 08:30 - Antebraço Esquerda(o)

28-11-2023 08:30 - Características do dispositivo: calibre 14G.

28-11-2023 08:15 - Assegurar funcionamento do cateter

28-11-2023 08:15 - *Otimizar cateter venoso periférico [SOS]*

28-11-2023 08:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

28-11-2023 08:15 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]*

28-11-2023 08:15 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

28-11-2023 08:15 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]*

28-11-2023 08:30

28-11-2023 08:30 - Sonda gástrica

28-11-2023 08:30 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: drenagem de líquidos.

28-11-2023 08:30 - Substância drenada pela sonda gástrica: aquosa.

28-11-2023 08:30 - Quantidade drenada pela sonda gástrica: 50 ml.

28-11-2023 12:30 - Substância drenada pela sonda gástrica: sero hemática.

28-11-2023 12:30 - Quantidade drenada pela sonda gástrica: 50 ml.

28-11-2023 08:30 - Características do dispositivo: Sonda Levin calibre 14.

28-11-2023 12:30 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno

28-11-2023 12:30 - *Avaliar evolução da drenagem pela sonda gástrica [1 X turno ou SOS]*

28-11-2024 12:45 - Substância drenada pela sonda gástrica: sero hemática.

28-11-2024 12:45 - Quantidade drenada pela sonda gástrica: 50 ml.

28-11-2024 13:30 - Substância drenada pela sonda gástrica: sero hemática.

28-11-2024 13:30 - Quantidade drenada pela sonda gástrica: 25 ml.

28-11-2023 08:30 - Assegurar funcionamento da sonda

28-11-2023 08:30 - *Otimizar sonda gástrica [1 X turno ou SOS]*

28-11-2023 08:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a sonda gástrica

28-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução do nível de inserção da sonda gástrica [1 X turno ou SOS]*

28-11-2023 08:30 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

28-11-2023 08:30 - Cavidade oral: 23.00 cm.

28-11-2023 08:30 - Pressão do cuff: 28 cmH2O.

28-11-2023 08:30 - Características do dispositivo: TOT nº 7.5.

28-11-2023 08:30 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - *Otimizar tubo endotraqueal [Intra operatório] [FIM]* 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal [FIM] 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal [Intra operatório] [FIM]* 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução da pressão do cuff [Intra operatório] [FIM]* 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal [FIM] 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - *Gerir a pressão do cuff [Intra operatório] [FIM]* 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Cateter urinário [RESOLVIDO] 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Quantidade de urina: 100 ml.

28-11-2023 08:30 - Cor da urina: alaranjada.

28-11-2023 08:30 - Transparência da urina: Límpida.

28-11-2023 08:30 - Características do dispositivo: catéter tipo foley de látex (curta duração); calibre 12.

28-11-2023 08:30 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário [FIM] 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - *Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário [Intra operatório] [FIM]* 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - *Otimizar cateter urinário [Intra operatório] [FIM]* 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter urinário [FIM] 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - *Remover cateter urinário [No final da cirurgia] [FIM]*

28-11-2023 12:30

28-11-2023 12:30

28-11-2023 12:30 - Dreno

28-11-2023 12:30 - Localização do dreno

28-11-2023 12:30 - Abdómen Direita(o)

28-11-2023 12:30 - Tipo de dreno: laminar tipo penrose.

28-11-2023 12:30 - Substância drenada: sero hemática.

28-11-2023 12:30 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 50 ml.

28-11-2023 12:30 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

28-11-2023 12:30 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno

28-11-2023 12:30 - *Avaliar evolução da drenagem [1 X turno ou SOS]*

28-11-2024 12:45 - Substância drenada: sero hemática.

28-11-2024 12:45 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 100 ml.

28-11-2024 13:30 - Substância drenada: hemática.

28-11-2024 13:30 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 50 ml.

28-11-2023 12:30 - Assegurar funcionamento do dreno

28-11-2023 12:30 - Otimizar dreno [1 X turno ou SOS]

28-11-2023 12:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o dreno

28-11-2023 12:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do dreno [1 X turno ou SOS]

28-11-2023 12:30 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do dreno ao médico [SOS]

28-11-2024 12:45

28-11-2024 12:45 - Sonda de oxigénio [RESOLVIDO] 28-11-2024 13:30

28-11-2024 12:45 - Características do dispositivo: catéter nasal.

28-11-2024 12:45 - Assegurar funcionamento da sonda

28-11-2024 12:45 - Otimizar sonda de oxigénio [SOS]

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

A ocorrência deste **procedimento invasivo** estabelece uma nova condição, que gera novas necessidades de cuidados no cliente em situação perioperatória. A par do processo de conceção de cuidados que acompanha esta transição saúde-doença, existe um conjunto de procedimentos associados ao período perioperatório que decorrem de ações interdependentes e se apresentam muito direcionadas à segurança do cliente.

Principalmente na fase intraoperatória, as intervenções dos enfermeiros relacionam-se com a coordenação e gestão de atividades que incluem a preparação adequada do ambiente físico, a transferência e posicionamento do cliente, a promoção de assepsia e a manutenção de ambiente físico e psicológico seguro para o cliente. Assim sendo, as áreas de intervenção do enfermeiro centram-se na **segurança do cliente, na facilitação do procedimento, na prevenção de complicações e na satisfação das necessidades fisiológicas** em resposta à anestesia e à intervenção cirúrgica (Silva, 2016b).

Para esta cirurgia de gastrectomia laparoscópica, o cliente é posicionado com os membros inferiores estendidos, afastados e apoiados em perneiras apropriadas. O cirurgião principal fica entre as pernas, enquanto os ajudantes ficam à esquerda do cliente, responsáveis pela câmara e apresentação. Havendo apenas um monitor, este é colocado na cabeceira da mesa operatória. O procedimento utiliza em média seis portas de entrada e a mesa operatória é colocada em posição de proclive acentuado, para facilitar a abordagem cirúrgica (Lacerda et al., 2014).

No pré-operatório, a preparação para a cirurgia exige um conjunto de requisitos que o cliente deve cumprir para garantir a máxima eficácia e segurança na concretização do procedimento cirúrgico. Por conseguinte, a **preparação e conhecimento** do cliente, adequada à experiência

cirúrgica, deve ser uma das prioridades no momento da consulta pré-operatória, de tal forma que este seja capaz de fazer uma adequada auto-gestão deste processo. Assim, informação sobre jejum, banho pré-operatório e uso de adereços deve ser ministrada neste momento.

A anestesia geral e a sedação podem induzir regurgitação e aspiração de conteúdo gástrico que podem resultar numa pneumonite química ou pneumonia e até na morte do cliente. Para reduzir esse risco, é imperativo o cumprimento do jejum antes de uma anestesia eletiva (Barash et al., 2017). O jejum pré-operatório deve ser limitado a 2 horas para líquidos claros e sumos sem polpa e 6 horas para sólidos, segundo a Sociedade Europeia de Anestesiologia (Smith et al. 2011). Está ainda recomendada a ingestão, no pré-operatório, de carboidratos por via oral em clientes não diabéticos (Mortensen et al., 2014).

O banho pré-operatório deve ser realizado com clorexidina 2 a 4%, na noite anterior e no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência (DGS, 2022a).

No dia da cirurgia, o cliente deve proceder à remoção de todas as próteses (dentárias, auditivas e oculares), assim como objetos de adorno e verniz de unhas. Estas informações são transversais a qualquer cirurgia, com o objetivo de proporcionar um ambiente cirúrgico mais seguro, contribuindo para o controlo de infeção e para a prevenção da ocorrência de riscos evitáveis como o risco de queimadura, provocado pela presença de metais na eletrocirurgia.

Além destas recomendações, a ocorrência deste procedimento invasivo exige a **monitorização da glicemia capilar**, que apesar de não ser foco de intervenção autónoma, releva como boa prática, garantindo a segurança do cliente e o cumprimento de normas e orientações que concorrem para o controlo da infeção e para minimizar a iatrogenia associada à ocorrência deste procedimento. No decurso de uma cirurgia e no período pós-operatório os valores de glicemia alteram-se devido ao stress cirúrgico, mesmo em pessoas não diabéticas, podendo levar a uma hipoglicemia ou hiperglicemia transitória. Estas alterações podem precipitar complicações perioperatórias, nomeadamente infeções (Monteiro et al., 2016). A resistência à insulina e a hiperglicemia estão fortemente associadas à morbilidade e mortalidade pós-operatória pelo que a hiperglicemia deve ser evitada tanto quanto possível sem introduzir o risco de hipoglicemia (Mortensen et al., 2014). A norma clínica do "feixe de intervenções" para a prevenção da infeção do local cirúrgico recomenda como intervenção integrada, a manutenção da normoglicemia (≤ 180 mg/dl) no período intra e pós-operatório, até às 24 horas seguintes à cirurgia (DGS, 2022a).

Relativamente à inserção do **cateter venoso periférico**, importa referir que esta é uma intervenção realizada com frequência pelo enfermeiro na sua prática clínica, pelas exigências inerentes à administração de terapêutica intravenosa. Sendo considerado um procedimento invasivo, a sua inserção, fixação e manuseamento pode resultar numa infeção nosocomial, com prejuízos para o cliente. Por isso, a punção venosa periférica implica cuidados específicos como a inspeção do património vascular e subsequente seleção do cateter e da veia a puncionar, tipo de penso utilizado e boas práticas no seu manuseamento, que previnam complicações locais e sistémicas, tais como flebite, infiltração, hematoma, extravasamento e obstrução. A migração de organismos da pele para o local de inserção e trajeto do cateter periférico, com colonização da ponta, é a via mais comum de infeção em cateteres de curto prazo (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2011). A seleção do cateter venoso periférico deve considerar a sua finalidade, devendo-se optar pelo de menor calibre, associado ao procedimento a realizar. O tipo de cirurgia e suas particularidades, a idade e a condição clínica do cliente, assim como o

tipo de medicação a ser administrada, são condições que devem ser consideradas nesta seleção.

Após a indução anestésica é normalmente recomendável a introdução de uma **sonda nasogástrica** e de um **cateter urinário** para melhor visualização e redução do risco de trauma gástrico/vesical na inserção dos trocartes (Pino, 2000).

No que diz respeito ao pós-operatório, há forte nível de evidência contra o uso rotineiro de descompressão nasogástrica/nasojunal após gastrectomia, sendo demonstrado que esta descompressão não tem influência significativa na morbidade cirúrgica. Com efeito, alguns estudos demonstram que clientes sem descompressão, por rotina, apresentam significativamente menos complicações pulmonares, motilidade intestinal precoce, dieta oral antecipada e menor tempo de internamento hospitalar (Mortensen et al., 2014).

O cateter urinário selecionado deve ser de curta duração, uma vez que se prevê uma necessidade de utilização curta deste dispositivo, que deve ter o menor calibre necessário. Na inserção e otimização do cateter urinário devem ser seguidas as recomendações emanadas pelo feixe de intervenções da Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical da DGS. Assim, deve cumprir-se a técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e na conexão ao sistema de drenagem, técnica limpa no manuseamento do cateter e sistema de drenagem, manter o circuito fechado, realizar a higiene diária do meato urinário e manter cateter vesical com o saco coletor abaixo do nível da bexiga (sem tocar no chão), esvaziando sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade (DGS, 2022c). A cirurgia de gastrectomia por via laparoscópica pode alterar a fisiologia renal. Além das alterações fisiológicas associadas à resposta neuroendócrina ao stress cirúrgico, o pneumoperitôneo pode provocar uma resposta semelhante a uma síndrome de compartimento abdominal. O aumento da pressão intrabdominal provoca frequentemente oligúria ou anúria que é proporcional às pressões de insuflação. Esta redução do débito urinário deve-se à compressão venosa central (veia renal e cava), à compressão do parênquima renal, à diminuição do débito cardíaco e às elevações dos níveis de renina, aldosterona e hormona antidiurética (Martins & Matos, in Machado, 2013).

Apesar de rotineiramente se recorrer à inserção de **dreno** na cirurgia de gastrectomia, a evidência recomenda a evicção do uso de drenos abdominais pelo potencial de redução de complicações relacionadas e diminuição do tempo de internamento hospitalar, após gastrectomia (Mortensen et al., 2014).

O recurso ao menor número possível de tubos e cateteres no cliente cirúrgico e sua remoção tão breve quanto possível, são medidas importantes na redução de complicações pulmonares, gastrointestinais e infecciosas no período pós-operatório (Okraïnec et al., 2017).

O **tubo endotraqueal** é um dispositivo usado para garantir uma via aérea avançada durante um procedimento médico anestésico. É inserido na traqueia e constitui uma interface que permite uma ventilação eficaz e a manutenção de uma via aérea segura. A entubação endotraqueal ocorre quando o cliente perde a capacidade de proteger a via aérea como efeito secundário dos fármacos anestésicos (Mexedo, 2013). O posicionamento correto do tubo endotraqueal é um foco de atenção do enfermeiro, no sentido de prevenir a ocorrência de úlcera por pressão causada por dispositivo médico. De igual modo, deve-se observar a expansão torácica bilateral e simétrica e conectar um sensor de capnografia, que confirma a correta colocação do tubo ao detetar a presença de dióxido de carbono no ar exalado (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2020). No que diz respeito à pressão do cuff, a evidência

científica mostra que a manutenção de uma pressão adequada e constante no balão do tubo endotraqueal (20 e 30 cm H₂O), se associa a menor incidência de pneumonia associada à intubação (DGS, 2022b).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
27-10-2023 09:00	Digestão	
27-10-2023 09:00	Atitudes terapêuticas	
27-10-2023 09:00	Padrão alimentar	
27-10-2023 09:00	Padrão de exercício	
24-11-2023 10:00	Termorregulação	
28-11-2023 08:15	Sondas, Drenos e Cateteres	
28-11-2023 08:15	Percepção sensorial: Sede	
28-11-2023 08:30	Eliminação urinária	
28-11-2023 08:30	Sistema cardiovascular	
28-11-2023 08:30	Pele e mucosas	
28-11-2023 12:30	Consciência	
28-11-2024 12:45	Sensações somáticas	
28-11-2024 12:45	Sistema respiratório	

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

Neste ponto é apresentada a fundamentação dos domínios selecionados e a sua relação com o quadro teórico, sendo que alguns domínios são transversais a diferentes fases do perioperatório.

Digestão

Este domínio foi selecionado para responder às necessidades do cliente nos diferentes estádios do seu processo de transição, desde o pré-operatório, onde o domínio da digestão importa pelas alterações induzidas pelo processo de doença, até ao pós-operatório onde podem surgir alterações decorrentes do procedimento cirúrgico.

No pré-operatório, o domínio da digestão importa pela atenção atribuída à náusea e regurgitação, bem como pela necessidade de ter como foco de atenção a preparação e conhecimento sobre a síndrome de dumping, que apesar de ser uma condição associada ao pós-operatório poderá beneficiar de uma intervenção prévia. A síndrome de dumping é uma complicação comum após a cirurgia de gastrectomia, com impacto na qualidade de vida dos clientes pelo que o conhecimento sobre sinais, sintomas e estratégias de minimização das complicações associadas é importante para uma transição saudável deste processo de saúde-doença. Caracteriza-se por um conjunto de sintomas vasomotores e gastrointestinais, associados ao esvaziamento gástrico rápido ou à exposição súbita de alimentos no intestino

delgado. A presença súbita do conteúdo gástrico na porção proximal do intestino delgado provoca a liberação de hormonas que, juntamente com líquido extracelular, induzem em menos de trinta minutos sintomas iniciais como a necessidade de deitar, palpitações, hipotensão arterial, taquicardia, astenia, tontura, sudorese, cefaleias, rubor, calor, sensação de saciedade, dor, sensação de enfiamento, diarreia, náuseas, vômitos e cólicas. De noventa minutos a três horas, surgem os sintomas tardios como a transpiração, o tremor, a dificuldade em concentrar-se, perda de consciência e fome, devido à elevada produção de insulina que induz quadros de hipoglicemia (Chaves, 2016).

No pós-operatório imediato, este domínio assume menor relevância uma vez que as intervenções mais eficazes para tratar as NVPO imediato estão relacionadas com a administração de terapêutica antiemética, portanto, resultante de prescrição médica. Não obstante, a ocorrência de náuseas e vômitos constitui uma complicação frequente nos clientes submetidos a anestesia geral, com impacto na qualidade de vida e nível de satisfação (Vieira et al., 2012). Os fatores de risco relacionam-se com fatores intrínsecos do cliente, tipo de técnica anestésica e cirúrgica. Clientes do sexo feminino, com história de cinetose ou NVPO, não fumadoras, sujeitas a cirurgia ginecológica ou laparoscópica e com necessidade de recurso a opioides no pós-operatório, têm maior risco de desenvolver náuseas e vômitos.

Atitudes terapêuticas/Procedimento invasivo

Neste domínio das atitudes terapêuticas está inclusa a preparação e conhecimento para o procedimento invasivo que deve ser um foco de atenção do enfermeiro. Ter conhecimento sobre a preparação para a cirurgia pode ajudar o cliente a sentir-se confiante, preparado e envolvido no processo cirúrgico. As informações relativas a este procedimento invasivo abrangem conteúdos que, quando assimilados pelo cliente, serão facilitadores e promotores de uma auto-gestão eficaz do procedimento invasivo. Incluem informação sobre jejum, banho pré-operatório e uso de adereços ou adornos.

O tipo de informação que deve ser ministrada e o timing adequado estão dependentes de características individuais de cada cliente, pelo que impera que esta avaliação seja realizada por um profissional habilitado na identificação das necessidades reais e do momento próprio para intervir.

Padrão alimentar

O domínio do padrão alimentar justifica-se por integrar o programa de pré-habilitação para a cirurgia. Com efeito, apesar de várias abordagens terem vindo a ser desenvolvidas na tentativa de otimizar a recuperação cirúrgica, estas incidem maioritariamente nos cuidados peri e pós-operatórios, sendo que a preparação para a cirurgia deve ser um foco de atenção relevante, pelo impacto que pode ter na recuperação cirúrgica (Mansur et al., 2022). Com efeito, a pré-habilitação parece melhorar as taxas de morbilidade e complicações gerais após cirurgias abdominais e cardio-torácicas. Inclui exercícios cardiovasculares e de resistência, aconselhamento nutricional, orientação psicológica para trabalhar a ansiedade e apoio à interrupção do tabagismo, se necessário.

Um estudo desenvolvido por Barberan-Garcia et al. em 2019, em clientes submetidos a cirurgias

abdominais, demonstra que além de seguros e eficazes para a saúde do cliente, programas de pré-habilitação podem, concomitantemente, promover a redução de custos perioperatórios e institucionais. Neste sentido, a promoção da auto-gestão do regime dietético constitui parte integrante deste conceito de pré-habilitação.

O cliente com cancro gástrico deve, o mais precocemente possível, iniciar um esquema de tratamento nutricional para minimizar o seu estado de desnutrição. Conhecer o estado nutricional do cliente é o ponto de partida para a correção de défices nutricionais, manutenção ou melhoria da massa muscular e melhoria da reserva nutricional e metabólica (Mansur et al 2022). Apesar de inúmeras escalas e métricas de avaliação do estado nutricional, não há consenso quanto ao instrumento mais eficaz no tratamento do cancro, sendo que o índice de massa corporal é um dos instrumentos referenciados na literatura (Mansur et al., 2022). Neste caso clínico, o índice de massa corporal foi o método utilizado para comparar a evolução do estado nutricional do cliente.

Padrão de exercício

Seguindo o alinhamento anterior, o domínio do padrão de exercício é também justificado pela sua inclusão no programa de pré-habilitação.

Com efeito, apesar dos progressos nos cuidados perioperatórios, a morbimortalidade em contexto de cirurgia oncológica permanece elevada, sendo que o baixo condicionamento físico dos clientes no pré-operatório parece ser preditivo da mortalidade, taxa de complicações pós-operatórias e défice na recuperação em cirurgias abdominais (Mansur et al., 2022).

No que diz respeito ao regime de exercício, a literatura disponível sugere que níveis mais altos de atividade física pré-operatória, em clientes submetidos a cirurgia oncológica, podem resultar em melhores outcomes pós-operatórios, no particular da diminuição do tempo de internamento e no incremento da qualidade de vida (Steffens et al., 2019).

Termorregulação

A termorregulação é um processo do sistema regulador que se caracteriza pelo controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], 2019).

Durante a anestesia geral ou regional, a termorregulação está comprometida, quer por mecanismos centrais (inibição) quer por mecanismos farmacológicos, sendo que a amplitude dos limites para a resposta autonómica aumenta para um valor que ronda os 2 %. Esta modificação do limiar de resposta afeta sobretudo a resposta ao arrefecimento mais do que ao aquecimento, sendo que a sudção e vasodilatação estão mais preservadas (Santos, in Machado, 2013).

No que diz respeito à hipotermia inadvertida, uma parte considerável dos clientes submetidos a cirurgia eletiva tende a apresentar-se hipotérmico no final da cirurgia, se não forem implementadas intervenções específicas, sendo que a hipotermia pode ocorrer em qualquer fase do perioperatório (Sessler, 2008; Moola & Lockwood, 2011; NICE, 2016). Assim, importa considerar este domínio perante o quadro teórico, uma vez que a hipotermia irá ocorrer se o enfermeiro não adotar medidas preventivas. Com efeito, a ocorrência do procedimento invasivo

obriga a um conjunto de condições que, por si só, induzem a ocorrência deste evento adverso. A detecção precoce e a identificação dos fatores de risco para a hipotermia permitem instituir medidas que previnam ou minimizem esta condição. Assim, a preparação e conhecimento do cliente acerca da importância da termorregulação pode potenciar o cumprimento de algoritmos de atuação instituídos para a prevenção da hipotermia inadvertida, perspetivando o cliente como agente ativo na manutenção da normotermia, principalmente no período pré-operatório. A avaliação da temperatura corporal antes do ato cirúrgico, é um dado importante também para identificar possíveis riscos. Assim, a ocorrência de febre (preditora de um evento infeccioso) pode condicionar o cancelamento da cirurgia, e uma temperatura corporal baixa, obrigar a uma intervenção mais ativa do enfermeiro no pré-aquecimento.

Apesar da hipotermia ser a alteração mais frequente no cliente em situação perioperatória, importa considerar a termorregulação no intra-operatório pela possibilidade da anestesia geral precipitar a ocorrência de hipertermia maligna que, sendo um evento raro, pode colocar em risco a vida do cliente. No pós-operatório, a hipotermia inadvertida surge associada ao metabolismo retardado dos fármacos, hiperglicemia, vasoconstrição, alterações da coagulação, tremor pós-operatório, taquicardia, hipertensão e aumento do risco infeção do local cirúrgico (Butterworth et al., 2018).

O shivering pós-operatório, caracterizado por fasciculações ou tremor da face/maxilar/cabeça ou tronco (duração superior a 15 segundos), surge habitualmente associado à hipotermia. Importa prevenir e tratar por estar associado a um aumento do consumo de oxigénio e da produção de dióxido de carbono (Santos, in Machado, 2013).

Sondas drenos e catéteres

Apesar de muitos destes dispositivos (sondas drenos e catéteres), estarem associados a ações interdependentes, uma vez que carecem de prescrição médica para a sua colocação, existe um domínio de ação que o enfermeiro tem autonomia para gerir e que garante a segurança do cliente, prevenindo danos evitáveis, como por exemplo uma úlcera por pressão associada à presença de dispositivo médico (tubo orotraqueal ou sonda nasogástrica).

Perceção sensorial - Sede

A sede é uma necessidade humana vital, que resulta de um complexo sistema neurohormonal que regula o equilíbrio hidroeletrólítico. Apesar de ser um fenómeno natural é influenciada por diversos fatores e por ser um desconforto subjetivo, é caracterizada como um sintoma (Arai et al., 2013).

Importa considerar este domínio durante as diferentes fases do perioperatório uma vez que diversos motivos podem fazer deflagrar o mecanismo homeostático da sede, incluindo o tempo de jejum, tipo de procedimento anestésico e fármacos utilizados, hemorragia, ansiedade ou nervosismo. Seja qual for a causa, o desconforto da sede é real e induz stress no cliente pelo que o enfermeiro deve intervir quando há manifestação de sede (Aroni et al., 2012).

No particular da cirurgia do aparelho digestivo, pode existir perda significativa de fluidos e esta ocorrência, associada ao jejum prévio e a uma tendência para a fluidoterapia restritiva, contribui para a desidratação e ocorrência de sede no pós-operatório.

Estudos demonstram que o desconforto causado pela sede no peri-operatório é tão intenso ou maior que a dor, capaz de induzir angústia e incapacidade momentânea. Ao compará-la com a fome, os clientes relatam a sede como um sintoma muito mais emergencial (Conchon et al., 2015).

Eliminação urinária

A retenção urinária pode acontecer no período pós-operatório, decorrente do uso de fármacos anestésicos (anti-colinérgicos e opióides), da administração de fluidoterapia intravenosa e até da falta de privacidade do cliente. Apesar de ser frequente, é normalmente transitória, quando se exclui patologia urológica (Jackson et al., 2018). Assim, a eliminação urinária constitui um foco de atenção relevante, exigindo a detecção precoce da retenção urinária, para prevenção e tratamento desta complicação.

Pele e mucosas

No intra-operatório, a ocorrência da ferida cirúrgica determina, por si só, que o enfermeiro identifique a pele como foco de atenção. A ferida cirúrgica é caracterizada por uma descontinuidade intencional da integridade da pele e das estruturas subjacentes, produzida por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo e que resulta em perda sanguínea (CIPE, 2019). A realização deste procedimento invasivo implica a realização de pequenas feridas cirúrgicas para a introdução dos trocartes e remoção da peça operatória e para a inserção de um dreno.

Concomitantemente, a preservação da integridade da pele é relevante na ação profissional dos enfermeiros, que exercem um papel ativo na prevenção de lesões decorrentes do posicionamento, associadas ao estado de anestesia geral que é induzido no cliente. De facto, apesar de serem as condições para a ocorrência do procedimento invasivo que determinam este foco de atenção, é inequívoco que o enfermeiro tem intervenção na prevenção da ocorrência destas lesões e que da sua intervenção decorrem ganhos em saúde que podem ser traduzidos em indicadores de qualidade. Apesar de ser pouco frequente, no intra-operatório, a manifestação de úlceras por pressão, os eventos precipitantes destas lesões no pós-operatório iniciam-se, muitas vezes, no intraoperatório.

Decorrente da anestesia geral, o reflexo corneano fica também comprometido, pelo que a membrana mucosa ocular deve constituir um foco de atenção do enfermeiro, para a prevenção da úlcera da córnea. A ação profissional do enfermeiro nos cuidados oftálmicos é diferenciada, atendendo ao tipo de posicionamento e especialidade cirúrgica. Lesões oculares nos clientes submetidos a anestesia são uma complicação evitável pelo que a intervenção do enfermeiro contribui para diminuir a morbilidade ocular grave associada (Prakash, 2013).

Sistema cardiovascular

Este domínio importa considerar pela atenção que o enfermeiro deve ter em relação à perfusão tecidual periférica. A perfusão dos tecidos é um processo vascular, caracterizado pelo movimento do sangue através dos tecidos periféricos para fornecer oxigénio, líquidos e

nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, pressão sanguínea e cicatrização da ferida (CIPE, 2019).

O tromboembolismo é uma das possíveis complicações associadas ao cliente em situação perioperatória, principalmente se a cirurgia for muito longa e com posicionamentos extremos por longos períodos, o que se traduz em custos significativos de hospitalização. Além dos métodos farmacológicos existem métodos mecânicos que podem ser usados de forma profilática na prevenção da trombose venosa profunda. Ambos são eficazes e podem ser usados sempre que necessário, sendo recomendados por consenso internacional. Comparando estratégias farmacológicas e mecânicas, ambas são semelhantes na prevenção da trombose venosa profunda apesar de que, as evidências atuais apoiariam a escolha das abordagens mecânicas, dado o risco de eventos hemorrágicos associado ao uso de terapêutica antitrombótica (Campos, 2006).

Consciência

No pós-operatório imediato o foco de atenção dos enfermeiros está centrado na manutenção dos processos corporais e sistemas fisiológicos, identificação e atuação face a possíveis complicações da cirurgia e anestesia.

A anestesia geral induz um estado de inconsciência temporária, para que o cliente não sinta dor ou desconforto durante o procedimento cirúrgico (Sousa & Marques, 2014). No pós-operatório imediato é expectável que haja reversão deste quadro sendo que esta fase pode cursar em períodos de confusão, desorientação e alteração da memória, que exigem intervenções específicas e que têm repercussão no tempo de recuperação (Correia & Lages, 2013).

Sensações Somáticas

O diagnóstico de dor é frequente no cliente em situação perioperatória. Com efeito, o procedimento cirúrgico pode induzir uma dor aguda no cliente e afetar negativamente a recuperação pós-operatória, resultando em inúmeras consequências indesejáveis, quando inadequadamente controlada (Luo & Min, 2017). Desta forma, uma gestão adequada da dor é fundamental para a recuperação e satisfação do cliente. As estratégias utilizadas podem incluir a gestão da terapêutica analgésica, terapia de calor/frio, massagem, relaxamento e outras intervenções não farmacológicas (Xavier & Carrilho, 2014). A adoção de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, adaptadas à pessoa, pode conferir uma melhor recuperação e transição do processo cirúrgico e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida.

Sistema respiratório

Objetivando a manutenção dos processos corporais associados ao sistema respiratório, importa considerar este domínio pela relevância da identificação precoce de complicações e otimização da função respiratória.

As complicações pós-operatórias respiratórias precoces estão essencialmente relacionadas com a obstrução da via aérea superior, diminuição do tônus muscular ou faríngeo, laringoespasma e

hematoma ou edema. A hipoventilação é outra complicação pós-operatória imediata que surge associada ao uso de opioides e anestésicos inalatórios e intravenosos, assim como o bloqueio neuromuscular residual (Martins, in Machado, 2013). No pós-operatório imediato espera-se que o cliente retome o seu padrão ventilatório normal, contudo, numa fase inicial poderá ser necessário apoio suplementar.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

28-11-2023 12:30

28-11-2023 12:30 - Com indícios de compromisso da consciência.

28-11-2023 12:30 - Consciência comprometida [RESOLVIDO] 28-11-2024 13:30

28-11-2023 12:30 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

28-11-2023 12:30 - Resposta verbal: confusa.

28-11-2023 12:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

28-11-2023 12:30 - Determinar evolução da consciência [FIM] 28-11-2024 13:30

28-11-2023 12:30 - *Avaliar evolução da consciência [Pós operatório e SOS] [FIM]*

28-11-2024 13:30

28-11-2024 12:45 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal [MANTEVE].

28-11-2024 13:30 - Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

28-11-2024 12:45 - Resposta verbal: orientada [MELHOROU].

28-11-2024 13:30 - Resposta verbal: orientada [MELHOROU].

28-11-2024 12:45 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

28-11-2024 13:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

28-11-2023 12:30 - *Referenciar compromisso da consciência ao médico [SOS]*

[FIM] 28-11-2024 13:30

28-11-2023 12:30 - Prevenir queda [FIM] 28-11-2024 13:30

28-11-2023 12:30 - *Elevar grades da cama [SOS] [FIM]* 28-11-2024 13:30

Sensações somáticas

28-11-2024 12:45

28-11-2024 12:45 - Manifesta dor.

28-11-2024 12:45 - Dor

28-11-2024 12:45 - Localização da dor

28-11-2024 12:45 - Abdómen

28-11-2024 12:45 - Intensidade da dor - 3.

28-11-2024 12:45 - frequência da dor - contínua.

28-11-2024 12:45 - duração da dor - aguda.

28-11-2024 12:45 - dor de tipo - moedeira.

28-11-2024 12:45 - Determinar evolução da dor

28-11-2024 12:45 - *Avaliar evolução da dor [SOS]*

28-11-2024 13:30 - Localização da dor

28-11-2024 13:30 - Abdómen

28-11-2024 13:30 - Intensidade da dor - 2.
28-11-2024 13:30 - frequência da dor - contínua.
28-11-2024 13:30 - duração da dor - aguda.
28-11-2024 13:30 - dor de tipo - moedeira.

28-11-2024 12:45 - Diminuir dor

28-11-2024 12:45 - *Gerir analgesia [SOS]*

28-11-2024 12:45 - *Posicionar para aliviar a dor [SOS]*

Sistema respiratório

28-11-2024 12:45

28-11-2024 12:45 - Frequência respiratória: 10 ciclos/min.
28-11-2024 12:45 - Ritmo respiratório regular.
28-11-2024 12:45 - Movimento respiratório simétrico.
28-11-2024 12:45 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.
28-11-2024 12:45 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
28-11-2024 12:45 - Saturação do oxigénio no sangue
28-11-2024 12:45 - Periférico(a): 92 %.
28-11-2024 12:45 - Coloração da mucosa: pálidas.
28-11-2024 12:45 - Não comunica falta de ar.

28-11-2024 12:45 - Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 28-11-2024 13:30

28-11-2024 12:45 - Determinar evolução da ventilação

28-11-2024 12:45 - *Avaliar evolução da ventilação [SOS]*

28-11-2024 13:30 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.
28-11-2024 13:30 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
28-11-2024 13:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
28-11-2024 13:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MELHOROU].
28-11-2024 13:30 - Saturação do oxigénio no sangue
28-11-2024 13:30 - Periférico(a): 99 %.
28-11-2024 13:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
28-11-2024 13:30 - Coloração da mucosa: rosada.

28-11-2024 12:45 - *Referenciar ventilação comprometida ao médico [SOS] [FIM]*

28-11-2024 13:30

28-11-2024 12:45 - Melhorar ventilação [FIM] 28-11-2024 13:30

28-11-2024 12:45 - *Posicionar para otimizar a ventilação [SOS] [FIM]* 28-11-2024 13:30

28-11-2024 12:45 - *Iniciar oxigenoterapia [SOS] [FIM]* 28-11-2024 13:30

Sistema cardiovascular

28-11-2023 08:30

28-11-2023 08:30 - Temperatura das extremidades
28-11-2023 08:30 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.
28-11-2023 08:30 - Coloração das extremidades
28-11-2023 08:30 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.
28-11-2023 08:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

28-11-2023 08:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

28-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Intra e pós operatório]

28-11-2023 12:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

28-11-2023 12:30 - Membro superior Direita(o)

28-11-2023 12:30 - Pressão sanguínea sistólica: 130 mmHg.

28-11-2023 12:30 - Pressão sanguínea diastólica: 70 mmHg.

28-11-2024 12:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

28-11-2024 12:45 - Membro superior Direita(o)

28-11-2024 12:45 - Pressão sanguínea sistólica: 120 mmHg.

28-11-2024 12:45 - Pressão sanguínea diastólica: 60 mmHg.

28-11-2024 13:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

28-11-2024 13:30 - Membro superior Direita(o)

28-11-2024 13:30 - Pressão sanguínea sistólica: 126 mmHg.

28-11-2024 13:30 - Pressão sanguínea diastólica: 73 mmHg.

28-11-2023 08:30 - Perfusão dos tecidos periféricos comprometida [RESOLVIDO]

28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

28-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [Intra Operatórios e SOS]

28-11-2023 12:30 - Temperatura das extremidades

28-11-2023 12:30 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

28-11-2024 13:30 - Temperatura das extremidades

28-11-2024 13:30 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

28-11-2023 12:30 - Coloração das extremidades

28-11-2023 12:30 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

28-11-2024 13:30 - Coloração das extremidades

28-11-2024 13:30 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

28-11-2023 12:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

28-11-2024 13:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

28-11-2023 12:30 - Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

28-11-2023 12:30 - Pulso simétrico.

28-11-2023 12:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

28-11-2023 08:30 - Referenciar compromisso da perfusão dos tecidos periféricos ao médico [SOS] [FIM] 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Melhorar perfusão dos tecidos periféricos [FIM] 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Executar terapia compressiva através de dispositivo vasopneumático [Intra e pós operatório] [FIM] 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Aplicar meias elásticas [Intra e pós operatório] [FIM]

28-11-2023 12:30

Digestão

27-10-2023 09:00

27-10-2023 09:00 - Com sensação de enjojo.

27-10-2023 09:00 - Com refluxo dos alimentos deglutidos.

27-10-2023 09:00 - Sem vômitos.

27-10-2023 09:00 - Náusea [RESOLVIDO] 24-11-2023 10:00

27-10-2023 09:00 - Gravidade da náusea: ligeira.

27-10-2023 09:00 - Determinar evolução da náusea [FIM] 24-11-2023 10:00

27-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da náusea [SOS] [FIM] 24-11-2023 10:00

24-11-2023 10:00 - Sem sensação de enjojo [MELHOROU].

27-10-2023 09:00 - Referenciar náusea ao médico [SOS] [FIM] 24-11-2023 10:00

27-10-2023 09:00 - Promover autocontrolo: náusea [FIM] 24-11-2023 10:00

27-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-10-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea [RESOLVIDO] 24-11-2023 10:00

27-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea [SOS] [FIM] 24-11-2023 10:00

27-10-2023 09:00 - Ensinar sobre gestão do ambiente físico [Agora] [FIM] 24-11-2023 10:00

27-10-2023 09:00 - Ensinar sobre higiene oral [Agora] [FIM] 24-11-2023 10:00

27-10-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 24-11-2023 10:00

27-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [SOS] [FIM] 24-11-2023 10:00

27-10-2023 09:00 - Ensinar sobre regime dietético [Agora] [FIM] 24-11-2023 10:00

27-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da náusea [SOS] [FIM] 24-11-2023 10:00

27-10-2023 09:00 - Regurgitação [RESOLVIDO] 28-11-2023 12:30

27-10-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 28-11-2023 12:30

27-10-2023 09:00 - Determinar evolução da regurgitação [FIM] 28-11-2023 12:30

27-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da regurgitação [SOS] [FIM] 28-11-2023 12:30

24-11-2023 10:00 - Com refluxo dos alimentos deglutidos [MANTEVE].

28-11-2023 08:30 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos [MELHOROU].

28-11-2023 12:30 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos [MELHOROU].

27-10-2023 09:00 - Referenciar regurgitação ao médico [SOS] [FIM] 28-11-2023 12:30

27-10-2023 09:00 - Diminuir regurgitação [FIM] 28-11-2023 08:30

27-10-2023 09:00 - Planear dieta [SOS] [FIM] 28-11-2023 08:30

28-11-2023 08:30 - Prevenir aspiração [FIM] 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Posicionar para prevenir a aspiração [Antes da entubação orotraqueal] [FIM] 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Inserir sonda gástrica [Após entubação orotraqueal] [FIM]
28-11-2023 12:30

27-10-2023 09:00 - Potencial para melhorar o conhecimento sobre síndrome de dumping

27-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre síndrome de dumping necessita ser melhorado para progredir para a mestria mas não é o momento próprio para intervir

27-10-2023 09:00 - Ensinar sobre síndrome de dumping [SOS]

27-10-2023 09:00 - Avaliar a evolução do conhecimento sobre síndrome de dumping [SOS]

Eliminação urinária

28-11-2023 08:30

28-11-2023 08:30 - Determinar evolução da eliminação urinária

28-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1/1h (intra operatório) ou SOS]

28-11-2023 12:30 - Quantidade de urina: 150 ml.

28-11-2023 12:30 - Cor da urina: amarelo-palha.

28-11-2023 12:30 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

28-11-2023 12:30

28-11-2023 12:30 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária

28-11-2023 12:30 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [SOS]

28-11-2023 12:30 - Referenciar retenção urinária ao médico [SOS]

Pele e mucosas

28-11-2023 08:30

28-11-2023 08:30 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

28-11-2023 08:30 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

28-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [SOS]

28-11-2023 12:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

28-11-2023 08:30 - Posicionar para prevenir úlcera por pressão [Intra operatório] [FIM]

28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Aplicar colchão de mesa cirúrgica e almofadas de visco-elástico [Intra operatório] [FIM] 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Encerrar pálpebra ocular [Intra operatório] [FIM] 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Determinar evolução da integridade das membranas mucosas [FIM] 28-11-2023 12:30

28-11-2023 08:30 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [SOS] [FIM] 28-11-2023 12:30

28-11-2023 12:30

28-11-2023 12:30 - Ferida cirúrgica

28-11-2023 12:30 - Localização da ferida cirúrgica

28-11-2023 12:30 - Abdómen Inferior

28-11-2023 12:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 10.00 cm.

- 28-11-2023 12:30 - Ausência de exsudado.
- 28-11-2023 12:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
- 28-11-2023 12:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
- 28-11-2023 12:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ligeira.
- 28-11-2023 12:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.
- 28-11-2023 12:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.
- 28-11-2023 12:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 9.
- 28-11-2023 12:30 - Abdómen Superior
 - 28-11-2023 12:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 1.50 cm.
 - 28-11-2023 12:30 - Ausência de exsudado.
 - 28-11-2023 12:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
 - 28-11-2023 12:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
 - 28-11-2023 12:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ligeira.
 - 28-11-2023 12:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.
 - 28-11-2023 12:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.
 - 28-11-2023 12:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 2.
- 28-11-2023 12:30 - Abdómen Mediana
 - 28-11-2023 12:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 1.50 cm.
 - 28-11-2023 12:30 - Ausência de exsudado.
 - 28-11-2023 12:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
 - 28-11-2023 12:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
 - 28-11-2023 12:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ligeira.
 - 28-11-2023 12:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.
 - 28-11-2023 12:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.
 - 28-11-2023 12:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 3.
- 28-11-2023 12:30 - Abdómen Esquerda(o)
 - 28-11-2023 12:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 1.50 cm.
 - 28-11-2023 12:30 - Ausência de exsudado.
 - 28-11-2023 12:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
 - 28-11-2023 12:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
 - 28-11-2023 12:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ligeira.
 - 28-11-2023 12:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.
 - 28-11-2023 12:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.
 - 28-11-2023 12:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 2.
- 28-11-2023 12:30 - Abdómen Direita(o)
 - 28-11-2023 12:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 1.50 cm.
 - 28-11-2023 12:30 - Ausência de exsudado.
 - 28-11-2023 12:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
 - 28-11-2023 12:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
 - 28-11-2023 12:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ligeira.
 - 28-11-2023 12:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.
 - 28-11-2023 12:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.
 - 28-11-2023 12:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 3.

28-11-2023 12:30 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

28-11-2023 12:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [SOS]

28-11-2023 12:30 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

28-11-2023 12:30 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [Final da cirurgia e SOS]

28-11-2023 12:30 - Aplicar penso de ferida [Final da cirurgia e SOS]

Termorregulação

24-11-2023 10:00

24-11-2023 10:00 - Temperatura corporal periférica

24-11-2023 10:00 - Ouvido: 36.00 °C.

28-11-2023 08:15

28-11-2023 08:15 - Cliente traz roupão vestido

28-11-2023 08:15 - Cliente refere conforto térmico

28-11-2023 08:30

28-11-2023 08:30 - Hipotermia

24-11-2023 10:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

24-11-2023 10:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [SOS]

28-11-2023 08:15 - Temperatura corporal central: 36.10 °C.

28-11-2023 08:30 - Temperatura corporal central: 35.90 °C.

28-11-2023 12:30 - Temperatura corporal central: 35.70 °C.

28-11-2024 12:45 - Temperatura corporal central: 35.70 °C.

28-11-2024 13:30 - Temperatura corporal central: 36.30 °C.

28-11-2023 08:30 - Promover termorregulação

28-11-2023 08:30 - Aplicar manta de aquecimento [Intra operatório e SOS]

28-11-2023 08:30 - Transferir o cliente para cama com roupa aquecida [Intra operatório]

28-11-2023 08:30 - Providenciar aquecedor de fluidos [Intra operatório]

28-11-2023 08:30 - Providenciar aquecedor de CO2 [Intra operatório]

24-11-2023 10:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações da hipotermia

24-11-2023 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da hipotermia necessita ser melhorado e é o momento próprio para intervir

24-11-2023 10:00 - Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de complicações da hipotermia

24-11-2023 10:00 - Ensinar sobre estratégias de prevenção de complicações da hipotermia [Agora]

24-11-2023 10:00 - Avaliar a evolução do conhecimento sobre estratégias de prevenção de complicações da hipotermia [SOS]

24-11-2023 10:00 - Avaliar a evolução da auto-gestão: prevenção de complicações da hipotermia [SOS]

28-11-2024 13:30

28-11-2024 13:30 - Determinar evolução da temperatura corporal

28-11-2024 13:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [SOS]

Padrão alimentar

27-10-2023 09:00

27-10-2023 09:00 - Número de refeições diárias: 3.

27-10-2023 09:00 - Excesso de ingestão de gorduras face ao regime dietético aconselhado.

27-10-2023 09:00 - Défice de ingestão de vegetais/fruta face ao regime dietético aconselhado.

27-10-2023 09:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

27-10-2023 09:00 - Défice de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

27-10-2023 09:00 - Autogestão do regime dietético

27-10-2023 09:00 - Determinar evolução do padrão alimentar

27-10-2023 09:00 - *Avaliar evolução do padrão alimentar [SOS]*

24-11-2023 10:00 - Número de refeições diárias: 6.

24-11-2023 10:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

24-11-2023 10:00 - Défice de ingestão de vegetais/fruta face ao regime dietético aconselhado.

24-11-2023 10:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

27-10-2023 09:00 - Promover autogestão: regime dietético

27-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-10-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

27-10-2023 09:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [SOS]*

24-11-2023 10:00 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

27-10-2023 09:00 - *Ensinar sobre regime dietético [Agora]*

27-10-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

27-10-2023 09:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [SOS]*

24-11-2023 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

27-10-2023 09:00 - *Ensinar sobre autogestão do regime dietético [Agora]*

27-10-2023 09:00 - *Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [SOS]*

24-11-2023 10:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime dietético.

24-11-2023 10:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime dietético.

27-10-2023 09:00 - Determinar a evolução do índice de massa corporal

27-10-2023 09:00 - IMC: 22.9

24-11-2023 10:00 - IMC: 23.5

27-10-2023 09:00 - *Avaliar a evolução do índice de massa corporal [SOS]*

Padrão de exercício

27-10-2023 09:00

27-10-2023 09:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.

27-10-2023 09:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 7 horas.

27-10-2023 09:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

27-10-2023 09:00 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos .

27-10-2023 09:00 - Autogestão do regime de exercício

27-10-2023 09:00 - Determinar evolução do padrão de exercício

27-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do padrão de exercício [SOS]

24-11-2023 10:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 3 horas.

24-11-2023 10:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 7 horas.

24-11-2023 10:00 - Tempo de exercício físico diário: 30 Minutos .

24-11-2023 10:00 - Tempo de exercício físico semanal: 120 Minutos .

27-10-2023 09:00 - Promover autogestão: regime de exercício

27-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-11-2023 10:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador [MELHOROU].

27-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-11-2023 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador [MELHOROU].

27-10-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício

27-10-2023 09:00 - Ensinar sobre regime de exercício [Agora]

27-10-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

27-10-2023 09:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício [Agora]

Percepção sensorial: Sede

28-11-2023 08:15

28-11-2023 08:15 - Percepção sensorial: Sede

28-11-2023 08:15 - Xerostomia

28-11-2023 08:15 - Lábios secos

28-11-2023 08:15 - Cliente verbaliza sensação de sede

28-11-2024 13:30 - Sensação de saliva espessa

28-11-2024 13:30 - Lábios ressequidos

28-11-2024 13:30 - Halitose

28-11-2024 13:30 - Cliente verbaliza sensação de sede intensa

28-11-2023 08:15 - Diminuir a percepção sensorial: sede

28-11-2023 08:15 - Providenciar esponja humedecida com água fria [SOS]

28-11-2024 13:30 - Providenciar lasca de gelo mentolado [SOS]

28-11-2023 08:15 - Determinar a evolução da sede

28-11-2023 08:15 - Avaliar a evolução da sede [SOS]

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre regime dietético

- Ensinar sobre frequência e quantidade de alimentos ingeridos
- Ensinar sobre alimentos recomendados e desaconselhados
- Ensinar sobre regime de ingestão hídrica
- Fornecer folheto informativo

Ensinar sobre regime de exercício

- Fornecer folheto informativo

Ensinar sobre procedimento anestésico

- Informar sobre jejum de 6 horas para sólidos e 2 horas para líquidos claros, previamente à cirurgia
- Fornecer folheto informativo

Ensinar sobre procedimento cirúrgico

- Informar sobre banho pré-operatório com clorexidina 2% na véspera e no dia da cirurgia (mínimo de 2 horas de antecedência)
- Ensinar sobre tricotomia
- Ensinar sobre uso de adornos no pré e intra-operatório
- Fornecer folheto informativo

Ensinar sobre síndrome de dumping

- Informar sobre sinais da síndrome de dumping
- Informar sobre estratégias de prevenção/minimização de sintomas associados à síndrome de dumping
- Fornecer folheto informativo

Ensinar sobre estratégias de prevenção de complicações da hipotermia

- Ensinar sobre a importância de trazer, para o hospital, roupa que permita manter a termorregulação
- Ensinar sobre a importância de comunicar ao enfermeiro a sensação térmica de frio

3.8. Síntese relativa ao caso

No processo de conceção de cuidados deste caso clínico, saliento a reflexão imposta acerca da **pertinência da definição da sede como um diagnóstico de enfermagem** no cliente em situação perioperatória, bem como a importância de **programas de pré-habilitação** do cliente

para o procedimento cirúrgico de gastrectomia.

Entender a sede como um diagnóstico de enfermagem constitui uma oportunidade para o desenvolvimento profissional na área do perioperatório. Tal como a dor, a sede é uma necessidade real e frequente no cliente submetido a gastrectomia, apesar de subjetiva a sua avaliação e monitorização. Impera a investigação nesta área, no sentido de validar métricas que permitam classificar e monitorizar a sede, bem como estabelecer protocolos de atuação dirigidos.

Diminuir a percepção sensorial de sede é o principal objetivo salientado neste domínio e para responder a este objetivo existem intervenções validadas, com impacto significativo na satisfação desta necessidade. A administração de lascas de gelo, gelo mentolado ou água fria são exemplos de intervenções, sobre as quais releva tecer algumas considerações teóricas, que as fundamentam.

Assim, importa perceber que os recetores periféricos do frio, na pele e na boca, se conectam de forma diferente aos mecanismos de controle central no cérebro. Desta forma, estímulos frios, aplicados na pele, podem induzir desconforto térmico com tremor e vasoconstrição reflexa, ativando recetores envolvidos na regulação da temperatura. Pelo contrário, estímulos frios, aplicados na boca, são normalmente percecionados como sensações agradáveis e prazerosas, pelo efeito refrescante e sensação de saciedade da sede que provocam. Com efeito, estudos demonstram a preferência pela ingestão de água fria em relação à água quente, para diminuir a sede, mesmo sabendo que volumes iguais de água fria e água quente têm exatamente o mesmo efeito na osmolaridade plasmática (Eccles et al., 2013).

Uma revisão sistemática e metanálise de 2023, desenvolvida por Tsai et al., demonstrou que os estímulos orais frios são, de facto, eficazes na mitigação da sede pós-operatória. A estimulação do recetor de frio presente na boca aumenta a taxa de fluxo salivar que tende a compensar os efeitos adversos da medicação anestésica e da perda sanguínea, no perioperatório.

Além da importância de considerar a sede no cliente em situação perioperatória, um olhar mais incisivo e intencional deve ser atribuído a **programas de pré-habilitação** do cliente submetido a cirurgia de gastrectomia.

Segundo Mansur et al. (2022), um programa de pré-habilitação é definido como um conjunto de intervenções multidisciplinares que visam melhorar as reservas fisiológicas e funcionais dos clientes antes da cirurgia. Este programa deve ser apresentado ao cliente a partir do momento em que é realizada a proposta cirúrgica, estimulando o cliente a manter ou adquirir novos hábitos, mantendo-se fisicamente ativo, cessando ou reduzindo o consumo tabágico e etílico. Segundo o mesmo autor, o objetivo principal é preparar o cliente para a cirurgia, reduzindo complicações pós-operatórias, otimizando a recuperação e promovendo melhores resultados clínicos.

Estudos recentes relacionam a influência da sarcopenia (perda de massa e função do músculo esquelético) nas complicações pós-operatórias dos clientes submetidos a gastrectomia por cancro gástrico. A diminuição da biodisponibilidade nutricional e alterações metabólicas, induzem uma redução da massa muscular esquelética, resultando em enfraquecimento do sistema imunitário e deficiente cicatrização pós-cirúrgica (Leal et al., 2023). Assim, o seguimento pré e pós-operatório é crucial para prevenir, diagnosticar precocemente e tratar estas complicações, otimizando a recuperação dos clientes.

Além de possíveis alterações psicológicas existem modificações corporais e de estilo de vida

que exigem uma adaptação e uma preparação para o retorno à vida social e profissional, sendo que na prática clínica estes aspetos parecem ser muitas vezes negligenciados (Mello et al., 2010). Segundo Spector et al. (2002), apesar do reconhecimento, na literatura, de que a qualidade de vida e os sintomas pós-operatórios são considerações importantes nestes clientes, poucos estudos publicados realmente abordam estas questões. Não obstante, existe evidência que sustenta que a intervenção dos enfermeiros na preparação e conhecimento de clientes submetidos a gastrectomia tem repercussões na melhoria dos cuidados prestados e na qualidade de vida dos mesmos (Mello et al., 2010).

Apesar do trabalho colaborativo com o nutricionista, que pode estabelecer um plano dietético mais pormenorizado e dirigido ao cliente, o enfermeiro assume um papel vital na clarificação do conceito e consciencialização do cliente acerca da importância da pré-habilitação, fornecendo estratégias adequadas ao cumprimento deste plano dietético, tendo em conta as suas necessidades individuais.

O cliente deve estar “Fitness for surgery” para que possa usufruir de todos os benefícios da pré-habilitação, sobretudo multimodal (Mansur et al., 2022). A intervenção multidisciplinar nem sempre está disponível nos contextos de saúde pelo que o enfermeiro de perioperatório tem o dever de informar acerca da importância da pré-habilitação e dotar o cliente de estratégias que permitam a auto-gestão deste processo. O recurso a panfletos ou aplicações móveis com dicas para a auto-gestão do regime dietético e de exercício poderá ser uma estratégia adotada. O aconselhamento personalizado, oral ou escrito e estabelecimento de metas diárias específicas podem ser agentes facilitadores do cumprimento do regime dietético e de exercício mais adequado, estimular a mobilização e otimizar o controle da dor e a função respiratória, com a consequente diminuição do risco de complicações (Mortensen et al., 2014).

Além da importância da intervenção do enfermeiro de perioperatório na pré-habilitação, o cliente submetido a gastrectomia beneficia desta mesma intervenção no pós-operatório, quando as exigências do processo de transição são potenciadas por alterações induzidas pelo processo cirúrgico. Com efeito, a **síndrome de dumping** é uma condição frequente no pós-operatório da cirurgia de gastrectomia, sendo fundamental que o enfermeiro se assuma como agente facilitador na promoção da auto-gestão eficaz do regime alimentar. A prevenção da síndrome de dumping é uma área sensível à intervenção autónoma do enfermeiro. Os focos de atenção do enfermeiro são a consciencialização e o conhecimento, quando se pretende capacitar a pessoa submetida a gastrectomia para atingir a mestria na gestão desta síndrome. Apesar de ter sido considerado o período pré-operatório para intervir neste domínio, e apesar do cliente não negligenciar a sua importância, este refere, no momento da primeira consulta, que não tem disponibilidade para assimilar esse conteúdo antecipadamente optando por receber esta informação à medida que o processo de transição decorre. Tendo em conta que a intervenção de enfermagem para a resolução deste diagnóstico não é prioritária no timing da consulta pré-operatória, foi proposta a reavaliação da disponibilidade do cliente para aprender este conteúdo no pós-operatório.

São escassos os estudos que avaliam o tipo de informação que deve ser ministrada em cada consulta, sendo que, na sua individualidade, cada cliente pode ter necessidades e capacidades próprias/específicas para aprender. Cabe ao enfermeiro recolher os dados que lhe permitem inferir se é ou não o momento próprio para intervir e fazer escolhas sobre o tipo de informação prioritária a ser ministrada na consulta pré-operatória. Neste ponto, saliento a relevância da

preparação e conhecimento do cliente em relação à hipotermia inadvertida no período perioperatório, nomeadamente no esclarecimento do conceito, das possíveis complicações e estratégias de prevenção. Consciencializado da importância da normotermia, o cliente é encorajado a ter um papel ativo na auto-gestão destas estratégias. Desta forma, pode sentir-se envolvido no processo e contribuir para uma intervenção mais atempada e dirigida por parte do enfermeiro. É importante que o cliente integre que ao manter-se quente antes da cirurgia irá reduzir o risco de complicações pós-operatórias, que o ambiente hospitalar pode ser mais frio do que o do domicílio, que deve levar roupa adicional para o internamento e informar a equipa de enfermagem quando apresentar sensação de frio, em qualquer momento do internamento (NICE, 2016; Azenha, 2017). A literacia é relevante para a saúde, empoderando os clientes a participarem e agirem na sua própria saúde, otimizando resultados.

No processo de conceção de cuidados deste caso clínico saliente, ainda, a **intencionalidade atribuída às intervenções que objetivam a segurança do cliente**, nomeadamente no período intra-operatório, considerando o estado de vulnerabilidade em que o cliente se encontra neste período.

4. CASO 2 - RESSEÇÃO ANTERIOR DO RETO (RAR) LAPAROSCÓPICA COM ILEOSTOMIA

Cliente de 50 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma do reto em estadio II, proposto para realização de ressecção anterior do reto laparoscópica com ileostomia de proteção. Fez radioterapia neoadjuvante de 06 a 10/11/2023. É internada no dia 8/01/2024 com cirurgia agendada para o dia 09/01/2024, em primeiro tempo operatório, do turno da manhã. Não toma medicação regular e desconhece alergias. Como antecedente familiar relevante, de referir que o pai do cliente é colostomizado há três anos, após amputação abdomino-perineal, por cancro do reto.

4.1. Enquadramento teórico

A maioria dos cancros colorretais são adenocarcinomas que representam um tipo de tumor formado por células secretoras de muco, existentes na camada mucosa interna, para lubrificar o interior do cólon e do reto, que progride pelas camadas subsequentes até à camada serosa (parede). Os cancros colorretais desenvolvem-se a partir das células epiteliais e normalmente a partir de lesões precursoras benignas (pólipos). Existem subtipos de adenocarcinoma como o anel de sinete e mucinoso, que podem ter pior prognóstico que outros subtipos (American Cancer Society [ACS], 2020).

Segundo o *Global Cancer Observatory* da *International Agency for Research on Cancer* (2022), em Portugal, em 2020, o cancro colorretal foi o primeiro em prevalência e número de novos casos ($n = 10501$) e conforme indica o Registo Oncológico Nacional (RON) (2023), a incidência de cancro do cólon e reto tem aumentado nos países desenvolvidos. Em Portugal, o cancro colorretal é o tumor maligno mais comum, considerando ambos os sexos em simultâneo.

A incidência aumenta progressivamente a partir dos 50 anos, sendo a idade o fator de risco mais bem conhecido, ao qual se seguem fatores hereditários. Assim, existe um risco acrescido de desenvolver a doença quando este tipo de cancro está presente em familiares de 1º e 2º grau. Pessoas portadoras de síndromes hereditárias (polipose adenomatosa familiar, polipose associada ao gene MUTYH, síndrome de Lynch) ou de doença inflamatória do intestino (colite ulcerosa ou doença de Crohn) devem ser submetidas a exames de rastreio e de vigilância dirigidos à condição subjacente, pelo risco mais elevado de desenvolverem cancro colorretal.

Outros fatores significativos são aqueles modificáveis, do estilo de vida, como o sedentarismo, obesidade, dieta pobre em fibra e rica em gordura, síndrome metabólico e tabagismo (RON, 2023).

A abordagem mais frequente no tratamento do adenocarcinoma colorretal é a intervenção

cirúrgica, sendo que a decisão do tratamento depende do estadió do tumor (ACS, 2020). A radioterapia ou quimioterapia, neoadjuvante ou adjuvante, estão indicadas nos casos de carcinoma em estadió 2 (invasão da parede do reto) e estadió 3 (acresce a invasão linfática) (DGS, 2015).

A resseção anterior do reto (RAR) é a abordagem cirúrgica de eleição em clientes selecionados, com lesão maligna do reto sigmoide ou região sigmóidea baixa, uma vez que permite preservar a continuidade do trânsito intestinal. A exposição cirúrgica é um fator que também pode determinar a confecção ou não de uma anastomose “baixa”. Esta é mais fácil e segura em mulheres do que em homens, principalmente se os órgãos pélvicos da mulher já tiverem sido removidos (Zollinger & Ellison, 2017).

A cirurgia de RAR pode exigir a realização de uma ileostomia ou colostomia de proteção, para derivar temporariamente o trânsito intestinal da anastomose termino-terminal e assegurar a descompressão do cólon (Zollinger & Ellison, 2017).

À luz da teoria das transições, a confecção de um estoma de eliminação como por exemplo uma ileostomia, constitui um evento que pode resultar em alterações na identidade da pessoa e suscitar desafios físicos, emocionais e sociais, levando-a a experimentar um processo de transição. As respostas humanas envolvidas nas transições, enquanto objeto de estudo da enfermagem, necessitam de ser exploradas, na pessoa e no contexto de quem as vive (Silva et al., 2017).

Os enfermeiros tendem a ser os profissionais que preparam os clientes para as transições eminentes e que facilitam o processo de aprendizagem e aquisição de novas competências, relacionadas com as experiências de saúde e doença dos clientes (Meleis, 2010).

A formação diferenciada do enfermeiro especialista está intrinsecamente ligada à compreensão das transições que os clientes colostomizados enfrentam e o seu valor é amplamente reconhecido. Desta forma, o enfermeiro assume um papel vital como agente facilitador do desenvolvimento das competências necessárias para gerir as mudanças decorrentes da nova condição.

Processo cirúrgico

Nos cancros do cólon localizados, a abordagem cirúrgica da colectomia por laparotomia ou laparoscopia tem resultados oncológicos equivalentes, sendo que a experiência do cirurgião e outros fatores relacionados com o cliente e com o tumor devem nortear a escolha da técnica (DGS, 2015). Não obstante, o recurso à cirurgia laparoscópica é cada vez mais frequente no tratamento de carcinomas do cólon e reto. Para a realização da cirurgia de resseção anterior do reto por laparoscopia é essencial a realização de colonoscopia, prévia à cirurgia, para tatuagem da lesão (Zollinger & Ellison, 2017).

De uma forma geral, esta abordagem não está indicada em clientes emergentes como aqueles que estão em oclusão, perfuração ou hemorragia maciça. Na RAR laparoscópica o cirurgião geralmente fica do lado oposto à localização do tumor e o primeiro ajudante em frente ao cirurgião. O segundo ajudante segura a câmara (óptica de 30 graus) e fica do lado do cirurgião. No que diz respeito à colocação dos trocartes, o primeiro é normalmente colocado na região umbilical onde o pneumoperitонеu é iniciado por meio de uma pequena incisão transumbilical. Seguidamente, dois trocartes são inseridos no lado direito, a cerca de um palmo de distância.

Um terceiro trocarte pode ser colocado no quadrante inferior esquerdo para auxiliar na mobilização da flexura esplênica. Um trocarte no quadrante superior esquerdo, colocado lateralmente ao músculo reto pode ser usado para retração adicional sendo que este local também fornece um excelente ponto de observação para visualização da anastomose (Lavazzo, 2014).

Depois de realizada a disseção da peça operatória, a incisão umbilical é aumentada para uma pequena incisão de *Pfannenstien* que permite a extração da peça, secção extra-corporal do intestino e preparação do cólon proximal para anastomose. Antes de se exteriorizar a peça, é colocada uma proteção plástica na parede da incisão para evitar a contaminação do tecido subcutâneo e pele. A ressecção proximal é realizada, usando a mesma técnica na margem distal (máquina de sutura automática). A linha de agrafos é removida da margem proximal e é realizada uma sutura circular em torno da “cápsula” que irá ser acoplada à máquina de sutura automática circular. Fixada a cápsula ao cólon proximal, este é reintroduzido na cavidade peritoneal e o pneumoperitонеu é restabelecido. O comprimento do cólon é avaliado para garantir que a extremidade proximal alcance a distal sem tensão. A máquina de sutura automática circular é inserida por via transanal e perfurado o coto distal do cólon/reto sob visualização direta. A orientação adequada do cólon é assegurada para evitar a torção do mesentério. A cápsula é encaixada na ponta da máquina de sutura que é acoplada/fechada, sendo posteriormente realizado o “disparo” para confecção da anastomose. Cuidadosamente é removida a máquina de sutura automática e realizada a inspeção das margens de ressecção (anéis da anastomose). A insuflação de ar transanal, sob imersão de água, é usada para testar a anastomose. Depois de revista a hemostase, o pneumoperitонеu é evacuado e todos os trocartes removidos. As feridas cirúrgicas são encerradas com sutura contínua ou pontos separados (Lavazzo, 2014).

A deiscência da anastomose e consequências inerentes são as complicações mais temidas na cirurgia colorretal pelo que as enterostomias derivativas são frequentemente usadas para minimizar esse risco, apesar de não ser nula a sua morbilidade (Henriques, 2014). Com efeito, são várias as complicações associadas à confecção do estoma de eliminação intestinal. Estas podem estar relacionadas com o próprio estoma (prolapso, retração, estenose e hemorragia ou edema), com a região peri-estoma (dermatite, retração cutânea, infeção/sépsis e hérnia paraestomal) ou com complicações sistémicas associadas ao alto débito de conteúdo entérico, que é mais frequente no caso da ileostomia, e que contribui para o aparecimento de dermatite, agravamento da função renal e quadros de desidratação importantes. A decisão do tipo de estoma de proteção na cirurgia do reto, ileostomia ou colostomia, permanece controversa, não existindo evidência científica que sustente a superioridade de uma em relação a outra (Oom et al, 2017).

Apesar da intenção temporária, uma significativa proporção de estomas torna-se permanente pelo que, impera a marcação prévia do local do estoma, quando está prevista a realização de colostomia/ileostomia (Fonseca et al., 2022).

Processo anestésico

A técnica anestésica utilizada neste caso clínico foi a anestesia geral balanceada, sobreponível

ao caso anterior. Além da mesma técnica anestésica, ambos os casos têm abordagem cirúrgica por laparoscopia, que encerra algumas particularidades a considerar na anestesia. Assim, tendo em conta que este caso clínico não apresenta especificidades que possam induzir diferenças no processo anestésico, em relação ao caso anterior, remete-se para o primeiro caso a descrição do processo anestésico.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 50 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-09 08:45:00	Solução Polieletrólítica 1000 ml EV	
2024-01-09 08:45:00	Cefoxitina 2gr EV	
2024-01-09 08:45:00	Fentaniel 0.15mg EV	
2024-01-09 08:45:00	Propofol 160mg EV	
2024-01-09 08:45:00	Rocurónio 50mg EV	
2024-01-09 08:45:00	Dexametasona 4mg EV	
2024-01-09 08:45:00	Parecoxibe 40mg EV	
2024-01-09 08:45:00	Sevoflurano com concentração alveolar mínima de 2%	
2024-01-09 11:15:00	Tramadol 150mg EV	
2024-01-09 11:15:00	Droperidol 1.25mg EV	
2024-01-09 11:15:00	Ondasetrom 4mg EV	
2024-01-09 11:15:00	Paracetamol 1gr EV	
2024-01-09 11:15:00	Sugamadex 200mg EV	
2024-01-09 11:30:00	Morfina 2mg + 2mg IV	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Neste caso clínico, o cliente é submetido a uma anestesia geral balanceada, com profilaxia anti-emética tripla e protocolo de analgesia igual ao caso clínico anteriormente descrito, pelo que

não serão repetidas as considerações acerca da medicação. Estas são sobreponíveis ao caso anterior, sendo que as doses dos fármacos utilizados foram adequadas pelo médico anestesta, tendo em conta o peso e outras características individuais do cliente.

O antibiótico foi o único fármaco que diferiu nos dois casos, na medida em que a profilaxia recomendada para cirurgias do cólon e reto é realizada com cefoxitina e não com cefazolina, antimicrobiano de primeira linha para cirurgias limpas e para a maioria das limpas contaminadas, como no caso anterior.

A profilaxia antibiótica é definida por cada instituição tendo em conta as recomendações da DGS. A dose profilática deve ser o dobro da dose normal (DGS, 2013b).

A cefoxitina é um antibacteriano usado na profilaxia antibiótica cirúrgica e, por isso, deve ser administrada trinta minutos a uma hora antes da incisão na pele. A reconstituição deste fármaco, para administração intravenosa, deve ser feita com 10ml de água para injetáveis por cada grama de cefoxitina, com administração aproximada de três a cinco minutos, por via direta.

Deve considerar-se a possibilidade de ocorrência de dor, náuseas e vômitos, diarreia, urticária, prurido, artralgias e reação anafilática, durante a administração. Erupções maculopapulares ou eritematosas da pele podem também ocorrer (Infomed, 2021).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

09-01-2024 08:30

09-01-2024 08:30 - Procedimento invasivo

09-01-2024 08:30 - Tipo de procedimento invasivo: Ressecção anterior do reto laparoscópica com ileostomia, sob anestesia geral.

09-01-2024 08:30 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

09-01-2024 08:45 - Verificado: identificação do doente.

09-01-2024 08:45 - Localização do Pulso

09-01-2024 08:45 - Tórax

09-01-2024 08:45 - Frequência do pulso: 100 pulsações por minuto.

09-01-2024 08:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

09-01-2024 08:45 - Membro superior Direita(o)

09-01-2024 08:45 - Pressão sanguínea sistólica: 145 mmHg.

09-01-2024 08:45 - Pressão sanguínea diastólica: 70 mmHg.

09-01-2024 08:45 - Glicemia capilar: 101mg/dl

09-01-2024 11:15 - Glicemia capilar: 175mg/dl

09-01-2024 12:30 - Glicemia capilar: 180mg/dl

09-01-2024 08:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo

09-01-2024 08:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [SOS]

10-01-2024 09:30 - Perda sanguínea

10-01-2024 09:30 - Abdómen: Sem perda sanguínea aparente [MELHOROU].

09-01-2024 11:30 - Perda sanguínea

09-01-2024 11:30 - Abdómen: Sem perda sanguínea aparente [MELHOROU].

09-01-2024 11:15 - Perda sanguínea

09-01-2024 11:15 - Abdómen: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

09-01-2024 11:15 - Localização do Pulso

09-01-2024 11:15 - Tórax

09-01-2024 11:15 - Frequência do pulso: 62 pulsações por minuto.

09-01-2024 12:30 - Localização do Pulso

09-01-2024 12:30 - Tórax

09-01-2024 12:30 - Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

10-01-2024 09:30 - Localização do Pulso

10-01-2024 09:30 - Tórax

10-01-2024 09:30 - Frequência do pulso: 65 pulsações por minuto.

09-01-2024 11:30 - Localização do Pulso

09-01-2024 11:30 - Tórax

09-01-2024 11:30 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

09-01-2024 11:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

09-01-2024 11:30 - Membro superior Direita(o)

09-01-2024 11:30 - Pressão sanguínea sistólica: 130 mmHg.

09-01-2024 11:30 - Pressão sanguínea diastólica: 70 mmHg.

09-01-2024 12:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

09-01-2024 12:30 - Membro superior Direita(o)

09-01-2024 12:30 - Pressão sanguínea sistólica: 135 mmHg.

09-01-2024 12:30 - Pressão sanguínea diastólica: 69 mmHg.

09-01-2024 11:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

09-01-2024 11:15 - Membro superior Direita(o)

09-01-2024 11:15 - Pressão sanguínea sistólica: 101 mmHg.

09-01-2024 11:15 - Pressão sanguínea diastólica: 62 mmHg.

09-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [SOS]

09-01-2024 08:45 - Temperatura corporal periférica

09-01-2024 08:45 - Ouvido: 36.00 °C.

09-01-2024 11:15 - Temperatura corporal periférica

09-01-2024 11:15 - Ouvido: 35.50 °C.

09-01-2024 11:30 - Temperatura corporal periférica

09-01-2024 11:30 - Ouvido: 35.50 °C.

09-01-2024 12:30 - Temperatura corporal periférica

09-01-2024 12:30 - Ouvido: 36.00 °C.

10-01-2024 09:30 - Temperatura corporal periférica

10-01-2024 09:30 - Ouvido: 36.80 °C.

09-01-2024 08:45 - *Avaliar a evolução da glicemia capilar [SOS]*

Sondas, Drenos e Cateteres

09-01-2024 08:30

09-01-2024 08:30 - Cateter venoso periférico

09-01-2024 08:30 - Localização do cateter venoso periférico

09-01-2024 08:30 - Mão Esquerda(o)

09-01-2024 08:30 - Características do dispositivo: Calibre 22 G.

09-01-2024 08:45 - Localização do cateter venoso periférico

09-01-2024 08:45 - Antebraço Esquerda(o)

09-01-2024 08:45 - Características do dispositivo: calibre 14G.

09-01-2024 08:30 - Assegurar funcionamento do cateter

09-01-2024 08:30 - *Otimizar cateter venoso periférico [SOS]*

09-01-2024 08:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

09-01-2024 08:30 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]*

09-01-2024 08:45 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

09-01-2024 08:45 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico (Antebraço Esquerda(o)) [SOS]*

09-01-2024 08:45

09-01-2024 08:45 - Sonda gástrica [RESOLVIDO] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 08:45 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: drenagem de líquidos.

09-01-2024 08:45 - Substância drenada pela sonda gástrica: aquosa.

09-01-2024 08:45 - Quantidade drenada pela sonda gástrica: 50 ml.

09-01-2024 11:15 - Substância drenada pela sonda gástrica: aquosa.

09-01-2024 11:15 - Quantidade drenada pela sonda gástrica: 100 ml.

09-01-2024 08:45 - Características do dispositivo: Sonda Levin calibre 14.

09-01-2024 08:45 - Assegurar funcionamento da sonda [FIM] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 08:45 - *Otimizar sonda gástrica [SOS] [FIM] 09-01-2024 11:15*

09-01-2024 11:15 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica [FIM] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 11:15 - *Remover sonda gástrica [FIM] 09-01-2024 11:15*

09-01-2024 08:45 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 08:45 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

09-01-2024 08:45 - Cavidade oral: 22.00 cm.

09-01-2024 08:45 - Pressão do cuff: 27 cmH2O.

09-01-2024 08:45 - Características do dispositivo: TOT nº 7.5.

09-01-2024 08:45 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

09-01-2024 11:15

09-01-2024 08:45 - *Otimizar tubo endotraqueal [SOS] [FIM] 09-01-2024 11:15*

09-01-2024 08:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o

tubo endotraqueal [FIM] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 08:45 - Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal [SOS] [FIM] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 11:15 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

09-01-2024 11:15 - Cavidade oral: 22.00 cm.

09-01-2024 08:45 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal [FIM] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 08:45 - Gerir a pressão do cuff [SOS] [FIM] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 08:45 - Cateter urinário [RESOLVIDO] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 08:45 - Quantidade de urina: 50 ml.

09-01-2024 08:45 - Cor da urina: amarelo-palha.

09-01-2024 08:45 - Transparência da urina: Límpida.

09-01-2024 08:45 - Características do dispositivo: catéter tipo foley de látex ; calibre 12.

09-01-2024 08:45 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário [FIM] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 08:45 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário [SOS] [FIM] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 11:15 - Quantidade de urina: 210 ml.

09-01-2024 11:15 - Cor da urina: amarelo-palha.

09-01-2024 11:15 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

09-01-2024 08:45 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 08:45 - Otimizar cateter urinário [SOS] [FIM] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 11:15 - Prevenir complicações relacionadas com cateter urinário

09-01-2024 11:15 - Remover cateter urinário [Fim de Cirurgia]

09-01-2024 11:30

09-01-2024 11:30 - Sonda de oxigénio [RESOLVIDO] 09-01-2024 12:30

09-01-2024 11:30 - Características do dispositivo: cateter nasal 4L/min.

09-01-2024 11:30 - Assegurar funcionamento da sonda [FIM] 09-01-2024 12:30

09-01-2024 11:30 - Otimizar sonda de oxigénio [SOS] [FIM] 09-01-2024 12:30

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

O diagnóstico de adenocarcinoma do reto precipita a ocorrência de um processo de transição saúde-doença onde o procedimento invasivo de RAR, com ileostomia de proteção, se assume como evento crítico e gera novas necessidades de cuidados. No período perioperatório, existe um conjunto de atividades de coordenação e gestão que o enfermeiro desenvolve e que se encontram muito direcionadas à segurança do cliente. Incluem a preparação do ambiente físico, a transferência e posicionamento do cliente, a promoção da assepsia e a preservação de um ambiente físico e psicológico seguro. Assim, procurando atender às necessidades fisiológicas induzidas pela anestesia e cirurgia, o enfermeiro dirige a sua atuação para a prevenção de

complicações daí decorrentes (Silva, 2016b).

O posicionamento cirúrgico é fundamental na realização de um procedimento invasivo e nesta intervenção devem ser considerados vários fatores, entre eles, as especificidades do cliente, a preferência do cirurgião para otimizar a exposição cirúrgica, a técnica cirúrgica e as vias de acesso para a administração de fármacos, monitorização e ventilação do cliente pela equipa anestésica. O enfermeiro que cuida da pessoa em situação perioperatória, deve ter conhecimento das alterações anatómicas e fisiológicas decorrentes do posicionamento cirúrgico, bem como dos equipamentos e dispositivos disponíveis para auxiliar a execução do mesmo, possibilitando o planeamento e implementação de intervenções efetivas para garantir a prevenção de complicações que podem ocorrer em virtude da permanência prolongada do cliente numa determinada posição cirúrgica (Lopes et al., 2016).

Na RAR laparoscópica, o cliente fica em posição de litotomia, sendo que durante a cirurgia pode haver mudança no posicionamento, por forma a facilitar a abordagem cirúrgica, nomeadamente durante a confeção da anastomose colorretal em que um dos cirurgiões se posiciona entre as pernas do cliente (Zollinger & Ellison, 2017). Em posição de litotomia, a pelve do cliente deve estar logo acima da extremidade inferior da marquesa operatória, para permitir um acesso adequado ao ânus e a realização da anastomose e dissecção perineal, se necessário. O braço direito fica ao longo do corpo e o esquerdo aberto, permitindo fácil acesso ao património venoso e arterial do cliente. Para facilitar o procedimento cirúrgico, o cliente permanece grande parte da cirurgia em posição de Trendelenburg acentuado, com inclinação para a direita, o que permite trazer o intestino delgado para o quadrante superior direito e otimizar a exposição do mesentério do cólon descendente e sigmoide.

No pré-operatório, para assegurar a eficácia e garantir a segurança na realização do procedimento cirúrgico, existe um conjunto de requisitos que o cliente deve cumprir pelo que a preparação e conhecimento do cliente, adequada à experiência cirúrgica, deve ser uma das prioridades. O primeiro contacto com este cliente foi no momento da admissão ao bloco operatório, pelo que não houve intervenção prévia nesta área. Não obstante, a validação do cumprimento destes requisitos é obrigatória. Estas validações incidem sobre o jejum, banho pré-operatório e uso de adereços ou adornos.

Assim, para reduzir o risco de regurgitação ou aspiração de conteúdo gástrico, associado à indução da anestesia geral, é obrigatório cumprir um jejum que deve ser limitado a duas horas para líquidos claros e sumos sem polpa e seis horas para sólidos, segundo a Sociedade Europeia de Anestesiologia (Smith et al. 2011). O banho pré-operatório deve ser realizado na noite anterior e no dia da cirurgia, com clorexidina 2 a 4% e pelo menos com duas horas de antecedência (DGS, 2022a). No dia da cirurgia, o cliente deve remover próteses dentárias, auditivas e/ou oculares, objetos de adorno e verniz de unhas, objetivando a promoção de um ambiente cirúrgico mais seguro e o controlo de infeção, e prevenindo a ocorrência de riscos evitáveis como por exemplo o risco de queimadura provocado pela presença de metais na eletrocirurgia.

Além destas recomendações, a ocorrência do procedimento invasivo obriga à monitorização da glicemia capilar, mesmo em pessoas não diabéticas, pelo potencial da ocorrência de episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia transitórios, induzidos pelo stress cirúrgico no intra e pós-operatório. Estas alterações podem precipitar a ocorrência de complicações perioperatórias, nomeadamente infeções (Monteiro et al., 2016). Assim, a monitorização da glicemia capilar

neste período, e correção de potenciais desequilíbrios, releva como boa prática. Esta intervenção promove a segurança do cliente, garantindo o cumprimento de normas e orientações que concorrem para o controlo da infeção como a norma clínica do “feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico” que recomenda a manutenção da normoglicemia (≤ 180 mg/dl) no período intra e pós-operatório, até às 24 horas seguintes à cirurgia (DGS, 2022a).

Relativamente aos dispositivos necessários para a realização deste procedimento invasivo importa tecer algumas considerações.

A presença de um acesso venoso é condição obrigatória para a realização do procedimento invasivo, sendo que, no momento da admissão no bloco operatório, o cliente deve apresentar pelo menos um cateter venoso periférico funcionante para a indução anestésica. A inserção de cateteres venosos periféricos adicionais depende da especificidade da cirurgia, dos antecedentes do cliente e das características do cateter utilizado na indução anestésica. A seleção do cateter deve considerar a sua finalidade e deve optar-se pelo cateter com o menor calibre necessário para o procedimento cirúrgico previsto. A cateterização venosa periférica é uma intervenção realizada com frequência pelo enfermeiro na sua prática clínica e por ser um procedimento invasivo, a sua inserção, fixação e manuseamento pode resultar numa infeção associada aos cuidados de saúde. Complicações locais e sistémicas, tais como flebite, infiltração, hematoma, extravasamento e obstrução podem ocorrer. A migração de microorganismos da pele para o local de inserção e trajeto do cateter periférico é a via mais comum de infeção em cateteres de curto prazo (CDC, 2011).

Para a realização deste procedimento invasivo com anestesia geral é necessário assistir o anestesista na colocação do tubo orotraqueal. Este dispositivo é inserido na traqueia e constitui a interface que permite a preservação de uma via aérea segura e uma ventilação mecânica eficaz, quando o cliente perde a capacidade de proteger a via aérea, como efeito secundário dos fármacos anestésicos (Mexedo, 2013). Depois de introduzido o tubo, deve observar-se a expansão torácica bilateral e simétrica e conectar um sensor de capnografia, que confirma a correta colocação do tubo ao detetar a presença de dióxido de carbono no ar exalado (INEM, 2020).

Relativamente à pressão do *cuff*, a evidência científica recomenda a manutenção de uma pressão constante no balão entre 20 e 30 cm H₂O, que está associado a menor incidência de pneumonia associada à intubação (DGS, 2022b).

Após a indução anestésica é também recomendável a inserção de sonda nasogástrica e de um cateter urinário, para melhor visualização do campo operatório e redução do risco de trauma gástrico ou vesical na inserção dos trocartes, no particular da cirurgia laparoscópica (Pino, 2000).

O cateter urinário deve ter o menor calibre necessário e ser de curta duração, uma vez que se prevê a sua utilização por um curto período. No final da cirurgia deve ponderar-se a necessidade de manter este dispositivo. Na sua inserção e manuseamento devem seguir-se as recomendações emanadas pelo feixe de intervenções da “prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical” da DGS como o cumprimento da técnica assética no cateterismo e conexão ao sistema de drenagem e da técnica limpa no manuseamento do cateter e sistema, mantendo o circuito fechado e realizando a higiene diária do meato urinário, mantendo o saco coletor abaixo do nível da bexiga, esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua

capacidade (DGS, 2022c).

O aumento da pressão intrabdominal induzido pelo pneumoperitôneo pode cursar num quadro de oligúria ou anúria, que é proporcional às pressões de insuflação. Esta redução do débito urinário deve-se à compressão venosa central (veia renal e cava), à compressão do parênquima renal, à diminuição do débito cardíaco e às elevações dos níveis de renina, aldosterona e hormona antidiurética (Martins & Matos, in Machado, 2013).

No pós-operatório, o recurso ao menor número possível de tubos e cateteres, com a sua remoção tão breve quanto possível, são medidas com impacto significativo na diminuição de complicações pulmonares, gastrointestinais e infecciosas (Okraïnec et al., 2017).

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
09-01-2024 08:30	Atitudes terapêuticas	
09-01-2024 08:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
09-01-2024 08:30	Perceção sensorial: sede	
09-01-2024 08:30	Termorregulação	
09-01-2024 08:45	Sistema cardiovascular	
09-01-2024 08:45	Eliminação urinária	
09-01-2024 08:45	Pele e mucosas	
09-01-2024 08:45	Reflexo corneano	09-01-2024 11:30
09-01-2024 11:15	Consciência	10-01-2024 09:30
09-01-2024 11:15	Sistema respiratório	10-01-2024 09:30
09-01-2024 11:15	Estoma	
09-01-2024 11:30	Sensações somáticas	

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

Neste ponto é apresentada a fundamentação dos domínios selecionados para este caso clínico e explanada a sua relação com o quadro teórico, considerando que alguns domínios são transversais a diferentes fases do perioperatório.

Atitudes terapêuticas/Procedimento Invasivo

A ocorrência deste procedimento invasivo exige um posicionamento específico, que o enfermeiro deve conhecer, programar e otimizar, minimizando assim a possibilidade de ocorrência de lesões associadas ao posicionamento. No exercício das suas funções, em contexto perioperatório, o enfermeiro deve conhecer o material que tem disponível e, de forma preditiva, avaliar o risco de desenvolvimento de lesões associadas ao posicionamento, atuando em conformidade.

Ainda neste domínio, importa referir que apesar de não ter ocorrido intervenção na preparação e conhecimento prévio do cliente, uma vez que o primeiro contacto aconteceu na admissão ao bloco operatório, existe um conjunto de informações que são imprescindíveis que o cliente adquira e integre, para garantir a ocorrência e a segurança do procedimento invasivo, e que serão validadas no momento da admissão. Esta preparação e conhecimento incide sobre o jejum e banho pré-operatório e uso de adereços ou adornos.

Sondas drenos e cateteres

Este domínio importa considerar uma vez que, para a concretização deste procedimento invasivo, deve considerar-se a existência de pelo menos um acesso venoso periférico, sonda nasogástrica, cateter urinário, tubo orotraqueal e sonda de oxigénio. Apesar de decorrerem de ações interdependentes, existe um conjunto de intervenções de enfermagem que decorrem da presença e da técnica de inserção dos respetivos cateteres, que justificam este domínio como foco de atenção do enfermeiro.

Perceção sensorial - Sede

A sede é uma necessidade humana vital, que apesar de ser um fenómeno natural, pode ser influenciada por vários fatores. Deriva de um complexo sistema de sinalização neurohormonal que regula o equilíbrio hidroeletrolítico, mas que, por ser um desconforto subjetivo, é caracterizada como um sintoma (Arai et al., 2013; Nascimento et al., 2020).

No contexto perioperatório, o tempo de jejum, tipo de procedimento cirúrgico e anestésico, fármacos utilizados, hemorragia, ansiedade ou nervosismo, podem influenciar a manifestação de sede, pelo que importa considerar este domínio durante as diferentes fases do perioperatório. Além destes fatores, no particular deste procedimento cirúrgico, a confeção de uma ileostomia pode precipitar, no pós-operatório, a ocorrência de quadros de desidratação por débito elevado e, por conseguinte, a manifestação de sede (Pan et al., 2016).

Independentemente da causa, o desconforto da sede é real e induz stress no cliente pelo que, o enfermeiro deve intervir quando este refere sede (Aroni et al., 2012).

Tal como a dor, a sede tem um carácter subjetivo e constitui, muitas vezes, um alerta para possíveis danos ou desequilíbrios. Assim, a sede pode representar um sinal fisiológico, indicando a necessidade premente de hidratação, ou simplesmente a manifestação de um desconforto intenso. No contexto perioperatório, o enfermeiro deve estar atento a esta manifestação, reconhecendo e respondendo a esta necessidade. Desta forma, pode intervir no alívio deste sintoma e na promoção do bem-estar global do cliente durante todo o processo cirúrgico. A atenção diligente às necessidades subjetivas, como a dor e a sede, traduzem uma abordagem holística do enfermeiro, em contexto perioperatório, visando a segurança e qualidade dos cuidados, para uma recuperação otimizada.

Termorregulação

A termorregulação é um processo do sistema regulador que se caracteriza pelo controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo (CIPE, 2019).

Uma parte considerável dos clientes submetidos a cirurgia eletiva tende a apresentar um quadro de hipotermia inadvertida, no final da cirurgia, se não forem implementadas intervenções específicas, salvaguardando que a hipotermia pode ocorrer em qualquer fase do perioperatório (Sessler, 2008; Moola & Lockwood, 2011; NICE, 2016). Com efeito, durante a anestesia geral, a termorregulação está comprometida, quer por mecanismos centrais (inibição) quer por mecanismos farmacológicos (Santos, in Machado, 2013). Assim, importa considerar este domínio, perante o quadro teórico, entendendo que a gestão e prevenção deste evento adverso resulta em ganhos em saúde.

A Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA) recomenda a avaliação do risco de desenvolver hipotermia e a monitorização da temperatura no pré-operatório, com o objetivo de avaliar potenciais consequências adversas. Assim, a deteção de um pico de hipertermia pode traduzir a presença de um quadro infeccioso e, por conseguinte, resultar no cancelamento da cirurgia, e um status de hipotermia, obrigar a uma intervenção mais ativa do enfermeiro no pré-aquecimento.

A mesma associação (SPA) recomenda ainda que o cliente transferido para o bloco operatório deve apresentar uma temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$ e que devem ser aquecidos ativamente todos os clientes com tempo anestésico previsto acima dos 30 minutos, considerando estas intervenções eficazes na prevenção da ocorrência da hipotermia inadvertida.

Apesar da hipotermia ser a manifestação mais frequente no domínio da termorregulação, no cliente em situação perioperatória, importa também considerar, no intra-operatório, a possibilidade da ocorrência de hipertermia maligna. Este evento raro, potencialmente fatal, representa uma síndrome hipermetabólica de origem genética que cursa na elevação da temperatura corporal, normalmente associada ao uso concomitante de relaxante muscular despolarizante e anestésico geral inalatório (Santos, in Machado, 2013).

No pós-operatório deve manter-se a termorregulação como foco de atenção sendo que, neste período, a hipotermia inadvertida surge associada ao metabolismo retardado dos fármacos, hiperglicemia, vasoconstrição, alterações da coagulação, tremor pós-operatório, taquicardia, hipertensão e aumento do risco infeção do local cirúrgico (Butterworth et al., 2018). O shivering pós-operatório, caracterizado por fasciculações ou tremor da face, maxilar, cabeça ou tronco, com duração superior a 15 segundos, está normalmente associado à hipotermia e a um aumento do consumo de oxigénio e da produção de dióxido de carbono pelo que importa prevenir e tratar (Santos, in Machado, 2013).

Sistema cardiovascular

Este domínio importa considerar pela atenção que o enfermeiro deve ter em relação à perfusão tecidual periférica.

O tromboembolismo venoso é uma complicação frequente nos clientes oncológicos e naqueles submetidos a cirurgia abdominal (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018). Resulta em prejuízo para a saúde e qualidade de vida do cliente, bem como num incremento dos custos institucionais. Segundo Grier (2014), o risco da ocorrência deste evento está aumentado nos clientes oncológicos pela hipercoagulabilidade que decorre de vários fatores, entre eles o estado pró-trombótico associado à neoplasia e os danos no endotélio dos vasos sanguíneos secundários a tratamentos de quimioterapia e intervenções cirúrgicas. O fármaco de eleição para a profilaxia do tromboembolismo venoso é a heparina de baixo peso molecular, que apresenta vantagens relativamente aos anticoagulantes orais por não necessitar de monitorização analítica, apresentar interações medicamentosas mínimas e ausência de interações alimentares, dada a via de administração subcutânea (NICE, 2016). Além destes métodos farmacológicos, existem métodos mecânicos que o enfermeiro pode, de forma autónoma, providenciar, com a intenção profilática de prevenir a trombose venosa profunda. Ambos os métodos são eficazes, por consenso internacional. Comparando as duas estratégias, farmacológica e mecânica, a literatura demonstra igual eficácia na prevenção da trombose venosa profunda, apesar de apoiar a preferência pelas abordagens mecânicas, dado o risco de eventos hemorrágicos associados ao uso de terapêutica antitrombótica (Campos, 2006).

Eliminação urinária

A retenção urinária pode acontecer no pós-operatório como consequência do uso de fármacos anestésicos (anti-colinérgicos e opióides), da administração de fluidoterapia intravenosa e da falta de privacidade. Quando se exclui patologia urológica, é normalmente transitória, apesar de frequente (Jackson et al., 2018).

Os fatores de risco para desenvolver retenção urinária podem relacionar-se com o cliente, o tipo de intervenção cirúrgica ou abordagem anestésica. Assim, clientes do sexo masculino, com idade avançada ou doença neurológica pré-existente, submetidos a cirurgia anorretal, fármacos anestésicos e grande volume de fluidos, têm maior risco de desenvolver quadro de retenção urinária (Martins, 2013). Assim, a primeira micção no pós-operatório configura um dado relevante que o enfermeiro deve monitorizar e a retenção urinária uma complicação perante a qual deve intervir. Na presença desta complicação, dependendo do volume detetado após realização de ecografia, decide-se entre a algaliação ou esvaziamento vesical (Martins, 2013).

Pele e mucosas

No intra-operatório, este procedimento invasivo obriga à realização de várias feridas cirúrgicas pelo que a pele constitui um foco de atenção do enfermeiro, no seu processo de conceção de cuidados. A ferida cirúrgica é caracterizada por uma descontinuidade intencional da integridade

da pele e das estruturas subjacentes, produzida por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo e que resulta em perda sanguínea (CIPE, 2019).

A par da atenção dedicada à ferida cirúrgica, a preservação da integridade da pele deve ser também um foco de atenção do enfermeiro de perioperatório, que exerce um papel ativo na prevenção de lesões decorrentes do posicionamento e do estado de anestesia geral induzido no cliente. Neste domínio, o enfermeiro exerce uma intervenção autónoma da qual resultam ganhos em saúde, passíveis de tradução em indicadores de qualidade.

Conhecer as alterações anatómicas e fisiológicas induzidas pelo posicionamento cirúrgico e planear atempadamente o recurso aos equipamentos e dispositivos, promove uma adequada distribuição do peso do corpo, no posicionamento, e a consequente redução do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão. Entre as principais complicações associadas ao posicionamento cirúrgico, destacam-se a dor músculo-esquelética, as lesões da pele e nervos periféricos e a síndrome de compartimento (Lopes et al., 2016). Mecanismos de pressão, fricção e forças de cisalhamento contribuem para o aparecimento destas lesões (Menezes et al., 2013).

Reflexo corneano

O cliente em situação perioperatória, submetido a anestesia geral, fica com o reflexo corneano comprometido e, por isso, não tem assegurados os mecanismos fisiológicos e físicos de proteção ocular, ficando predisposto a lesões oculares, o que constitui um foco de atenção para o enfermeiro.

A proteção ocular dos clientes submetidos a anestesia geral contribui para evitar a ocorrência de lesões e diminuir a morbilidade ocular grave (Prakash, 2013).

Consciência

A anestesia geral induz um estado de inconsciência temporária, para que o cliente não sinta dor ou desconforto durante o procedimento cirúrgico (Sousa & Marques, 2014). No pós-operatório imediato é expectável que haja reversão deste quadro, sendo que esta fase pode cursar em períodos de confusão, desorientação e alteração da memória, que exigem intervenções específicas e que têm repercussão no tempo de recuperação (Correia & Lages, 2013). Assim, neste período, a consciência é um foco de atenção relevante para o enfermeiro, que está centrado na identificação e atuação face a possíveis complicações.

A disfunção mais comum do sistema nervoso central, no pós-operatório, está relacionada com a alteração do estado de consciência, considerando que os clientes podem apresentar-se demasiado sedados ou agitados, ou, em alguns casos, passar pelos dois estados (Martins, 2013).

Sistema respiratório

O Domínio do sistema respiratório importa considerar pela importância da identificação precoce

de complicações e otimização da função respiratória, quando se pretende a manutenção dos processos corporais associados ao sistema respiratório.

Depois das náuseas e vômitos, as complicações respiratórias são as mais frequentes no pós-operatório, e estão essencialmente relacionadas com a diminuição do tônus muscular ou faríngeo, obstrução da via aérea superior, laringoespasma e hematoma ou edema (Martins, 2013). A depressão respiratória pós-operatória imediata está muito associada ao uso de opioides e anestésicos inalatórios e intravenosos e ao bloqueio neuromuscular residual (Peppin et al., 2021). No pós-operatório imediato espera-se que o cliente retome o seu padrão ventilatório normal, contudo, numa fase inicial, poderá ser necessário apoio suplementar.

Estoma

A existência de uma ostomia de eliminação constitui um foco de atenção do enfermeiro quer pela necessidade de cuidados diretos ao estoma, quer pela influência que exerce na qualidade de vida da pessoa, pelas inerentes transformações físicas, emocionais e sociais, que ameaçam o construto convencional de corpo saudável, esteticamente agradável e higienicamente limpo. Assim, clientes com ostomia de eliminação, percebem como complicações associadas à presença da ostomia, as alterações da pele relacionadas com o equipamento coletor e o conhecimento insuficiente sobre as estratégias de autocuidado. Os fatores associados às complicações, identificados pelos clientes, reportam ao o distúrbio na autoimagem e sentimentos relacionados com o processo de compra dos equipamentos coletores (Feitosa et al., em 2019). Importa, por isso, que o cliente com uma ostomia de eliminação esteja consciencializado, preparado com o conhecimento adequado e capacitado para lidar com o estoma.

Sensações Somáticas: Dor

O diagnóstico de dor é frequente no cliente em situação perioperatória. O procedimento cirúrgico pode gerar dor aguda e influenciar negativamente a recuperação pós-operatória como a mobilidade articular, a respiração e o retorno às atividades de vida diárias. Por conseguinte, controlar a dor pós-operatória é fundamental para a recuperação e satisfação do cliente. Assim, enquanto um eficaz controlo da dor potencia a recuperação (com deambulação precoce, diminuição da incidência de NVPO e diminuição da agitação), o inadequado controlo da dor atrasa esta recuperação (com alterações fisiopatológicas nos sistemas orgânicos, prolongamento do tempo de recobro, aumento da taxa de reinternamento, do risco de complicações pós-operatórias e da incidência de dor crónica pós-operatória) (Martins, 2013).

O controlo da dor impacta também no cuidado à ostomia de eliminação pelo que deve ser valorizado, garantindo que a presença de dor não constitui um elemento dificultador da transição. A adoção de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, adaptadas à pessoa, pode conferir uma melhor recuperação e transição do processo cirúrgico,

com reflexo na melhoria da qualidade de vida. A analgesia deve ser multimodal pela atuação distinta na via nociceptiva, das diferentes classes de fármacos ou métodos analgésicos. Ao atuar com efeito sinérgico, é atingida uma maior eficácia analgésica, reduzindo a manifestação de efeitos colaterais associados a doses elevadas de cada um dos fármacos individualmente (Martins, 2013).

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

09-01-2024 11:15

09-01-2024 11:15 - Consciente.

09-01-2024 11:15 - Consciência comprometida [RESOLVIDO] 09-01-2024 12:30

09-01-2024 11:15 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

09-01-2024 11:30 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal [MANTEVE].

09-01-2024 11:15 - Resposta verbal: incompreensível.

09-01-2024 11:30 - Resposta verbal: confusa [MELHOROU].

09-01-2024 11:15 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

09-01-2024 11:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

09-01-2024 11:15 - Determinar evolução da consciência [FIM] 09-01-2024 12:30

09-01-2024 11:15 - Avaliar evolução da consciência [SOS] [FIM] 09-01-2024 12:30

09-01-2024 11:30 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal [MANTEVE].

09-01-2024 12:30 - Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

09-01-2024 11:30 - Resposta verbal: confusa [MELHOROU].

09-01-2024 12:30 - Resposta verbal: orientada [MELHOROU].

09-01-2024 11:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

09-01-2024 12:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

09-01-2024 11:15 - Referenciar compromisso da consciência ao médico [sos] [FIM]

09-01-2024 12:30

09-01-2024 11:15 - Prevenir queda [FIM] 09-01-2024 12:30

09-01-2024 11:15 - Prevenir aspiração [FIM] 09-01-2024 12:30

09-01-2024 11:15 - Posicionar para prevenir a aspiração [SOS] [FIM] 09-01-2024 12:30

09-01-2024 11:30

09-01-2024 11:30 - Com indícios de comprometimento da consciência.

09-01-2024 12:30

09-01-2024 12:30 - Consciente.

Sensações somáticas

09-01-2024 11:30

09-01-2024 11:30 - Manifesta dor.

09-01-2024 11:30 - Dor

09-01-2024 11:30 - Localização da dor

09-01-2024 11:30 - Abdómen Inferior

09-01-2024 11:30 - Intensidade da dor - 6.

09-01-2024 11:30 - frequência da dor - contínua.

09-01-2024 11:30 - duração da dor - aguda.

09-01-2024 11:30 - dor de tipo - profunda.

09-01-2024 11:30 - Determinar evolução da dor

09-01-2024 11:30 - Avaliar evolução da dor [SOS]

09-01-2024 12:30 - Localização da dor

09-01-2024 12:30 - Abdómen

09-01-2024 12:30 - Intensidade da dor - sem dor.

10-01-2024 09:30 - Localização da dor

10-01-2024 09:30 - Abdómen

10-01-2024 09:30 - Intensidade da dor - 4.

10-01-2024 09:30 - frequência da dor - contínua.

10-01-2024 09:30 - duração da dor - aguda.

10-01-2024 09:30 - dor de tipo - moedeira.

09-01-2024 11:30 - Diminuir dor

09-01-2024 11:30 - Gerir analgesia [SOS]

09-01-2024 11:30 - Posicionar para aliviar a dor [SOS]

Reflexo corneano

09-01-2024 08:45

09-01-2024 08:45 - Integridade do reflexo corneano

09-01-2024 08:45 - Bilateral: ausente.

09-01-2024 08:45 - Reflexo corneano comprometido [RESOLVIDO] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 08:45 - Prevenir úlcera da córnea [FIM] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 08:45 - Aplicar lubrificante ocular [SOS] [FIM] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 08:45 - Aplicar penso ocular [SOS] [FIM] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 11:15

09-01-2024 11:15 - Integridade do reflexo corneano

09-01-2024 11:15 - Bilateral: sem comprometimento [MELHOROU].

Sistema respiratório

09-01-2024 11:15

09-01-2024 11:15 - Frequência respiratória: 8 ciclos/min.
 09-01-2024 11:15 - Ritmo respiratório regular.
 09-01-2024 11:15 - Movimento respiratório simétrico.
 09-01-2024 11:15 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.
 09-01-2024 11:15 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
 09-01-2024 11:15 - Sem adejo nasal.
 09-01-2024 11:15 - Saturação do oxigênio no sangue
 09-01-2024 11:15 - Periférico(a): 92 %.
 09-01-2024 11:15 - Coloração da mucosa: pálidas.
 09-01-2024 11:15 - Não comunica falta de ar.

09-01-2024 11:15 - Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 09-01-2024 12:30

09-01-2024 11:15 - Determinar evolução da ventilação [FIM] 09-01-2024 12:30

09-01-2024 11:15 - Avaliar evolução da ventilação [SOS] [FIM] 09-01-2024 12:30

09-01-2024 11:30 - Frequência respiratória: 10 ciclos/min.
 09-01-2024 12:30 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.
 09-01-2024 11:30 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
 09-01-2024 12:30 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
 09-01-2024 11:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
 09-01-2024 12:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
 09-01-2024 11:30 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].
 09-01-2024 12:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MELHOROU].
 09-01-2024 11:30 - Saturação do oxigênio no sangue
 09-01-2024 11:30 - Periférico(a): 92 %.
 09-01-2024 12:30 - Saturação do oxigênio no sangue
 09-01-2024 12:30 - Periférico(a): 99 %.
 09-01-2024 11:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
 09-01-2024 12:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
 09-01-2024 11:30 - Coloração da mucosa: rosada.
 09-01-2024 12:30 - Coloração da mucosa: rosada.
09-01-2024 11:15 - Referenciar ventilação comprometida ao médico [sos] [FIM]
 09-01-2024 12:30

09-01-2024 11:15 - Melhorar ventilação [FIM] 09-01-2024 12:30

09-01-2024 11:15 - Posicionar para otimizar a ventilação [SOS] [FIM] 09-01-2024 12:30

09-01-2024 11:15 - Iniciar oxigenoterapia [SOS] [FIM] 09-01-2024 12:30

Sistema cardiovascular

09-01-2024 08:45

09-01-2024 08:45 - Temperatura das extremidades
 09-01-2024 08:45 - Membro inferior: Temperatura das extremidades diminuída.
 09-01-2024 08:45 - Coloração das extremidades

09-01-2024 08:45 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.

09-01-2024 08:45 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

09-01-2024 08:45 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

09-01-2024 08:45 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [SOS]

09-01-2024 11:15 - Temperatura das extremidades

09-01-2024 11:15 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal [MELHOROU].

09-01-2024 11:15 - Coloração das extremidades

09-01-2024 11:15 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

09-01-2024 11:15 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

09-01-2024 08:45 - Melhorar perfusão dos tecidos periféricos

09-01-2024 08:45 - Executar terapia compressiva através de dispositivo vasopneumático [SOS]

09-01-2024 08:45 - Aplicar meias elásticas [SOS]

09-01-2024 08:45 - Manter temperatura corporal [SOS]

09-01-2024 12:30

09-01-2024 12:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

09-01-2024 12:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [SOS]

10-01-2024 09:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

10-01-2024 09:30 - Membro superior Direita(o)

10-01-2024 09:30 - Pressão sanguínea sistólica: 130 mmHg.

10-01-2024 09:30 - Pressão sanguínea diastólica: 65 mmHg.

Eliminação urinária

09-01-2024 08:45

09-01-2024 08:45 - Determinar evolução da eliminação urinária

09-01-2024 08:45 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1h/1h ou SOS]

10-01-2024 09:30 - Urina em moderada quantidade.

10-01-2024 09:30 - Cor da urina: amarelo-palha.

10-01-2024 09:30 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

10-01-2024 09:30 - Frequência da eliminação urinária: normal .

09-01-2024 08:45 - Inserir cateter urinário [Intra-operatório] [FIM] 09-01-2024 11:15

09-01-2024 12:30

09-01-2024 12:30 - Não reconhece a vontade de urinar.

09-01-2024 12:30 - Sem globo vesical.

09-01-2024 12:30 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária

09-01-2024 12:30 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [SOS]

Pele e mucosas

09-01-2024 08:45

09-01-2024 08:45 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

09-01-2024 08:45 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

09-01-2024 08:45 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [SOS]

09-01-2024 11:15 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

09-01-2024 12:30 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Estoma

09-01-2024 11:15

09-01-2024 11:15 - Ileostomia

09-01-2024 11:15 - Pele peri-ileostomia: íntegra.

09-01-2024 11:15 - Cor da ileostomia: rosada.

09-01-2024 11:15 - Proeminência da ileostomia: Proeminente.

09-01-2024 11:15 - Temperatura da ileostomia: quente.

09-01-2024 11:15 - Humidade da ileostomia: húmido/brilhante.

09-01-2024 11:15 - Complicação da ileostomia: ausente.

09-01-2024 11:15 - Determinar evolução da ileostomia

09-01-2024 11:15 - Avaliar evolução da ileostomia [SOS]

10-01-2024 09:30 - Pele peri-ileostomia: íntegra.

09-01-2024 12:30 - Cor da ileostomia: rosada.

10-01-2024 09:30 - Cor da ileostomia: rosada.

09-01-2024 12:30 - Proeminência da ileostomia: Proeminente.

10-01-2024 09:30 - Proeminência da ileostomia: Proeminente.

09-01-2024 12:30 - Temperatura da ileostomia: quente.

10-01-2024 09:30 - Temperatura da ileostomia: quente.

09-01-2024 12:30 - Humidade da ileostomia: húmido/brilhante.

10-01-2024 09:30 - Humidade da ileostomia: húmido/brilhante.

09-01-2024 12:30 - Complicação da ileostomia: ausente.

10-01-2024 09:30 - Complicação da ileostomia: ausente.

09-01-2024 11:15 - Assegurar cuidados à ileostomia

09-01-2024 11:15 - Executar cuidados à ileostomia [SOS]

09-01-2024 11:15 - Otimizar saco de ileostomia [SOS]

09-01-2024 11:15 - Aplicar placa de ostomia [SOS]

09-01-2024 11:15 - Aplicar saco de ileostomia [SOS]

10-01-2024 09:30 - Promover autonomia para executar cuidados à ileostomia

10-01-2024 09:30 - Conhecimento sobre ileostomia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2024 09:30 - Conhecimento sobre autovigilância da pele peri-ileostomia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2024 09:30 - Conhecimento sobre o vestuário face ao estoma: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2024 09:30 - Capacidade para executar cuidados à ileostomia

10-01-2024 09:30 - Dispositivo: Saco de ileostomia - facilitadora.

10-01-2024 09:30 - Dispositivo: Placa de ostomia de eliminação - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2024 09:30 - Significado atribuído aos cuidados à ileostomia: não dificultador.

10-01-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre ileostomia

10-01-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre ileostomia [SOS]

10-01-2024 09:30 - Ensinar sobre ileostomia [SOS]

10-01-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância da pele peri-ileostomia

10-01-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da pele peri-ileostomia [SOS]

10-01-2024 09:30 - Ensinar sobre autovigilância da pele peri-ileostomia [SOS]

10-01-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre vestuário face ao estoma

10-01-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre vestuário face ao estoma [SOS]

10-01-2024 09:30 - Ensinar sobre vestuário face ao estoma [SOS]

10-01-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para executar cuidados à ileostomia

10-01-2024 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para executar cuidados à ileostomia [SOS]

10-01-2024 09:30 - Instruir cuidados à ileostomia [SOS]

10-01-2024 09:30 - Treinar cuidados à ileostomia [SOS]

10-01-2024 09:30 - Instruir a trocar saco de ileostomia [SOS]

10-01-2024 09:30 - Treinar a trocar saco de ileostomia [SOS]

10-01-2024 09:30 - Instruir cuidados à pele periestomal [SOS]

10-01-2024 09:30 - Treinar cuidados à pele periestomal [SOS]

10-01-2024 09:30 - Instruir a trocar placa de ostomia [SOS]

10-01-2024 09:30 - Treinar a trocar placa de ostomia [SOS]

10-01-2024 09:30 - Potencial para melhorar o acesso aos dispositivos aconselhados

10-01-2024 09:30 - Avaliar evolução do acesso a dispositivos para os cuidados à ileostomia [SOS]

10-01-2024 09:30 - Ensinar sobre acesso a dispositivos [SOS]

10-01-2024 09:30 - Avaliar evolução da autonomia para executar cuidados à ileostomia [SOS]

10-01-2024 09:30

Termorregulação

09-01-2024 08:30

09-01-2024 08:30 - Temperatura corporal periférica

09-01-2024 08:30 - Ouvido: 36.00 °C.

09-01-2024 08:30 - Determinar evolução da temperatura corporal

09-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [SOS]

09-01-2024 11:15

09-01-2024 11:15 - Hipotermia

09-01-2024 08:45 - Promover termorregulação

09-01-2024 08:45 - Providenciar aquecedor de fluidos [Intra Operatório e SOS] [FIM] 09-01-2024 12:30

09-01-2024 08:45 - Aplicar manta de aquecimento [Intra Operatório e SOS]

09-01-2024 08:45 - Providenciar aquecedor de CO2 [Intra Operatório] [FIM]

09-01-2024 12:30

Percepção sensorial: sede

09-01-2024 08:30

09-01-2024 08:30 - Cliente refere sede intensa

09-01-2024 08:30 - Lábios ressequidos

09-01-2024 08:30 - Halitose

09-01-2024 08:30 - Mucosa oral seca

09-01-2024 08:30 - Percepção sensorial: Sede

09-01-2024 08:30 - Diminuir a percepção sensorial: sede

09-01-2024 11:30 - Providenciar esponja humedecida com água fria [SOS]

09-01-2024 12:30 - Providenciar lasca de gelo mentolado [SOS]

10-01-2024 09:30 - Providenciar kit de higiene oral com elixir mentolado

09-01-2024 08:45 - Determinar a evolução da sede

09-01-2024 08:30 - Providenciar esponja humedecida com água fria [SOS] [FIM]

09-01-2024 11:30

09-01-2024 08:45 - Avaliar a evolução da sede [SOS]

09-01-2024 11:30

09-01-2024 11:30 - Cliente refere sede intensa

09-01-2024 11:30 - Lábios ressequidos

09-01-2024 11:30 - Mucosa oral seca

09-01-2024 12:30

09-01-2024 12:30 - Cliente manifesta vontade de beber água

09-01-2024 12:30 - Saliva grossa

09-01-2024 12:30 - Cliente manifesta sede moderada

10-01-2024 09:30

10-01-2024 09:30 - Cliente manifesta "mau gosto" na boca

10-01-2024 09:30 - Cliente manifesta sede moderada

10-01-2024 09:30 - Mucosa oral seca

4.7. Especificação das intervenções

Executar terapia compressiva através de dispositivo vasopneumático

- Selecionar o tamanho de meia adequado à estatura do cliente
- Aplicar as meias no cliente
- Conectar as meias e ligar o dispositivo vasopneumático

Manter temperatura corporal

- Iniciar pré-aquecimento 10/15min antes da indução anestésica
- Minimizar exposição corporal
- Controlar a temperatura ambiente

Inserir cateter urinário

- Cumprir a técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical
- Cumprir a técnica asséptica no procedimento de conexão ao sistema de drenagem

Instruir a trocar saco de ileostomia

- Seguir a especificação das intervenções associadas à troca da placa de ileostomia.
- Instruir o cliente a contrair a musculatura abdominal para facilitar a adaptação do saco à placa de ileostomia.
- Instruir o cliente a puxar ligeiramente o saco para confirmar a correta adaptação à placa de ileostomia.
- Instruir o cliente a lavar as mãos no final do procedimento.

Ensinar sobre acesso a dispositivos

- Ensinar ao cliente que pode adquirir o material, produtos e acessórios de Ostomia em farmácias e parafarmácias
- Ensinar ao cliente que determinados materiais, produtos e acessórios de ostomia (incluindo saco, placa e spray de proteção cutânea) são compartilhados a 100%, com prescrição médica.

Instruir a trocar placa de ostomia

- Instruir o cliente a providenciar antecipadamente o material necessário (Saco e placa de ileostomia, película de proteção cutânea (SOS), tesoura curva e luvas limpas).
- Instruir o cliente a recortar a placa de ileostomia, recorrendo a modelo de diâmetro do estoma.
- Instruir o cliente a suavizar bordos do recorte com os dedos.
- Instruir o cliente a verificar que a placa recortada se adequa ao estoma (1-2mm de espaço entre o estoma e os bordos).
- Instruir o cliente a colar e pressionar a placa siliconada, para aderir à pele, contraindo a musculatura abdominal para facilitar o procedimento.
- Instruir o cliente a confirmar a selagem da placa.
- Instruir o cliente a lavar as mãos no final do procedimento.

Ensinar sobre ileostomia

- Ensinar que o estoma é uma membrana mucosa, que deve ter cor rosada/avermelhada e aspeto húmido e brilhante.
- Ensinar que o edema pós-operatório do estoma diminui com o tempo.
- Ensinar que, na limpeza do estoma, a fricção pode causar discreta perda sanguínea, que deve cessar espontaneamente.
- Ensinar sinais de complicações que justificam observação por um profissional de saúde: separação mucocutânea, isquemia, necrose, prolapso ou estenose.
- Ensinar que o efluente da ileostomia são fezes formadas no intestino delgado, semilíquidas ou pastosas e ácidas.
- Ensinar que, pelas características do efluente, podem surgir quadros de desidratação e que o cliente deve estar atento a sinais que sinalizem este quadro (ex: boca sede, sonolência, diminuição da diurese, tonturas, tonturas,...)

Instruir cuidados à ileostomia

- Instruir o cliente a reunir o material antes de executar cuidados à ileostomia (saco e placa para ostomia, película de proteção cutânea (SOS), tesoura de ponta curva, papel higiénico, esponja macia, água e sabão neutro e luvas limpas).
- Instruir o cliente a descolar o saco e placa de cima para baixo, para evitar extravasamento (com uma mão descolar cuidadosamente a placa e com a outra segurar a pele em redor do estoma).
- Instruir o cliente a lavar o estoma e pele periestomal com água e sabão neutro, secando sem friccionar.
- Ensinar que não devem ser usadas toalhetas com álcool na limpeza do estoma ou pele periestomal.
- Instruir o cliente a aplicar a película de proteção cutânea em spray na pele periestomal, caso se apresente ruborizada ou macerada
- Ensinar que deve aproveitar a circunstância dos cuidados à ileostomia para inspecionar o estoma e pele periestomal.

Ensinar sobre autovigilância da pele peri-ileostomia

- Ensinar que é importante vigiar a pele periestomal para prevenir complicações.
- Ensinar que a maceração da pele periestomal decorre do contacto do efluente com a pele.
- Ensinar que o momento da substituição da placa constitui uma oportunidade para vigiar a pele periestomal.
- Ensinar sinais de complicações que justificam observação por um profissional de saúde, como o eritema exacerbado ou solução de continuidade da pele.

Ensinar sobre vestuário face ao estoma

- Ensinar que o saco de ileostomia (opaco) deve ser impermeável e ter peça de carvão ativado para neutralizar o odor.
- Ensinar que deve otimizar o saco de ileostomia antes de vestir a sua roupa habitual.
- Ensinar que o saco de ileostomia não deve ficar pressionado pela roupa, para evitar abertura accidental.
- Ensinar que o saco de ileostomia não deve ficar por fora das calças, para evitar abertura accidental.

4.8. Síntese relativa ao caso

Neste caso clínico em particular, importa refletir acerca dos fatores inerentes ao cliente, que podem ser facilitadores de uma **transição saudável**. Assim, o facto do pai do cliente ser colostomizado e estar consciencializado e adaptado a esta condição, é um fator facilitador da transição, na medida em que a perceção de auto-eficácia está impulsionada pela intuição do cliente, de que também será capaz. Ter observado o pai a executar cuidados ao estoma e, pontualmente, tê-lo assistido nesse autocuidado, constituem fatores facilitadores pela preparação e conhecimento prévios. Além disso, um significado não dificultador é atribuído à presença da ileostomia, na medida em que o estoma de eliminação é percecionado pelo cliente

como parte do processo para a resolução de um problema maior e para a cura. A nível profissional, ser proprietário de uma empresa permite-lhe uma flexibilidade nos horários que, aleado a um bom status socioeconómico, constitui um elemento facilitador da transição.

Este cliente beneficiou de uma consulta de Enfermagem pré-operatória que pode impactar no cumprimento das recomendações e na aquisição do conhecimento necessário para otimizar o processo de transição. Apesar do contacto com este cliente ter ocorrido no momento da admissão ao bloco operatório, percebe-se que esta consulta pré-operatória foi positiva e facilitadora do processo de transição, com particular impacto no período pós-operatório. Assim, o enfermeiro não executa apenas procedimentos técnicos, mas desempenha um papel crucial na facilitação da adaptação à nova condição, dotando o cliente da preparação e conhecimento e das habilidades necessárias para uma transição saudável. O acompanhamento dos clientes desde o pré-operatório, com a marcação do local do estoma, até ao pós-operatório, certamente será tradutor de ganhos em saúde, quando realizado por um enfermeiro de referência. Bird et al. (2019), reiteram que a intervenção nos cuidados ao estoma de eliminação deve ser iniciada no pré-operatório, com um enfermeiro com competência acrescida em estomaterapia, sendo este contacto a primeira oportunidade para abordar questões relativas ao estoma, aquisição de produtos, dieta e sexualidade. Os mesmos autores referem que a abordagem deve ser retomada no primeiro dia pós-operatório, para validar os tópicos abordados na consulta pré-operatória e identificar possíveis bloqueios como a dor, ansiedade ou significado dificultador, face aos cuidados à ostomia, validando a percepção de autoeficácia do cliente, na medida em que esta influencia positivamente o desempenho.

Neste caso clínico, saliento ainda a relevância atribuída ao **objetivo de diminuir a percepção sensorial de sede**, desde o primeiro contacto com o cliente, que aqui acontece no momento da admissão ao bloco operatório. O cliente é admitido sem soroterapia em curso, com doze horas de jejum e sinais evidentes de secura da mucosa oral. Apenas quando questionado manifesta o desconforto associado à sensação de sede, que caracteriza como intenso. Refere que “tem de ser assim” o que demonstra que, culturalmente, os clientes em situação perioperatória assumem esse desconforto como uma necessidade ou condição necessária para a ocorrência do procedimento invasivo (Maldonado et al., 2020). A secura intensa na mucosa oral era tão marcada que se traduziu num certo grau de dificuldade em deslizar a lâmina do laringoscópio pela mucosa oral, no momento da entubação orotraqueal. No contexto de unidade de recobro pós-anestésico, a reação deste cliente, que manifesta sede, ao receber uma lasca de gelo mentolado, revela-se surpreendente e esclarecedora. A sensação refrescante e revigorante do mentol é percebida como atenuante da sede, com reflexo imediato na expressão facial do cliente. É visível a diminuição do desconforto, com uma resposta quase instantânea à intervenção de enfermagem. A surpresa surge não apenas da eficácia do alívio proporcionado, mas também da singular combinação de frescura e aroma do mentol, contribuindo para um ambiente de cuidado mais agradável, promotor de uma recuperação serena e confortável no período pós-anestésico.

Uma revisão sistemática e metanálise de 2023, desenvolvida por Tsai et al., corrobora esta resposta do cliente ao demonstrar que estímulos orais frios são eficazes na diminuição da sede pós-operatória, pela estimulação do recetor de frio presente na boca. Este recetor, identificado como Potencial Transiente do Receptor Melastatina 8 (TRPM8), é também estimulado pelo mentol sendo que, apesar de muito antiga a descrição da sensação de frio induzida pelo mentol,

só mais recentemente este local molecular de ação para o mentol foi descoberto (Eccles et al., 2013).

É interessante perceber que os conceitos de refrescância, frescura e saciedade da sede podem estar intimamente ligados. Assim, substâncias refrescantes são percebidas como agradáveis e prazerosas porque aliviam sensações desagradáveis de secura. Isto está de acordo com o conceito de aliestesia, onde a agradabilidade é potenciada pelo alívio das necessidades fisiológicas. Por outras palavras, muito do prazer experimentado na ingestão de uma bebida refrescante resulta, provavelmente, do alívio dos sintomas psicofisiológicos e da subsequente satisfação (Labbe et al., 2009).

Importa, ainda, refletir acerca da relevância de manter a sede como foco de atenção do cliente, no pós-operatório, uma vez que a confecção da ileostomia tem implícita a possibilidade de ocorrência de quadros de desidratação por débito elevado (Pan et al., 2016).

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O exercício profissional do Enfermeiro é dirigido à pessoa saudável ou doente e aos grupos sociais em que está inserida e encontra-se alicerçado num quadro de referência que tem por base vários documentos, tais como o Código Deontológico do Enfermeiro, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e o Regulamento das competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista.

O estatuto da ordem dos enfermeiros permite a atribuição do título de enfermeiro especialista àquele enfermeiro a quem se reconhecem competências científicas, técnicas e humanas, para a prestação de cuidados diferenciados na área de especialização a que o título se refere. Concomitantemente, o enfermeiro especialista numa determinada área, deve partilhar um conjunto de competências comuns, que são transversais a todos os colégios de especialidade e que constam do Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República.

Releva, por conseguinte, uma breve abordagem à definição de competências e suas dimensões. Segundo Le Boterf (2006), a competência pode ser definida como a capacidade de um profissional mobilizar e combinar eficazmente os seus recursos pessoais (conhecimentos, habilidades, capacidades cognitivas, emocionais e comportamentais), com os recursos externos disponíveis (como bases de dados ou manuais de instruções), atuando de forma pertinente em determinada situação laboral. Assim, é a capacidade de realizar tarefas de forma eficaz, demonstrando o conhecimento, a habilidade e a atitude necessárias para alcançar os objetivos propostos. A competência não se resume apenas ao que o profissional sabe, mas também à forma como ele aplica esse conhecimento na prática, obtendo resultados satisfatórios. Acrescenta ainda a capacidade de refletir sobre as próprias ações, aprendendo com as experiências e otimizando continuamente as suas práticas profissionais. O profissional competente demonstra-o, através da ação. Não realiza apenas ações isoladas, mas sabe articular as sequências de ações, objetivando alcançar um objetivo que considere pertinente.

Segundo o mesmo autor, as competências profissionais englobam três dimensões essenciais: o conhecimento, a capacidade e a reflexividade/atitude. O conhecimento refere-se ao conjunto de informações e saberes que um profissional possui e utiliza no desempenho das suas funções. A capacidade reporta à habilidade prática e técnica para aplicar esse conhecimento de forma eficaz. Por fim, a reflexividade/atitude, é a dimensão do distanciamento em relação às dimensões anteriores. Traduz a capacidade de refletir sobre as ações realizadas, aprender com as experiências e ter uma postura proativa e adaptável, perante os desafios do ambiente de trabalho. Estas três dimensões são fundamentais para o desenvolvimento e demonstração da competência profissional.

Ao longo do presente relatório é efetuada uma reflexão e análise crítica acerca do cumprimento dos objetivos delineados no projeto de estágio. A concretização destes objetivos, a par de novas e inesperadas oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento profissional, que surgiram

no decorrer do estágio, permitiram a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. De forma dinâmica, as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista foram sendo adquiridas em cada interação e decisão. Assim, as competências adquiridas serão explanadas de forma integrada, ao longo do relatório, entendendo que algumas das atividades desenvolvidas podem responder em simultâneo à aquisição de várias competências.

No escrutínio da descrição das competências adquiridas, serão realçados os aspetos mais significativos, considerando a experiência prévia de sete anos em contexto de bloco operatório Central.

As **competências comuns** são aquelas 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, acrescentando suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140/2019, 2019). Estas assentam em quatro domínios de competência: **responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.**

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A ação profissional dos enfermeiros deve estar em conformidade com princípios éticos, legais e deontológicos. Assim, o código deontológico é um alicerce da profissão e aferidor do seu exercício, orientando a prática profissional, no respeito pela autonomia e dignidade humana (OE, 2015). No processo diário de tomada de decisão, o enfermeiro deve respeitar princípios éticos essenciais como o da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, entendendo que nenhum destes princípios tem caráter absoluto ou prioritário em relação aos outros (Beauchamp & Childress, 2013).

No decorrer do estágio de natureza profissional, emergiram reflexões éticas e legais que constituem um contributo para o desenvolvimento de competências deste domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, em particular no contexto de bloco operatório central.

O momento da admissão do cliente no bloco operatório acompanha um conjunto de validações que procuram garantir a preparação e a segurança do procedimento cirúrgico. No decurso do estágio clínico, da observação atenta e reflexão crítica acerca deste “momento”, surgiram questionamentos sobre a forma como é estruturada a admissão dos clientes, particularmente no primeiro tempo cirúrgico da manhã, em que vários clientes se reúnem, em simultâneo, no local de admissão ao bloco operatório. Relevam questões éticas importantes quando esta organização pode contribuir para a exposição de informação sensível, perante outros clientes.

A alteração da dinâmica de serviço, associada à metodologia *Kaizen*, enunciada na descrição do modelo de organização do campo de estágio, permitiu agilizar a transferência dos clientes da enfermaria para o bloco operatório, na medida em que esta transferência é realizada com o cliente em cadeira de rodas, acompanhado por um assistente operacional. Não obstante as

vantagens inequívocas, assiste-se a uma certa tendência para “agrupar” os clientes que chegam ao bloco operatório, de tal forma que se torna extremamente difícil preservar a privacidade e confidencialidade de dados sensíveis.

A relevância destas questões éticas e legais é tão premente que motivou um grupo de enfermeiros do serviço a realizar um projeto de melhoria contínua com o propósito de otimizar este momento. A estratégia adotada passou, numa primeira fase, pela sensibilização da equipa para a problemática, através da realização de uma formação em serviço, onde foram expostas as fragilidades do momento da admissão dos clientes no BOC e apresentadas propostas de melhoria. Nesta continuidade, foi apresentado o projeto que preconiza a instalação de calhas para colocação de cortinas, por forma a individualizar e conferir privacidade ao cliente, no momento da admissão. Esta estratégia simples e de baixo custo ambiciona promover o cumprimento destas exigências éticas e legais.

Assim, conforme estabelecido pelo Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) em Portugal, os clientes possuem direitos fundamentais à privacidade e proteção dos seus dados pessoais, incluindo informações médicas e de saúde. Os dados de saúde integram as categorias especiais de dados, nos termos do artigo 9 do RGPD, e estão sujeitos a um regime especial de proteção. A necessidade de proteção destes dados impõe a adoção de adequadas medidas de segurança. Em consonância com este princípio, durante todos os momentos da prestação de cuidados, os profissionais de saúde devem assegurar o tratamento confidencial dos dados sensíveis, partilhados apenas com os membros da equipa diretamente envolvidos no cuidado ao cliente.

A prática de expor questões pessoais perante outros clientes pode, de forma direta, comprometer o direito à privacidade de dados, diminuindo a confiança e o respeito pela instituição de saúde. Neste sentido, é essencial que ao conduzir a admissão do cliente no bloco operatório, os enfermeiros adotem uma abordagem cautelosa e diligente na proteção da privacidade e garantia da segurança e integridade dos dados pessoais, em consonância com os mais elevados padrões profissionais e regulatórios em vigor. Isso implica garantir que todas as interações sensíveis sejam realizadas num ambiente privado e controlado, como por exemplo a sala de operações, minimizando qualquer risco de exposição ou constrangimento para o cliente. Adicionalmente, é fundamental que os profissionais estejam devidamente informados e atualizados sobre as diretrizes e políticas institucionais relacionadas com a proteção de dados e privacidade do cliente. Desta forma, todas as práticas estarão em estrita conformidade com os requisitos legais e éticos, promovendo um ambiente de cuidado seguro e com respeito por todos os envolvidos.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade, existe também um conjunto de competências de responsabilidade comum aos enfermeiros especialistas.

O conceito de qualidade em saúde é indissociável da tríade de Donabedian que assenta na interação das categorias: estrutura, processo e resultado (Donabedian, 2003). Segundo o mesmo autor, para medir e melhorar a qualidade não devem ser considerados, como foco, apenas os resultados, mas antes uma interação entre esta cadeia de categorias. A qualidade em

saúde está relacionada com a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos, garantindo que os recursos, práticas e resultados contribuem para a melhoria da qualidade e satisfação dos clientes.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020), os serviços de saúde de qualidade devem ser eficazes, seguros, oportunos, centrados nas pessoas, equitativos, integrados e eficientes. Assim, as instituições de saúde priorizam cada vez mais a definição e validação de indicadores que contribuam, não só para uma gestão eficiente dos contextos, mas principalmente para a melhoria da qualidade.

A temática da qualidade em saúde, no particular da ação profissional do enfermeiro, implica a quantificação do seu valor, a existência de uma métrica que permita objetivar e partilhar resultados. A construção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, cumpre este requisito e instiga a melhoria da prática e a obtenção de ganhos em saúde da população. O desafio da construção destes indicadores passa por desenvolver estratégias que otimizem a recolha sistemática dos dados, entendendo que a qualidade, para ser significativa, deve ser pensada, planeada e gerida dentro das instituições, envolvendo um conjunto integrado de ações e compromissos ao longo do tempo (Machado, 2013).

Como contributo para a aquisição e desenvolvimento de competências, neste domínio, foi realizada uma proposta de projeto de melhoria contínua da qualidade, na área do desenvolvimento profissional, desenhado, estruturado e apresentado no decorrer do estágio. Ao projeto foi atribuído um nome: “Vinte Minutos de Anestesia para Enfermeiros”, procurando que este transmitisse a essência do projeto e despertasse o interesse e a curiosidade dos enfermeiros. A promoção de ambientes de prática de enfermagem positivos deve ser encarada como um investimento produtivo para as instituições de saúde, permitindo melhores outcomes assistenciais (Moreira et al., 2023; Anunciada et al., 2021). Neste contexto, a formação contínua dos enfermeiros assume-se como um contributo major para a construção de ambientes de prática positivos, entendendo que o conhecimento teórico-prático dos enfermeiros é proporcional à eficácia e eficiência no desempenho das suas funções. Perante o afirmado, foi desenvolvido este projeto de melhoria contínua da qualidade na área do desenvolvimento profissional, em contexto de BOC, destinado a enfermeiros a exercer funções na área da anestesia. O projeto tem como principais objetivos a promoção do desenvolvimento profissional dos enfermeiros na área de anestesia e a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, tendo em vista a construção de ambientes de prática de enfermagem positivos, promotores da aquisição de novas competências. Seguramente, a inovação intrínseca ao processo de melhoria contínua da qualidade exige a transformação de conhecimentos em competências, e pressupõe que esta transformação acrescente valor aos indivíduos e à organização (Machado, 2013).

Como metodologia de projeto foi realizado, numa primeira fase, o diagnóstico das necessidades formativas dos enfermeiros na área da anestesia, através da técnica de *brainstorming*. Este diagnóstico baseia-se no pressuposto de que a formação em serviço está ancorada no conceito de melhoria contínua dos profissionais, a partir das necessidades com que estes se deparam no seu dia-a-dia profissional (Machado, 2013).

Seguidamente, foi definida a realização de um curso constituído por seis sessões de formação com periodicidade mensal, a envolver os enfermeiros do serviço enquanto formadores e formandos. Por último, está prevista a avaliação do projeto, através de questionários dirigidos

aos formandos e processos de auditoria. Prevê-se a exposição dos resultados através da inferência de indicadores de qualidade como a “taxa de frequência dos enfermeiros na área de anestesia, em cada sessão formativa, “taxa de satisfação dos formandos em relação aos conteúdos de cada sessão formativa e “taxa de adesão a práticas seguras”. Estes indicadores perspetivam uma visão abrangente do impacto do projeto, desde a participação e satisfação até às mudanças incutidas na prática, com repercussão na segurança do cliente e cultura organizacional.

Este projeto, que se encontra na fase final de implementação, permitiu, até ao momento, verificar que o facto de o acesso às sessões formativas decorrer em ambiente de trabalho e em horário laboral, tornou o processo de formação mais acessível a todos os profissionais, garantindo uma cultura de aprendizagem contínua. A diversidade de experiências, o envolvimento e o compromisso, têm resultado em soluções mais criativas, seguras e aceites por toda a equipa, evidenciando-se já na prática clínica a uniformização de procedimentos que promovem a segurança e um ambiente de trabalho mais favorável. Assim, a implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade, baseados na promoção do desenvolvimento profissional das equipas, tendo por base o contributo do conhecimento e da expertise clínica dos enfermeiros, faz-nos assumir que os contextos e os profissionais têm de priorizar estas atividades por forma a estimular ambientes da prática de enfermagem positivos. Efetivamente, compete às organizações e serviços de saúde proporcionar estratégias de formação em serviço promotoras do desenvolvimento profissional dos enfermeiros e da qualidade dos cuidados (Ferreira, 2023).

Procurando garantir um ambiente terapêutico e seguro, desenvolvendo práticas de qualidade, foi realizada uma ação de formação no contexto do estágio clínico, inserida no projeto formativo dos “Vinte Minutos de Anestesia para Enfermeiros”, alusiva à temática da “prevenção de lesões oculares no cliente em situação perioperatória”.

De facto, o cliente em situação perioperatória, submetido a anestesia geral, não tem assegurados os mecanismos fisiológicos e físicos de proteção ocular, ficando predisposto a lesões oculares. A inexistência de procedimentos normativos atualizados, que uniformizem e orientem a prática, pode comprometer a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim, foi desenvolvida esta atividade formativa no sentido de adequar os recursos existentes às necessidades dos cuidados, procurando normalizar procedimentos, tendo em conta a evidência científica mais atual.

Destaca-se a importância da proteção ocular no cliente submetido a anestesia geral, como intervenção essencial para a prevenção de complicações evitáveis, salientando que a formação dos enfermeiros pode ter um impacto significativo na redução da morbilidade ocular grave, ao garantir a implementação eficaz dos métodos de proteção ocular (Prakash, 2013).

Ainda no âmbito desta competência do domínio da melhoria contínua da qualidade, foi realizada a atualização da norma institucional relativa à “Normotermia perioperatória”, tendo em conta os requisitos institucionais do gabinete de qualidade. Esta norma atualizada está em fase de aprovação pelo enfermeiro gestor do serviço de BOC e direção de enfermagem, para posterior publicação institucional.

A revisão de normas e diretrizes institucionais tem o propósito de garantir o seu alinhamento com a evidência científica atual e com as necessidades e objetivos específicos da população alvo. Este processo de revisão e atualização é essencial para impulsionar a qualidade e a

segurança dos serviços de saúde. Permite identificar lacunas ou áreas de oportunidade para aprimorar e padronizar procedimentos e políticas institucionais, resultando numa prestação de serviços mais eficiente, segura e centrada no cliente.

A revisão desta norma consubstancia um contributo para o programa de acreditação da instituição, o Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS).

A CHKS é uma entidade independente, que supervisiona e atribui acreditação a instituições de saúde em todo o mundo, perseguindo padrões de qualidade, apoiados nas melhores práticas internacionais. Representa um selo de garantia de qualidade institucional, ao definir uma estrutura de normas que, implementadas, garantem a prestação de serviços de elevada qualidade.

O objetivo deste programa de acreditação internacional para instituições de saúde baseia-se em padrões de qualidade, liderança, gestão e cultura organizacional, normas corporativas, gestão de risco e segurança, atenção centrada no cliente e gestão de serviços e ambiente.

O CHKS não só reconhece as organizações de saúde que alcançam os mais elevados padrões de desempenho, mas também proporciona orientação e suporte na identificação de áreas de melhoria e na implementação práticas otimizadas.

Competências do domínio da gestão de cuidados.

É no exercício da ação profissional especializada que cabem as competências relativas à gestão dos cuidados. O sucesso das organizações está alinhado com os processos de liderança sendo que, segundo a OMS (2020), os enfermeiros gestores constituem a maior força de trabalho nas organizações de saúde, exercendo um papel determinante na gestão da mudança, promovendo a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados. Também a Ordem dos Enfermeiros reconhece os enfermeiros gestores como agentes de mudança, que acrescentam valor à profissão e às organizações (Regulamento nº76/2018, 2018).

Neste domínio de intervenção, relevo a experiência e competências adquiridas no decurso do estágio de natureza profissional, no acompanhamento do exercício de funções de coordenação, na área de anestesia. Esta experiência proporcionou uma valiosa compreensão sobre gestão de recursos e coordenação de diferentes atividades perioperatórias. Sair do contexto de sala de operações, que constitui o meu local de trabalho habitual, e experienciar o exercício de funções de coordenação, permitiu ter uma visão mais abrangente da dinâmica de serviço e uma melhor compreensão sobre as estratégias de gestão adotadas.

Observando a minha tutora no exercício de funções, constatei a importância da comunicação eficaz entre as diferentes equipas envolvidas no processo cirúrgico. Aprendi como antecipar as necessidades da equipa e coordenar esforços, por forma a garantir a qualidade e segurança da prática clínica.

Experienciar funções de coordenação, permitiu refinar habilidades organizacionais e compreender a importância da gestão, no desempenho profissional dos enfermeiros. De facto, os enfermeiros gestores assumem um papel crucial na organização do trabalho e na promoção de atitudes positivas e favoráveis. Impulsionam a participação ativa e flexível dos colaboradores, inculcando responsabilidade e autonomia no processo de tomada de decisão e no desenvolvimento pessoal e profissional, o que confere efeitos positivos na prestação de

cuidados (Leal et al., 2019).

A experiência profissional de mais de 40 anos em contexto perioperatório e o conhecimento formal da tutora, foram um contributo inequívoco para o meu desenvolvimento profissional, acrescentando competências e capacidades como futura enfermeira especialista. Assim, o estágio de natureza profissional fomentou o desenvolvimento de competências de liderança, essenciais em emergências, e que são frequentes em contexto de bloco operatório. Desta forma, sinto-me mais empoderada e capaz para tomar decisões rápidas e eficazes, garantindo a segurança do cliente e o sucesso dos procedimentos. Para isto, contribuiu também a realização do curso de Suporte Imediato de Vida que apesar de acontecer no *timing* imediatamente anterior ao período de estágio, permitiu treinar estratégias de liderança em situações de emergência, enfatizando o papel fulcral que um líder incute no desenrolar de uma situação urgente/emergente.

No âmbito da gestão de cuidados, sublinho ainda a importância do papel do enfermeiro gestor no processo de monitorização e implementação de estratégias para otimizar o *turnover* cirúrgico, procurando melhorar a eficiência e elevar padrões de qualidade e segurança, ao mitigar o tempo de exposição a potenciais riscos. Para alcançar este propósito, o enfermeiro gestor recorreu a várias estratégias, que passaram por melhorar métodos de comunicação e coordenação entre a equipa multidisciplinar, antecipar necessidades, dando ênfase ao planeamento cirúrgico, bem como atuar de forma rápida e eficaz na identificação e resolução de problemas ou adversidades. Acompanhar estas dinâmicas permitiu compreender o papel do enfermeiro gestor, quando se pretendem implementar mudanças de comportamentos, atitudes e procedimentos, nas equipas. A resistência à mudança é inúmeras vezes uma dificuldade, mas um líder assertivo e perseverante, que comunica com a equipa os resultados obtidos ao longo do processo, terá seguramente maior probabilidade de sucesso na sua intervenção. O enfermeiro a desempenhar funções de gestão, tende a intervir em função de metas institucionais e na resolução de problemas de outros profissionais, que nem sempre respondem às necessidades dos indivíduos. Assim, importa uma participação e aprendizagem coletiva das equipas, com partilha de experiências e perspetivas, para que as decisões considerem os vários intervenientes, de tal forma que estes se sintam incluídos e responsáveis pelas suas ações e decisões (Leal et al., 2019).

Na sua ação profissional, ao interagir com o cliente e ao assumir o compromisso profissional, o enfermeiro decide e intervém na prestação de cuidados e/ou na gestão de uma equipa de trabalho. A tomada de decisão revela-se um processo complexo, influenciado por fatores que podem ser de natureza individual ou externa/organizacional. Neste particular, destaca-se a influência do enfermeiro gestor ou líder na equipa de trabalho e na prestação de cuidados. A responsabilidade e a autonomia ganham destaque no processo de decisão do enfermeiro, que integra os seus conhecimentos e experiência, considerando igualmente o ambiente organizacional. Assim, é fundamental a consciencialização das realidades e o compromisso de cooperação e apoio entre os enfermeiros, equipas de trabalho e organizações, visando o incremento da qualidade dos cuidados prestados (Lourenço et al., 2022).

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O enfermeiro especialista procura alicerçar a sua ação profissional na evidência científica mais válida e atual. Tem a responsabilidade de fundamentar a prática com evidência, partilhando conhecimentos que promovam a qualidade e segurança nos cuidados. Mas na intersecção entre a evidência e a prática, onde reside a influência da experiência profissional do enfermeiro? Neste particular, destaco o artigo desenvolvido por Queirós (2018), que imprime uma reflexão acerca da mudança de paradigma entre a prática baseada em evidência e a prática baseada em valor. Segundo o mesmo autor, enquanto a prática baseada em evidência se concentra na utilização de evidências científicas para orientar a ação profissional dos enfermeiros, a prática baseada em valor acrescenta ao conhecimento científico valores que beneficiam da sensibilidade, da experiência, intuição e reflexão, expressas em capacidades individuais, não esquecendo o conhecimento e a interação com o meio e as circunstâncias. No processo de tomada de decisão, os enfermeiros mobilizam conhecimentos que têm diversas origens. Decidem com base na evidência, mas também na tradição, “peneirada” pelas melhores opções selecionadas ao longo do tempo e mais ainda com base na experiência. Faz sentido que os enfermeiros reflitam acerca desta dialética entre a valorização da prática baseada em evidência, numa racionalidade técnica, ou a valorização da prática baseada em valores, numa racionalidade prático-reflexiva (Queirós, 2018).

No seguimento desta reflexão, considero que a imersão nos contextos de estágio foi marcada por experiências fundamentais, cada uma moldando e enriquecendo distintos aspetos da minha formação profissional, entendendo que a diversidade de experiências é essencial para a construção de uma prática de enfermagem robusta e significativa.

Sob uma orientação perspicaz, fui ainda aprimorando técnicas de investigação e despertando um interesse mais profundo por esta área, como contributo inequívoco para o desenvolvimento profissional.

A mobilização e integração do conhecimento adquirido ao longo dos anos, em contexto de bloco operatório, com as aprendizagens adquiridas neste percurso de mestrado, contribuíram para o desenvolvimento deste domínio de competências.

Neste âmbito, importa realçar algumas das atividades que foram desenvolvidas no decorrer do estágio clínico, que são promotoras da aquisição desta competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, considerando que a partilha de conhecimento é fundamental para o desenvolvimento da profissão.

Assim, a temática da “Prevenção de lesões oculares no cliente em situação perioperatória”, foi apresentada como comunicação livre no “Congresso de Enfermagem Perioperatória do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, em novembro de 2023. Fui coautora neste trabalho que mereceu o reconhecimento do primeiro prémio, pela comissão científica do evento.

O projeto de melhoria contínua da qualidade: “Vinte Minutos de Anestesia para Enfermeiros” foi apresentado nas “I Jornadas Internacionais da Associação para a Promoção de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos”, como relato de boa prática, em novembro de 2023.

No âmbito deste projeto, foram realizadas três ações de formação no contexto de estágio, a primeira para apresentação do projeto à equipa, a segunda subordinada ao tema das “Práticas seguras na administração de injetáveis” e a terceira respondeu à temática da “Prevenção de lesões oculares no cliente em situação perioperatória”.

Como resultado de uma revisão da literatura, fui coautora na elaboração de um póster, apresentado nas “VI Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria”, subordinado ao tema:

“Indicadores de qualidade em Enfermagem Perioperatória”, em novembro de 2023.

Outra apresentação foi realizada no “NursID Spring School 2023”, onde foi apresentado o painel subordinado ao tema da “Autogestão da Dor em Cirurgia de Ambulatório”, em maio de 2023.

No âmbito de um projeto de serviço, associado à unidade de investigação, colaborei para as “I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia”, como palestrante, abordando a temática dos “Contributos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, para o desenvolvimento profissional”, em fevereiro de 2024. Nestas mesmas jornadas, fui coautora do trabalho apresentado em comunicação livre, subordinado ao tema “Uso de aplicações móveis e autogestão de sintomas da pessoa em situação perioperatória, uma revisão integrativa”, ao qual foi atribuída menção honrosa, pela comissão científica do evento.

Alicerçando os processos de tomada de decisão e as intervenções de enfermagem, em conhecimento válido, atual e pertinente, as ações de formação desenvolvidas no decorrer do estágio assumem um papel facilitador nos processos de aprendizagem, tendo por base a investigação da melhor evidência.

Além destas comunicações, palestras, pósteres e formações em serviço, procurei a atualização e partilha de conhecimento participando, ao longo deste percurso, em várias atividades formativas, na área do perioperatório. Foram elas:

- “I Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPO Porto – Humanização dos Cuidados em Oncologia”, em abril de 2023.
- “16ª Reunião Nacional da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa”, em maio de 2023.
- XIII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória”, em junho de 2023
- “5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção”, realizado em outubro de 2023.
- “I Seminário de Investigação em Enfermagem”, em novembro de 2023.
- Simpósio: “Aplicações inovadoras da terapia de pressão negativa no tratamento de feridas complexas”, inserido no programa científico das VI Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria, em novembro de 2023.
- “1º encontro sobre Sistemas de Informação em Enfermagem”, em março de 2024.
- “1º congresso de Enfermagem Perioperatória - Hospital da Luz”, em março de 2024.

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Exploradas as competências comuns do enfermeiro especialista, importa escrutinar a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

A pessoa em situação perioperatória é aquela, que ao longo do ciclo de vida, necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, suportando os riscos inerentes e aceitando um estado de vulnerabilidade física e emocional, tendo geralmente a expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou a qualidade de vida (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Consta do mesmo regulamento, que nesta área de especialização, o alvo de intervenção do enfermeiro é a pessoa e família/pessoa significativa, que vivenciam uma experiência cirúrgica/anestésica, objetivando a promoção da saúde, prevenção da ocorrência de eventos adversos e tratamento da doença. São identificadas, no mesmo documento, cinco áreas de atuação, complementares entre si, passíveis de intervenção pelo enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, e que reportam às fases pré, intra e pós-operatória. Representam a consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos.

Atendendo aos riscos associados aos cuidados perioperatórios, releva também a intervenção especializada do enfermeiro nesta área, fundamentada em conhecimento científico e princípios éticos e concentrada na vulnerabilidade da pessoa, garantindo a qualidade e segurança de todo o processo cirúrgico.

Neste alinhamento, segue-se a descrição das atividades desenvolvidas que permitiram a aquisição das competências específicas do “Cuidar da pessoa e família, em situação perioperatória” e “Maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e equipa multidisciplinar”, procurando refletir sobre aspetos específicos das diferentes unidades de competência.

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

No particular da aquisição desta competência, importa salientar a relevância do processo de conceção de cuidados. Assim, a conceção de cuidados inerente aos casos clínicos anteriormente apresentados, impulsiona o pensamento crítico na construção de um plano com intervenções de enfermagem centradas na **capacitação da pessoa para a gestão da experiência cirúrgica**. Desta forma, foram recolhidos dados, identificados os focos de atenção/diagnósticos e elaborado um plano de intervenção em função das necessidades identificadas. Foi desenvolvido um plano de preparação e conhecimento e de instrução e treino, promotor da capacitação dos clientes e da obtenção de melhores resultados em termos de recuperação e gestão da experiência cirúrgica.

No processo de conceção de cuidados, considero relevante destacar a **importância da preparação e conhecimento** dos clientes, em diversas áreas. As intervenções que promovem a literacia, **capacitam os clientes na gestão da experiência cirúrgica**, de tal forma que estes podem ser agentes ativos na vivência do processo cirúrgico. Em simultâneo, prepara os clientes para possíveis alterações induzidas pelo ato cirúrgico e pode constituir um veículo facilitador de uma transição saudável. A reflexão inerente à conceção de cuidados, na construção dos casos clínicos, corrobora esta importância e permitiu desenvolver competências nesta área de intervenção. O desafio da ação profissional do enfermeiro parece residir na determinação do momento próprio para intervir e na definição do tipo de preparação e conhecimento a instituir, em cada momento de intervenção. A individualidade da pessoa humana desafia estas definições, mas é também aqui que o papel do enfermeiro se define e se consolida, na habilidade de realizar um diagnóstico preciso da situação e direcionar a sua intervenção de acordo com a *expertise* e o conhecimento especializado. Partindo deste pressuposto, o enfermeiro procura assegurar que o cliente assimila a informação para o

exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão.

Continuando a reflexão sobre o processo de conceção de cuidados, importa analisar a forma como esta tem representação nos sistemas de informação das instituições. Da análise da parametrização do sistema de informação em uso no BOC e UCPA, onde decorreu o estágio clínico, é reconhecida a sub-representação deste processo. Este aspeto particular é corroborado pela análise da literatura, quando se encontra um reduzido número de publicações que reflitam este processo, nomeadamente na área do perioperatório. Em paralelo, estudos demonstram que, na sua generalidade, os enfermeiros não percecionam como relevante a identificação de diagnósticos de enfermagem no perioperatório, sugerindo a necessidade de intervenção na formação e reflexão sobre esta temática (Junttila et al. 2005). Além disso, a mesma autora alerta para a importância de aprimorar a documentação perioperatória para que esta espelhe, de forma mais fidedigna, o processo de conceção de cuidados (Junttila et al., 2010).

Esta representação é fundamental para o desenvolvimento profissional, melhoria da qualidade e segurança, proteção legal e até representação social dos enfermeiros. A futura incorporação da ontologia de enfermagem no *backend* dos sistemas de informação, tornando os sistemas mais operacionais e interoperáveis, e diminuindo o tempo “consumido” nos registos, poderá traduzir de forma mais rigorosa a conceção de cuidados e assim potenciar o desenvolvimento profissional.

Respondendo à segunda unidade de competência que diz respeito à **promoção de cuidados de qualidade à pessoa em situação perioperatória**, este relatório assume uma importante reflexão acerca da temática da sede, no cliente em situação perioperatória, procurando contribuir para o desenvolvimento profissional e explorando uma área de interesse individual. Concomitantemente, corrobora a aquisição de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que integram as competências comuns do enfermeiro especialista.

O contexto perioperatório abrange inúmeras áreas cirúrgicas, cada uma caracterizada por particularidades e necessidades específicas, com desafios singulares. O Enfermeiro especialista, no processo de cuidar da pessoa em situação perioperatória, deve responder a todas estas necessidades de forma dirigida, eficaz e eficiente. Para tal, urge que o conhecimento acerca das necessidades nas diferentes áreas seja escalpelizado, de tal forma que o domínio deste conhecimento permita a prestação de cuidados mais direcionados às necessidades específicas dos clientes. Nesta lógica, o presente relatório pretende evidenciar a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista na área do perioperatório, tendendo a explorar a área do cliente submetido a **cirurgia do aparelho digestivo** e tendo como **fio condutor a temática da sede**.

Inúmeras vezes a sede é encarada como consequência do procedimento cirúrgico sendo atribuído ao cliente o dever de suportar esse desconforto. A manifestação de sede é, portanto, subvalorizada, subestimada, submensurada e subtratada pelos enfermeiros (Nascimento et al., 2023).

Apesar do cliente em situação perioperatória fazer parte de uma população com grande probabilidade de desenvolver sede, esta não é abordada de forma completa e sistemática. Com grande incidência, mas alto potencial de resolução, a sede deve ser considerada, sendo que as intervenções de enfermagem associadas são de fácil aplicação e baixo custo. Se uma etiqueta diagnóstica bem definida e estruturada não for incorporada no conjunto terminológico da

profissão, a sede pode ser negligenciada pelo enfermeiro na construção do processo de enfermagem (Nascimento et al., 2021b).

Ao longo de décadas, **o conceito de sede** evoluiu em paralelo com os avanços na compreensão da fisiologia humana e foi desaparecendo das classificações de enfermagem, enquanto diagnóstico, pelo que impera uma **resenha histórica** acerca da evolução do conceito.

A sede fisiológica é uma resposta à necessidade de água, mas os humanos, ao contrário de outros vertebrados, também respondem a diversos sinais não fisiológicos, como rituais sociais, hábitos/costumes, condições patológicas, xerostomia ou ingestão de alimentos. Esses sinais externos coexistem com um sistema complexo de regulação da água corporal (Arai et al., 2013). Na trajetória deste conceito, nota-se particularmente a sua transformação no contexto das classificações de enfermagem, onde já teve uma etiqueta de diagnóstico.

É intrincada a compreensão da sede no cliente em situação perioperatória pois, mesmo com a administração contínua de fluidos intravenosos, é comum a manifestação de sede no pré e pós-operatório. Clientes submetidos a um ato cirúrgico, devido à diversidade de terapêutica e procedimentos inerentes como por exemplo a entubação, apresentam alta probabilidade de sentirem sede (Nascimento et al, 2021). A compreensão cada vez mais profunda da interligação entre os sistemas do corpo humano revela que a sede não é apenas uma consequência da desidratação. A sede depende não só de uma complexa regulação neuronal e hormonal, mas também integra aspetos culturais, emocionais e ambientais (Andriotti et al., 2022; Nascimento et al., 2020). Considerada um sintoma multifatorial, a sede pode ser desencadeada por fatores individuais, emocionais e fisiológicos, pelo tempo de jejum, uso de opióides e anticolinérgicos, entre outros (Pierrotti, 2018).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE), na sua versão Beta 1 de 2005, apresenta o termo “sede”, cuja descrição do conceito a define como um tipo de “perceção, com as seguintes características específicas: sensação de desejo de beber água ou outros líquidos referenciados à boca e à orofaringe com secura das mucosas da boca e orofaringe” (CIFE, 2005). Na versão Beta e Beta 2 da CIFE mantém este enunciado descritivo, sendo que esta definição não especifica as características definidoras da sede (dados).

Tal como as edições anteriores, a última edição da NANDA Internacional 2021-2023, não contempla o diagnóstico de sede. Nesta edição constam dois diagnósticos que podem considerar-se associados a esta condição, sendo eles o Volume de Fluido Deficiente (00027) e o Risco de Boca Seca (00261). O primeiro tem nas suas características definidoras, sinais e sintomas de desidratação, inclusive a sede e o segundo tem a desidratação e stress como fatores de risco, além de algumas condições associadas que podem ser atribuídas ao cliente em situação perioperatória, como a utilização de fármacos, oxigenoterapia e a restrição hídrica (Herdman et al., 2021). Apesar de considerarem alguns aspetos relacionados com a sede, estes diagnósticos não espelham a definição deste conceito cujas características definidoras refletem uma génese multifatorial.

Em 2019, fruto de um protocolo de colaboração estabelecido com a Escola Superior de Enfermagem do Porto, a Ordem dos Enfermeiros aprova uma Ontologia de Enfermagem cuja última atualização data de janeiro de 2024. A aprovação desta ontologia objetiva a formalização do conceito da disciplina, identificação de necessidades de investigação, evoluindo para

sistemas de informação mais dinâmicos e interoperáveis, que auxiliem o processo de concepção de cuidados e permitir a extração automática de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem. Na ontologia de enfermagem, todos os conceitos referentes a diagnósticos e a intervenções estão mapeados para a versão 2019 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e SNOMED CT. Apesar disso, a Sede não é considerada um diagnóstico na Ontologia de Enfermagem, sendo que surge apenas como um dado para a identificação de diagnósticos como a desidratação, a hipertermia ou hiperglicemia. Atualmente, a impossibilidade de documentar a sede nos sistemas de informação, justifica a escassez do seu registo e da prescrição das intervenções de enfermagem associadas.

A reintegração da sede como diagnóstico possibilita e potencia uma documentação mais eficaz e rigorosa. Ao incluir a sede no processo de concepção de cuidados, espera-se que o cliente possa ter a sua sede diagnosticada, usufruindo de intervenções de enfermagem para o alívio da sede aplicadas de forma personalizada, sistemática e padronizada. Esta mudança impacta positivamente a experiência cirúrgica e melhora a qualidade e segurança dos cuidados prestados, ao diminuir o desconforto e otimizar a recuperação do cliente (Nascimento et al., 2023). Concomitantemente, a documentação deste diagnóstico e intervenções de enfermagem inerentes, permite dar visibilidade e monitorizar o impacto desta intervenção autónoma do enfermeiro.

Portanto, um olhar mais intencional sobre a temática da sede contribui para o desenvolvimento desta unidade de competência do cuidar da pessoa em situação perioperatória, aprimorando a monitorização de sinais e sintomas e o desempenho profissional do enfermeiro, com base no conhecimento especializado, evidência científica e experiência profissional.

Após esta resenha histórica sobre a evolução do conceito, importa **clarificar o enunciado diagnóstico proposto de: “percepção sensorial: sede”**.

Esta distinção surge da necessidade de uma compreensão abrangente e holística do fenómeno em questão. A CIPE (2019) define percepção como um “processo do sistema nervoso: registo mental consciente dos estímulos sensoriais; ter a noção de objetos ou de outros dados através dos sentidos” e a sede como um tipo de “percepção: sensação de desejo de beber água ou outros líquidos referenciados à boca e à orofaringe; secura das mucosas da boca e orofaringe”. A etiqueta diagnóstica de “percepção sensorial: sede”, não apenas reconhece a experiência sensorial como um fenómeno complexo e multifacetado, mas também sublinha a influência dos processos cognitivos e emocionais na interpretação dos estímulos sensoriais.

Com efeito, a percepção de um sintoma representa uma alteração na forma como o indivíduo se sente ou comporta e a sua avaliação sofre interferência de fatores ambientais, físicos e emocionais. A percepção do indivíduo que experimenta o sintoma e a forma como o define, deve ser considerada e atendida. Desta forma, um olhar intencional para a sede encoraja o cliente a verbalizar o seu desconforto, confiando que este será avaliado e tratado como algo importante (Pavani et al., 2016).

O cliente em situação perioperatória começa a ter a percepção deste sintoma à medida que recupera a propriocepção e a capacidade de identificar estímulos do meio ambiente, sendo que aspetos culturais, conhecimentos, orientações pré-operatórias ou experiências anteriores, podem influenciar a atitude do cliente perante este desconforto (Conchon et al., 2015). Desta forma, este enunciado diagnóstico, considera não apenas a sensação física/fisiológica de sede,

mas também os aspectos cognitivos e emocionais associados à interpretação desta sensação, o que é coerente com a precisão e rigor inerente ao processo de enunciação do conceito.

Nesta continuidade, entender os **mecanismos fisiológicos da sede** importa para a compreensão deste desconforto que é uma das queixas mais prevalentes e angustiantes, manifestada pelos clientes, em ambientes de saúde (Arai et al., 2014).

A necessidade de beber água é impulsionada pela regulação central da tonicidade extracelular (sede osmótica) e pela necessidade de repor défices hídricos (sede hipovolêmica). O principal determinante da sede osmótica é o sódio. Flutuações osmóticas são detetadas por osmorreceptores no hipotálamo que quando ativados, desencadeiam a libertação de vasopressina (hormona antidiurética), pela neuro-hipófise. Esta hormona atua a nível renal, nos túbulos distais e ductos coletores, aumentando a permeabilidade dessas estruturas e permitindo que maior quantidade de água seja reabsorvida. Desta forma, garante um aumento da concentração da urina, redução no seu volume, e consequente diminuição da osmolaridade sanguínea (Arai et al., 2013).

O limiar de estímulo associado à indução/inibição da produção de vasopressina é definido abaixo do limiar associado à ativação da sensação de sede, o que permite que os seres humanos prossigam as suas atividades diárias sem interrupções contínuas por manifestações de sede. Este limiar osmótico pode variar de pessoa para pessoa, da mesma forma que o envelhecimento pode afetar a resposta à sensação de sede perante o estímulo osmótico ou perda pronunciada de volume (Arai et al., 2013). A idade avançada, em particular, parece ter um efeito atenuante sobre a sensação de sede (Arai et al., 2014).

Não obstante, a regulação da sede não se limita apenas a questões relacionadas com a homeostasia e osmolaridade, mas também envolve sinais antecipatórios provenientes de recetores na boca, garganta e língua (Bichet, 2018). Assim, de forma complementar, os osmorreceptores periféricos ou viscerais, detetados na cavidade orofaríngea, trato gastrointestinal, mesentério esplâncnico e fígado, evidenciam um papel importante na regulação de fluidos. Enquanto a vasopressina é maioritariamente sensível às flutuações na osmolaridade plasmática, recetores orofaríngeos localizados periféricamente, fornecem sinais sensoriais que têm um efeito inibitório nos mecanismos da sede, o que explica a redução da sensação de sede imediatamente após a ingestão hídrica, mesmo antes de qualquer redução na osmolaridade plasmática (Arai et al., 2014).

No que diz respeito aos mecanismos da sede hipovolêmica, relacionados com alterações no volume e pressão intravascular, estes são menos sensíveis que os associados a alterações osmóticas. Hemorragia, vômito, sudorese, diarreia ou diurese intensa, induzem acentuada redução do volume plasmático que provoca a ativação do sistema renina-angiotensina. Essa ativação impulsiona a retenção hídrica e o comportamento de beber. Concomitantemente, esta cascata neuro-hormonal atua em conjunto com o sistema nervoso autónomo para produzir vasoconstrição, e assim conseguir manter uma pressão arterial funcional e adequada, compensando a diminuição do fluxo intravascular (Arai et al., 2013).

Embora profundamente enraizada na fisiologia, a sede é também modelada por fatores sociais, culturais, ambientais, hábitos de vida, boca seca (xerostomia) e pelo próprio processo de saúde-doença (Arai et al., 2013). A integração desses elementos na compreensão da sede revela-se complexa na forma como os indivíduos percebem e respondem à sede. Assim, a ingestão hídrica

pode ser influenciada, por exemplo, pela disponibilidade de água numa determinada região. Em áreas onde a água é escassa, observa-se maior ênfase na conservação deste recurso, impactando diretamente os hábitos de ingestão hídrica. Além disso, fatores emocionais, como o stress ou depressão, podem modular a percepção da sede e, consequentemente, influenciar os padrões de ingestão de líquidos. Fatores ambientais, como uma temperatura fria, parecem também reduzir a sensação de sede, sendo que este declínio poderá resultar na vasoconstrição periférica, mediando um aumento no volume sanguíneo central e estimulação dos recetores de volume central (Kenefick et al., 2004). Estes estímulos externos coexistem com uma complexa rede de sinais transmitidos por neurónios, substâncias humorais e informações sensoriais, todos desempenhando um papel essencial na regulação e manutenção do equilíbrio hídrico no corpo. Segundo Morita et al. (2006), apesar da manifestação de sede ser frequentemente associada à desidratação e hiperosmolaridade, existem condições específicas como a respiração pela boca, alterações malignas do sistema digestivo, distúrbios eletrolíticos ou jejum prolongado, que podem induzir a sede. A Xerostomia, por exemplo, cuja génese é também multifatorial, induzida por stress, entubação orotraqueal ou fármacos anestésicos, apresenta grande relação com a manifestação de sede.

Estudos demonstram que a sede pode impactar de forma negativa a experiência cirúrgica, desde o pré-operatório, quando apesar de manifestarem desejo de beber água, os clientes sentem que os profissionais de saúde não valorizavam este pedido. Os clientes referem que, muitas vezes, as intervenções adotadas pelos profissionais não são eficazes e o stress de sentir sede gera angústia e vontade de agilizar a cirurgia (Silva et al., 2016).

A importância de atribuir à sede uma etiqueta diagnóstica ultrapassa o interesse individual, sendo partilhada pela generalidade dos enfermeiros do contexto de estágio. Esta afirmação é corroborada pelos resultados obtidos a partir de uma abordagem do tipo “focus group”, que procurou explorar a **percepção dos enfermeiros do contexto de estágio sobre a relevância atribuída à sede, no cliente em situação perioperatória**.

A análise de conteúdo da informação daí obtida segue uma das abordagens mais reconhecidas e estruturadas para a análise de conteúdo que é proposta por Laurence Bardin. Esta oferece um conjunto de etapas organizadas que vão desde a pré-análise até a interpretação final dos resultados, permitindo uma análise mais aprofundada e robusta dos significados subjacentes ao conteúdo de um texto. A abordagem de análise de conteúdo de Bardin é composta por etapas sequenciais que envolvem a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a análise e interpretação, e por último a elaboração do relatório onde ficam explanadas as conclusões. Esta abordagem permite categorizar e sistematizar as informações, identificar padrões e tendências e extrair significados relevantes dos dados recolhidos (Bardin, 2013).

A opção pela análise de conteúdo segundo Bardin visa proporcionar uma análise rigorosa e estruturada das respostas obtidas durante o focus group, permitindo agrupar e interpretar de forma sistemática as temáticas, categorias e unidades de registo destacadas. Desta forma, pretende-se garantir a validade, consistência e profundidade da análise realizada, contribuindo para uma compreensão mais enriquecedora e alicerçada do fenómeno estudado.

Após a análise de conteúdo das respostas dos participantes emergem as **principais categorias e unidades de registo associados a cada temática**.

A primeira temática, que reporta aos sinais e sintomas da sede, como foco de atenção do

enfermeiro, reuniu duas categorias: os dados (sinais e sintomas) que reportam ao diagnóstico de Sede e os fatores que influenciam a sede.

Como unidades de registo da primeira categoria foram identificados os lábios secos, língua ressequida, dificuldade em articular as palavras, halitose, baixo débito urinário, urina concentrada e cliente que refere sede. Nos fatores que influenciam a sede temos como unidades de registo o estado nutricional, ansiedade, restrição hídrica, jejum pré-operatório, conhecimento do cliente, patologias associadas e fator social, preparação cirúrgica, gases anestésicos, oxigénio, quimioterapia e radioterapia, tempo de cirurgia e tipo de cirurgia (perceção de sede mais prevalente em cirurgias de otorrino, com destaque para a cirurgia de laser, cirurgias do aparelho digestivo, destacando a hepato-biliar e cirurgia das glândulas salivares).

A segunda temática abordada remete à monitorização da Sede, intervenções de enfermagem e documentação e desta emergiram duas categorias: intervenções de enfermagem para a sede e documentação.

Relativamente às Intervenções de enfermagem para a sede, foram identificadas como unidades de registo os cuidados de higiene oral, hidratação oral, molhar os lábios, ingestão de água/chá, ingestão de líquidos claros até duas horas antes da cirurgia com recurso a protocolos de ingestão de bebidas carboidratadas e intervenção na aquisição de hábitos de ingestão de líquidos, pelos clientes.

Na última categoria, a documentação, as unidades de registo reportam a inexistência de documentação sistematizada sobre a sede, quer relativamente à recolha de dados, quer relativamente às intervenções de enfermagem correspondentes, existindo um reconhecimento generalizado da importância deste registo.

As respostas dos enfermeiros participantes revelam uma perceção compartilhada de que a sede deve ser uma preocupação relevante na prática de enfermagem, sendo salientado o período pós-operatório como o mais relevante.

No que se refere aos dados recolhidos para a identificação de um potencial diagnóstico de sede, foi salientado pelos participantes a verbalização da sensação de sede, a presença de lábios secos, língua seca e halitose. De modo efetivo, revisões da literatura identificam como atributos da sede o relato verbal, os lábios secos e a saliva espessa (Jacovenco et al., 2016).

Os fatores identificados pelos participantes, como potencialmente indutores de uma maior sensação de sede, incluem a preparação cirúrgica, o jejum, os gases anestésicos, tempo de cirurgia, estado nutricional e a presença de determinadas patologias como diabetes ou doença renal crónica. A influência da ansiedade, a preparação e conhecimento do cliente e o histórico social também são referidos como fatores significativos. Neste ponto, importa salientar que alguns estudos vão ao encontro do relato dos participantes, quando reconhecem a influência de fatores culturais, do conhecimento, e de experiências prévias, na manifestação de sede (Pierotti et al., 2018; Nascimento et al., 2020).

Desta análise de conteúdo foram destacadas as áreas cirúrgicas onde existe a perceção generalizada de maior incidência de sede e que correspondem às cirurgias de otorrino, onde foi especificada a cirurgia de laser CO2 e as cirurgias do aparelho digestivo, onde foi salientada a cirurgia hepato-biliar. Foi referenciada ainda a cirurgia das glândulas salivares.

As intervenções sugeridas incluem, genericamente, cuidados de higiene oral, hidratação oral e a ingestão hídrica.

A falta de avaliação sistemática e de documentação da sede e respectivas intervenções de enfermagem é uma lacuna destacada pela maioria dos intervenientes. Esta consciência coletiva dos enfermeiros do local de estágio vai ao encontro dos resultados de vários estudos que abordam esta temática e que concluem que há ainda pouca investigação científica para identificar e solucionar o desconforto da sede no perioperatório e que os enfermeiros estão pouco habilitados para fazer face a esta problemática (Silva et al., 2019).

Esta análise de conteúdo revela a complexidade da perceção da sede na prática de enfermagem, ressaltando a importância de considerar fatores variados e adotar intervenções adequadas.

De forma análoga, um estudo desenvolvido por Pavani, et al. (2016), que estudou a perceção da equipa de enfermagem em relação à sede em clientes cirúrgicos, apresenta resultados concordantes com esta análise de conteúdo. Neste foram construídas três categorias: “sede – um desconforto pouco valorizado”, “Perceber o cliente com sede” e “Atuar perante a sede”. Desta análise, os autores concluem que a sede é um desconforto subvalorizado e pouco monitorizado, raramente percebido pelos enfermeiros como um desconforto primário, e que a formação dos profissionais nesta área de atuação é fundamental para uma avaliação e intervenção intencional perante o cliente com sede. Apontam ainda estratégias de intervenção como o uso de gelo e soluções com mentol, salientando que os profissionais manifestam dúvidas em relação à quantidade que é segura ser administrada.

Desta forma, parece consensual que a discussão futura deve centrar-se em melhorar a abordagem no reconhecimento e monitorização da sede, na consciencialização sobre a importância da documentação e na implementação de intervenções de enfermagem seguras e eficazes para aliviar o desconforto da sede, nos clientes em situação perioperatória.

Analizados os aspetos específicos da fisiologia da sede, e a valorização que os enfermeiros do local de estágio atribuem ao conceito, importa ainda explorar as **características específicas da cirurgia do aparelho digestivo, que podem intensificar a sensação de sede no cliente em situação perioperatória.**

Como resultado da preparação cirúrgica e manipulação de órgãos como estômago, intestino e fígado, o equilíbrio hídrico pode ficar comprometido. Fruto da evolução tecnológica e científica, muitas práticas de preparação intestinal, jejum pré-operatório, profilaxia antimicrobiana e analgesia, foram sendo questionadas. A mudança de paradigma privilegia um recobro otimizado e uma deambulação precoce, dentro do conceito de fast-track surgery e enhanced recovery programme, onde a redução do stress físico e o controlo da dor são prioritários.

O conceito de “cirurgia acelerada” foi introduzido na década de 1990 por Henrik Kehlet que demonstrou que, ao aplicar princípios baseados em evidência na cirurgia de cólon, o tempo de internamento pós-operatório poderia reduzir em dois ou três dias. A aplicação destes princípios obriga a uma abordagem mais integrada, multiprofissional e multidisciplinar. O programa ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) envolve as diferentes fases do perioperatório e tem como objetivo minimizar o stress fisiológico e a resposta inflamatória associada à cirurgia e manter a função fisiológica, promovendo uma recuperação mais rápida pelo efeito sinérgico de várias intervenções que, isoladamente, teriam pouco impacto (Scott et al., 2015).

Não obstante a existência de protocolos baseados em evidência, na prática clínica, o tempo observado para jejum de líquidos e sólidos é o mesmo, apesar de serem inequívocas as

recomendações de jejum de 2 horas para água e sumos sem polpa e 6 horas para o restante tipo de alimentos, segundo recomendações da Sociedade Europeia de Anestesiologia (Smith et al., 2011). A intervenção dos enfermeiros parece estar plasmada numa rotina institucional que resulta num jejum prolongado e indiscriminado (Sebaee et al., 2017; Nascimento et al., 2020). Este facto potencia a manifestação da sensação de sede pelos clientes, sendo que a evidência recomenda uma redução do tempo de jejum, tolerando a ingestão de líquidos claros até 2h antes da cirurgia, bem como a ingestão de bebidas carbo-hidratadas, até 2/3 horas antes da indução, com efeitos na redução da sede, fome, ansiedade e resistência à insulina (Scott et al., 2015).

Um estudo realizado por Antunes et al. (2023), procurou perceber o conhecimento dos enfermeiros sobre a abreviação do jejum pré-operatório e concluiu que o risco de broncoaspiração é o que motiva a prática do jejum prolongado, apesar dos participantes relatarem a diminuição da ansiedade, glicemia, fome e sede como elementos benéficos da abreviação do jejum.

A cirurgia do aparelho digestivo pode resultar em perda significativa de fluidos, que combinada com o jejum prévio e uma tendência para a fluidoterapia restritiva, contribui para a desidratação e ocorrência de sede no pós-operatório. Com efeito, alguns estudos relacionam o impacto da fluidoterapia perioperatória nos resultados a curto prazo de clientes submetidos a cirurgia oncológica colorretal e concluem que a fluidoterapia perioperatória restritiva no dia da cirurgia, pode estar associada a menores taxas de complicações a curto prazo, recuperação mais rápida, menor tempo de internamento e melhor sobrevida aos 5 anos (Askid et al., 2017). Esta recomendação no sentido da restrição da fluidoterapia perioperatória é uma das intervenções do protocolo ERAS, em cirurgias do aparelho digestivo e poderá ser um fator que concorre para o aumento da incidência de sede no pós-operatório.

Também na cirurgia hépato-biliar a incidência de sede pode estar incrementada uma vez que a hemorragia extensa é uma grande preocupação neste tipo de cirurgia e a restrição hídrica no intra-operatório assume, nestes casos, uma importância significativa. Com efeito, a redução da pressão venosa central e portal pela restrição de fluidos e a evicção de transfusão de hemoderivados, é uma estratégia benéfica e recomendada na redução da perda sanguínea durante a cirurgia hepática (Westerkamp et al., 2009).

Além de questões relacionadas com perda e reposição de fluidos, a cirurgia do aparelho digestivo resulta, muitas vezes, na remoção de órgãos na sua totalidade ou de forma parcial, mas que fazendo parte do sistema digestivo, podem implicar mudanças significativas no equilíbrio hidroeletrólítico.

No caso da cirurgia de gastrectomia, por exemplo, surgem muitas vezes sinais e sintomas associados às alterações fisiológicas causadas pela perda do reservatório gástrico e das suas funções associadas e que têm uma incidência variável, dependendo do tipo de reconstrução realizada. Entre os mais referenciados surge a síndrome de dumping, a diarreia e a má absorção (Andreollo et al., 2011). Estas manifestações podem perpetuar a sensação de sede se não for efetuada uma intervenção precoce e dirigida para controlo de sintomas.

Da mesma forma, a cirurgia colorretal, dependendo da zona de ressecção, pode cursar em grandes desequilíbrios hidro eletrólíticos, como acontece por exemplo na síndrome do intestino curto em que ocorre diarreia devido ao trânsito intestinal rápido e a má absorção de nutrientes (Ornellas et al., 2019).

Em situações neoplásicas, cumulativamente aos fatores suprarreferidos, a cirurgia do aparelho digestivo conta muitas vezes com um estado de desnutrição e desidratação que é prévio ao ato cirúrgico.

É ainda parca a investigação desenvolvida em relação à sede no cliente em situação perioperatória, ainda mais no que se refere à sua incidência em diferentes áreas cirúrgicas. Apesar de alguns estudos acerca desta temática terem como população alvo clientes submetidos a cirurgia abdominal, é sublinhada a necessidade de mais estudos para investigar a incidência e eficácia das intervenções de enfermagem perante a manifestação de sede, em clientes submetidos a diferentes tipos de cirurgias (Sebaee et al., 2017).

Depois desta reflexão acerca da temática da sede e entendida a pertinência da sua definição como diagnóstico de enfermagem, foi realizada uma rigorosa revisão da literatura, com o propósito de identificar as **características definidoras do potencial diagnóstico de enfermagem de “Percepção sensorial: Sede”, no cliente em situação perioperatória** (Anexo I).

Segundo a NANDA international (2021-2023), características definidoras representam as “pistas/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de promoção da saúde”. Representam, assim, os dados (sinais e sintomas observáveis ou comunicáveis) que concebem a presença de um diagnóstico, pelo que a sua definição importa para a acurácia diagnóstica.

Ao analisar as características definidoras da sede enunciadas na evidência selecionada, (Nascimento et al., 2023; Seyhan et al., 2023; Andriottil et al., 2022; Nascimento et al., 2021a; Nascimento et al., 2021b.; Maldonado et al., 2020.; Pierotti et al., 2018; Martins et al., 2017; Conchon et al., 2015), podem identificar-se padrões comuns, que são contributo específico para os enfermeiros, na identificação da percepção sensorial: Sede.

Assim, entre as características definidoras da sede mais prevalentes, destacam-se a **boca seca** e a **vontade de beber água**, sugerindo uma forte associação entre esses dois indicadores. Seguem-se as características de **lábios ressecados** e **garganta seca** com frequência considerável em diversos estudos.

Além disso, outras características como **“língua grossa”, “saliva grossa”, “gosto ruim na boca”** e **“constante deglutição de saliva”** também foram frequentemente mencionadas, embora com menor prevalência, em alguns estudos. A presença desses sintomas pode variar de acordo com o contexto clínico e as características individuais dos clientes, mas a sua inclusão nas características definidoras da sede reforça a sua relevância na identificação deste diagnóstico.

Menos comuns, mas ainda relevantes, são o **relato do cuidador**, a **sensação de queimadura na garganta**, a **halitose**, **lábios esbranquiçados**, **boca amarga**, **boca áspera** e **cavidade oral friável**.

O estudo desenvolvido por Nascimento, et al. (2021b), para a validação do diagnóstico de sede, valida nove de dezasseis características definidoras da sede, sendo que exclui a halitose, por considerar que não descreve especificamente a sede, sendo uma característica associada ao tempo de jejum, respiração cetónica ou problemas dentários. Este estudo aponta ainda para a necessidade de realizar mais investigação para clarificar o item “boca seca” como sendo uma característica definidora ou um fator relacionado. Apesar de muitos investigadores

considerarem a boca seca como uma característica definidora e não um fator etiológico da sede, outros referem que este item pode constar de ambas as categorias e aqueles que exploram a fisiologia da sede incluem a boca seca como um importante estímulo para a ocorrência da sede. Outro estudo desenvolvido pelo mesmo investigador, Nascimento, et al. (2023), identifica nove características definidoras da sede e revela que, à exceção da característica definidora do “relato do cuidador”, todas as restantes apresentam uma incidência maior no pós-operatório imediato, quando comparadas com o período pré-operatório. Estes achados podem ser relevantes na orientação da prática, indicando os períodos onde a sede pode ser considerada um foco prioritário de atenção do enfermeiro. É interessante perceber que estes resultados acompanham a percepção dos enfermeiros do campo de estágio, quando atribuem ao período pós-operatório maior incidência de manifestações de sede.

Importa ainda considerar o estudo conduzido por Seyhan et al. (2023), que estabelece uma reflexão acerca da subvalorização do sintoma da sede pelos clientes. A não verbalização da sensação de sede, conforme evidenciado, pode precipitar a intensificação deste desconforto, resultando no aumento do sofrimento experimentado. O receio do cancelamento da cirurgia, por quebra de jejum, e a preocupação com a ocorrência de náuseas e vômitos, são os dois principais fatores que levam os clientes a não verbalizarem a sede (Conchon et al., 2015). Esta análise salienta a relevância da definição rigorosa das características definidoras da sede, de tal forma que o enfermeiro tenha uma intervenção mais dirigida, precisa e abrangente, perante este fenómeno.

O escrutínio das características definidoras da sede possibilita uma compreensão mais abrangente deste conceito, abre caminho para mais investigação sobre a temática e potencia o rigor na identificação deste potencial diagnóstico.

Para tornar mais consistente a percepção da pertinência da atribuição desta etiqueta diagnóstica, segue-se uma breve exposição das **intervenções de enfermagem** que podem ser prescritas para mitigar este desconforto, com evidência comprovada na literatura científica.

Neste sentido relevam os resultados obtidos na *scoping review* desenvolvida por Silva et al., em 2022, que mapeou as estratégias para mitigar a sede no pós-operatório imediato de clientes adultos. As principais intervenções de enfermagem sumarizadas incluem providenciar a ingestão de água fria, lascas de gelo, soluções com mentol, líquidos enriquecidos com carboidratos e proteínas, hidratantes orais, gargarejos com soluções mentoladas e frias, compressa húmida e spray de ácido cítrico a 0,75%. Outro estudo, desenvolvido por Garcia et. al. (2016), mapeou estratégias para o alívio da sede no cliente em situação perioperatória e além do recurso a soluções frias e mentoladas, reconhece ainda a ingestão precoce de líquidos, como estratégia eficaz e segura na redução da sede e desconforto orofaríngeo, bem como no incremento da satisfação dos clientes.

O estudo realizado por Silva et al. em 2022, demonstra que o recurso a soluções frias e mentoladas revela eficácia no controle da sede, pela sua capacidade de estimular mecanismos antecipatórios que promovem a saciedade, dispensando a ingestão de grandes volumes de líquidos. Vários estudos analisados demonstraram que a administração de gelo mentolado em clientes idosos, no pós-operatório imediato, resultou numa significativa redução da sede e do desconforto associado. A ativação de recetores de temperatura oral, como o TRPM8, por meio da diminuição da temperatura na cavidade oral, desencadeia sensações de saciedade da sede,

sem necessidade de ingerir líquidos, proporcionando uma sensação de refrescância e saciedade. Além deste recetor, a inalação de mentol provoca uma sensação de frescura distinta, mediada pela estimulação do nervo trigémio, pertencente ao nervo sensorial do epitélio olfativo (Patel et al., 2007). Estes estímulos sensoriais corroboram o enunciado da proposta diagnóstica de “percepção sensorial”: sede, na medida em que, as intervenções de enfermagem prescritas e eficazes no tratamento deste desconforto, impactam a percepção sensorial da sede, apesar de não resultarem em alterações de osmolaridade sanguínea. Estas intervenções, que priorizam o recurso a soluções frias e mentoladas, têm evidência comprovada e constituem uma prática de baixo custo.

Mais estudos são necessários para validar critérios de segurança (nível de consciência, proteção de vias aéreas e ausência de náuseas e vômitos), bem como a quantidade e o timing seguro na administração de água, gelo ou outras soluções mentoladas. Concomitantemente, métricas de monitorização da sede também carecem de sistematização para que os enfermeiros se sintam mais apoiados na tomada de decisão.

Perante o exposto, vários estudos enfatizam a importância da formação dos enfermeiros na promoção de uma intencionalidade na conceção de cuidados, perante o cliente com sede. Não obstante, será que os enfermeiros devem também intervir na preparação e conhecimento dos próprios clientes?

O estudo conduzido por Pavani, et al. (2016) evidencia que fatores culturais e internos exercem influência sobre os clientes, levando-os a não manifestarem a sensação de sede, quer pela cultura institucional de manter um jejum prolongado, quer pela crença individual de que esse jejum não deve ser quebrado. Além disso, muitos clientes não manifestam o desconforto da sede para não perturbarem a equipa de enfermagem, contribuindo assim para a subnotificação da sede. Nesta continuidade, intervir na preparação e conhecimento dos clientes pode promover a visibilidade deste desconforto, concorrendo para uma intervenção mais dirigida e significativa, com melhoria da qualidade e satisfação dos clientes.

Reportando ainda à unidade de competência da **promoção de cuidados de qualidade**, a concretização do estágio clínico em contexto de UCPA foi particularmente enriquecedora, na medida em que pude aprimorar e tornar mais consciente e direcionado o processo de conceção de cuidados neste período, em que o foco de atenção dos enfermeiros está muito direcionado ao controlo da dor e restabelecimento de funções corporais, comprometidas pelo processo anestésico e cirúrgico. Neste particular, instigada pelo interesse e estudo da temática da sede, pude constatar que este desconforto tem uma incidência significativa e em alguns casos assume uma importância relevante.

O estudo desenvolvido por Pavani, et al. (2016) aponta que os enfermeiros foram unânimes em mencionar dor e ansiedade como os principais desconfortos vivenciados pelo cliente em situação perioperatória e que apesar da sede ser um desconforto real, com alta incidência no período perioperatório, só emergiu no discurso dos entrevistados depois do questionamento realizado pelo pesquisador. Os mesmos autores referem que os enfermeiros estão pouco preparados para intervir perante o cliente com sede, ignorando inúmeras vezes os pedidos de água.

“Matar a sede alivia a dor”, e “incomoda mais a sede que a dor!”: estas respostas foram proferidas por clientes na UCPA, durante o estágio clínico, quando questionados acerca do

desconforto mais perturbador, se a sede ou a dor. São reveladoras e impactantes estas afirmações, na tradução da pertinência da abordagem da sede de forma mais objetiva e intencional.

O estágio de natureza profissional, neste contexto de UCPA, constituiu ainda uma oportunidade de desenvolver **competências de comunicação** com os clientes, nomeadamente aqueles que apresentam barreiras à comunicação. Neste seguimento, foi estruturada a intenção de propor um projeto de melhoria contínua que pressupõe a aquisição de um dispositivo eletrónico para a UCPA, como ferramenta de comunicação (interface) entre clientes e profissionais, e eventualmente entre familiares e clientes. Ao longo do estágio foi possível perceber que há espaço para melhorar a comunicação com a família, no contexto de bloco operatório, que se assume como um serviço muito fechado para o exterior. O período pandémico causado pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-Cov2) parece ter agravado este isolamento o que deixa muitas vezes os familiares desamparados e angustiados pela falta de informação. Perspetivando a doação deste dispositivo eletrónico e a possibilidade de recorrer a aplicações gratuitas que cumpram este propósito, considero que este projeto tem potencial para ser aprovado por não implicar recursos financeiros e promover a melhoria dos cuidados e satisfação dos clientes e família. Apesar de constituído o grupo de trabalho, não foi possível concluir a proposta no período de estágio, permanecendo a intenção de se concretizar no futuro.

Na **promoção de cuidados à pessoa em situação perioperatória** relevo ainda a atenção dedicada ao posicionamento cirúrgico, tendo a pele como principal foco de atenção no contexto intra-operatório. No particular do cliente submetido a anestesia geral, o estado de inconsciência e inerente vulnerabilidade, tem reflexo na exposição a riscos, desproteção e impossibilidade de defesa que deve ser assegurada por outra pessoa (Regulamento n.º 429/2018). Dor músculo-esquelética, lesões da pele e nervos periféricos e síndrome compartimental, são as principais complicações relacionadas com o posicionamento cirúrgico (Lopes et al., 2016).

O enfermeiro tem responsabilidade no posicionamento e seleção dos equipamentos disponíveis, dentro de limites impostos pela abordagem cirúrgica e anestésica. Apesar destas limitações, atuando numa perspetiva interprofissional, o enfermeiro pode decidir estratégias de posicionamento, por forma a encontrar um equilíbrio entre as necessidades cirúrgicas/anestésicas e um posicionamento otimizado. Neste sentido, baseada na melhor evidência e procurando ser assertiva na fundamentação das minhas intervenções, foi possível gerir conflitos e fomentar a reflexão sobre o processo de cuidados, garantindo o posicionamento mais seguro para os clientes e, sobretudo, promovendo a prevenção de complicações decorrentes do posicionamento. Desta forma se concretiza também a terceira **unidade de competência que reporta ao desenvolvimento da ação profissional numa perspetiva interprofissional**, e que pressupõe a aquisição de competências de comunicação eficaz, garantindo a articulação da equipa no planeamento e implementação de cuidados baseados na melhor evidência científica.

Refletindo sobre a prática, pude constatar que são poucos os registos de enfermagem efetuados acerca do posicionamento adotado e material utilizado. Parece não existir uma padronização das intervenções e a falta de registos impossibilita a monitorização das práticas e dos eventos adversos associados. Mais estudos deverão ser desenvolvidos para apoiar a decisão clínica dos enfermeiros e sistematizar a sua intervenção, considerando exigências específicas de cada posicionamento.

Este cenário sublinha a necessidade de uma abordagem coordenada e sistematizada na promoção de cuidados à pessoa em situação perioperatória. Neste seguimento, a termorregulação é também um foco de atenção relevante para o enfermeiro, entendendo por termorregulação o “processo do sistema regulador: controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos, ativados pelo hipotálamo; pele e temperatura corporal” (CIPE, 2019).

De acordo com a literatura, é significativa a ocorrência de hipotermia inadvertida em clientes submetidos a cirurgias eletivas e este evento adverso pode manifestar-se em qualquer fase do perioperatório (Sessler, 2008; Hooper et al., 2010; Moola & Lockwood, 2011; NICE, 2016). Nesta continuidade, a deteção precoce e identificação dos fatores de risco é essencial para direcionar a ação profissional dos enfermeiros, cujas intervenções são desafiadas pela existência de fatores inevitáveis como a exposição cirúrgica ou a temperatura ambiente.

A hipotermia inadvertida potencia a ocorrência de complicações como a coagulação intravascular disseminada, trombocitopenia e fibrinólise, aumento do risco hemorrágico e consequente necessidade de transfusão sanguínea (Hooper et al., 2010; Sappenfield et al., 2013). A infeção do local cirúrgico também está também associada à hipotermia, quer por interferência direta na resposta imunitária, quer por interferência indireta, ao diminuir o aporte de oxigénio, pela hipoperfusão tecidual que induz (Hooper et al., 2010). Relevam ainda alterações no metabolismo dos fármacos, com consequente aumento na concentração plasmática e prolongamento da duração de ação dos bloqueadores neuromusculares (Hooper et al., 2010). Tremores musculares (shivering), estão também associados à hipotermia, com reflexo no desconforto do cliente e aumento das necessidades metabólicas, incluindo o consumo de oxigénio.

Outros indicadores, tais como a extensão do período de internamento, o aumento do recurso aos serviços de saúde, o incremento dos custos e a diminuição da satisfação dos clientes, são igualmente afetados pela ocorrência da hipotermia inadvertida (Azenha et al., 2017; Moola & Lockwood, 2011).

Os principais fatores que contribuem para a ocorrência deste evento, no perioperatório, incluem a supressão central da termorregulação pela anestesia e a exposição ao ambiente frio da sala de operações. Nos primeiros trinta minutos após a indução anestésica ocorre, geralmente, uma redução da temperatura central em 0,5°-1,5°C (Sessler, 2008), o que reitera a relevância da intervenção do enfermeiro no pré-aquecimento dos clientes.

De facto, em contexto perioperatório, a hipotermia inadvertida tenderá a ocorrer se não forem implementadas intervenções específicas e, neste particular, realço a atividade desenvolvida no estágio clínico, com a revisão da norma institucional da “normotermia perioperatória”, onde foram estruturados algoritmos de atuação e monitorização da temperatura no pré, intra e pós-operatório. Se por um lado a revisão da norma responde a requisitos do âmbito da qualidade, o conteúdo inerente e respetivas implicações práticas, cumpre o propósito da competência específica do cuidar da pessoa em situação perioperatória.

Assim, promover a termorregulação no cliente em situação perioperatória promove o conforto, satisfação e segurança do cliente. O Enfermeiro especialista na área do perioperatório conhece o contexto de atuação e adequa a sua intervenção com base no conhecimento que detém, e é por essa razão que mesmo perante um quadro de normotermia, exerce uma intervenção ativa na implementação de medidas de aquecimento e adequa a frequência e método de

monitorização da temperatura. A termorregulação constitui um foco de atenção do enfermeiro desde o primeiro momento de contacto, na consulta pré-operatória, onde a intervenção do enfermeiro incide na preparação e conhecimento do cliente sobre estratégias de promoção da termorregulação.

Maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória, equipa multidisciplinar e ambiente.

Por último, importa refletir acerca das atividades desenvolvidas que permitiram a aquisição da segunda competência específica e que reporta à **promoção da segurança da pessoa** em situação perioperatória, equipa multidisciplinar e ambiente.

O contexto de bloco operatório imprime desafios importantes na manutenção da segurança do cliente, decorrentes da interação multidisciplinar, complexidade crescente dos cuidados e técnicas cirúrgicas, desenvolvimento tecnológico e envelhecimento da população (Haugen et al., 2019). Neste domínio, são inúmeras as áreas de intervenção do enfermeiro especialista. Passam pela implementação de medidas que promovam um ambiente seguro e diminuam o risco de incidentes críticos, tais como análise epidemiológica de eventos adversos, programas de vigilância, garantia de dotações seguras, prevenção de danos decorrentes da administração de terapêutica e de complicações associadas ao posicionamento cirúrgico, prevenção da retenção inadvertida de itens, gestão de tecidos e fluidos (análise, colheita e eliminação), prevenção e controlo da infeção, gestão de dispositivos médicos e garantia de cumprimento dos processos de esterilização inerentes (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Procurando responder à primeira unidade de competência, na **promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório**, colaborei na divulgação e gestão dos medicamentos LASA (Look-Alike Sound-Alike). Estes medicamentos apresentam nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, o que aumenta o risco de erros na administração, potenciando a ocorrência de eventos adversos. De acordo com a literatura, um em cada quatro destes incidentes estão relacionados com medicamentos LASA (DGS, 2015).

A promoção da segurança na administração de medicamentos LASA, no bloco operatório, requer uma abordagem multifacetada. Em primeiro lugar, os enfermeiros devem estar informados acerca destes medicamentos e compreender os riscos inerentes à sua utilização, incrementando medidas de segurança que minimizem a possibilidade da ocorrência do erro. Depois, a comunicação eficaz entre os membros da equipa multidisciplinar também desempenha um papel crucial na prevenção de erros relacionados com medicamentos LASA. O enfermeiro especialista deve estar alerta e ser proativo na partilha de informações relevantes sobre estes medicamentos com outros profissionais de saúde, garantindo uma compreensão completa e uma abordagem colaborativa na sua administração (DGS, 2015).

Neste aspeto particular, saliento o exemplo da estratégia adotada no decorrer do período de estágio, para maximizar a segurança na administração de analgésicos opióides, quando as ampolas de sufentanil, enviadas pelos serviços farmacêuticos, tiveram uma alteração na rotulagem, assemelhando-se às ampolas de fentanil. Assim, com rótulo e terminação semântica idêntica, o risco de erro na administração destes fármacos estava potenciado pelo facto de se encontrarem agrupados, em cada sala operatória, na mesma caixa de estupefacientes. A

estratégia adotada passou, numa primeira fase, pelo alerta da equipa multidisciplinar. Seguidamente, considerando que este alerta poderia não ser suficiente para a prevenção do erro, optou-se por aglutinar todas as ampolas de sufentanil na farmácia do BOC, tendo em conta que este medicamento tem menor frequência de utilização. Este é um dos exemplos das atividades diárias desenvolvidas pela coordenação da anestesia, com impacto significativo na promoção da segurança e qualidade dos cuidados prestados ao cliente.

No domínio da segurança dos cuidados, importa ainda tecer uma reflexão acerca do processo de esterilização dos dispositivos médicos, entendendo por dispositivo médico qualquer equipamento, aparelho, instrumento, software, implante, reagente, material ou artigo, destinado a ser usado em seres humanos (Regulamento nº 2017/745 da União Europeia, 2017). No decorrer do estágio, tive oportunidade de fazer uma visita ao serviço de esterilização, que precipitou a necessidade desta reflexão acerca do papel do enfermeiro no serviço de reprocessamento de dispositivos.

Clarificando conceitos, embora o Manual do Ministério da Saúde de 2001 atribua a designação de Serviço de Esterilização, a designação de Reprocessamento de Dispositivos é o conceito mais adequado a ser empregue neste âmbito. Assim, o reprocessamento é definido como “o processo executado sobre um dispositivo usado a fim de permitir a sua reutilização em condições de segurança, incluindo a limpeza, desinfeção, esterilização e procedimentos relacionados, bem como o ensaio e a recuperação técnica e funcional do dispositivo usado” (Regulamento nº 2017/745 da União Europeia, 2017).

A presença de um Enfermeiro na unidade de Reprocessamento de Dispositivos é recomendada pela Ordem dos Enfermeiros sendo que, de acordo com o Regulamento nº 743/2019 da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, o cálculo de dotações seguras em Unidades de Reprocessamento de Dispositivos recomenda que estas unidades devem integrar “...enfermeiros, com uma alocação a tempo integral, detentores de perfil de competências e experiência profissional adequada ao exercício de funções na área do reprocessamento de dispositivos médicos e, tendencialmente, com competência acrescida diferenciada em reprocessamento de dispositivos médicos, de forma a garantir a permanência de, pelo menos, 1 (um) enfermeiro 24 horas, todos os dias da semana, permitindo zelar pela qualidade do reprocessamento, orientar, capacitar e coordenar a equipa de trabalho em cada turno, dar resposta às necessidades dos serviços utilizadores, entre outras”.

A importância de um enfermeiro neste serviço é corroborada pelo reconhecimento, pela Ordem dos Enfermeiros, da competência acrescida diferenciada em enfermagem em reprocessamento de dispositivos. Um enfermeiro com esta competência “controla todas as etapas inerentes ao processo de reprocessamento de dispositivos, nomeadamente receção, desmontagem, preparação, seleção do programa de lavagem e desinfeção, inspeção (integridade, lubrificação, desempenho funcional, montagem, técnicas de embalagem, rotulagem), acondicionamento nos sistemas de carga dos esterilizadores, esterilização final, controlo de qualidade e armazenamento e distribuição aos utilizadores” (Diário da República, 2ª série nº 151 de 5 de agosto de 2021).

Na instituição onde decorreram os estágios clínicos, não existe um enfermeiro responsável pelo reprocessamento de dispositivos. Esta presença poderia potenciar uma cultura de segurança e qualidade, com incremento de boas práticas, identificação e prevenção de potenciais erros e promoção de práticas mais seguras. O Enfermeiro especialista na área do perioperatório tem

uma visão abrangente da dinâmica e circuito do material esterilizado e, portanto, será o profissional mais habilitado para a otimização dos circuitos e implementação de estratégias de rastreabilidade do material esterilizado.

No decorrer do estágio, foram ainda desenvolvidas duas atividades com significado no processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios.

A primeira intervenção reporta à ação de formação desenvolvida no decorrer do estágio, incluída no projeto desenvolvido dos “Vinte Minutos de Anestesia para Enfermeiros”, alusiva às “práticas seguras na administração de fármacos injetáveis”. Nesta ação de formação, foram lembradas boas práticas e identificados procedimentos que, no contexto daquele serviço, em particular, poderiam ser melhorados/otimizados, objetivando a segurança no exercício profissional do enfermeiro e a obtenção de ganhos em saúde. Nesta Ação de formação foram lembradas as precauções básicas do controlo de infeção emanadas pela DGS (2013a) e as Guidelines do CDC para prevenção de transmissão de infeção em ambientes de saúde (2023).

Em relação à **unidade de competência que remete para a liderança de processos de prevenção e controlo de infeção**, realço o desenvolvimento de competências na implementação de medidas de contenção, prevenção da transmissão e descontaminação, perante clientes com infeção documentada. Durante o estágio clínico, tive oportunidade de acompanhar o trabalho desenvolvido pelo Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), compreendendo a importância da padronização das práticas para a segurança dos clientes e profissionais de saúde.

A gestão do tempo operatório, implementação de sinaléticas e alertas e circuitos bem definidos, desempenham um papel fundamental na prevenção e controlo de infeção. É através da coordenação precisa das atividades, no período perioperatório, que se pode garantir uma abordagem sistemática e eficiente na prevenção da disseminação de agentes patogénicos.

A padronização das práticas, como por exemplo a realização do recobro pós-anestésico na sala de operações, contribui para a uniformização dos procedimentos, assegurando uma resposta consistente e eficaz perante situações de infeção documentada. Esta abordagem não apenas fortalece a segurança dos clientes, mas também promove a proteção dos profissionais de saúde envolvidos, minimizando o risco de exposição a agentes infecciosos.

Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel fundamental na coordenação e supervisão da implementação das medidas padronizadas, garantindo a monitorização e promovendo uma adesão rigorosa aos protocolos estabelecidos.

A liderança dos processos de prevenção e controlo de infeção no perioperatório exige competências técnicas e científicas, mas também uma abordagem proativa na gestão de recursos e na promoção de uma cultura organizacional, centrada na segurança do cliente e dos profissionais. A padronização das práticas e a coordenação eficiente das atividades emergem, assim, como pilares fundamentais para a segurança e qualidade dos cuidados.

No que diz respeito à **promoção da gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório**, reporto novamente à atividade desenvolvida na revisão da norma da temperatura, onde constam recomendações acerca de normas de segurança na utilização de alguns dispositivos médicos, como por exemplo aquecedor de fluidos e de componentes sanguíneos ou aquecedores de ar forçado. Para esta unidade de competência foi muito positiva a experiência do estágio clínico uma vez que, acompanhando o exercício de funções na área da

coordenação, pude compreender melhor e incorporar muitas destas dinâmicas. Com efeito, a adoção de medidas padronizadas para a rastreabilidade dos dispositivos médicos e a proatividade na manutenção periódica destes dispositivos, são ações fundamentais para otimizar e rentabilizar o tempo e a ação profissional do enfermeiro.

Neste âmbito, tomei conhecimento acerca da metodologia usada para a emissão de pareceres técnicos para a aquisição de dispositivos médicos, sendo que não houve oportunidade, no decorrer do período de estágio, para integrar um destes grupos.

Observação (Anexos):

Por motivos de privacidade e proteção de dados, não foram anexados os comprovativos de participação em eventos, prémios, comunicações livres e formações em serviço, bem como as ações de formação realizadas. De igual forma, uma vez que se encontra em processo de aprovação, o projeto de melhoria contínua não consta dos anexos. Não obstante, todos os certificados estarão prontamente disponíveis para comprovar as atividades supramencionadas, ao longo do relatório.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Este relatório de estágio reflete a aquisição e consolidação de competências clínicas avançadas na área de enfermagem médico-cirúrgica, no particular da área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. As atividades desenvolvidas no decurso do estágio clínico permitiram aprimorar e adquirir novas competências e habilidades, apurando um espírito crítico e reflexivo, que imprime um outro olhar sobre a prática. Acrescentam compromisso e responsabilidade no exercício profissional.

A integração entre teoria e prática foi facilitada pela aprendizagem baseada em problemas e casos clínicos, apoiada pela plataforma educacional "e4nursing". Os casos clínicos, relacionados com cirurgias do aparelho digestivo, demonstraram a aplicação prática de diferentes referenciais teóricos, adaptados às necessidades individuais dos clientes, em diferentes momentos do perioperatório. A conceção de cuidados inerente, imprimiu uma reflexão importante acerca da relevância da intervenção do enfermeiro desde o pré-operatório, envolvendo os clientes em programas de pré-habilitação, até ao pós-operatório, quando as exigências do processo de transição são potenciadas por alterações induzidas pelo processo cirúrgico. A preparação e conhecimento e a capacitação do cliente ao longo do processo de transição contribuem para uma recuperação bem-sucedida, melhoria da qualidade e satisfação dos clientes. Portanto, contribuem para transições saudáveis.

Além disso, os casos clínicos apresentados permitiram apontar caminho para a representação da "Perceção sensorial: Sede", como um diagnóstico de enfermagem.

Foi realçada a importância da ontologia de enfermagem na estruturação da documentação e na identificação de lacunas no conhecimento científico. Destaca-se a pesquisa desenvolvida com o objetivo de mapear as características definidoras da percepção sensorial: sede, no cliente em situação perioperatória, cuja compreensão é fundamental para o processo de conceção de cuidados que pauta a ação profissional dos enfermeiros. Pretende ser um contributo para a organização desta estrutura diagnóstica na ontologia de enfermagem, considerando que esta representação é fundamental para o desenvolvimento profissional, melhoria da qualidade e segurança, proteção legal e até representação social dos enfermeiros, com foco numa ação profissional mais significativa para os clientes.

A revisão da literatura revelou padrões comuns entre as características definidoras da sede, destacando-se a boca seca e a vontade de beber água como indicadores mais prevalentes, seguidos por lábios ressecados e garganta seca. Outros dados, como "língua grossa" e "gosto ruim na boca", embora menos frequentes, também foram mencionados. Estudos específicos

validaram a relevância dessas características, embora exista alguma controvérsia em relação à inclusão da boca seca como característica definidora versus fator relacionado. Além disso, a incidência das características definidoras da sede pode variar no período perioperatório, sugerindo a necessidade de uma atenção diferenciada por parte do enfermeiro, nos diferentes períodos. A falta de manifestação verbal da sede pelos clientes pode intensificar o desconforto, destacando a importância de uma definição rigorosa das características definidoras do diagnóstico.

A sede é uma sensação subjetiva que carece ainda de estruturação e sistematização na sua identificação, monitorização e delineamento das estratégias de intervenção. Compreendendo a complexidade e diversidade de fatores que podem influenciar a sensação de sede e que sentir sede no período perioperatório é uma manifestação real, prevalente e pouco valorizada, o enfermeiro especialista tem o dever de definir as ferramentas mais adequadas à identificação e monitorização da sede, não ignorar os dados que determinam a presença deste diagnóstico e procurar ser o mais eficaz e eficiente nas intervenções de enfermagem que prescreve, para atenuar ou suprimir a percepção sensorial de sede, no cliente em situação perioperatória.

Intervenções de enfermagem eficazes para mitigar a sede incluem o fornecimento de líquidos frios e mentolados, lascas de gelo, líquidos enriquecidos com carboidratos, gargarejos com soluções mentoladas e frias, compressa húmida e spray de ácido cítrico a 0,75%. Estas abordagens mostraram eficácia no controlo da percepção sensorial de sede, estimulando mecanismos antecipatórios que promovem a sensação de saciedade ou alívio do desconforto, e que dispensam a ingestão de grandes volumes de líquidos.

Os enfermeiros são os únicos responsáveis pela definição do corpo do conhecimento de enfermagem e pela sua representação e isso possibilita uma descrição única da natureza dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, enfrenta o desafio de olhar para o seu objeto de estudo – a pessoa – e explorar as áreas onde poderá ser mais significativo. Ter a sede como um foco de atenção no cliente em situação perioperatória parece responder a este propósito.

A maior dificuldade sentida na concretização do projeto delineado e construção do presente relatório, reporta à gestão do tempo. A exigência dos professores orientadores foi um estímulo constante ao desenvolvimento pessoal e profissional, mas a carga horária exigida pelos requisitos regulamentares do curso, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros, tornou o percurso desafiador, gerando sentimentos de frustração devido ao desejo de alcançar melhores resultados, mas enfrentando restrições de tempo.

Apesar destas dificuldades, considero que os objetivos propostos foram globalmente alcançados, não só no desenvolvimento de competências comuns e específicas desta área de atuação, como também na reflexão sobre a prática e inerente contributo para o avanço da

disciplina de enfermagem.

Como perspectiva futura, ambiciono ingressar no desenho e implementação de estudos primários, com o propósito de validar a incidência da sede no cliente em situação perioperatória, no particular das diferentes áreas cirúrgicas, validando métricas e intervenções de enfermagem, considerando que o contributo da ação profissional dos enfermeiros, para uma enfermagem mais significativa, deve estar centrado na qualidade em saúde, partindo dos diagnósticos de enfermagem.

7. BIBLIOGRAFIA

American Cancer Society (2020). Colorectal Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer.html>

Andreollo, N., Lopes, L., Neto, J. (2011). Postoperative complications after total gastrectomy in the gastric cancer: analysis of 300 patients. *ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 24(2), 126-130. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202011000200007>

Andriottil, L. A., Fonseca, L. F., do Nascimento, L. A., Francol, M. E. S., & Ramos, H. C. F. (2022). Prevalence of defining characteristics of the proposed nursing diagnosis of perioperative thirst. *Revista Enfermagem UERJ*, 30(1), e62764. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.62764>

Antunes, T., S., Sousa, C., Q., D., Panzetti, T., M., N., & Santos, A., L., S. (2023). Conhecimento do enfermeiro sobre a abreviação do jejum pré-operatório. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(4), e11948. <https://doi.org/10.25248/reas.e11948.2023>

Anunciada, S., Lucas, P. (2021). Ambiente de Prática de Enfermagem em contexto hospitalar: Revisão integrativa. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 145-154. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154>

Arai, S., R., Butzlaff, A., Stotts, N., A., & Puntillo, K. A. (2014). Quench the thirst: lessons from clinical thirst trials. *Biological Research for Nursing*, 16(4), 456-466. <https://doi.org/10.1177/1099800413505900>

Arai, S., Stotts, N., & Puntillo, K. (2013). Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *American Journal of Critical Care: an Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 22(4), 328-335. <https://doi.org/10.4037/ajcc2013533>

Aroni, P., Nascimento, L. A. do, & Fonseca, L. F. (2012). Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós-anestésica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4). <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400008>

Askild, D., Segelman, J., Gedda, C., Hjern, F., Pekkari, K., & Gustafsson, U., O. (2017). The impact of perioperative fluid therapy on short-term outcomes and 5-year survival among patients undergoing colorectal cancer surgery- A prospective cohort study within an ERAS protocol. *European Journal of Surgical Oncology: the Journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 43(8), 1433-1439. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2017.04.003>

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. (AEOP) *Linhas de Consenso Cancro Gástrico* (2011). <https://www.aeop.pt/ficheiros/13b396a4dbd836a1dd8a254922ac7247.pdf>

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal, M., Macedo, A., & Gomes, M. (2017). Consensos de Manutenção da Normotermia no período perioperatório. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*. <http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Barash, P., G., Cullen, B., F., Stoelting, R., K., Stock, M., C., Ortega, R. & Sharar, S.,R. (Eds.). (2017). *Fundamentos de anestesiologia clínica*. Artmed.

Barberan-Garcia A., Ubre M., Pascual-Argente, N., Risco R., Faner J., Balust J., Lacy A., M., Puig-Junoy P., Roca J., Martinez-Palli G. (2019). Post-discharge impact and cost- consequence analysis of prehabilitation in high-risk patients undergoing major abdominal surgery: secondary results from a randomised controlled trial. *British Journal of Anaesthesia*. 123 (4): 450e456.

Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo* (Reimpressão da Edição revista e actualizada de 2009). Edições 70.

Bearman, A., Snyder, S., J., & Frandsen, G. (Eds.). (2016). *Fundamentos de Enfermagem de Kozier & Erb - Conceitos, Processo e Prática* (10th ed.). Pearson.

Beauchamp, T., & Childress, J. (Eds.). (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. (7th ed.). Oxford University Press.

Bichet, D. G. (2018). Vasopressin and the Regulation of Thirst. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 72 Suppl 2, 3-7. <https://doi.org/10.1159/000488233>

Bird, A., Wilson, K., Bertinara, A., & Amos, L. (2019). Educating patients in stoma care. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing), 28(5), S4-S5. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.5.S4>

Butterworth I., V., J., F., & Mackey D., C., & Wasnick J., D.(Eds.). (2018). *Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology*. 6e. McGraw Hill.

Campos, M., A., Z. (2006). Compressão pneumática intermitente na prevenção de trombose venosa profunda em pacientes cirúrgicos: revisão sistemática e metanálise. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2007) Last update: July 2023 . “Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings”.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2011). “Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections”.

https://www.cdc.gov/injectionsafety/ip07_standardprecaution.html

Chaves, Y., S., & Destefani, A., C. (2016). Pathophysiology, Diagnosis and Treatment of Dumping Syndrome and Its Relation to Bariatric Surgery. ABCD. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva* (São Paulo), 29(1). <https://doi.org/10.1590/0102-6720201600s10028>

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), (2005). Versão 1.0. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), (2019). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Conchon, M. F., Nascimento, L. A., Fonseca, L. F., & Aroni, P. (2015). Sede perioperatória: uma análise sob a perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas [Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory]. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 49(1), 122-128. [1_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf](#)

Correia, C., & Lages, N. (2013). Anatomia e Anestesiologia. In H., Machado (Ed.). *Manual de Anestesiologia*. Lidel. ISBN 978-972-757-870-2

Despacho Normativo n.º 10901/2022 do Gabinete do Secretário Adjunto e da Saúde, de 8 de setembro (2022). Diário da República: II Série n.º 174. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>

Despacho Normativo n.º 9390/2021 (Plano Nacional para a segurança dos Doentes 2021-2026), do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde de 24 de setembro de (2021). Diário da República: II Série n.º 187. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2013a). “Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)”. Norma clínica 029/2012 de 28/12/2013 atualizada a 31/10/2013. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>

Direção-Geral da Saúde. (2013b). Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. Norma n.º 031/2013 atualizada a 17/11/2022. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2013/12/31/profilaxia-antibiotica-cirurgica-na-crianca-e-no-adulto/>

Direção-Geral da Saúde. (2015). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Norma n.º 020/2024 atualizada a 14/12/2015. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015). Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento do Adenocarcinoma do cólon e do reto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/27/diagnostico-estadiamento-e-tratamento-do-adenocarcinoma-do-colon-e-do-reto/>

Direção-Geral da Saúde (2022a). “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Norma clínica 020/2015 atualizada a 17/11/2022. Ministério da Saúde. normas.dgs.min-saude.pt

Direção-Geral da Saúde (2022b). “Feixe de intervenções” de Prevenção da Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma clínica nº 021/2015 (atualizada a 17/11/2022). Ministério da Saúde. normas.dgs.min-saude.pt

Direção-Geral da Saúde (2022c). “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical. Norma clínica nº 019/2015 (atualizada a 29 de agosto de 2022). Ministério da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Donabedian, A. (2003). An Introduction to Quality Assurance in Health Care. *Oxford University Press*. Oxford.

Eccles, R., Du-Plessis, L., Dommels, Y., & Wilkinson, J., E. (2013). Cold pleasure. Why we like ice drinks, ice-lollies and ice cream. *Appetite*, 71, 357–360. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.09.011>

Feitosa, S., Y., Sampaio, L. L. R., Moreira, A., D. A., Mendonça, C., F. A., Carvalho, B., T., Moreira, M., T. M., & Moraes, T., J. (2019). Patient’s real necessity: perception of people with intestinal stomas about factors associated with complications. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(22), 63–71. <https://doi.org/10.12707/RIV19025>

Ferreira, A. (2023). *Preparação de Terapêutica Farmacológica: Manual Prático para Enfermeiros*. LIDEL.

Fonseca, T., Campos, E., Castro, M. M., Costa, S., Azevedo, A., & Barbosa, E. (2022). Defunctioning Loop Ileostomy in Rectal Cancer Surgery: The Experience of a Referral Center. <https://doi.org/10.34635/rpc.918>

Garcia, A. K., Fonseca, L. F., Aroni, P., & Galvão, C. M. (2016). Strategies for thirst relief: integrative literature review. Estratégias para o alívio da sede: revisão integrativa da literatura. *Revista brasileira de enfermagem*, 69(6), 1215–1222. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0317>

Garden, O. J., Bradbury, A. W., Forsythe, J. L., & Parks, R. W. (Eds.). (2012). *Principles Practice of*

surgery (6th ed.). ELSEVIER.

Grier, M. (2014). Prevention of Venous Thromboembolism in Adult Patients With Cancer in the Acute Care Setting. *Oncology Nursing Society*, 18(3), 290-295. DOI: 10.1188/14.CJON.18-03AP

Haugen, A., S., Sevdalis, N., & Sjøfteland, E. (2019). Impact of the world health organization surgical safety checklist on patient safety. *Anesthesiology*, 131(2), 420- 425. <https://doi:10.1097/ALN.0000000000002674>

Henriques, I., S. (2014). *Morbilidade global das colostomias derivativas temporárias na abordagem cirúrgica do cancro do recto*. (Tese de mestrado). Universidade de Lisboa.

Herdman T., H., Kamitsuru, S., Lopes. C., T. (Eds.). (2021). *NANDA International, Diagnósticos de enfermagem: Definições e Classificação - 2021/2023*. 12a ed. Thieme.

Hooper, V., D., Chard, R., Clifford, T., Fetzer, S., Fossum, S., Godden, B., Martinez, E., A., Noble, K. A., O'Brien, D., Odom-Forren, J., Peterson, C., Ross, J., Wilson, L., & ASPAN (2010). ASPAN's evidence-based clinical practice guideline for the promotion of perioperative normothermia: second edition. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 25(6), 346-365. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2010.10.006>

International Agency for Research on Cancer (IARC). (2022). Global Cancer Observatory - Cancer Today 2020. <https://gco.iarc.fr/today/home>

Infomed (2021). Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtm>

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2020). *Manual de suporte avançado de vida*. Departamento de Formação em emergência médica.

IPOL. (2017). Procedimentos 2017: Procedimentos e protocolos utilizados em anestesia clínica e analgesia do pós-operatório. Baxter Médico Farmacêutica.

Jackson, J., Davies, P., Leggett, N., Nugawela, M. D., Scott, L. J., Leach, V., Richards, A., Blacker, A., Abrams, P., Sharma, J., Donovan, J., & Whiting, P. (2018). Systematic review of interventions for the prevention and treatment of postoperative urinary retention. *BJS Open*, 3(1), 11-23. <https://doi.org/10.1002/bjs5.50114>

Jacovenço Rosa da Silva, L., C., Aroni, P., & Fahl Fonseca, L. (2016). Tenho Sede! Vivência do paciente cirúrgico no Período Perioperatório. *Revista SOBECC*, 21(2), 75-81. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600020003>

Junntila, K., Hupli, M., & Salanterä, S. (2010). The use of nursing diagnoses in perioperative documentation. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications : the official*

Journal of NANDA International, 21(2), 57-68. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2010.01147.x>

Junttila, K., Salanterä, S., & Hupli, M. (2005). Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. *Journal of Advanced Nursing*, 52(3), 271-280. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03586.x>

Kamarajah, S. K., Bundred, J., Weblin, J., & Tan, B. H. L. (2020). Critical appraisal on the impact of preoperative rehabilitation and outcomes after major abdominal and cardiothoracic surgery: A systematic review and meta-analysis. *Surgery*, 167(3), 540-549. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2019.07.032>

Kenefick, R. W., Hazzard, M. P., Mahood, N. V., & Castellani, J. W. (2004). Thirst sensations and AVP responses at rest and during exercise-cold exposure. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 36(9), 1528-1534. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000139901.63911.75>

Labbe, D., Almiron-Roig, E., Hudry, J., Leathwood, P., Schifferstein, H. N., & Martin, N. (2009). Sensory basis of refreshing perception: role of psychophysiological factors and food experience. *Physiology & Behavior*, 98(1-2), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2009.04.007>

Lacerda, C. F., Bertulucci, P. A., & Oliveira, A. T. (2014). Step-by-step esophagojejunal anastomosis after intra-corporeal total gastrectomy for laparoscopic gastric cancer treatment: technique of "reverse anvil". *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva: ABCD = Brazilian archives of digestive surgery*, 27(1), 71-76. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202014000100017>

Lavazzo, C. M., D. (Ed.). (2014). *Laparoscopy: Procedures, Pain Management and Postoperative Complications*. Nova Science Publishers.

Leal, A., K., S., Mendes, V., R., Sousa, D., J., M., Sousa, L., L., C., & Lima, V., B., S. (2023). Sarcopenia e complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à gastrectomia por câncer gástrico: Revisão integrativa. *Revista Contexto & Saúde*, 23(47). <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2023.47.12982>

Leal, L. A., Henriques, S. H., Brito, L. J. S., Celestino, L. C., Ignácio, D. S., & Silva, A. T. (2019). Modelos de atenção à saúde e sua relação com a gestão de enfermagem hospitalar. *Revista Enfermagem UERJ*, 27, 1-5.

Leandro, T., A., Nunes, M., M., Teixeira, I., X., Lopes, M., V., O., Araújo, T., L., Lima, F., E., T., & Silva, V., M., D. (2020). Development of middle-range theories in nursing. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(1), e20170893. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0893>

Le Boterf, G. (2006). Avaliar a Competência de um Profissional: três dimensões a explorar. *Reflexão RH. Pessoal*, v. 1, n. 1, p. 60-63.

Lopes, C., M., M., Haas, V., J., Dantas, A., P., S., Oliveira, C., G. & Galvão, C., M. (2016). Escala de

avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 24, (1-8). DOI: 10.1590/1518-8345.0644.2704

Lourenço, I., L., Gonçalves, M., S., Sequeira, M., S., Melo, M., F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Luo, J., & Min, S. (2017). Postoperative pain management in the postanesthesia care unit: an update. *Journal of Pain Research*, Volume 10, 2687-2698. <https://doi.org/10.2147/JPR.S142889>

Machado, N. (2013). *Gestão da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Um modelo de melhoria continua baseado na reflexão-ação*. (Tese Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde.

Machlowska, J., Baj, J., Sitarz, M., Maciejewski, R., & Sitarz, R. (2020). Gastric Cancer: Epidemiology, Risk Factors, Classification, Genomic Characteristics and Treatment Strategies. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(11), 4012.

Maldonado, R., N., Conchon, M., F., Birolim, M., M., & Fonseca, L. F. (2020). Sede do Paciente Cirúrgico Ortopédico no Pós-operatório. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, e34533. Epub 30 de abril de 2020. <https://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.34533>

Mansur, H., N., & de Lade, C., G. (2022). Pré- Habilitação cirúrgica multimodal em pacientes com cancer: Uma revisão Integrativa. (Portuguese). *Revista Brasileira de Ciência e Movimento: RBCM*, 30(3), 97-122.

Martins, F. (2013). Unidade de Cuidados Pós Anestésicos. In H., Machado. (Ed.), *Manual de Anestesiologia*. Lidel. ISBN 978-972-757-870-2

Martins, M., & Matos, F. M. (2013). Fisiologia Essencial para a Anestesiologia. In H., Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia*. Lidel. ISBN 978-972-757-870-2

Martins, P., R., Fonseca, L., F., & Rossetto, E., G. (2017). Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016029003240>

McCrae, N. (2011). Whither Nursing Models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 222-229. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21906131>

Meleis, A. (2010). Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. *New York, NY: Springer*.

Mello B., S, Lucena A., F., Echer I., C., Luzia M., F. Pacientes com câncer gástrico submetidos à gastrectomia: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):803-11.

Menezes, S., Rodrigues, R., Tranquada, R., Muller, S., Gama, K., Manso, T. (2013). Lesões decorrentes do posicionamento para cirurgia: incidência e fatores de risco, *Revista Científica Ordem dos Médicos. Acta Medica Portuguesa*, 26(1), (12-16)

Mexedo, C. (2013). Via aérea e ventilação. In H., Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia*, (pp.199-222). Lidel.

Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Direção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2001). *Manual de Normas e Procedimentos para um Serviço Central de Esterilização em Estabelecimentos de Saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-normas-e-procedimentos-para-um-ser-vico-central-de-esterilizacao-em-estabelecimentos-de-saude-central-de-esterilizacao-pdf.aspx>

Monteiro, A., M., Alves, M., & Marques, O. (2016). Diabetes e cirurgia de ambulatório – protocolo de atuação no período perioperatório. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes E Metabolismo*, 11(2), 262–267. doi.org

Moola, S., & Lockwood, C. (2011). Effectiveness of strategies for the management and/or prevention of hypothermia within the adult perioperative environment. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(4), 337–345. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00227.x>

Moreira, P., Castro, S., Silva, J. (2023). Os Enfermeiros e os Ambientes de Prática de Enfermagem. In Ribeiro, O., et al. (2023). *Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos – Um Roteiro para Qualidade e Segurança*. Lidel.

Morita, T., Hyodo, I., Yoshimi, T., Ikenaga, M., Tamura, Y., Yoshizawa, A., Shimada, A., Akechi, T., Miyashita, M., Adachi, I., & Japan Palliative Oncology Study Group (2006). Artificial hydration therapy, laboratory findings, and fluid balance in terminally ill patients with abdominal malignancies. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 130–139. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.06.015>

Mortensen, K., Nilsson, M., Slim, K., Schäfer, M., Mariette, C., Braga, M., Carli, F., Demartines, N., Griffin, S. M., Lassen, K., & Enhanced Recovery After Surgery(ERAS®) Group (2014). Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *The British Journal of Surgery*, 101(10), 1209–1229. <https://doi.org/10.1002/bjs.9582>

Morujão, N. “Anestésicos Intravenosos, Opioides e Agentes Inalatórios”. (2013). In H., Machado (Ed.), *Manual de anestesiologia*. LIDEL.

Nascimento L., A., Garcia A., K., A., Conchon M., F., Lopes M., V., O., Fonseca L., F. (2021a). Concept analysis of Perioperative Thirst for the development of a new nursing diagnosis. *Rev Bras Enfermagem*; 74(1):e20200065. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0065>

Nascimento L., A., Garcia A., K., A., Conchon M., F., Aroni, P., Pierotti, I. & Martins, P., R. (2020). Advances in the Management of Perioperative Patients' Thirst. *AORN J.* ;111(2): 165-79. <https://doi.org/10.1002/aorn.12931>

Nascimento, L., A., D., Conchon, M., F., Garcia, A., K., A., Lopes, M., V., O., & Fonseca, L., F. (2023). Clinical validation of the nursing diagnostic proposition perioperative thirst. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3974. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6621.3974>

Nascimento, L., A., Lopes, M., V., O., Fonseca, L., F. (2021b). Development and validation of a new nursing diagnosis: Perioperative thirst. *International Journal of Nursing Knowledge*, 32(4), 253-261. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12319>

National Institute for Health and Care Excellence guideline [NG89]. (2018). Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism. *NICE*, 1-44. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng89>

The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2016). Hypothermia: Prevention and management in adults having surgery. UK: NICE The National Institute for Health and Care Excellence. Retrieved October 8, 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg65/chapter/Recommendations>

Okraïneç A., Aarts, M., A. & Conn, L., G. Compliance with urinary catheter removal guidelines leads to improved outcomes in enhanced recovery after surgery patients. *J Gastrointest Surg*. 2017;21:1309-1317.

Oom, R., Barroca, R., Rebelo, F., Nogueira, R., Manoel, L. D., Limbert, M., Abecasis, N. (2017). Defunctioning stomas in rectum surgery — risk factors for non-closure. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*. 27-42. https://spcoloprocto.org/uploads/04d_artigo_original_vol14_n2_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2020). Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde. OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Ornellas, A., C., R., Silva, B., Santoni., Calixto, L. T., S., Oliveira, T., B. & Tapia, C., E. V. (2019). Síndrome do intestino curto. *Enfermagem Brasil*, 18(1), 105-108. <https://doi.org/10.33233/eb.v18i1.2193>

Pan, H. D., Peng, Y. F., Wang, L., Li, M., Yao, Y. F., Zhao, J., Zhan, T. C., & Gu, J. (2016). Risk Factors for Nonclosure of a Temporary Defunctioning Ileostomy Following Anterior Resection of Rectal Cancer. *Diseases of the colon and rectum*, 59(2), 94-100. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000520>

Pardo, M., C., JR., & Miller, R., D. (Eds.). (2018). *Basics of Anesthesia*. Sétima edição. Elsevier.

Patel, T., Ishiuiji, Y., & Yosipovitch, G. (2007). Menthol: a refreshing look at this ancient compound. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 57(5), 873-878. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2007.04.008>

Pavani, M., M., Fonseca, L., F., Conchon, M., F. (2016). Thirst in Surgical Patients: Perceptions of the Nursing Team in Inpatient Units. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10(9), 3352-3360. <https://doi.org/10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201621>

Peppin, J., F., Pergolizzi, J., V., Gan, T., J., & Raffa, R., B. (2021). The problem of postoperative respiratory depression. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 46(5), 1220-1225. <https://doi.org/10.1111/jcpt.13382>

Pierotti, I., Fracarolli, I., F., L., Fonseca, L., F., & Aroni, P. (2018). Evaluation of the intensity and discomfort of perioperative thirst. *Anna Nery School Journal of Nursing / Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 22(3), 1-7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0375>

Pino, Richard M. (2000). (Ed.). *Manual de anestesiologia clínica: Procedimentos do Massachusetts General hospital* (8th ed.). Ovid Technologies.

Prakash, S. (2013). Perioperative eye protection under general anesthesia. *Journal of anaesthesiology, Clinical Pharmacology*, 29(1), 138-139. <https://doi.org/10.4103/0970-9185.105834>

Queirós, P., J., P. (2018). Da Prática Baseada Em Evidências À Prática Baseada Em Valores. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32(0). <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26330>

Registo Oncológico Nacional (2023). Cólon e reto - Epidemiologia. <https://ron.min-saude.pt/pt/tumor/top5/colonrecto/epidemiologia/>

Regulamento (UE) 2017/745 do Parlamento Europeu e do Conselho de 5 de abril de 2017 relativo aos dispositivos médicos, que altera a Diretiva 2001/83/CE, o Regulamento (CE) n.º 178/2002 e o Regulamento (CE) n.º 1223/2009 e que revoga as Diretivas 90/385/CEE e 93/42/CEE do Conselho. *Jornal Oficial da União Europeia*.

<https://eurlex.europa.eu/legalcontent/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:L:2017:117:FULL&from=EN>

Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Reprocessamento de Dispositivos, de 5 de agosto (2021). Diário da República: II Série nº 151. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/729-2021-169107950>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: II série, n.º 135 (16 Julho). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República, 2ª Serie. Nº 26. pp. 4744- 4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento nº 76/2018. (2018). Diário da República nº 21/2018, II Série. Ordem dos Enfermeiros. <https://files.dre.pt/2s/2018/01/021000000/0347803487.pdf>

Regulamento n.º 743/2019, Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019). Diário da República, 2ª Serie. pp. 128- 155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de (2016), relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados)

Sappenfield, J., W., Hong, C., M., & Galvagno, S., M. (2013). Perioperative temperature measurement and management: Moving beyond the surgical care improvement project. *Journal of Anesthesiology and Clinical Science*, 2(1), 8. <https://doi.org/10.7243/2049-9752-2-8>

Scott, M., Baldini, G., Fearon, K., Feldheiser, A., Feldman, L., Gan, T., Ljungqvist, O., Lobo, D., Rockall, T., Schricker, T., & Carli, F. (2015). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 1: pathophysiological considerations. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 59(10), 1212–1231. <https://doi.org/10.1111/aas.12601>

Sebaee, H., A., Elhadary, S., M. (2017). Effectiveness of A Care Bundle on Postoperative Thirst Relief and Oral Condition among Patients Undergoing Abdominal Surgeries. *Journal of Nursing and Health Science*, vol 6, pp 82-90.

Seixas, M. “Anestesia para Cirurgia Geral”. (2013). In H., Machado (Ed.), *Manual de anestesiologia*. LIDEL.

Serralheiro, I. “Implicações da Oncologia para a Anestesiologia”. (2013). In H., Machado (Ed.), *Manual de anestesiologia*. LIDEL.

Sessler, D. I. Temperature Regulation and Monitoring. (2015). In: Miller, R. D. (Ed.), *Miller's anestesia* (8th ed.). Elsevier.

Seyhan, A., k., E., Türkmen, A., Sinmaz, T., & Biçer, Ö. S. (2023). Evaluation of Thirst in the Early Postoperative Period in Patients Undergoing Orthopedic Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 38(3), 448-453. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.08.007>

Silva, A. P. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.

Silva, A. P. (2016a). Prefácio. In: Martins, T., Araújo, M. F., Peixoto, M. J., & Machado, P. P. (Org). *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp.59-71). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Silva, C., Sousa, F., Lima, J.L.M., Pinto, M.C., Brito, M.A.C.B., Cruz, I.M. (2017). Viver com uma ileostomia: um estudo de caso sobre o processo de transição". *Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 14*. <https://doi.org/10.12707/RIV17015>

Silva, J., Alves, M., Souza, É., Pontes, G., Santos, K., Costa, E., Pereira, E. (2019). Strategies for the management of thirst in the perioperative period: a systematic review. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde*, 4(1), 38-45. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20190008>

Silva, L., C., J., R., Aroni, P., & Fahl Fonseca, L. (2016). Tenho Sede! Vivência Do Paciente Cirúrgico no Período Perioperatório. *Revista SOBECC*, 21(2), 75-81. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600020003>

Silva, M., A. (2011). *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem - estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde: [s.n.].

Silva, R., M. (2016b). *Inovação informática de atendimento holístico do idoso no bloco operatório*. (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar da Universidade do Porto. Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10400.13/2548>

Silva, T., T., M., D., Dantas, J., K., D., S., Araújo, S., C., M., Silva, S., O., Dantas, D., V., & Dantas, R., A., N. (2022). Strategies for thirst management in postoperative adult patients: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), e20220154. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0154>

Smith, I., Kranke, P., Murat, I., Smith, A., O'Sullivan, G., Søreide, E., Spies, C., in't Veld, B., & European Society of Anaesthesiology (2011). Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology*,

28(8), 556-569. <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e3283495ba1>

Sousa, H., & Marques, O. (2014). Anestesia. In Duarte, A., & Martins, O. (Eds.), *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel. ISBN 978-972-757-959-4

Spector, N., M., Hicks, F., D., & Pickleman, J. (2002). Quality of life and symptoms after surgery for gastroesophageal cancer: a pilot study. *Gastroenterology Nursing : the Official Journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates* , 25(3), 120-125. <https://doi.org/10.1097/00001610-200205000-00007>

Steffens, D., Beckenkamp, P. R., Young, J., Solomon, M., da Silva, T., M., & Hancock, M., J. (2019). Is preoperative physical activity level of patients undergoing cancer surgery associated with postoperative outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol*, 45(4), 510-518. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2018.10.063>

Tavares, J. "Farmacologia Essencial para o Anestesiologista" (2013). In H., Machado (Ed.), *Manual de anestesiologia*. LIDEL.

Toneto M., G., Viola, L. Estado atual do tratamento multidisciplinar do adenocarcinoma gástrico. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2018;31(2):e1373. DOI: /10.1590/0102-672020180001e1373

Tsai, H., Y., Chao, A., & Hsiao, W., L. (2023). The effectiveness of cold oral stimuli in quenching postoperative thirst: A systematic review and meta-analysis. *Intensive & Critical Care Nursing*, 75, 103359. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103359>

União Europeia [EU]. (2016). Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados). Jornal Oficial da União Europeia, 119(1-88). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:L:2016:119:FULL&from=PT>>

Vieira, V., Marcos, A., Patuleia, D., & Lança, F. (2012). Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória - Recomendações Portuguesas para a Profilaxia e Tratamento das Náuseas e Vômitos no Pós-operatório em Cirurgia de Ambulatório. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf

Vieira, L. B., C., Vieira, C., B., C., Ladeia, V., R., B., S., Assis, M., E., P., Silva, M. S., Silva, B., S., Silva, M., R., B. & Vieira, W. C., C. (2023). Comparação entre reconstrução Billroth I, II e Y de roux em gastrectomias de câncer gástrico. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 23(5), e11593. <https://doi.org/10.25248/reamed.e11593.2023>

Westerkamp, A., C., Lisman, T., & Porte, R., J. (2009). How to minimize blood loss during liver surgery in patients with cirrhosis. *HPB*, 11(6), 453-458.

<https://doi.org/10.1111/j.1477-2574.2009.00078.x>

Xavier, F., & Carrilho, S. Cuidados Pós-operatórios. (2014). In Duarte, A., & Martins, O. (Eds.), *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel. ISBN 978-972-757-959-4

Zilberstein, B., Jacob, C., E., Barchi, L., C., Yagi, O., K., Ribeiro, U., Jr, Coimbra, B., G., & Cecconello, I. (2014). Simplified technique for reconstruction of the digestive tract after total and subtotal gastrectomy for gastric cancer. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva : ABCD = Brazilian Archives of Digestive Surgery*, 27(2), 133-137. <https://doi.org/10.1590/s0102-67202014000200010>

Zollinger, R., M. & Ellison, E., C. (Eds.). (2017). *Zollinger: Atlas de cirurgia*, 10ed. Guanabara Koogan.

8. ANEXOS

Anexo I

Resumo dos artigos selecionados na *Scoping Review* realizada no decurso do estágio de natureza profissional

Título: “Características Definidoras do potencial Diagnóstico de Enfermagem: Percepção sensorial: Sede, no cliente em situação perioperatória”

E1: “*Clinical validation of the nursing diagnostic proposition perioperative thirst*” (Nascimento et al., 2023).

Este estudo aborda a validação clínica da proposição diagnóstica de “sede perioperatória”. Realizado com 150 clientes em situação perioperatória, num hospital universitário, teve como objetivo verificar a acurácia diagnóstica dos indicadores clínicos da sede perioperatória, incluindo a magnitude de efeito dos seus fatores etiológicos.

Os resultados do estudo demonstraram que as características definidoras “Garganta seca” e “Constante deglutição de saliva” no pré-operatório e “Gosto ruim na boca”, no pós-operatório imediato, apresentaram as melhores medidas de sensibilidade e especificidade. Além disso, os fatores relacionados “Temperatura do ambiente elevada” e “Boca seca” mostraram associação significativa com o aumento da probabilidade de o cliente apresentar sede.

Neste estudo, as características definidoras da sede, nos clientes em situação perioperatória, foram analisadas quanto à sua frequência de ocorrência. Os resultados mostraram que as seguintes características definidoras, apresentaram as seguintes percentagens no pré-operatório e no pós-operatório imediato, respetivamente: **lábios ressecados** (71,3% e 82,7%), **saliva grossa** (48,7% e 53,3%), **língua grossa** (46,0% e 54,7%), **vontade de beber água** (64,0% e 72,7%), **relato do cuidador** (0,7% e 0,7%), **garganta seca** (58,0% e 72,0%), **constante deglutição de saliva** (62,7% e 70,0%), e **gosto ruim na boca** (41,3% e 46,0%).

O estudo realça que a determinação desses indicadores clínicos e fatores etiológicos podem auxiliar os enfermeiros na identificação da sede e intervenção perante este diagnóstico, contribuindo para reduzir o desconforto e sofrimento dos clientes durante a experiência cirúrgica. Ressalta ainda a importância da ação profissional do enfermeiro no cuidar da pessoa em situação perioperatória e destaca a relevância de incorporar a sede em classificações e terminologias internacionais de enfermagem, para melhorar a prática clínica, o ensino e a pesquisa nesta área.

E 2: “Evaluation of Thirst in the Early Postoperative Period in Patients Undergoing Orthopedic Surgery” (Seyhan et al., 2023).

O objetivo principal deste estudo foi determinar a sede e os fatores que afetam a sede no pós-operatório imediato de clientes submetidos a cirurgia ortopédica. As conclusões incluíram a identificação dos sintomas mais comuns nos clientes submetidos a esse tipo de cirurgia, sendo a sede e a secura oral, os mais prevalentes. Além disso, conclui que fatores como tipo e duração da cirurgia, tipo de anestesia, tempo de jejum, intubação e tempo de permanência na UCPA, afetaram significativamente a sede nestes clientes.

O estudo avaliou a sede no pós-operatório imediato de clientes submetidos a cirurgia ortopédica entre setembro de 2021 e janeiro de 2022. O tempo médio de sede perioperatória foi de 15,25 horas, e o tempo médio de anestesia foi de 2,32 horas. A coleta de dados foi realizada com formulários específicos.

As características definidoras da sede apresentadas neste estudo incluem a **boca seca, garganta seca, sensibilidade/irritação na garganta, dificuldade de engolir, dificuldade de falar, gosto ruim na boca e halitose.**

E 3: “Prevalence of defining characteristics of the proposed nursing diagnosis of perioperative thirst” (Andriottil et al., 2022).

Este estudo analisa a prevalência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem "sede perioperatória" em 150 clientes de um hospital universitário no Paraná. Os resultados mostram alta prevalência e intensidade da sede tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório imediato. As características definidoras mais relatadas foram boca seca, lábios ressecados, vontade de beber água e deglutição constante de saliva. Cinco das nove características apresentaram diferenças significativas entre os dois períodos avaliados. As diferenças identificadas nas características definidoras da sede perioperatória entre os períodos pré e pós-operatório incluem um aumento na prevalência e intensidade da sede no pós-operatório, com as características mais relatadas sendo boca seca e lábios ressecados. Além disso, outras características como vontade de beber água, deglutição constante de saliva, garganta seca, saliva grossa, língua grossa e gosto ruim na boca também apresentaram diferenças significativas entre os períodos avaliados. Esses resultados indicam variações nas características definidoras da sede ao longo do processo perioperatório.

E4: “Concept analysis of Perioperative Thirst for the development of a new nursing diagnosis” (Nascimento et al., 2021a).

O estudo tem como objetivo analisar o conceito de sede perioperatória e desenvolver uma nova estrutura diagnóstica. Através de uma revisão integrativa da literatura, foram identificadas características definidoras da sede no cliente em situação perioperatória, e a análise do conceito permitiu estabelecer uma estrutura diagnóstica, como contributo para o desenvolvimento da ação profissional dos enfermeiros, neste contexto. Conclui que a compreensão da sede no cliente em situação perioperatória é fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados, permitindo uma identificação e intervenção precoce perante este desconforto.

Assim, a estrutura diagnóstica propõe a definição do diagnóstico de Sede perioperatória como a *“a sensação subjetiva de boca seca e desejo intenso de beber líquidos, manifestada por sintomas como boca seca, desejo intenso de beber água, membranas mucosas ressecadas, sensação de garganta seca, entre outros sinais de sede.”* Identifica como características definidoras a **boca e garganta seca, constante deglutição de saliva, lábios esbranquiçados e ressecados, a língua e saliva grossa, halitose, boca amarga e áspera, cavidade oral friável, comportamento de busca de água, gosto mau na boca, sensação de queimadura na garganta, relato do cuidador e vontade de beber água**. Os fatores relacionados com a sede perioperatória incluem alterações na osmolaridade sanguínea, tempo prolongado de jejum pré e pós-operatório, e estímulos na cavidade oral durante o processo cirúrgico.

E5: “Development and validation of a new nursing diagnosis: Perioperative thirst” (Nascimento et al, 2021b).

Este estudo teve por objetivo desenvolver e validar um novo diagnóstico de enfermagem de “sede perioperatória”, demonstrando concordância entre especialistas e melhorando a compreensão da sede nos clientes em situação perioperatória. Conclui a proposta de diagnóstico de enfermagem para sede perioperatória com nove características definidoras, oito fatores relacionados e três condições associadas, validados quanto à relevância, clareza e precisão, com alta concordância entre especialistas.

Assim, propõe a definição do diagnóstico de enfermagem de sede perioperatória como uma *“Experiência sensorial, fisiológica e subjetiva que se refere ao desejo de ingerir água para restaurar a homeostasia dos fluidos corporais, gerando desconforto intenso quando não atendido. Mecanismos homeostáticos e não homeostáticos participam na gênese e saciedade da sede.”*

As nove características definidoras desta proposta de diagnóstico de enfermagem para sede perioperatória são **boca seca, deglutição constante de saliva, garganta seca, lábios secos, língua grossa, saliva espessa, vontade de beber água, gosto ruim na boca e relato do cuidador**. Os oito fatores relacionados são o jejum pré e pós-operatório, a respiração oral, a desidratação, a hipovolêmia, as perdas insensíveis, a boca seca, temperatura ambiente alta e os hábitos de ingestão hídrica.

As três condições associadas ao diagnóstico são a entubação, o uso de anticolinérgicos e restrição de água. Consideram a população de risco o cliente em situação perioperatória.

E 6: “Sede do paciente cirúrgico ortopédico, no período pós-operatório” (Maldonado et al., 2020).

Este estudo teve como principal objetivo avaliar a prevalência, intensidade e desconforto da sede do cliente cirúrgico submetido a cirurgia ortopédica, no período pós-operatório imediato, além de investigar as correlações com variáveis demográficas e clínico-cirúrgicas. Como resultado, foi observado que 10,3% dos pacientes relataram sede, com uma intensidade média de 4,8 e um desconforto médio de 5,0. A **boca seca** foi a característica mais prevalente, seguida pela **vontade de beber água e lábios ressecados**. A intensidade da sede correlacionou-se significativamente com o desconforto relatado pelos clientes do grupo de 21 a 40 anos. O estudo conclui que a sede no cliente cirúrgico, submetido a cirurgia ortopédica, é prevalente no período pós-operatório, apresentando uma intensidade moderada, porém sendo consideravelmente desconfortável

E7: “Evaluation of the intensity and discomfort of perioperative thirst” (Pierotti et al., 2018).

O principal objetivo deste estudo foi avaliar a intensidade e o desconforto da sede perioperatória, bem como os fatores associados durante a recuperação anestésica. Os resultados mostraram uma alta prevalência de sede e outros desconfortos entre os clientes no período pós-operatório imediato, com uma correlação positiva entre a intensidade da sede e a pontuação dos desconfortos relatados. Sugere, portanto, que quanto maior a intensidade da sede, maior é a percepção dos desconfortos associados. Os atributos relacionados à sede foram bem identificados, destacando a importância de uma abordagem intencional da sede, no período de recuperação anestésica. As características definidoras da sede identificadas neste estudo foram a **boca seca**,

vontade de beber água, lábios ressecados, língua grossa, saliva grossa, garganta seca e gosto ruim na boca. Estes atributos foram relatados pelos clientes como os principais desconfortos associados à sede durante o período de recuperação anestésica.

E8: “*Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale*” (Martins et al., 2018).

Este estudo teve como objetivo criar e validar uma escala para avaliar o desconforto da sede em clientes no período perioperatório. Foram identificados sete atributos principais que definem a sede, incluindo **boca seca, lábios ressecados, língua grossa, saliva grossa, garganta seca, gosto ruim na boca e vontade de beber água.** A escala desenvolvida demonstrou alta validade de conteúdo e fidedignidade, sendo uma ferramenta confiável para avaliar o desconforto da sede nesse contexto clínico. A pesquisa contribuiu para a construção de um instrumento útil para a avaliação da sede no cliente em situação perioperatória.

E 9: “*Sede perioperatória: uma análise sob a perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas*” (Conchon et al., 2015)

Este estudo tem como principal objetivo analisar a sede no contexto perioperatório, utilizando a Teoria de Manejo de Sintomas como referencial teórico. Destaca a importância de compreender a sede como um sintoma multifatorial, considerando os domínios pessoa, ambiente e estado de saúde/doença, juntamente com as dimensões experiência do sintoma, estratégias de manejo e repercussões do sintoma. O estudo ressalta a necessidade de abordagens integradas para reconhecimento, avaliação, alívio e registo da sede, visando uma intervenção eficaz na mitigação deste desconforto e a promoção de cuidados de qualidade. Conclui que a sede é um sintoma relevante e frequentemente subestimado no ambiente perioperatório, e que uma abordagem dirigida e intencional pode contribuir significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes no perioperatório.

As características definidoras da sede identificadas neste estudo incluem **lábios ressecados ou rachados e boca ou garganta seca,** e reconhece estes atributos como essenciais para o reconhecimento e intervenção adequada perante a sede, no contexto perioperatório.