

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**A enfermagem à pessoa em situação perioperatória:
a mulher submetida a mastectomia em contexto de
cirurgia de ambulatório.**

**Nursing to the person in a perioperative situation:
the woman subjected to mastectomy in the context
of ambulatory surgery.**

Autor

Isabel Maria Meireles da Silva

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

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

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

Autor

Isabel Maria Meireles da Silva

Porto, 2023

RESUMO

O presente relatório tem como principal objetivo demonstrar o processo de aprendizagem obtido na Unidade Curricular: Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II que integra o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação Perioperatória da Escola Superior de Enfermagem do Porto. O estágio de natureza profissional decorreu em dois contextos distintos na área do perioperatório de um Centro Hospitalar, entre 6 de fevereiro de 2023 a 23 de junho de 2023.

De acordo com o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento 429/2018, 2018), a área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, que vivenciam uma experiência cirúrgica/anestésica.

No sentido de demonstrar o desenvolvimento do processo de pensamento e de tomada de decisão clínica foram desenvolvidos dois casos clínicos. Estes estudos de caso pretendem refletir uma tomada de decisão autónoma, reflexiva e baseada na melhor evidência disponível, na área da assistência à pessoa em situação perioperatória.

O primeiro estudo de caso refere-se a uma cliente submetida a mastectomia parcial em contexto de Unidade de Cirurgia de Ambulatório e que abrange as diferentes áreas de atuação: pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório. O segundo estudo de caso foi desenvolvido em contexto de uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos a uma cliente submetida a uma artroscopia do ombro e descreve a abordagem orientada para a deteção precoce e a prevenção de complicações pós-operatórias.

Neste documento fica explanado o percurso concretizado a partir de uma perspetiva crítica e reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento das competências previstas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, tomando por referência a descrição das competências comuns e específicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, com as atividades desenvolvidas nesse âmbito e a fundamentação teórica que esteve na sua base.

Palavras-Chave: Enfermagem Perioperatória; Enfermeiro Especialista; Competências.

ABSTRACT

This report aims to demonstrate the learning process obtained during the achieved of the Curricular Unit: “Internship of a professional nature with report - Module II” and part of the 1st Master Course in Medical-Surgical Nursing for people in a Perioperative situation at the Escola Superior de Enfermagem do Porto. The professional internship took place in two different settings of the perioperative area of a Hospital Centre, between February 6, and June 23 of 2023.

In accordance with the regulation of the specific competencies for nurses specializing in Medical-Surgical Nursing (Regulation 429/2018, 2018), the specialisation area of Nursing for Individuals in Perioperative Situations targets individuals and their families/significant others undergoing surgical/anaesthetic experiences.

In order to demonstrate the development of the thought process and clinical decision-making, two clinical case studies have been developed. These case studies aim to reflect autonomous, reflective decision-making grounded in the best available evidence within the field of medical-surgical nursing, particularly within the realm of providing care to individuals in perioperative situations.

The first case study pertains to a patient who underwent partial mastectomy in an outpatient surgery unit, covering different phases: pre-operative, intra-operative, and post-operative. The second case study was conducted within a Post-Anaesthetic Care Unit for a patient undergoing shoulder arthroscopy, focusing on an approach oriented toward early detection and prevention of postoperative complications.

This document outlines the path undertaken from a critical and reflective perspective concerning the acquisition and development of competencies expected of a specialized nurse in Medical-Surgical Nursing for individuals in perioperative situations, drawing from the description of common and specific competencies recommended by the Ordem dos Enfermeiros, along with the activities undertaken within this scope and the theoretical foundation that underpins them.

Keywords: Perioperative Nursing; Specialist Nurse; Competencies.

ABREVIATURAS

BOC -Bloco Operatório Central

CA - Cirurgia de Ambulatório

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

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CASO 1 - MASTECTOMIA PARCIAL ESQUERDA	21
3.1. Enquadramento teórico	21
3.2. Clientes	26
3.3. Medicação	26
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.	32
3.5. Domínios	35
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	35
3.6. Dados	42
3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	46
3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	47
3.7. Diagnósticos	48
3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	49
3.8. Especificação das intervenções	51
4. CASO 2 - ARTROSCOPIA DO OMBRO ESQUERDO	53
4.1. Enquadramento teórico	53
4.2. Clientes	56
4.3. Medicação	56
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	56
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	57
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	58
4.5. Domínios	60
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	61
4.6. Dados	66
4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	69
4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	70
4.7. Diagnósticos	71
4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	72
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	75
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	97
7. BIBLIOGRAFIA	99

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente Relatório de Estágio resulta de um percurso iniciado em 2022, com o ingresso no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Neste relatório pretendo apresentar a descrição, perceção e reflexão sobre o percurso desenvolvido ao longo do estágio de natureza profissional do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

O estágio decorreu num Centro Hospitalar do norte do país. Os dois contextos clínicos onde se desenvolveu o estágio foram a Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) e a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), e decorreu de 6 de fevereiro de 2023 a 23 de junho de 2023.

O primeiro contexto clínico onde decorreu o estágio foi uma UCA. Uma UCA é um serviço hospitalar que desenvolve a sua atividade em torno de atos cirúrgicos em regime ambulatorial. A Cirurgia de Ambulatório (CA) define-se como toda “a intervenção cirúrgica programada que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, é realizada em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas, em instalações próprias e condições de segurança de acordo com a atual prática clínica, incluindo a CA no mesmo dia ou a CA com pernoita”. A partir de 2007, é notório um franco desenvolvimento da CA em Portugal, acompanhando a forte tendência desta modalidade cirúrgica a nível mundial, constituindo um exemplo de referência através da sua expansão sustentada. Em termos estatísticos, evidencia-se um aumento considerável das cirurgias realizadas em regime de ambulatório nos últimos 20 anos. Ao longo dos últimos anos constatou-se que a CA tem um impacto positivo para o cliente que, em menos de 24 horas, é intervencionado de forma programada, podendo recuperar em ambiente familiar (Portaria 291/2012, 2012).

A CA associa-se a uma menor taxa de complicações pós-operatórias: a dor pós-operatória é em geral mais reduzida, sendo assinalada uma diminuição do risco de tromboembolismo, em virtude da deambulação precoce. Também se constatou que a CA, apresenta uma incidência de regressos ao hospital não superior aquela encontrada no pós-operatório da cirurgia clássica com internamento (Despacho 1380/2018, 2018).

A CA apresenta-se como uma importante ferramenta para o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar. Além do impacto positivo para o doente que, em menos de 24 horas, é intervencionado de forma programada, podendo recuperar num ambiente familiar, a CA possibilita uma organização da estrutura hospitalar de forma a restringir o internamento para as situações mais complexas, e uma racionalização e

reorientação dos custos hospitalares mais eficientes (Despacho 1380/2018, 2018).

A informação clínica é uma das características fundamentais para o sucesso dos programas de cirurgia de ambulatório. Os profissionais de saúde procuram transmitir uma informação esclarecedora e cuidada por forma a englobar o utente e sua família/pessoa significativa e promover a sua corresponsabilização no seu percurso na cirurgia de ambulatório. (Gaspar, 2021).

Tendo em consideração que à medida que os procedimentos em CA se tornam mais comuns, é essencial que os utentes compreendam o processo inerente à CA, a importância de uma preparação para a cirurgia, os benefícios e os riscos de alta no mesmo dia assim como a aquisição de conhecimentos que habilitem a pessoa para a sua recuperação pós cirúrgica, são aspetos que determinam o sucesso das cirurgias em regime ambulatorial (Gaspar, 2021).

Os enfermeiros são profissionais de saúde com competências para identificar as necessidades educativas dos utentes/família, capacitação do utente/família para o processo de recuperação no domicílio e atuam como elementos de referência na gestão de situações de mudança rápida e com curta permanência hospitalar, tal como acontece em CA. Essas competências são essenciais para a gestão eficaz do fluxo de utentes, garantindo a execução de cuidados seguros. O desenvolvimento e melhoria de ferramentas capazes de avaliar a qualidade dos cuidados prestados e dos programas de gestão da qualidade traduzem uma procura constante na melhoria dos cuidados prestados em CA (Hamström et al., 2012; Meneghini Ziemba-Davis, 2017, citados por Gaspar, 2021). Os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória são elementos cruciais na CA pois detêm as competências necessárias para a excelência de cuidados de enfermagem.

Neste sentido, no contexto de cirurgia de ambulatório onde o estágio se realizou foram variadas as situações cirúrgicas com que tive contacto. No entanto, pela percepção da existência de muitos casos de mastectomia parcial, em contexto de cirurgia de ambulatório, sendo uma cirurgia que tem um impacto significativo na vida de uma mulher, considerando o pouco tempo de permanência no contexto clínico e as complicações que podem ocorrer com impacto na vida das pessoas, entendi esta área como de particular interesse para desenvolvimento de competências no estágio.

A neoplasia da mama é um dos cancros mais frequente e mais invasivo entre as mulheres em todo o mundo, correspondendo a cerca de 12% dos casos de cancro na população feminina e é um dos cancros com maior taxa de incidência em Portugal (Silva et al, 2019).

A cirurgia é, na maior parte dos casos, a abordagem terapêutica mais utilizada, numa abordagem conservadora da mama (tumorectomia, quadrantectomia, mastectomia parcial ou mastectomia segmentar).

Os programas de rastreio instituídos em Portugal têm vindo a permitir a deteção do tumor em

fases mais precoces e, conseqüentemente, com as referidas abordagens mais conservadoras que podem ser realizadas em contexto de cirurgia de ambulatório.

Um dos estudos de caso desenvolvidos toma como referência uma mulher submetida a mastectomia parcial, onde especifiquei com maior grau de pormenor as necessidades de cuidados nestas situações cirúrgicas.

A implementação de uma preparação pré-cirúrgica das clientes, em muitos contextos de cuidados, não é ainda uma realidade organizada, pelo que se torna emergente a identificação das principais necessidades de cuidados para serem organizadas numa estrutura de informação que possa contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Na perspetiva de uma prática clínica de enfermagem avançada e especializada, com base em conhecimento formal, desenvolvi o estudo de caso, de forma a que possa ser uma base inicial para a elaboração de um modelo de dados de enfermagem à mulher submetida a mastectomia numa UCA.

O outro contexto clínico onde decorreu o estágio foi a UCPA. A UCPA é o local para onde a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica é transferida logo após o seu término e onde permanece em vigilância. Esta deve localizar-se o mais próximo possível das salas operatórias e estar devidamente equipada. Cada unidade de doente deverá ter como equipamento mínimo: oxímetro de pulso, eletrocardiograma, monitor de pressão arterial não invasiva, tomadas elétricas, 2 saídas de oxigénio, 1 de vácuo para sistema de aspiração e 2 de ar comprimido e aquecedor de ar quente forçado; e na UCPA deverá existir um carro de emergência, um desfibrilhador, um carro de via aérea difícil (Sampaio et al 2016; Mourão et al, 2018).

Segundo a Associação de Enfermeiros de Sala de Operações cerca de 50% das complicações anestésico-cirúrgicas sucedem-se na primeira hora após a intervenção cirúrgica, destacando-se a necessidade de uma vigilância e monitorização contínua e intensiva de forma a prevenir e tratar quaisquer complicações anestésicas e cirúrgicas, através da deteção precoce e atempada das mudanças no estado de saúde da pessoa, englobando cuidados individualizados e contínuos ao cliente (Manley e Bellman, 2003 citados por Modas, 2016).

A transferência dos clientes das salas operatórias para a UCPA é um momento crítico e onde deverá ser evitada qualquer perda de informação. Durante o transporte o doente deve ser acompanhado pelos enfermeiros de anestesia e circulante e pelo médico anestesiológico que procedeu ao ato anestésico (Sampaio et al, 2016).

Após a admissão do cliente na UCPA o enfermeiro deve cuidar exclusivamente deste, monitorizando sinais vitais até que se encontre consciente, estável e capaz de comunicar. Só após se garantir a estabilidade deste cliente é que o enfermeiro poderá admitir um outro cliente na UCPA. Daí a necessidade de cumprir com os rácios definidos pela Ordem dos Enfermeiros em que numa UCPA será de 1 enfermeiro para 2 doentes, de forma a garantir cuidados de

qualidade e segurança (Sampaio et al, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2019). Estes cuidados de enfermagem são devidamente avaliados e registados, tendo como principal objetivo a prevenção de complicações e a otimização da recuperação pós-operatória do cliente, assegurando a continuidade dos cuidados (Manley e Bellman, 2003, citados por Modas, 2016). A alta dos clientes da UCPA para os serviços de destino é definida pelo médico anestesista, cumprindo critérios definidos que incluem a estabilidade dos sinais vitais, o controlo da dor, das náuseas e vómitos e reversão completa de bloqueio neuromuscular (Sampaio et al, 2016).

A estrutura deste documento tem início com uma breve contextualização sobre os locais de estágio, seguem-se dois capítulos com os estudos de casos resultantes dos estágios, posteriormente um capítulo direcionado para a exposição do desenvolvimento das competências comuns e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSP) e por fim uma síntese conclusiva deste relatório.

Um estudo de caso pode ser definido como uma metodologia de investigação que analisa um fenómeno dentro do seu contexto de vida real. Com os estudos de caso apresentados pretendo esclarecer aspetos do processo de tomada de decisão clínica com vista à resolução de problemas identificados e garantia da segurança dos cuidados implementados.

Os estudos de caso apresentados foram desenvolvidos na plataforma educacional denominada E4nursing. Esta plataforma está orientada para a conceção de cuidados de Enfermagem, com uma estrutura assente nas principais etapas do processo de decisão clínica e tem por base os conteúdos da Ontologia de Enfermagem, aprovada pela Ordem dos Enfermeiros. Esta plataforma fundamenta o seu potencial nos princípios da "aprendizagem baseada em problemas" e na promoção da interação entre o docente e os estudantes, centrando o processo de aprendizagem na conceção de cuidados, isto é, no desenvolvimento de competências de tomada de decisão clínica e na capacidade de explanação e sistematização dos cuidados de enfermagem (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2023).

Para melhor perceção sobre a apresentação dos estudos de caso, a própria plataforma possibilita-nos a criação de várias sessões, em que cada sessão representa um contacto com o cliente e onde são descritos os dados, intervenções e diagnósticos de enfermagem. De ressaltar que a transposição dos dados dos estudos de caso expostos obedeceram à proteção dos dados dos clientes.

Posteriormente, no capítulo de exposição do desenvolvimento das competências comuns e das competências específicas do EEEMCPSP, pretendo expor as atividades desenvolvidas ao longo do estágio que me permitiram refletir e alcançar estas mesmas competências.

A elaboração deste relatório baseia-se numa metodologia descritivo-reflexiva, onde se inclui

uma análise crítica e reflexiva das experiências vivenciadas e dos estudos de casos elaborados, recorrendo a um pensamento crítico, a experiência pessoal e profissional e pesquisa de evidência científica recente, com recurso a fontes credíveis, reconhecidas e válidas.

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

O estágio de natureza profissional pretende proporcionar a aprendizagem a partir de novas experiências profissionais, a reflexão sobre essas experiências práticas acompanhadas de conhecimento baseado na melhor evidência científica e permite o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados.

O estágio de natureza profissional decorreu num Centro Hospitalar no norte do país, que abrange uma área geográfica de vários concelhos, com uma população de cerca de 500 000 habitantes. Este estágio decorreu em dois contextos clínicos diferentes, o contexto de UCA e o contexto de UCPA do mesmo Centro Hospitalar.

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

A UCA pertence ao Departamento Cirúrgico deste Centro Hospitalar e encontra-se dividida por duas unidades hospitalares que integram esta instituição de saúde.

Assim, a UCA do hospital onde realizei o estágio possui a seguinte estrutura física: duas salas operatórias; uma sala de indução; uma sala de apoio à documentação; o recobro I (imediate); o recobro II (tardio); instalações administrativas e secretariado; uma copa; vestiários dos profissionais com casa de banho; vestiários dos utentes com casa de banho; armazéns de apoio (hoteleiro, consumo clínico e de equipamentos); sala de limpos; sala de sujos, sala de espera e gabinete do enfermeiro gestor.

A UCA realiza intervenções cirúrgicas programadas, sob anestesia geral, loco-regional ou local, em regime de admissão e alta no mesmo dia ou em regime de “*one day surgery*” (alta até às 23h). São realizados procedimentos cirúrgicos nas especialidades de Cirurgia Geral, Urologia, Oftalmologia, Ortopedia, Ginecologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Vasculuar, Nefrologia, Cirurgia Plástica e Cirurgia Maxilo-Facial.

Para a prestação de cuidados conta com uma equipa constituída por 22 enfermeiros: um enfermeiro gestor; um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem á Pessoa em Situação Perioperatória e 20 enfermeiros de cuidados gerais.

Na organização de trabalho, no turno da manhã dois enfermeiros ficam responsáveis pelos utentes que ficaram a pernoitar e pelos utentes que serão admitidos no recobro tardio. No

recobro imediato ficam dois enfermeiros que dividem o trabalho entre os casos de admissões diretas para a sala de operações e os contactos telefónicos 24 horas após a cirurgia. Na sala de operações estão três enfermeiros que desenvolvem respetivamente as funções de enfermeiro de anestesia, de enfermeiro circulante, e de enfermeiro instrumentista. Frequentemente, um enfermeiro fica de apoio ao serviço com funções de gestão relacionada com requisição de material específico, organização do serviço e gestão de materiais, que estão diretamente relacionadas com as questões de segurança do cliente sujeito a uma intervenção cirúrgica. No turno da tarde mantêm-se dois enfermeiros em cada recobro e três enfermeiros em cada sala operatória. No turno da noite, ficam destacados dois enfermeiros para o recobro tardio, responsáveis pelos utentes que ficam a pernoitar e que terão alta na manhã seguinte.

Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

A UCPA está integrada no Bloco Operatório Central (BOC) que pertence ao Departamento Cirúrgico do mesmo Centro Hospitalar e está sediado na unidade hospitalar principal.

O BOC presta assistência cirúrgica nas especialidades de Cirurgia, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Plástica, Ginecologia, Urologia, Cirurgia Vasculuar e apoio cirúrgico ao Serviço de Urgência, realizando intervenções cirúrgicas programadas e de urgência. A cirurgia eletiva decorre de segunda a sexta-feira das 8 às 20h, e a cirurgia de urgência é assegurada 24 horas por dia nos sete dias da semana.

O BOC é constituído por 7 salas operatórias, 4 salas de indução anestésica, vestiários dos profissionais, sala de reuniões, gabinetes (enfermeiro gestor e chefe de serviço), salas de material administrativo, armazéns de apoio (hoteleiro, consumo clínico, esterilizados, equipamentos, farmácia), sala de limpos, sala de sujos, sala de de apoio à documentação, laboratório, copa, área de acolhimento do doente, pequeno vestiário para acompanhantes e zona de transferência de doentes entre as salas operatórias e a UCPA.

A UCPA tem espaço para 10 unidades de doentes, cada uma equipada com monitor (avaliação de tensão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigénio), aquecedor de ar forçado e rampa de oxigénio/ar comprimido/vácuo e computadores para registos médicos/enfermagem.

Na UCPA prestam-se cuidados pós-operatórios imediatos aos utentes submetidos a cirurgia, colocação de cateteres arteriais e centrais, bem como sedações de doentes para tratamentos de eletroconvulsivoterapia.

A equipa de enfermagem do BOC é constituída por 65 enfermeiros: 8 enfermeiros especialistas em enfermagem médico cirúrgica, um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, um especialista em Enfermagem

Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. O enfermeiro gestor do BOC é comum à UCA.

Toda a equipa de enfermagem está integrada e habilitada a trabalhar a função de enfermeiro de anestesia e função de enfermeiro na UCPA, de todas as especialidades cirúrgicas. A equipa de enfermagem do BOC também presta apoio à sala híbrida (uma sala no mesmo piso do BOC onde se efetuam angioplastias vasculares com enfermeiros integrados na área de cirurgia vascular e que também serve para a realização de cateterismos cardíacos) e também ao serviço de gastroenterologia por enfermeiros de anestesia.

No turno da manhã, um enfermeiro fica responsável pela admissão dos doentes às diferentes salas operatórias, cada sala de operações conta com três enfermeiros (um de anestesia, outro circulante e outro instrumentista), três enfermeiros ficam responsáveis pelos cuidados pós operatórios imediatos na UCPA e um enfermeiro fica de apoio ao serviço para requisição de material específico, organização do serviço e gestão de materiais, que estão diretamente relacionadas com as questões de segurança do cliente sujeito a uma intervenção cirúrgica. No turno da tarde mantém-se o elemento da admissão aos doentes, 3 enfermeiros por cada sala de operações e 3 enfermeiros na UCPA. No turno da noite, ficam destacados cinco enfermeiros: três para a sala de operações, um para a UCPA e um de apoio que auxilia na admissão, sala ou recobro consoante as necessidades momentâneas do serviço.

3. CASO 1 - MASTECTOMIA PARCIAL ESQUERDA

Cliente de 62 anos, após menopausa. Em ecografia mamária de rotina foi identificado um nódulo mamário com cerca de 9 milímetros com características sólidas. Posteriormente foi submetida a biópsia que revelou ser um nódulo invasor da mama, tendo sido proposta para mastectomia em regime de cirurgia de ambulatório.

3.1. Enquadramento teórico

Cancro da mama

A neoplasia da mama é o cancro mais frequente e mais invasivo entre as mulheres em todo o mundo, correspondendo a cerca de 12% dos casos de cancro na população feminina. A prevalência desta neoplasia tem aumentado nos últimos anos, acompanhando o aumento do envelhecimento populacional. No entanto, tem aumentado também a taxa de sobrevivência para a doença como consequência dos métodos de deteção precoce e da evolução dos tratamentos (Silva et al, 2019). No relatório de 2019 do Registo Oncológico Nacional de todos os tumores na população residente em Portugal, registaram-se 8567 novos casos de cancro da mama, sendo 8482 casos do sexo feminino e 85 do sexo masculino.

Os muitos fatores de risco contribuem para que as taxas de ocorrência do cancro de mama se mantenham elevadas apesar das campanhas de combate à doença. A idade é o maior fator de risco para o desenvolvimento do cancro da mama, aumentando o risco com o envelhecimento a partir dos 60 anos. Existem outros fatores ao longo da vida das mulheres, mas a presença dos mesmos não significa necessariamente desenvolvimento da doença. A destacar nos fatores de risco acrescido apresentam-se a menarca precoce e a menopausa após os 55 anos; a idade tardia da primeira gestação de termo (≥ 35 anos) e a nuliparidade; as mulheres com maior densidade mamária; com antecedentes de doenças benignas da mama; a exposição prévia a radiação em idade jovem; o histórico familiar, sendo mais relevante o número de familiares em primeiro grau com antecedentes de neoplasia da mama; o tabagismo que aumenta 10 a 20% a predisposição; o uso de contraceção hormonal oral e de terapêutica de substituição hormonal prolongada na menopausa; o consumo de álcool; a obesidade e o sedentarismo. Por outro lado, a amamentação prolongada e a primeira gravidez de termo antes dos 30 anos conferem algum grau de proteção (Silva et al, 2019).

A sobrevivência ao cancro da mama apresenta variações nos diversos locais do planeta. Em países desenvolvidos a sobrevida com média de cinco anos após a doença é de até 80%, enquanto que nos países subdesenvolvidos é menor que 40%. Fatores como os recursos de saúde e infraestruturas influenciam diretamente esses números, já que a cura e a sobrevida da mulher está relacionada, de forma direta, aos meios de diagnóstico e tratamento da doença. O tratamento do cancro da mama tem sofrido grandes alterações nos últimos anos, sendo tendencialmente menos invasivo. Tal facto deve-se, principalmente, à evolução das técnicas diagnósticas, que visam ser minimamente invasivas, e a acessibilidade e generalização da mamografia como método de rastreio, tendo aumentado significativamente a identificação de lesões pequenas e lesões mamográficas não palpáveis (Anticancer Fund, 2013; CNDO, 2009, citado por Rodrigues 2017). Também, a técnica de pesquisa de invasão ganglionar por biópsia do gânglio sentinela constitui, atualmente, uma alternativa ao esvaziamento axilar, permitindo um estadiamento mais preciso e com menor morbidade (Rodrigues 2017).

Tratamento do cancro da mama

O tratamento pode abranger uma ou mais abordagens terapêuticas, dependendo do estadio da doença como: hormonoterapia, quimioterapia, imunoterapia, radioterapia e cirurgia para exérese do tumor ou exérese da totalidade da mama.

A cirurgia é, na maior parte dos casos, a abordagem terapêutica mais comum, e as abordagens cirúrgicas são a cirurgia conservadora da mama (tumorectomia, quadrantectomia, mastectomia parcial ou mastectomia segmentar) e a mastectomia total. Na avaliação pré-operatória, o cirurgião identifica quatro elementos que podem ser usados para a determinação do procedimento cirúrgico mais adequado: o volume a excisar e o volume da mama, a localização do tumor e a densidade glandular (Pinto et al 2015, citado por Rodrigues, 2017).

A tendência cirúrgica atual, nestes casos, é conseguir o melhor tratamento com o mínimo de morbidade. Atualmente, a maioria das pessoas apresenta tumores pequenos ou lesões infra clínicas diagnosticadas nos programas de rastreio, e assim apresentam condições para cirurgia conservadora. Contudo, existem diversas situações em que é necessário a remoção da totalidade da mama, nomeadamente quando existe impedimento à realização de radioterapia adjuvante, por decisão da própria pessoa após esclarecimento adequado, nos carcinomas multicêntricos, nos carcinomas inflamatórios, em microcalcificações malignas diagnosticadas por biópsia com distribuição extensa na mama e na existência persistente de margens com tumor após várias tentativas de cirurgias consecutivas de conservação da mama (Pinto et al 2015, citado por Rodrigues, 2017). A mastectomia radical modificada é caracterizada pela remoção total do tecido mamário e a maioria ou a totalidade dos gânglios linfáticos axilares, sendo os músculos da parede torácica preservados, para salvaguardar a força do membro superior do lado intervencionado (Rodrigues, 2017).

A decisão para a realização de linfadenectomia axilar depende da biópsia do gânglio sentinela. Esta intervenção consiste na injeção de uma substância radioativa ou um corante ao nível do vaso linfático. Esta substância segue o seu percurso na linfa quando esta sai do tecido mamário e, assim, o cirurgião consegue identificar o primeiro gânglio onde a linfa passa e remove-o para analisar a presença de doença nos gânglios axilares (Rodrigues, 2017).

A mama correlaciona-se fortemente com o símbolo de feminilidade, de atração sexual e é um órgão interveniente na reprodução e na amamentação, marcando a forma como a mulher encara o seu corpo, interferindo na imagem que esta constrói acerca dele e acerca de si própria (Rodrigues, 2017). A simetria da mama contralateral é uma cirurgia de reconstrução que faz parte do tratamento das clientes com cancro da mama. A motivação e a vontade da cliente são as principais indicações para que ela aconteça, diminuindo, assim, a sensação de deformidade que se desenvolve após a mastectomia. Além de ser oncológica e segura, os benefícios psicológicos são parte integrante do tratamento do cancro da mama. O resultado final é semelhante ao da cirurgia estética para redução da mama. A simetria da outra mama geralmente é realizada na mesma cirurgia. Se for necessária a reconstrução com complexo auréolo-mamilar, esta é feita numa segunda etapa cirúrgica.

As complicações pós-operatórias precoces após uma cirurgia de mama podem incluir hematoma, infeção da ferida, deiscência da sutura e seroma. Os sintomas comuns no pós-operatório da cirurgia à mama ou axila são dor, edema, hematomas, rigidez da pele, restrição dos movimentos do braço e parestesia (Wernicke et al., 2013; Gunn et al., 2016 citados por Backman, Hassan-Nur, Fridblom, Johansson, Fredholm, Fredriksson, 2023). No entanto, existem estudos que relacionam as complicações com outros fatores, como por exemplo: a obesidade, a hipertensão arterial, a técnica cirúrgica e tempo de permanência dos drenos aspirativos (Noronha, Noronha, Dantas, Penna e Jomar, 2021).

A dor é geralmente o sintoma relatado mais comum após a cirurgia, e até 60% das mulheres que se submetem à cirurgia de mama relatam algum grau de dor pós-operatória (Gartner et al., 2009; Wang et al., 2016 citados por Backman et al., 2023). Pesquisas realizadas também mostram que a dor pós-cirúrgica persistente (dor que persiste mais que 3 meses após a cirurgia) na mama operada e ao redor dela afeta aproximadamente 20 a 30% das clientes (Spivey et al., 2018, citados por Backman et al., 2023).

Existem estudos prévios que apontam para a analgesia multimodal e para métodos não farmacológicos, como mobilização física precoce e/ou diferentes tipos de compressão, com eficácia no alívio da dor pós-operatória (Temple-Oberle et al., 2017, citados por Backman et al., 2023).

Atualmente existem orientações para que a mulher que irá ser submetida a cirurgia da mama seja instruída a usar um sutiã pós-operatório para proteger a mama operada, fornecer o suporte

ideal e reduzir o risco de sintomas e complicações pós-operatórias (Vitug e Newman, 2007, citados por Backman et al, 2023). No entanto não existiam estudos prospectivos randomizados controlados que avaliassem se o uso de sutiã de suporte pós-operatório tem um efeito positivo. Assim Backman et al (2023), decidem realizar um estudo onde avaliam se o uso de sutiã de suporte após a cirurgia de mama pode reduzir a experiência de dor e outros efeitos colaterais pós-operatórios. No seu estudo, usaram dois grupos (um experimental e outro de controlo), onde num grupo as mulheres foram aconselhadas a utilizar um sutiã estável com compressão, fornecendo um bom suporte para ser mais eficaz na redução da dor e outros sintomas em comparação com outro grupo de mulheres que utilizaram um sutiã macio. As participantes foram instruídas a usar o sutiã 24 horas por dia e por 3 semanas após a cirurgia (com interrupções para lavagem e/ou banho). Após o período experimental, 46% das participantes ainda relataram dor na mama operada. As mulheres que relataram dor e usaram o sutiã estável de compressão tiveram níveis de dor significativamente mais baixos em comparação com mulheres que usaram o sutiã macio. Também se constatou que as mulheres que usaram o sutiã estável de compressão relataram menor dificuldade para mover o braço em comparação com aquelas que usaram o sutiã macio. Neste estudo não foi possível a obtenção de dados relativos a outras complicações pós-operatórias.

Em relação ao conforto e satisfação com o sutiã pós-operatório, as mulheres que usaram o sutiã estável de compressão relataram níveis significativamente maiores de conforto, sensação de segurança durante as atividades na vida quotidiana, bem como suporte e estabilidade para a mama operada comparativamente com aquelas que utilizaram o sutiã macio. Os resultados deste estudo podem ser utilizados para melhorar os cuidados pós-operatórios, facilitar o processo de reabilitação e a qualidade de vida após a cirurgia de cancro da mama, sendo uma recomendação o uso de soutien estável de compressão (Backman et al, 2023).

Assim, é recomendado que as mulheres submetidas a uma intervenção cirúrgica à mama adquiram um sutiã específico, aberto à frente (facilitando o vestir/despir), com alça larga, confortável, mas que dê suporte e contenção para ser utilizado logo após o pós-operatório, durante pelo menos 3 semanas e a ser utilizado de dia e de noite.

Procedimento Anestésico

Qualquer ato cirúrgico, necessita de um procedimento anestésico. A anestesia é um procedimento que tem como objetivo bloquear a sensação de dor e, em alguns casos, bloquear também a musculatura da pessoa para que ela não se mexa durante a cirurgia.

O procedimento anestésico é um método que engloba todo o período do perioperatório, e contempla a avaliação pré-anestésica, a ato anestésico intraoperatório, o período de recuperação da anestesia e a analgesia pós-operatória (Machado, 2013).

A escolha do ato anestésico é baseada no tipo de cirurgia, na duração e posicionamento da mesma e ainda nos fatores intrínsecos e extrínsecos da pessoa, como avaliação física, estado clínico e estado psicológico.

Relativamente aos tipos de anestesia podemos considerar:

- anestesia geral: inalatória, venosa e balanceada (inalatória e venosa);
- anestesia regional: anestesia neuroxial (peridural, subaracnóidea) e bloqueio dos plexos nervosos;
- anestesia combinada: geral e regional;
- anestesia local

Anestesia Geral

A anestesia geral é uma condição reversível induzida por fármacos que incluem características comportamentais e fisiológicas específicas como a inconsciência, amnésia, analgesia e relaxamento do músculo esquelético, com estabilização simultânea dos sistemas autónomos, cardiovascular, respiratório e termorregulador (Machado, 2013). Este estado pode ser provocado por diferentes vias: inalatória (anestesia geral inalatória), venosa total (anestesia geral intravenosa) ou ambas (anestesia geral balanceada) .

Na anestesia geral inalatória são administrados agentes anestésicos que quando inalados e atingindo uma concentração adequada cerebralmente, provocam o estado de anestesia, amnésia e inconsciência. Na anestesia geral intravenosa a administração dos fármacos é exclusivamente realizada por acesso venoso. Na anestesia geral balanceada existe a combinação de anestésicos inalatórios e intravenosos, sendo uma técnica bastante utilizada e recomendada (Machado, 2013).

A anestesia geral é um processo que se desenvolve em três fases: indução, manutenção e recuperação. Previamente à indução deve ser realizada a pré-oxigenação, procedimento que envolve a substituição do volume de azoto do pulmão por oxigénio, a fim de fornecer um reservatório de oxigénio aquando da apneia temporária causada na indução (Machado, 2013). Este procedimento é realizado através de uma máscara facial.

A indução, que na população adulta costuma ocorrer pela administração do agente hipnótico, analgésico e relaxante muscular, dá origem ao estado de apneia e perda dos reflexos de proteção das vias aéreas. De forma a ser assegurada a ventilação e oxigenação recorre-se à intubação orotraqueal com dispositivos como a máscara laríngea ou o tubo endotraqueal (Machado, 2021). A manutenção anestésica pode ser realizada por inalação contínua ou agentes intravenosos, isolados ou em combinação, e contempla o início e término do procedimento

cirúrgico (Machado, 2013).

O período de recuperação/reversão do estado anestésico envolve a supressão dos gases e/ou fármacos administrados durante o procedimento anestésico por meio de antagonistas específicos, favorecendo o despertar seguro da cliente e a subsequente extubação (Machado, 2013).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 62 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-03-07 14:00:00	Fentanilo 150 mcg	
2023-03-07 14:00:00	Propofol 160 mg	
2023-03-07 14:00:00	Rocurónio 50 mg	
2023-03-07 14:00:00	Cefazolina 2 g	
2023-03-07 14:00:00	Dexametasona 8 mg	
2023-03-07 15:30:00	Metamizol 2 g	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A preparação e administração de medicamentos constitui-se como intervenção interdependente iniciada pelo médico (efetua a prescrição do medicamento) e realizada pelo enfermeiro (prepara e administra o medicamento). Sendo a prescrição de medicamentos da responsabilidade médica, a preparação e administração de medicamentos enquadra-se no conjunto das intervenções terapêuticas da competência dos enfermeiros, garantindo que a sua administração seja efetuada com segurança.

O ato anestésico requer uma associação de diversos fármacos, como hipnóticos, opióides,

bloqueadores neuromusculares, bloqueadores regionais e adjuvantes que são administrados durante o decorrer de todo o ato.

Os anestésicos voláteis estão disponíveis em forma de líquidos claros e não inflamáveis, que são administrados ao cliente em forma de vapor por via endotraqueal. Os anestésicos inalatórios (sevoflurano e desflurano) são os mais utilizados na manutenção da anestesia pois permitem um maior controlo do nível de profundidade anestésica e potencializam o bloqueio neuromuscular (Machado, 2013).

Relativamente aos fármacos intravenosos estes podem ser divididos de acordo com o seu grupo farmacológico, como benzodiazepinas, opióides, anestésicos, relaxantes musculares, entre outros.

- Opióides: fármacos analgésicos que aliviam a dor, sem provocar perda da consciência; Exemplo: Morfina, Fentanilo.
- Relaxantes musculares: bloqueiam a transmissão neuromuscular, inibindo a condução nervosa e a contração. São definidos como não despolarizantes e despolarizantes. Os bloqueadores não despolarizantes, como atracúrio, cisatracúrio e rocurônio, atuam como antagonistas competitivos nos recetores de acetilcolina, inibindo a captação e conseqüente relaxamento muscular, mas com possibilidade de reversão. O bloqueador despolarizante, definido como succinilcolina, realiza bloqueio não reversível, por meio da despolarização na junção neuromuscular.
- Anestésico: induz a hipnose. Exemplo: Propofol.

Importa referenciar que neste trabalho iremos abordar os aspetos mais importantes da medicação administrada, realçando as particularidades mais importantes na prática profissional do enfermeiro, tendo por base o Guia Farmacológico para Enfermeiros de Deglin e Vallerand (2003).

Fentanilo 150 mcg EV

O fentanilo é um analgésico opióide. A administração é, geralmente, usada na indução anestésica na anestesia geral, associada à administração dos bloqueadores neuromusculares e aos anestésicos (endovenosos/inalatórios). Este fármaco liga-se aos recetores opiáceos no sistema nervoso central, alterando a resposta à dor e a sua perceção. A administração por via endovenosa deve ser lenta (1-3 minutos) de modo a reduzir a bradicardia, hipotensão e a rigidez muscular. A ação analgésica inicia-se após 2 minutos da sua administração endovenosa e mantém-se por cerca de 30 minutos. No entanto a sua sobrevida pode permanecer até às 24 horas. Como reações adversas/ efeitos laterais reportam-se com maior frequência: depressão respiratória, broncospasmo, laringospasmo, arritmias, bradicardia, hipotensão, prurido, rigidez

muscular esquelética, náuseas e vômitos. Pelo que a sua administração pressupõe a monitorização da tensão arterial, do ritmo e frequência cardíaca, frequência respiratória e outros sinais relacionados com a sua administração, quer durante o período intraoperatório, quer no pós-operatório.

Propofol 160mg EV

O propofol pertence à classe farmacológica dos anestésicos. É utilizado para a indução anestésica. É um hipnótico de curta duração, provocando a amnésia. As reações adversas/efeitos colaterais mais frequentes descritas são: apneia, bradicardia, hipotensão, hipertensão, cólicas, náuseas, vômitos, rubor tegumentar, mioclonias, febre, e localmente no local de inserção por via endovenosa dor, sensação de queimadura e ardor. O seu início de ação ocorre após 40 segundos após a sua administração e a sua duração de três a quatro minutos.

Após a sua administração o enfermeiro avalia o estado de consciência da pessoa, os parâmetros respiratórios da pessoa e a tensão arterial.

Rocurónio 50 mg

O rocurónio é um relaxante muscular não-despolarizante. O rocurónio antagoniza a acetilcolina, ligando-se aos recetores colinérgicos da placa motora, bloqueando a transmissão neuromuscular, causando a paralisia dos músculos esqueléticos. Permite o relaxamento muscular durante a cirurgia e/ou ventilação mecânica.

O seu início de ação estabelece-se após um minuto da administração e tem um tempo de duração de ação de 35 a 55 minutos. Em cirurgias prolongadas poderá haver a necessidade de administração de outra dosagem de relaxante muscular.

As reações adversas/efeitos colaterais mais frequentes descritas são: paralisia, broncospasmo, taquicardia, hipotensão, erupção na pele e, muito raramente, choque anafilático.

No intraoperatório o enfermeiro procede à monitorização do bloqueio neuromuscular usando equipamentos como o *train of four* ou o índice bispectral e assim avaliar a profundidade anestésica.

O bloqueio neuromuscular diminui a sensibilidade dos quimiorrecetores à hipoxémia, levando a uma resposta ventilatória inadequada. O bloqueio neuromuscular residual está associado a disfunção da musculatura da faringe e esófago, predispondo a regurgitação e aspiração, bem como dificuldade na permeabilidade da via aérea e sensação de fraqueza muscular.

O sugamadex é um medicamento para a reversão do bloqueio neuromuscular induzido por

rocurónio em anestesia geral, através do encapsulamento e inativação desse relaxante muscular, não apresenta qualquer efeito a nível da junção neuromuscular e possibilita a reversão do bloqueio neuromuscular, independentemente da sua intensidade. É administrado no final da cirurgia. A literatura não sugere efeitos secundários importantes com este fármaco.

Cefazolina 2 g EV

A cefazolina é um antibiótico da classe das cefalosporinas de primeira geração. De acordo com a norma número 020/2015 da Direção Geral da Saúde, que contempla os feixes de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico deve-se administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado.

Neste caso, foi administrado imediatamente antes da administração dos fármacos da indução anestésica (que precede o momento da incisão cirúrgica).

Dexametasona 8mg EV

A dexametasona é um corticóide sistémico. Atua como antiemético, anti-inflamatório e analgésico.

A dexametasona é mais eficaz administrada na indução anestésica e não são apresentados efeitos adversos associados à sua administração em dose única de 4 a 5 mg. Pelo seu efeito antiemético e anti-inflamatório contribui para a melhoria do bem-estar e diminuição da dor e da fadiga no pós-operatório aumentando a satisfação do doente. A administração de dexametasona por via endovenosa na indução anestésica está contemplada no protocolo de prevenção de náuseas e vômitos no pós-operatório, diminui em 59% o risco de ocorrência de vômitos no pós-operatório.

Metamizol magnésico 2g EV

O metamizol magnésico é um analgésico e antipirético. Está indicado no controlo da dor aguda no período pós-operatório ou pós-traumático, dores espasmódicas, febre alta que não responde a outras terapêuticas antipiréticas e na dor tumoral.

Como efeitos secundários/reações adversas estão descritos casos de choque anafilático na administração da fórmula por via endovenosa, que ocorrem durante a administração ou até uma hora após a sua administração. Também há descrição de hipersensibilidade da pele e das membranas mucosas, reações cutâneas graves, trombocitopenia e alterações renais.

Deve ser diluído em 100 ml de soro fisiológico e perfundir em 20-30 minutos.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Procedimento invasivo

01-03-2023 10:00

Procedimento invasivo

Tipo de procedimento invasivo: Mastectomia parcial esquerda - prevista para dia 7 de março de 2023 às 14h.

Conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele necessita ser melhorado.

Conhecimento sobre jejum pré-operatório necessita ser melhorado.

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 15:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [FIM] 09-03-2023 10:00

07-03-2023 14:00 - Posicionar cliente. [FIM] 07-03-2023 15:30

07-03-2023 18:30 - Providenciar refeição. [FIM] 08-03-2023 08:30

07-03-2023 18:30 - Executar técnica de 1º levante. [FIM] 08-03-2023 08:30

Potencial para melhorar conhecimento sobre jejum pré-operatório. [RESOLVIDO]

07-03-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

01-03-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre jejum pré-operatório. [FIM]

07-03-2023 09:00

01-03-2023 10:00 - Ensinar sobre jejum pré-operatório. [FIM] 07-03-2023 09:00

01-03-2023 10:00 - Providenciar material educativo. [FIM] 07-03-2023 09:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele.

[RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

01-03-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele. [FIM] 07-03-2023 09:00

01-03-2023 10:00 - Ensinar sobre preparação pré-cirúrgica da pele. [FIM] 07-03-2023 09:00

01-03-2023 10:00 - Providenciar material educativo. [FIM] 07-03-2023 09:00

07-03-2023 09:00

Tipo de procedimento invasivo: Mastectomia parcial esquerda - admissão.

Localização do Pulso

Braço Direita(o)

Frequência do pulso: 74 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 128 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 68 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.60 °C.

07-03-2023 14:00

Tipo de procedimento invasivo: Mastectomia parcial esquerda - fase da indução anestésica.

07-03-2023 15:30

Tipo de procedimento invasivo: Mastectomia parcial esquerda - recobro imediato.

Perda sanguínea

Mama Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente.

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 82 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 108 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 64 mm Hg.

07-03-2023 18:30

Tipo de procedimento invasivo: Mastectomia parcial esquerda - recobro tardio.

Perda sanguínea

Mama Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

Localização do Pulso

Braço Direita(o)

Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 110 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 71 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.30 °C.

Conhecimento sobre complicações cirúrgicas necessita de ser melhorado.

Potencial para melhorar o conhecimento sobre complicações cirúrgicas. [RESOLVIDO]

09-03-2023 10:00

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações cirúrgicas.

[FIM] 09-03-2023 10:00

07-03-2023 18:30 - Ensinar sobre complicações cirúrgicas. [FIM] 09-03-2023 10:00

08-03-2023 08:30

Tipo de procedimento invasivo: Mastectomia parcial esquerda - alta.

Perda sanguínea

Mama Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

09-03-2023 10:00

Tipo de procedimento invasivo: Mastectomia parcial esquerda - telefonema 24h.

Conhecimento sobre complicações cirúrgicas.

Atitudes terapêuticas

07-03-2023 09:00

Regime de nada pela boca [RESOLVIDO] 07-03-2023 18:30

07-03-2023 14:00

Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 07-03-2023 15:30

Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

Ventilação invasiva - FiO₂: 40 %.

Ventilação invasiva - volume corrente: 400 ml.

Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 14 cr/min.

Ventilação invasiva - PEEP: 5 cm H₂O.

07-03-2023 15:30

Repouso no leito [RESOLVIDO] 07-03-2023 18:30

Sondas, Drenos e Cateteres

07-03-2023 09:00

Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 08-03-2023 08:30

Localização do cateter venoso periférico

Mão Direita(o)

Características do dispositivo: ch18.

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [FIM] 08-03-2023 08:30

07-03-2023 09:00 - Otimizar cateter venoso periférico [FIM] 08-03-2023 08:30

07-03-2023 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [FIM] 07-03-2023 15:30

07-03-2023 14:00

Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 07-03-2023 15:30

Cuff

Traqueia: Com cuff.

Pressão do cuff: 30 cmH₂O.

Características do dispositivo: nº 7.

07-03-2023 18:30

Localização do cateter venoso periférico

Mão Direita(o)

Características do dispositivo: ch18.

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

Procedimento Invasivo

Os procedimentos invasivos são aqueles que invadem qualquer parte do interior do corpo humano. Uma intervenção cirúrgica é sempre um procedimento invasivo que requer uma equipa multidisciplinar orientada para o sucesso desse procedimento.

Os tratamentos médicos e cirúrgicos pretendem dar respostas às necessidades em cuidados de saúde dos clientes, ao nível do diagnóstico e tratamento de doenças.

Os cuidados especializados do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica têm como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa. No contexto perioperatório, o

enfermeiro especialista concebe, implementa e avalia as suas intervenções de forma a dar resposta às necessidades de cuidados dos clientes e famílias alvos dos seus cuidados, prevenindo complicações e eventos adversos. O enfermeiro especialista deve desenvolver uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Neste caso, a pessoa foi submetida a mastectomia parcial esquerda, em regime de cirurgia de ambulatório. Numa cirurgia em regime de ambulatório prevê-se que o cliente tenha alta hospitalar num período não superior a 24 horas, pelo que a preparação pré-cirúrgica deve ser efetuada atempadamente, de modo a que o cliente adquira conhecimentos e se capacite para a diminuição dos riscos inerentes a um ato cirúrgico.

Dado o curto espaço temporal do internamento, há que estabelecer um plano dos cuidados de Enfermagem específico e individualizado, de forma a colmatar a necessidades de conhecimentos para a alta que resultará numa eficiente recuperação cirúrgica.

Atitudes terapêuticas

As atitudes terapêuticas são consideradas intervenções interdependentes de enfermagem e são prescritas por outro profissional (médico) de forma a atingir-se um objetivo comum, neste caso o tratamento cirúrgico. Neste enquadramento, foram selecionadas neste caso, duas atitudes terapêuticas: Regime de nada pela boca e ventilação invasiva.

Regime de nada pela boca (jejum)

O jejum pré-operatório é uma condição necessária para se proceder a um ato anestésico, que precede qualquer intervenção cirúrgica. O jejum pré-operatório reduz o risco de bronco-aspiração na indução anestésica e manter o jejum permite reduzir as complicações associadas ao ato anestésico. O enfermeiro perioperatório deve assegurar que o cliente mantenha o jejum para a realização da intervenção cirúrgica (Machado, 2013).

Ventilação Invasiva

As intervenções cirúrgicas implicam a utilização de um método anestésico, cuja seleção depende do tipo de procedimento cirúrgico e do historial clínico do cliente. Uma das técnicas anestésicas mais utilizadas é a anestesia geral, já anteriormente definida. Para a indução e manutenção da anestesia geral são administrados fármacos que provocam alterações na função respiratória do cliente, nomeadamente depressão ventilatória, alteração na atividade dos músculos respiratórios e na perfusão pulmonar (Ball et al, 2015). Estas alterações a nível da

função respiratória implicam o recurso a suporte ventilatório mecânico, constituindo um componente essencial nos cuidados anestésicos intraoperatórios, proteção pulmonar e minimização de sequelas pulmonares pós-operatórias. A ventilação mecânica caracteriza-se por ser um procedimento invasivo, do qual se destacam como principais objetivos a otimização da fisiologia pulmonar do cliente, proporcionar trocas gasosas eficazes, manter o recrutamento alveolar, reduzir o potencial de lesão e garantir a estabilidade hemodinâmica (Wright et al, 2020). Durante o procedimento cirúrgico vários fatores associados à cirurgia conduzem a alterações ventilatórias, como o posicionamento cirúrgico (alterações na posição do cliente ou da mesa cirúrgica), hemorragia e estimulação cirúrgica, sendo importante haver uma vigilância dos padrões ventilatórios do cliente. Uma anestesia geral implica a monitorização contínua de vários parâmetros, nomeadamente ventilatórios, dos quais se destacam oximetria de pulso (acima de 90 %), dióxido de carbono expirado final - valores de referência entre 30 e 40 mmHg, e pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial - valores de referência de 35 a 45 mm Hg. A monitorização da pressão, volume e fluxo das vias aéreas também apresenta grande relevância na manutenção da anestesia geral durante a intervenção cirúrgica (Ball et al, 2015).

Sondas, drenos e cateteres

Durante um procedimento cirúrgico, são introduzidos dispositivos invasivos para garantirem o sucesso da intervenção anestésico-cirúrgica, tais como o cateter venoso periférico e o tubo endotraqueal.

Cateter venoso periférico

A utilização de cateter venoso periférico é uma prática invasiva comum em contexto de saúde, permitindo mais rapidamente o tratamento e a recuperação do cliente e promovendo o seu conforto face à necessidade de administração frequente de medicação intravenosa.

O processo de cateterização venosa periférica é um procedimento da prática de enfermagem, caracterizado pela introdução de um dispositivo numa veia periférica de modo a obter um acesso à rede venosa. É considerado um procedimento complexo, pois é um procedimento em que se verifica a necessidade de cuidados específicos, nomeadamente na escolha do cateter, a sua manutenção, escolha do penso utilizado e na prevenção e deteção precoce de complicações associadas ao cateter venoso periférico (Catarino et al, 2022).

Os procedimentos cirúrgicos têm implicações fisiológicas e hemodinâmicas no cliente, pelo que exigem a presença de dispositivos que possibilitem a administração rápida de fármacos por via endovenosa, sendo esta a via de eleição para administração de drogas em contexto de emergência/urgência (Catarino et al, 2022).

Tubo endotraqueal

A anestesia geral implica a utilização de dispositivos que permeabilizem a via aérea e possibilitem a ventilação mecânica, nomeadamente do tubo endotraqueal. A entubação endotraqueal é um processo em que um tubo de plástico flexível é inserido através da boca para dentro da traqueia, permitindo a conexão ao ventilador que assegura a via aérea e a manutenção da profundidade anestésica durante o ato anestésico, pela administração de anestésicos voláteis. O tubo endotraqueal possui um balão (*cuff*) que deve ser insuflado logo após a intubação, de forma a minimizar complicações como aspiração pulmonar. A pressão do *cuff* recomendada situa-se entre 20 e 30 mmH₂O, contudo pode ser desejável manter outra pressão, dependendo do procedimento cirúrgico e do tempo de cirurgia. O aumento da pressão do *cuff* além dos níveis recomendados pode provocar edema e lesão isquémica da mucosa traqueal devido à compressão da parede da traqueia (Machado, 2013).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
01-03-2023 10:00	Procedimento invasivo	
07-03-2023 09:00	Consciência	08-03-2023 08:30
07-03-2023 09:00	Sistema respiratório	08-03-2023 08:30
07-03-2023 09:00	Metabolismo	08-03-2023 08:30
07-03-2023 09:00	Termorregulação	08-03-2023 08:30
07-03-2023 09:00	Atitudes terapêuticas	08-03-2023 08:30
07-03-2023 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	08-03-2023 08:30
07-03-2023 09:00	Emoção	07-03-2023 14:00
07-03-2023 14:00	Sistema cardiovascular	
07-03-2023 15:30	Pele	
07-03-2023 15:30	Dor	
07-03-2023 15:30	Digestão	08-03-2023 08:30

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

O enfermeiro, no âmbito do perioperatório, pretende garantir à pessoa uma prestação de cuidados seguros, protegendo-a dos riscos inerentes ao ambiente perioperatório e estabelece

pontes de comunicação pré, intra e pós-operatórias, essenciais para a continuidade dos cuidados de enfermagem. Neste contexto, existem áreas de atenção (designadas neste contexto por domínios) em que o enfermeiro deve estar alerta de forma a garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança do cliente. Em seguida, expomos, para cada domínio, a explanação das áreas de atenção do enfermeiro perioperatório.

Procedimento invasivo

As pessoas acometidas pelo cancro da mama são propostas para um tratamento cirúrgico para remoção do tumor, sendo este considerado um procedimento invasivo.

A cirurgia prevista em regime de cirurgia de ambulatório, pressupõe uma eficiente preparação pré-operatória, onde se diligencia a aquisição de conhecimentos, desenvolve a consciencialização e a capacitação necessárias para o pós-operatório da cirurgia à mama.

A pessoa submetida a mastectomia parcial obterá intervenções de enfermagem específicas relacionadas com o procedimento cirúrgico, que de outra forma não seriam implementadas.

Consciência

A consciência é definida como, status neurológico com as características específicas: "a resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior" (*International Council of Nurses* pp 34, 2018).

A avaliação do estado de consciência é uma prática comum que auxilia os cuidados de enfermagem, e o instrumento mais utilizado é a Escala de Coma de Glasgow (Wijdicks, 2003, citado por Feijó, 2015).

A Escala de Coma de Glasgow é uma ferramenta de avaliação neurológica que permite avaliar o estado de consciência dos clientes. É composta por três critérios de observação clínica: resposta ocular, resposta verbal e resposta motora. Esta escala de fácil e rápida aplicabilidade é comumente utilizada nos cuidados na avaliação do cliente na fase pós anestésica (Teasdale e Jennett, 1974, citados por Feijó, 2015).

Numa fase pré-cirúrgica a avaliação do estado de consciência permite obter um dado que será usado como referência para o pós-operatório. Quando o cliente é submetido a anestesia geral ocorre alteração do estado de consciência, devido ao efeito do uso das drogas anestésicas.

A medicação anestésica (seja por via endovenosa ou via inalatória) afeta o sistema nervoso central e a sua metabolização/excreção depende de organismo para organismo, pelo que os efeitos pós-anestésicos podem permanecer mais ou menos tempo em circulação. O enfermeiro na unidade de cuidados pós-anestésicos avalia o estado de consciência do cliente de forma a

detetar alterações do estado e age de acordo com as possíveis alterações do estado de consciência.

A avaliação do nível de consciência é um dos principais focos de atenção dos cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato, utilizando a escala de comas de Glasgow (Sampaio et al, 2016).

Sistema respiratório

O sistema respiratório é um domínio a que o enfermeiro deve estar atento pelo uso de anestesia geral e pelos efeitos dos fármacos utilizados em que existe o risco de complicações respiratórias.

Um procedimento cirúrgico que necessita de anestesia geral eleva o número de complicações pós-operatórias que pode advir desse procedimento. Assim, é necessário ter em atenção as complicações do próprio tratamento cirúrgico e as complicações anestésicas.

A manipulação da via aérea, na intubação endotraqueal, pode favorecer o aparecimento de complicações pós-operatórias como a rouquidão pós-operatória, por lesão das cordas vocais devido à intubação orotraqueal necessária durante a cirurgia. Os fármacos anestésicos, analgésicos e relaxantes musculares, sobretudo os de ação mais prolongada, interferem com a consciência e a força muscular, diminuindo a ventilação e o reflexo da tosse (Sampaio et al, 2016).

Num estado pós-anestésico existe a possibilidade de complicações na ventilação espontânea. A função respiratória deve ser monitorizada através da avaliação contínua da saturação periférica de oxigénio e da monitorização da frequência respiratória e avaliação de sons respiratórios (Sampaio et al, 2016).

As complicações respiratórias no pós-operatório estão relacionadas com os efeitos residuais da medicação anestésica, opióides, benzodiazepinas e relaxantes musculares. Também estão relatados casos de broncospasmo e laringospasmo no período pós anestésico, com a presença de estridor respiratório, pelo que são sinais a que o enfermeiro deverá estar alerta (Sampaio et al, 2016).

Metabolismo

O metabolismo é definido como um conjunto de processos corporais: "somatório de todos os processos químicos que levam ao crescimento, produção de energia, eliminação de desperdícios e regulação das funções corporais relacionadas com a distribuição dos nutrientes no sangue após a digestão, aumento do metabolismo basal devido ao exercício, elevação da temperatura

corporal, atividade hormonal ou digestão" (*International Council of Nurses* pp85, 2018).

A hiperglicemia é uma resposta fisiológica à doença crítica e ao stresse orgânico. A glicemia é controlada à custa de um balanço entre a insulina e as hormonas contrarreguladoras: glucagon, adrenalina, cortisol e hormona do crescimento. Uma cirurgia provoca um stresse anestésico-cirúrgico onde aumenta o nível sérico de hormonas contrarreguladoras e libertação excessiva de citocinas inflamatórias, causando alterações do metabolismo dos hidratos de carbono, nomeadamente a insulinoresistência e a diminuição da secreção de insulina. Estas hormonas também causam um aumento da gliconeogénese hepática e diminuem a captação periférica de glicose, contribuindo para o desenvolvimento da hiperglicemia em pessoas não diabéticas e o agravamento da hiperglicemia em pessoas diabéticas (Paredes, Marques e Alves, 2017).

A hiperglicemia aguda afeta negativamente a função do complemento (que consiste numa cascata enzimática que ajuda na defesa contra infeções), aumenta as moléculas de adesão leucocitárias, interfere negativamente com a quimiotaxia e fagocitose dos neutrófilos, contribuindo assim para um aumento da inflamação e maior vulnerabilidade à infeção. Em doentes hospitalizados, a hiperglicemia está associada a maus resultados clínicos, contribuindo para um aumento das taxas de infeção e para a má cicatrização da ferida cirúrgica por deficiente função dos leucócitos e redução da síntese do colagénio. Por sua vez, o controlo da glicemia intra-hospitalar tem um impacto positivo na morbilidade e mortalidade perioperatórias e no tempo de internamento (Paredes, Marques e Alves, 2017).

A Direção Geral de Saúde, em 2015 na sua norma sobre “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico recomenda uma glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes, como forma de prevenir a infeção do local cirúrgico. Assim, o controlo intensivo da glicemia deve ser um foco de atenção do enfermeiro perioperatório.

Termorregulação

A termorregulação é o processo que permite aos organismos regular a sua temperatura corporal.

A indução anestésica é responsável por uma redução de 20% na produção de calor e por um aumento da sua perda para o ambiente. O fenómeno de redistribuição de calor entre o sistema central e periférico contribui para cerca de 80% da redução da temperatura corporal. Este processo ocorre na primeira hora após a indução e é responsável pela redução rápida da temperatura central (1 a 2°C).

Vários são os fatores que contribuem para o desenvolvimento de hipotermia no intraoperatório, nomeadamente a inibição dos mecanismos fisiológicos de termorregulação provocada pelo procedimento anestésico, a ventilação mecânica, a exposição corporal mediante o tipo de

procedimento cirúrgico, a utilização de soluções antissépticas frias na desinfecção do campo cirúrgico assim como, a infusão de fluídos intravenosos frios.

O aquecimento do cliente cirúrgico e a monitorização da temperatura corporal durante o período perioperatório, constituem intervenções fundamentais para a prevenção e deteção precoce da hipotermia. As complicações da hipotermia intraoperatória estão relacionadas com o aumento da perda sanguínea, aumento do risco de infeção do local cirúrgico, complicações cardiovasculares, falência de órgãos, diminuição da depuração de várias drogas, hospitalização prolongada e consequentemente aumento dos custos hospitalares (Sampaio et al, 2016; Norma 020/2015 da Direção Geral da Saúde, 2015).

Sondas, drenos e cateteres

Qualquer tipo de intervenção cirúrgica implica a introdução de dispositivos médicos para assegurar a administração de fármacos para administração endovenosa, como os cateteres venosos periféricos.

A cateterização venosa periférica consiste na introdução de um cateter numa veia periférica e normalmente quem executa esta intervenção é o enfermeiro. A introdução, manutenção e remoção do cateter venoso periférico, deve ter em conta os princípios de segurança e eficiência na sua utilização bem como a gestão de possíveis complicações (Administração Central do Sistema de Saúde, 2011).

No procedimento anestésico de anestesia geral, tal como já foi referido anteriormente, é necessária a entubação endotraqueal sendo necessário a utilização de dispositivos (ventilador e tubo endotraqueal) que assegurem a via aérea durante o procedimento anestésico e cirúrgico.

Estes dispositivos são uma das áreas de atenção do enfermeiro perioperatório, nomeadamente do enfermeiro de anestesia.

Emoção

A verbalização da ansiedade, inserida no nó conceptual da emoção nos processos psicológicos na Ontologia de Enfermagem é uma condição frequentemente presente nas pessoas que irão ser submetidas a uma intervenção cirúrgica.

As pessoas que irão ser submetidas a uma experiência cirúrgica tendem a sofrer algum tipo de ansiedade no período pré-operatório, dado que irão ser submetidas a um procedimento anestésico onde ficarão inconscientes; é um local desconhecido para a maioria das pessoas e têm expectativas desconhecidas relativas ao pós-operatório. A explicação sobre as etapas pós-operatórias e o uso de estratégias distratoras são intervenções que o enfermeiro utiliza para

minimizar a ansiedade pré-cirúrgica (Bernardo, 2021).

Nestes casos, é necessário identificar o status ansiedade, perceber o fator desencadeante da ansiedade e atuar de forma à sua minimização.

Sistema cardiovascular

O sistema cardiovascular é um domínio a que o enfermeiro deve estar atento quer pelos efeitos das drogas anestésicas quer pelas complicações que podem advir do procedimento cirúrgico. O sistema cardiovascular é constituído pelo coração, vasos sanguíneos e sangue. O aporte de sangue aos tecidos é provido pelo aparelho circulatório. O fluxo sanguíneo está intimamente ligado às necessidades metabólicas dos tecidos (Seeley, Stephens e Tate, 1997).

Relativamente ao procedimento anestésico há necessidade de administração de fármacos que provocam alterações hemodinâmicas às quais se deve estar atento. Os fármacos anestésicos, como o propofol promovem a vasodilatação, reduzindo a fração de ejeção e por conseguinte origina a hipotensão. Os analgésicos opióides, utilizados na indução anestésica podem induzir a bradicardia (Sampaio et al, 2016).

Uma das possíveis complicações do procedimento cirúrgico é a hemorragia que pode ser detetada por alterações da frequência cardíaca, da tensão arterial e do ritmo cardíaco (Sampaio et al, 2016).

Por todas as razões supracitadas, tanto no intraoperatório como no pós-operatório é necessário manter uma vigilância de vários parâmetros do sistema cardiovascular: frequência cardíaca, ritmo cardíaco e tensão arterial.

Pele

Tendo em conta a abordagem cirúrgica, surge como consequência do ato cirúrgico, uma ferida cirúrgica. Uma ferida cirúrgica consiste num corte ou numa incisão geralmente efetuada com um bisturi durante uma cirurgia. Os cuidados das feridas pós-operatórias envolvem a limpeza, proteção e controlo da pele, sendo o seu objetivo evitar a ocorrência de complicações e permitir a cicatrização rápida da ferida (Oliveira, Paiva e Cerejo, 2018).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que detêm conhecimento científico que permitem uma correta avaliação da ferida cirúrgica, executam os tratamentos à mesma e detetam possíveis complicações da ferida. Também são os enfermeiros que ensinam o cliente a detetar sinais e sintomas de complicações da ferida cirúrgica de forma a resolver-se o mais rapidamente possível.

Dor

A dor é considerada o quinto sinal vital e define-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial.

Apesar de todos os avanços farmacológicos e tecnológicos, a dor permanece como o sintoma pós-operatório mais vezes referido, sendo a primeira causa de admissão e readmissão na cirurgia de ambulatório (Sarmiento et al, 2013).

A maioria das pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica experiencia dor pós-operatória aguda. É de extrema importância avaliar o nível de dor, proceder à administração de analgésicos e/ou uso de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e posterior reavaliação da dor. A satisfação da pessoa com a experiência cirúrgica está relacionada com o tratamento da dor, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados e para a recuperação cirúrgica.

O controlo ineficaz da dor afeta negativamente a qualidade de vida, atrasa a reabilitação funcional, prolonga o tempo de hospitalização e aumenta a taxa de reinternamento, aumenta o risco de complicações pós-cirúrgicas e pode originar a dor crónica pós-cirúrgica. Um bom controlo da dor aumenta o conforto, acelera a recuperação e previne complicações pós-operatórias.

A seleção do instrumento de avaliação da dor deve ter como referência determinados parâmetros nomeadamente, a idade, o estado clínico e a capacidade cognitiva do cliente, assim como, o tipo de dor e a facilidade de aplicação (Sarmiento et al, 2013).

Uma das maiores preocupações das pessoas submetidas a cirurgia está relacionada com a dor pós-operatória, pelo que se deve colmatar esta preocupação com o ensino sobre analgesia e controlo da dor no pós-operatório.

Digestão

A seleção deste domínio está relacionada com uma das complicações mais frequentes após um procedimento anestésico. Apesar dos avanços na anestesia, as náuseas e vômitos pós-operatórios continuam a ser uma das complicações mais frequentes e indesejáveis, afetando 20% a 30% dos clientes cirúrgicos e ainda 70% dos clientes com múltiplos fatores de risco conhecidos. Para além de diminuir a satisfação e o bem-estar do cliente, as náuseas e vômitos pós-operatórios têm um impacto considerável nos custos das instituições de saúde associados aos atrasos da alta, internamentos imprevistos, readmissões hospitalares e atrasos no regresso às atividades de vida normais. (Vieira et al, 2012). As consequências negativas das náuseas e vômitos pós-operatórios incluem a hemorragia pós-operatória, a deiscência da ferida cirúrgica, a aspiração pulmonar, o desequilíbrio hidro-eletrolítico, o desconforto e a insatisfação do cliente,

contribuindo assim para o atraso da alta hospitalar (Vieria et al, 2012).

Segundo as recomendações da Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório, é imperativo avaliar os fatores de risco inerentes á ocorrência de náuseas e vômitos pós-operatórios em cada cliente de forma a adaptar a administração de profilaxia baseada na avaliação do risco (Vieira et al, 2012). Existem fatores que aumentam o risco de náuseas e vômitos pós-operatórios, nomeadamente: sexo feminino, indivíduo não fumador, história de náuseas e vômitos pós-operatórios ou cinetose e o uso de opioides pós-operatórios. A profilaxia faz-se de acordo com o risco previamente identificado com administração de fármacos nas diferentes fases anestésicas: ondansetron 4mg EV, administrado no final da cirurgia, dexametosona 4-5mg EV, na indução anestésica, droperidol 0,625-1,25mg EV no final da cirurgia. Em tratamento, fazem-se os mesmos fármacos anteriores com dosagens diferentes: ondansetron 1mg EV; dexametasona 2 a 4 mg EV (toma única), droperidol 0,625mg EV e pode ainda recorrer-se a propofol 20 mg, com o cliente monitorizado (Vieira et al, 2012).

As náuseas e vômitos pós-operatórios constituem um dos principais focos de atenção do enfermeiro do perioperatório, nomeadamente na fase pós-operatória, contribuindo para o aumento da eficácia e segurança do cliente, aliadas á melhoria dos cuidados prestados.

3.6. Dados

Consciência

07-03-2023 09:00

Abertura dos olhos: espontânea.

Resposta verbal: orientada.

Resposta motora: obedece a ordens simples.

07-03-2023 14:00

Abertura dos olhos: nenhuma [PIOROU].

Resposta verbal: nenhuma [PIOROU].

Resposta motora: nenhuma [PIOROU].

07-03-2023 15:30

Abertura dos olhos: ao estímulo verbal [PIOROU].

Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

Consciência comprometida [RESOLVIDO] 07-03-2023 18:30

07-03-2023 18:30

Abertura dos olhos: espontânea [MANTEVE].

Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

Dor

07-03-2023 15:30

Dor

Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobranceiras franzidas.

Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores.

Choro/vocalização: Sem vocalização da dor.

07-03-2023 18:30

Localização da dor

Mama Esquerda(o)

Intensidade da dor - sem dor.

Capacidade para autocontrolar analgesia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar capacidade para autocontrolar analgesia [RESOLVIDO]

09-03-2023 10:00

09-03-2023 10:00

Capacidade para autocontrolar analgesia: facilitadora.

Autoeficácia para autocontrolar a analgesia: facilitadora.

Sistema respiratório

07-03-2023 09:00

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 98 %.

07-03-2023 14:00

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 98 %.

07-03-2023 15:30

Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 97 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Reflexo da tosse: presente.

07-03-2023 18:30

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 98 %.

Sistema cardiovascular

07-03-2023 14:00

Localização do Pulso

Tórax

Pulso rítmico.

Pulso simétrico.

Frequência do pulso: 89 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 132 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 77 mm Hg.

07-03-2023 15:30

Localização do Pulso

Tórax

Pulso rítmico [MANTEVE].

Pulso simétrico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 12 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 108 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 64 mm Hg.

Perda sanguínea

Mama Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente.

07-03-2023 18:30

Localização do Pulso

Braço Direita(o)

Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 110 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 71 mm Hg.

Perda sanguínea

Mama Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

Localização da dor

Mama Esquerda(o)

Intensidade da dor - sem dor.

Conhecimento sobre autovigilância de hemorragia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância de hemorragia

[RESOLVIDO] 09-03-2023 10:00

08-03-2023 08:30

Localização da dor

Mama Esquerda(o)

Intensidade da dor - sem dor.

09-03-2023 10:00

Conhecimento sobre autovigilância de hemorragia: facilitador.

Digestão

07-03-2023 15:30

Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

Sem sensação de enjoo.

07-03-2023 18:30

Sem sensação de enjoo.

Sem refluxo dos alimentos deglutidos [MANTEVE].

Pele

07-03-2023 15:30

Ferida cirúrgica

Localização da ferida cirúrgica

Mama Esquerda(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 8.00 cm.

Largura da lesão tegumentar: 0.10 cm.

Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

07-03-2023 18:30

Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [RESOLVIDO] 09-03-2023 10:00

08-03-2023 08:30

Localização da ferida cirúrgica

Mama Esquerda(o)

09-03-2023 10:00

Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: facilitador.

Metabolismo

07-03-2023 09:00

Glicemia capilar: 104 mg/dl.

07-03-2023 14:00

Glicemia capilar: 102 mg/dl.

07-03-2023 15:30

Glicemia capilar: 98 mg/dl.

Termorregulação

07-03-2023 09:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.60 °C.

07-03-2023 14:00

Temperatura corporal central: 36.50 °C.

07-03-2023 15:30

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.00 °C.

07-03-2023 18:30

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.30 °C.

Emoção

07-03-2023 09:00

Verbalização de ansiedade.

Inquietação (Não).

Irritabilidade (Não).

Pânico (Não).

Ansiedade [RESOLVIDO] 07-03-2023 14:00

3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Em seguida, pretendemos explanar quais os objetivos no planeamento dos cuidados de acordo com cada domínio selecionado, de modo a explicitar a intencionalidade dos cuidados de enfermagem.

DOMÍNIO: Consciência

Objetivo: Detetar alterações do estado de consciência.

DOMÍNIO: Dor

Objetivos: Detetar precocemente sinais e sintomas de dor. Minimizar a dor pós-operatória. Promover o conhecimento sobre controlo da analgesia pós-operatória.

DOMÍNIO: Sistema Respiratório

Objetivo: Detetar precocemente alteração do padrão respiratório.

DOMÍNIO: Sistema cardiovascular: Hemorragia

Objetivos: Detetar precocemente sinais de agravamento de hemorragia. Promover o conhecimento sobre auto-vigilância de sinais de hemorragia.

DOMÍNIO: Digestão

Objetivo: Detetar precocemente náuseas e vômitos.

DOMÍNIO: Pele - Ferida cirúrgica

Objetivos: Promover a cicatrização da ferida cirúrgica. Promover o conhecimento sobre cicatrização da ferida cirúrgica.

Domínio: Metabolismo

Objetivos: Detetar precocemente sinais de hipoglicemia e hiperglicemia. Prevenir hipoglicemia e hiperglicemia;

DOMÍNIO: Termorregulação

Objetivos: Prevenir hipotermia; Detetar precocemente sinais de hipotermia.

DOMÍNIO: Emoção

Objetivo: Minimizar a ansiedade pré-operatória

3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

O enfermeiro quando executa as intervenções de enfermagem planeadas tem em vista determinados resultados. No caso dos doentes perioperatórios pretende o restabelecimento das suas funções e a preparação para a alta. Assim, descrevem-se os seguintes indicadores de resultado de acordo com o plano de cuidados efetuado.

Na fase pré-operatória pretende-se que a pessoa minimize os sintomas de ansiedade pré-operatória, de forma a vivenciar a experiência cirúrgica de forma mais tranquila.

Durante o período pós-operatório pretende-se que a pessoa restaure o nível de consciência vígil, indicando que os efeitos secundários da medicação anestésicos já cessaram.

Decorrente do processo anestésico, a pessoa pode apresentar complicações respiratórias pelo que a atenção do enfermeiro perioperatório recai sobre deteção precoce de alterações do sistema respiratório (dessaturação de oxigénio periférico, limpeza ineficaz das vias aéreas, alteração do padrão respiratório) e atuar de forma a reestabelecer a função normal respiratória. No período pós anestésico pretende-se que a pessoa apresente valores de saturação periférica de oxigénio superior a 95%.

Decorrente do ato anestésico-cirúrgico podem surgir como complicações a dor, náuseas e vômitos. No entanto, estas complicações podem atrasar a alta da pessoa que se encontra numa UCA, daí que é objetivo que haja um controlo eficaz da dor e que a pessoa não apresente náuseas e vômitos.

Pretende-se manter a normotermia durante todo o período perioperatório, daí a necessidade de avaliação frequente da temperatura corporal e caso se detetasse hipotermia, atuar de forma a restabelecer a normotermia, com a utilização de aquecimento passivo da pessoa (com edredão) e aquecimento ativo (utilização de ar quente forçado).

Durante o período perioperatório ocorre um stress fisiológico que pode conduzir ao desenvolvimento de hiperglicemia e está descrito que a hiperglicemia neste período aumenta o risco de infeção de local cirúrgico, pelo que é monitorizada a glicemia capilar durante todo o período perioperatório e pretende-se que haja uma normoglicemia durante este período.

Após uma intervenção cirúrgica é expectável que surja a dor pós-operatória, haja um risco de hemorragia associado à intervenção cirúrgica e outras complicações. Assim, pretendemos que a pessoa verbalize conhecimento relativo a estas temáticas de forma a detetar precocemente sinais e sintomas relativos à dor, à hemorragia, infeção e seroma. Também se pretende que a pessoa verbalize quais os cuidados com a ferida operatória. Também é importante que seja capaz de referir quais as situações em que é necessário recorrer aos serviços de saúde.

3.7. Diagnósticos

Consciência

07-03-2023 15:30

Consciência comprometida [RESOLVIDO] 07-03-2023 18:30

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciência

07-03-2023 15:30 - Manter cabeceira da cama elevada a 30º [FIM] 07-03-2023 18:30

Dor

07-03-2023 15:30

Dor

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 15:30 - Avaliar evolução da dor

07-03-2023 15:30 - Gerir analgesia [FIM] 07-03-2023 18:30

07-03-2023 18:30

Potencial para melhorar capacidade para autocontrolar analgesia [RESOLVIDO]

09-03-2023 10:00

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 18:30 - Avaliar evolução da capacidade para autocontrolar analgesia [FIM]

09-03-2023 10:00

07-03-2023 18:30 - Instruir a autocontrolar analgesia [FIM] 09-03-2023 10:00

07-03-2023 18:30 - Treinar a autocontrolar analgesia [FIM] 09-03-2023 10:00

Sistema cardiovascular

07-03-2023 15:30 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

07-03-2023 18:30

Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância de hemorragia

[RESOLVIDO] 09-03-2023 10:00

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância de hemorragia [FIM] 09-03-2023 10:00

07-03-2023 18:30 - Ensinar sobre autovigilância de hemorragia [FIM] 09-03-2023 10:00

Pele

07-03-2023 15:30

Ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 15:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

07-03-2023 18:30

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [RESOLVIDO] 09-03-2023 10:00

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [FIM] 09-03-2023 10:00

07-03-2023 18:30 - Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica [FIM] 09-03-2023 10:00

07-03-2023 18:30 - Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica [FIM]

09-03-2023 10:00

Metabolismo

07-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da glicemia

Termorregulação

07-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

Emoção

07-03-2023 09:00

Ansiedade [RESOLVIDO] 07-03-2023 14:00

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da ansiedade [FIM] 07-03-2023 14:00

07-03-2023 09:00 - Assistir cliente a minimizar a ansiedade. [FIM] 07-03-2023 14:00

3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Segundo Conselho Internacional de Enfermeiros "uma intervenção de enfermagem é uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a originar um resultado de

enfermagem" (Internacional Council Of Nurses 2008, pp 15).

Todas as intervenções de enfermagem aqui explanadas pretendem dar resposta a um determinado diagnóstico de enfermagem ou, na sua ausência, pretendem alertar para um foco de atenção da ação do enfermeiro, com vista à vigilância do cliente e prevenção de complicações.

Assim, e seguindo o ordenamento prévio, iremos abordar as intervenções de enfermagem de acordo com cada domínio selecionado.

Consciência

Pelos efeitos secundários dos fármacos anestésicos podem ocorrer alterações no estado de consciência dos clientes, e assim o enfermeiro na fase pós-operatória, vigia o cliente de forma a detetar essas alterações. O uso de relaxantes musculares durante o procedimento anestésico associado a um aumento da sonolência pode comprometer a permeabilidade da via aérea, pelo que uma das intervenções que o enfermeiro executa é a elevação da cabeceira a 30º, ao mesmo tempo que avalia a saturação periférica de oxigénio.

Dor

A dor é um sintoma comum após qualquer intervenção cirúrgica. O enfermeiro perioperatório avalia e gere a analgesia no período pós-operatório. Quando se programa a alta do cliente, pretende-se que se minimizem todos os sintomas que possam advir da intervenção cirúrgica. Assim, o enfermeiro ensina o cliente a gerir a analgesia, garantindo a segurança na toma da medicação analgésica.

Sistema Cardiovascular

A monitorização eletrocardiográfica e da tensão arterial permite aferir sinais de hemorragia pelo que a sua vigilância no período pós-operatório é uma das intervenções de enfermagem. A hemorragia no local cirúrgico é uma das possíveis complicações pós-operatórias pelo que o enfermeiro ensina o cliente na vigilância do penso no sentido de detetar precocemente sinais de hemorragia.

Também poderão surgir como complicações cirúrgicas, as emergências hipertensivas, principalmente em doentes com diagnóstico de hipertensão arterial. Também está descrito que uma das principais causas de hipertensão pós-operatória em doentes normotensos poderá estar associada à hipotermia, justificando as intervenções do tipo avaliar ritmo cardíaco e avaliar a

tensão arterial.

Pele - Ferida Cirúrgica

Os enfermeiros são os profissionais de saúde dedicados ao tratamento das feridas cirúrgicas. Além de caracterizar as feridas, executam o seu tratamento e avaliam a sua evolução cicatricial.

Após uma intervenção cirúrgica pretende-se dar continuidade a estes cuidados e assim procede-se ao ensino do cliente sobre a próxima data do tratamento cirúrgico, o local onde o deve efetuar e quais os sinais de alerta que possam comprometer a cicatrização da ferida cirúrgica como presença de exsudado no penso, presença de sinais inflamatórios em redor da ferida cirúrgica e presença de febre.

Metabolismo

Como já explanado anteriormente a manutenção da normoglicemia perioperatória está relacionada com a prevenção da infeção do local cirúrgico, pelo que é uma área de atenção do enfermeiro.

Termorregulação

A manutenção da normotermia perioperatória é também uma das intervenções do enfermeiro no período perioperatório que visa a prevenção da infeção do local cirúrgico e a promoção do conforto da pessoa.

Emoção - Ansiedade

O bloco operatório é um ambiente desconhecido para a maioria dos clientes que irão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica. Por si só, o ambiente desconhecido, a presença dos vários equipamentos na sala de operações, a necessidade do uso de máscaras e toucas nos profissionais gera algum grau de ansiedade nos clientes. Neste Centro Hospitalar as clientes são convocadas para vir na manhã do dia da cirurgia, passam de manhã pelo serviço de radiologia para marcar a lesão neoplásica e só são intervencionadas cirurgicamente de tarde, pelo que é expectável que verbalizem sinais de ansiedade. É essencial que o enfermeiro, na admissão do cliente no dia da cirurgia explique qual o trajeto que irá decorrer até entrar na sala de operações e promova técnicas de distração por forma a minimizar a ansiedade.

3.8. Especificação das intervenções

Providenciar material educativo.

- Guia orientador sobre jejum pré-operatório.

Ensinar sobre preparação pré-cirúrgica da pele.

- Banho no dia anterior à noite com a esponja de clorexidina de 2 a 4% (passar corpo por água, utilizar a esponja do pescoço para baixo, aguardar dois a três minutos, passar novamente por água, limpar-se a uma toalha limpa, vestir um pijama lavado e a roupa da cama também tem que ser limpa);
- Banho no dia da cirurgia até duas horas antes da hora acordada para comparecer no serviço com a esponja de clorexidina de 2 a 4% (passar corpo por água, utilizar a esponja do pescoço para baixo, aguardar dois a três minutos, passar novamente por água, limpar-se a uma toalha limpa, vestir uma roupa lavada);
- Após o banho não aplicar nenhum creme hidratante, nem loções nem perfumes;
- Não realizar tricotomia da área cirúrgica com giletes nem lâminas;
- Providenciar material para preparação pré-cirúrgica da pele.

Providenciar material educativo.

- Guia orientador sobre preparação pré-cirúrgica da pele.

Assistir cliente a minimizar a ansiedade.

- Uso de estratégias para minimizar ansiedade (explicação do circuito pré-operatório).
- Promover técnica de distração.

Ensinar sobre complicações cirúrgicas.

- Aconselhar uso de sutiã adequado.
- Ensinar sobre exercícios de mobilização do braço.
- Informar quais as complicações cirúrgicas.

4. CASO 2 - ARTROSCOPIA DO OMBRO ESQUERDO

Cliente 52 anos, com diagnóstico de rotura da coifa dos rotadores e com condicionamento da mobilização do membro superior esquerdo e com dor crónica. Foi submetida a artroscopia do ombro com colocação de balão subacromial.

4.1. Enquadramento teórico

Artroscopia do Ombro

Com o desenvolvimento da tecnologia e melhoria dos materiais, a cirurgia artroscópica do ombro tem sido utilizada como principal técnica para tratar a maior parte das lesões que acometem esta articulação. Comparada com a cirurgia aberta, a cirurgia artroscópica permite a realização do procedimento com incisões menores, menor risco de dano muscular, melhor visualização intra-articular e menor dor no pós-operatório aliado a uma recuperação mais célere.

A patologia do ombro pode afetar significativamente a capacidade de trabalho da pessoa bem como interferir nas suas atividades da vida diária. A articulação do ombro consiste numa complexa disposição de ossos, músculos, tendões e nervos, o que faz com que a etiologia da dor no ombro (omalgia) seja de difícil diagnóstico. Outro fator que contribui para esta dificuldade são as patologias que podem originar dor que irradiam para o ombro. O facto da omalgia apresentar padrões característicos consoante a patologia em causa facilitam o diagnóstico clínico (Silva, 2015). A coifa dos rotadores tem como principal função fornecer estabilização à articulação gleno-umeral e contribuir para a força e mobilidade do ombro. A doença da coifa dos rotadores é uma designação que abrange os conceitos de tendinopatia, roturas parcial e/ou completa de um ou mais tendões da coifa dos rotadores (Silva, 2015). As lesões da coifa dos rotadores são uma causa comum de omalgia em pessoas de todas as faixas etárias. Elas representam um espectro de doença abrangendo desde tendinites agudas reversíveis até roturas maciças envolvendo o supraespinhoso, infraespinhoso e subescapular (Silva, 2015).

A articulação do ombro é uma estrutura complexa compreendendo cinco articulações (três articulações sinoviais: esternoclavicular, acromioclavicular e glenoumeral; e duas articulações fisiológicas: escápulo-torácica e subdeltoideia). Estas articulações permitem o movimento normal do ombro. A maior parte do movimento é feito pelas articulações gleno-umeral e escápulo-torácica (Silva, 2015). O ombro é a articulação que apresenta maior mobilidade do

corpo humano, proporcionando ao membro superior uma grande amplitude de movimentos. Esta grande amplitude de movimentos condiciona uma instabilidade no ombro. As estruturas que compensam esta instabilidade são nomeadamente os músculos da coifa dos rotadores, tendões, ligamentos, e labrum glenóide (Silva, 2015). A cintura escapular é composta por dois ossos que conectam a extremidade superior ao esqueleto axial que são a clavícula e a omoplata. O ombro apresenta uma estabilidade óssea mínima permitindo uma grande amplitude de movimento, sendo as estruturas de tecidos mole as principais estabilizadoras gleno-umerais. Consideram-se estabilizadores estáticos do ombro a sua própria anatomia articular, o labrum glenoideu, a cápsula articular, os ligamentos glenoumerais e a inerente pressão negativa da articulação. Os estabilizadores dinâmicos incluem os músculos da coifa dos rotadores, o tendão da cabeça longa do bíceps, o movimento escapulotorácico para além de outros músculos acessórios da cintura escapular (exs: pectoralis major, latissimus dorsi, serratus anterior). Os músculos supraespinhoso, infraespinhoso, pequeno redondo, e subescapular são os músculos que compõe a coifa dos rotadores. Os músculos e tendões da coifa dos rotadores formam uma manga que circunda a parte anterior, superior, e posterior da cabeça do úmero e cavidade glenóide do ombro comprimindo a articulação glenoumeral permitindo uma estabilização e uma grande mobilidade do ombro. A coifa dos rotadores consiste em quatro músculos que controlam três movimentos básicos: abdução, rotação interna e rotação externa (Silva, 2015).

Atualmente, pensa-se que a etiologia da doença da coifa dos rotadores é provavelmente multifatorial, com contribuições desde compressão externa, degeneração relacionada com a idade, trauma e compromisso vascular (Silva, 2015).

Uma rotura total da coifa dos rotadores é definida como uma rotura que atinge toda a espessura do tendão, havendo interrupção da continuidade das suas fibras (Silva, 2015).

A implantação de um balão subacromial biodegradável para o tratamento de ruturas maciças da coifa dos rotadores representa uma opção de tratamento cirúrgico pois permite aliviar a dor e restaurar a biomecânica da articulação gleno-umeral por via da depressão do úmero, de forma relativamente rápida e de menor risco (Wright, Abboud & Murthi, 2020).

A implantação do balão é tipicamente feita por via artroscópica, seja em posição *beach-chair* ou em decúbito lateral, o que permite ao cirurgião abordar qualquer outra patologia encontrada no ombro no momento da implantação. Quando o balão é inserido como um procedimento isolado, geralmente é melhor feito com mínimo ou nenhum desbridamento das bursas subacromiais para evitar que o balão escape do espaço subacromial para outras áreas, como a fossa supraespinhal. O balão implantável restaura as pressões de contacto gleno-umeral, baixa a cabeça do úmero e aumenta a carga do deltóide, contribuindo para normalização da biomecânica do ombro (Wright, Abboud & Murthi, 2020).

Ao restaurar a cabeça do úmero à sua posição original contra a glenóide, essas técnicas

restauram a compressão da concavidade da articulação glenoumeral e permitem o movimento funcional compensado do ombro com o mínimo de dor (Wright, Abboud & Murthi, 2020).

O cliente está sentado na posição *beach-chair*, o que permite a distração gravitacional da cabeça do úmero e fornece uma visão mais precisa do intervalo acromiomerale *in vivo* para o cliente. Isso é importante para a seleção correta de um balão de tamanho apropriado (Wright, Abboud & Murthi, 2020). Um portal artroscópico pósterio-superior é criado para a colocação do artroscópio. A artroscopia diagnóstica é inicialmente realizada para uma avaliação minuciosa do espaço articular intraarticular. Devido à necessidade de um manguito rotador anterior funcional, o subescapular é cuidadosamente avaliado e, se necessário, reparado. Após a conclusão de todo o trabalho intra-articular, o artroscópio é redirecionado através do portal posterior para colocação no espaço subacromial. Usando uma agulha espinhal para localização, um portal lateral é criado em linha com a borda posterior da clavícula. É importante que a agulha espinhal fique paralela ao chão para que toda a instrumentação proveniente do portal lateral não seja obscurecida pelo acrómio ou pela cabeça do úmero ao entrar no espaço subacromial. Uma vez estabelecido o portal lateral, um trocar artroscópico e eletrocautério são usados para realizar uma bursectomia limitada e obter visualização da cabeça umeral e das porções restantes do manguito rotador. A bursectomia extensa deve ser evitada porque pode facilitar a migração do balão para a fossa supraespinhal ou infraespinhal. O espaço subacromial está então pronto para a inserção do balão. A inserção do balão pode proceder do portal posterior ou lateral, com base na preferência do cirurgião. É preenchida uma seringa com solução salina estéril aquecida a cerca de 40 °C. A seringa é conectada ao tubo de extensão do dispositivo de inserção. Quaisquer bolhas de ar encontradas dentro da seringa ou tubo de extensão são removidas antes da inserção do balão. O dispositivo de inserção é introduzido no portal posterior e posicionado sobre a borda superior da glenóide. Depois que o balão é posicionado, a bainha protetora ao redor do balão é retirada puxando para trás a alça do insersor. Com o balão exposto, o êmbolo da seringa é avançado e o balão é visualizado artroscopicamente à medida que se enche. O balão é translúcido, permitindo uma visualização adequada à medida que se expande. Para expandir totalmente o balão, ele é inicialmente enchido em excesso (dependendo do tamanho e fabricante) e, em seguida, o excesso de líquido é lentamente evacuado, deixando para trás a quantidade adequada para o balão preencher adequadamente o espaço subacromial. O balão é então selado e separado do insersor. O balão é visualizado a partir do portal lateral à medida que o braço do cliente passa por uma amplitude de movimento. A cabeça do úmero deve ser vista deslizando por baixo enquanto o balão mantém a sua posição. Se o balão parecer estável, toda a instrumentação é removida do ombro e as incisões de inserção dos trocares são encerradas.

O ombro do cliente intervencionado é imobilizado com suspensão braquial ainda no bloco operatório, antes da reversão da anestesia. É dada a indicação para iniciar exercícios do ombro passivos, de duas em duas horas, a partir do dia da cirurgia (movimentos pendulares, elevação

passiva até 90º) e até às 3 semanas pós-operatórias, data em que deverá iniciar sessões de fisioterapia específicas. Deverá manter o suspensor braquial entre 4 a 6 semanas.

As radiografias pós-procedimento geralmente demonstram um aumento na distância entre a cabeça umeral e o acrómio. Na maioria dos casos, o paciente é capaz de iniciar a reabilitação de forma relativamente rápida (Silva, 2015).

Todas as pessoas submetidas a uma intervenção anestésico-cirúrgica são admitidas numa Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. Aqui, uma equipa treinada e especializada presta cuidados de vigilância apertada às pessoas ali admitidas.

Uma vigilância e monitorização adequadas devem ser mantidas continuamente desde a admissão até que o doente reúna critérios de alta. Está definido que é necessária uma monitorização das funções respiratória, cardiovascular, neuromuscular, neurológica e também da temperatura, da dor, e das náuseas e vómitos. Também é foco de atenção dos enfermeiros na UCPA a administração de fluídos, débito urinário, estado dos drenos e hemorragia (Sampaio et al, 2016).

Uma vez que este caso decorreu numa UCPA, foram criadas apenas duas sessões que pretendem espelhar os cuidados prestados ao cliente.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 52 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início

2023-05-31 11:00:00

Medicação

metamizol 2 gramas por via endovenosa

Fim

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A medicação administrada neste caso e nesta fase do perioperatório foi a mesma relativamente ao caso anterior, pelo que os aspectos a considerar serão idênticos e têm como base a mesma referência bibliográfica. Neste caso, a única medicação administrada na UCPA teve como objetivo o controlo da analgesia da dor pós-operatória.

Metamizol magnésico 2g EV

O metamizol magnésico é um analgésico e antipirético. Está indicado no controlo da dor aguda no período pós-operatório ou pós-traumático, dores espasmódicas, febre alta que não responde a outras terapêuticas antipiréticas e na dor tumoral.

Como efeitos secundários/reações adversas estão descritos casos de choque anafilático na administração da fórmula por via endovenosa, que ocorrem durante a administração ou até uma hora após a sua administração. Pode também existir uma hipersensibilidade da pele e das membranas mucosas, reações cutâneas graves, trombocitopenia e alterações renais.

Esta medicação deve ser diluída em 100 ml de soro fisiológico e perfundir em 20 a 30 minutos.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Procedimento invasivo

31-05-2023 11:00

Procedimento invasivo

Tipo de procedimento invasivo: Bursectomia e colocação de balão subacromial artroscópico do ombro esquerdo - receção na UCPA.

Perda sanguínea

Ombro Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente.

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 88 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 141 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 82 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.30 °C.

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 11:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

31-05-2023 11:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

31-05-2023 12:30

Tipo de procedimento invasivo: Bursectomia e colocação de balão subacromial artroscópico do ombro esquerdo - alta da UCPA.

Perda sanguínea

Ombro Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 122 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 68 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.30 °C.

Atitudes terapêuticas

31-05-2023 11:00

Repouso no leito

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 11:00 - Manter repouso no leito

Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 31-05-2023 12:30

FiO2: 28 %.

Débito de oxigênio: 2.00 L/min.

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 11:00 - Manter oxigenoterapia [FIM] 31-05-2023 12:30

Sondas, Drenos e Cateteres

31-05-2023 11:00

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Mão Direita(o)

Características do dispositivo: ch18.

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 11:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

31-05-2023 11:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

31-05-2023 11:00 - Otimizar cateter venoso periférico

31-05-2023 12:30

Localização do cateter venoso periférico

Mão Direita(o)

Características do dispositivo: ch18.

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

Procedimento Invasivo

Os procedimentos invasivos são procedimentos que invadem qualquer parte do interior do corpo humano. Uma intervenção cirúrgica é o exemplo de um procedimento invasivo.

Uma intervenção cirúrgica pretende dar resposta às necessidades em saúde, de acordo com o diagnóstico médico e o seu tratamento. Há necessidade de uma equipa multiprofissional, dedicada e especializada no tipo de procedimento cirúrgico a efetuar, num ambiente hospitalar específico.

A função de um enfermeiro especialista ao longo das diferentes fases do perioperatório torna-se essencial de modo a dar resposta às necessidades de cuidados do cliente/pessoa significativa. Numa UCPA o foco do exercício profissional do enfermeiro está relacionado com a deteção precoce e prevenção de complicações e a minimização da ocorrência de eventos adversos.

Atitudes terapêuticas

As atitudes terapêuticas são consideradas intervenções de enfermagem interdependentes e são prescritas pelo profissional médico. No enquadramento deste caso foram selecionadas duas atitudes terapêuticas: repouso no leito e oxigenoterapia.

Repouso no leito

Após uma intervenção cirúrgica, os efeitos da medicação anestésica podem induzir alterações do estado de consciência pelo que o levante imediatamente após uma cirurgia pode aumentar o risco de queda do doente.

A mobilização imediatamente após a intervenção cirúrgica pode comprometer a hemostase das feridas cirúrgicas pelo que é recomendado o repouso nesta fase do pós-operatório. Após a alta da UCPA, cada vez mais se preconiza o levante precoce das pessoas submetidas a intervenção cirúrgica de forma à prevenção de complicações, nomeadamente o tromboembolismo (Sampaio et al, 2016).

Oxigenoterapia

Os efeitos residuais da medicação anestésica podem provocar uma hipoxémia pós-operatória. Esta hipoxémia é detetável pela dessaturação periférica de oxigénio. Como forma de reversão da hipoxémia é fornecido oxigénio suplementar através de cânula de oxigenoterapia ou de máscara de Venturi de forma a garantir-se uma normalização da saturação de oxigénio. À medida que o tempo passa, os efeitos residuais da medicação anestésica vão regredindo e há uma normalização da função respiratória (Sampaio et al, 2016).

Sondas, drenos e cateteres

Para este procedimento cirúrgico e na fase perioperatória em que este caso assenta, é considerado o dispositivo invasivo denominado por cateter venoso periférico.

Cateter venoso periférico

A utilização de cateter venoso periférico é uma prática invasiva comum em contextos de saúde que permite a administração de medicação intravenosa.

O processo de cateterização venosa periférica é um procedimento da prática de enfermagem. A introdução de um dispositivo numa veia periférica de modo a obter um acesso à rede venosa é a definição da cateterização venosa periférica . Considera-se um procedimento complexo, pois existe a necessidade de cuidados específicos, nomeadamente na escolha do cateter, na sua manutenção, na seleção do penso utilizado e na prevenção e deteção precoce de complicações associadas ao cateter venoso periférico.

As intervenções anestésico-cirúrgicas têm implicações fisiológicas e hemodinâmicas no cliente, pelo que é necessária a presença de dispositivos que possibilitem a administração rápida de fármacos por via endovenosa, sendo esta a via de eleição para administração de drogas neste contexto clínico.

Neste caso a presença de um cateter venoso periférico no cliente na UCPA é indispensável. No entanto, o enfermeiro deve manipular adequadamente o cateter venoso periférico e vigiar possíveis complicações decorrentes do seu manuseamento (Catarino et al, 2022).

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
31-05-2023 11:00	Consciência	
31-05-2023 11:00	Dor	
31-05-2023 11:00	Digestão	
31-05-2023 11:00	Pele	
31-05-2023 11:00	Metabolismo	
31-05-2023 11:00	Termorregulação	
31-05-2023 11:00	Procedimento invasivo	
31-05-2023 11:00	Atitudes terapêuticas	
31-05-2023 11:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
31-05-2023 11:00	Sistema cardiovascular	
31-05-2023 11:00	Sistema respiratório	

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

No contexto da UCPA o enfermeiro perioperatório assenta a sua intervenção em determinadas áreas de atenção (designadas por domínios) e garante uma prestação de cuidados com base na monitorização e vigilância do cliente com vista à deteção precoce de complicações e tratamento das mesmas de forma atempada.

Em seguida, expomos, para cada domínio, a explanação das áreas de atenção do enfermeiro perioperatório.

Consciência

A avaliação do estado de consciência é uma intervenção que permite classificar de forma fácil e rápida o estado de consciência do cliente. A escala utilizada na prática clínica é a Escala de Comas de Glasgow.

Os anestésicos administrados durante a anestesia geral podem ter como efeitos secundários alteração do estado de consciência, pelo que a sua avaliação durante o período pós-operatória é uma das intervenções dos enfermeiros no âmbito da UCPA.

A prestação de cuidados de enfermagem de forma integral e individualizada no pós-operatório imediato tem como foco a prevenção, deteção e tratamento das complicações inerentes à intervenção cirúrgica e à técnica anestésica adotada. A avaliação do nível de consciência é uma das intervenções de enfermagem no pós-operatório imediato, utilizando a escala de comas de

Glasgow (Sampaio et al, 2016).

Dor

A dor é considerada o quinto sinal vital e define-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial. Grande parte dos clientes submetidos a cirurgia refere dor pós-operatória aguda.

A estimulação ou traumatismo das terminações nervosas durante o ato cirúrgico é o fator que desencadeia a dor. A dor depende da intervenção cirúrgica realizada, do seu local anatômico e das intercorrências intra-operatórias. Segundo Manica (1994, citado por Modas, 2014) a dor pós-operatória apresenta valores de intensidade maiores nas cirurgias torácicas, abdominais superiores, renais e ortopédicas, sendo este desconforto dos primeiros a ser mencionado na UCPA, atingindo o seu pico máximo entre as 12 e as 36 horas após a intervenção cirúrgica. A Direção Geral da Saúde (2015) refere que a dor pós-operatória é a principal causa de dor aguda.

A resposta fisiológica do organismo à dor pós-operatória pode ter efeitos nefastos no estado do cliente, prejudicando a sua recuperação pós-operatória. A dor limita a mobilidade da pessoa, aumentando o risco de trombose venosa profunda e embolia pulmonar; provoca uma respiração superficial, diminuindo o aporte de oxigénio aos órgãos; limita a tosse, aumentando a acumulação de secreções, aumentando o risco de atelectasias e infeção respiratória; aumenta a resposta simpática, provocando taquicardia e aumento da tensão arterial; aumenta a atividade do sistema nervoso autónomo, interferindo na atividade do músculo liso intestinal e esfíncteres; e aumenta o nível de stresse psicológico (Modas, 2014).

Um controle da dor eficaz aumenta o conforto, acelera a recuperação e previne complicações pós-operatórias. A abordagem da dor pós-operatória deve ser efetuada com um planeamento de intervenções, de forma a adequar os recursos às necessidades do cliente (Sarmiento et al, 2013).

O surgimento do conceito de analgesia multimodal veio mudar o paradigma no tratamento da dor aguda pós-operatória, com o uso de analgésicos intravenosos não-opioides com efeitos poupadores de analgésicos opioides.

Digestão

Uma das complicações mais frequentes após um procedimento anestésico é a presença de náuseas e vômitos.

Tal como referido no caso anterior, as náuseas e vômitos pós-operatórios afeta 20% a 30% dos

clientes cirúrgicos e ainda 70% dos clientes com múltiplos fatores de risco conhecidos.

O anestesista avalia os fatores de risco inerentes à ocorrência de náuseas e vômitos pós-operatórios em cada cliente de forma a adaptar a administração de profilaxia baseada na avaliação do risco (Vieira et al, 2012). Os fatores de risco que aumentam o risco de náuseas e vômitos pós-operatórios são: sexo feminino, pessoa não fumadora, história de náuseas e vômitos pós-operatórios ou cinetose e o uso de opioides pós-operatórios. A profilaxia faz-se de acordo com o risco previamente identificado com a administração de fármacos nas diferentes fases anestésicas: ondansetron 4mg EV, administrado no final da cirurgia, dexametasona 4-5mg EV, na indução anestésica, droperidol 0,625-1,25mg EV no final da cirurgia. No caso de ocorrência de náuseas e vômitos no pós-operatório, administram-se os mesmos fármacos anteriores com dosagens diferentes: ondansetron 1mg EV; dexametasona 2 a 4 mg EV (toma única), droperidol 0,625mg EV e pode ainda recorrer-se a propofol 20 mg com o cliente monitorizado (Vieira et al, 2012).

As náuseas e vômitos pós-operatórios estão relacionado com atrasos da alta, internamentos imprevistos, readmissões hospitalares e atrasos no regresso às atividades de vida normais além de diminuir a satisfação e o bem-estar do cliente. Como consequência das náuseas e vômitos pós-operatórios podem surgir hemorragia pós-operatória, deiscência da ferida cirúrgica, aspiração pulmonar, desequilíbrio hidro-eletrolítico, desconforto e insatisfação do cliente, concorrendo assim, para o atraso da alta hospitalar (Vieira et al, 2012).

Desta forma, as náuseas e vômitos pós-operatórios constituem um dos principais focos de atenção do enfermeiro perioperatório, nomeadamente nos cuidados pós-anestésicos.

Pele

Do tratamento cirúrgico resulta uma ferida cirúrgica. Os cuidados às feridas pós-operatórias envolvem a limpeza, proteção e controlo da pele, sendo o seu objetivo evitar a ocorrência de complicações e permitir a cicatrização rápida da ferida. O processo de cicatrização das feridas cirúrgicas limpas é dividido em quatro fases distintas: hemóstase, inflamação, proliferação e remodelação do tecido. A cicatrização de ferida ideal envolve a sequência dos eventos: hemóstase rápida; inflamação; diferenciação de células mesenquimais, proliferação e migração para o local da ferida; angiogénese; re-epitelização; e síntese adequada e alinhamento de colagénio para proporcionarem resistência ao tecido de cicatrização (Oliveira, Paiva e Cerejo, 2018).

A interrupção da cicatrização de uma ferida cirúrgica pode ocorrer por várias razões e, pode ocorrer durante qualquer fase do processo de cicatrização. Os fatores que podem levar a uma deficiente cicatrização da ferida podem ser divididos em fatores locais e fatores sistémicos. São

fatores locais: hipoxia, presença de tecido desvitalizado, infecção/contaminação, condições inflamatórias, ferida de maiores dimensões, stresse/ou trauma mecânico contínuo. São fatores sistêmicos, os relacionados com o estado geral do indivíduo: idade avançada ou muito jovem, stresse psicológico, existência de doença crónica prévia (diabetes, obesidade, doença renal, doença hepática/icterícia, doença respiratória crónica, distúrbios do tecido conjuntivo e imunossupressão), terapêutica (corticosteróides, radioterapia, quimioterapia), abuso de substâncias (tabagismo, alcoolismo), desnutrição, e fraca adesão a planos terapêuticos. Importa realçar que estes fatores estão interligados, uma vez que os fatores sistêmicos alteram os fatores locais e influenciam a capacidade de reparação tecidual (Oliveira, Paiva e Cerejo, 2018).

No tratamento de feridas os enfermeiros intervêm no processo de prevenção de complicações e tratamento de feridas, pois possuem competências para avaliar a ferida cirúrgica e efetuar o devido tratamento. A atuação de enfermagem tem um destaque importante no acompanhamento da evolução do processo de cicatrização das feridas (Gonçalves, Rabeih & Terçariol, 2015).

Metabolismo

Como resposta fisiológica à doença crítica e ao stresse orgânico surge a hiperglicemia. Uma cirurgia provoca um stresse anestésico-cirúrgico que eleva o nível sérico de hormonas contrarreguladoras e libertação excessiva de citocinas inflamatórias, causando alterações do metabolismo dos hidratos de carbono, nomeadamente a insulinoresistência e a diminuição da secreção de insulina. Também há um aumento da gliconeogénese hepática e diminuição da captação periférica de glicose, contribuindo para um estado hiperglicémico em pessoas não diabéticas e o agravamento da hiperglicemia em pessoas diabéticas (Paredes, Marques e Alves, 2017).

A hiperglicemia aguda afeta a função do complemento de forma negativa, aumenta as moléculas de adesão leucocitárias, interfere negativamente com a quimiotaxia e fagocitose dos neutrófilos, e desta forma contribui para o aumento da inflamação e maior vulnerabilidade à infeção. Em clientes hospitalizados, a hiperglicemia está associada a maus resultados clínicos, contribuindo para um aumento das taxas de infeção e para a má cicatrização da ferida cirúrgica por deficiente função dos leucócitos e redução da síntese do colagénio. Por sua vez, a manutenção da glicemia intra-hospitalar interferem positivamente na morbidade e mortalidade perioperatórias e no tempo de internamento (Paredes, Marques e Alves, 2017).

A norma sobre “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico da Direção Geral de Saúde (2015) recomenda a manutenção da glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes, como medida de prevenção da infeção do local cirúrgico. Assim, o controlo da glicemia capilar é uma intervenção a efetuar no pós-operatório imediato.

Termorregulação

A termorregulação é o processo que permite aos organismos regular a sua temperatura corporal.

Tal como foi referido no caso anterior, a indução anestésica interfere na produção de calor e aumenta a perda de calor para o ambiente. A redução da temperatura corporal durante a intervenção cirúrgica advém da redistribuição de calor entre o sistema central e periférico que ocorre na primeira hora após a indução anestésica e origina a redução rápida da temperatura central (1 a 2°C).

A inibição dos mecanismos fisiológicos de termorregulação provocada pelo procedimento anestésico, a ventilação mecânica, a exposição corporal mediante o tipo de procedimento cirúrgico, a utilização de soluções antissépticas frias na desinfeção do campo cirúrgico assim como, a infusão de fluídos intravenosos frios são outros fatores que concorrem para o desenvolvimento de hipotermia no intraoperatório, nomeadamente .

A monitorização da temperatura corporal e o aquecimento do cliente cirúrgico durante o período perioperatório são intervenções essenciais para a prevenção e deteção precoce da hipotermia (Sampaio et al, 2016; Norma 202/2015 da Direção Geral da Saúde, 2015).

Procedimento invasivo

Os procedimentos invasivos são aqueles que invadem qualquer parte do interior do corpo humano. Qualquer tipo de intervenção cirúrgica é considerada um procedimento invasivo.

A pessoa submetida a artroscopia do ombro será alvo de intervenções de enfermagem específicas relacionadas com o procedimento cirúrgico.

Sondas, drenos e cateteres

Qualquer tipo de intervenção cirúrgica implica a introdução de dispositivos médicos para assegurar a administração de fármacos para administração endovenosa, nomeadamente do cateter venoso periférico.

A cateterização venosa periférica consiste na introdução de um cateter numa veia periférica e normalmente quem executa esta intervenção é o enfermeiro. A introdução, manutenção e remoção do cateter venoso periférico, deve ter em conta os princípios de segurança e eficiência na sua utilização bem como a gestão de possíveis complicações (Administração Central do Sistema de Saúde, 2011).

O cateter venoso periférico é um dispositivo que requer vigilância do enfermeiro em todas as fases do perioperatório, incluindo a UCPA.

Sistema cardiovascular

O sistema cardiovascular é um domínio a que o enfermeiro deve estar atento quer pelos efeitos das drogas anestésicas quer pelas complicações que podem advir do procedimento cirúrgico.

As alterações hemodinâmicas podem advir da administração medicamentosa durante o ato anestésico-cirúrgico bem como da administração de medicação na UCPA. Uma das complicações pós-cirúrgicas mais preocupante é a hemorragia, que pode ser detetada por alterações da frequência cardíaca, da tensão arterial e do ritmo cardíaco (Sampaio et al, 2016).

Desta forma é necessário manter uma vigilância de vários parâmetros do sistema cardiovascular: frequência cardíaca, ritmo cardíaco e tensão arterial.

Sistema respiratório

O tipo de intervenção cirúrgica e a necessidade de anestesia geral podem originar complicações respiratórias.

A manipulação da via aérea durante o procedimento anestésico pode facilitar o aparecimento de complicações pós-operatórias como a rouquidão pós-operatória, por lesão das cordas vocais durante a intubação endotraqueal necessária durante a cirurgia (Sampaio et al, 2016).

No período pós-anestésico existe a possibilidade de complicações de ventilação espontânea. A função respiratória deve ser monitorizada através da avaliação contínua da saturação periférica de oxigénio e da monitorização da frequência respiratória assim como a avaliação de sons respiratórios (Sampaio et al, 2016).

As complicações respiratórias no pós-operatório estão relacionadas com os fármacos anestésicos, analgésicos e relaxantes musculares, sobretudo os de ação mais prolongada pois interferem com a consciência e a força muscular, diminuindo a ventilação e o reflexo da tosse, justificando a seleção deste domínio (Sampaio et al, 2016).

4.6. Dados

Consciência

31-05-2023 11:00

Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

Resposta verbal: orientada.

Resposta motora: obedece a ordens simples.

Consciência comprometida [RESOLVIDO] 31-05-2023 12:30

31-05-2023 12:30

Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

Dor

31-05-2023 11:00

Dor

Localização da dor

Ombro Esquerda(o)

Intensidade da dor - 4.

frequência da dor - contínua.

duração da dor - aguda.

dor de tipo - lacerante.

Sistema respiratório

31-05-2023 11:00

Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

Ritmo respiratório irregular.

Movimento respiratório simétrico.

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 92 %.

Ventilação comprometida

31-05-2023 12:30

Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

Ritmo respiratório irregular [MANTEVE].

Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

Profundidade da ventilação: inspirações normais [MELHOROU].

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 98 %.

Sistema cardiovascular

31-05-2023 11:00

Localização do Pulso

Tórax

Pulso rítmico.

Frequência do pulso: 82 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 141 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 82 mm Hg.

Temperatura das extremidades

Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

Coloração das extremidades

Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

Perda sanguínea

Ombro Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente.

Localização da dor

Ombro Esquerda(o)

Intensidade da dor - 3.

frequência da dor - contínua.

duração da dor - aguda.

dor de tipo - lacerante.

31-05-2023 12:30

Localização do Pulso

Tórax

Pulso rítmico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 122 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 68 mm Hg.

Localização da dor

Ombro Esquerda(o)

Intensidade da dor - sem dor.

Digestão

31-05-2023 11:00

Sem sensação de enjoo.

Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

31-05-2023 12:30

Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

Sem refluxo dos alimentos deglutidos [MANTEVE].

Pele

31-05-2023 11:00

Ferida cirúrgica

Localização da ferida cirúrgica

Ombro Esquerda(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm.

Largura da lesão tegumentar: 0.10 cm.

Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.
Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.
Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 3.

Metabolismo

31-05-2023 11:00

Glicemia capilar: 102 mg/dl.

Termorregulação

31-05-2023 11:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.30 °C.

31-05-2023 12:30

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.30 °C.

4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Em seguida, pretendemos explicar quais os objetivos no planeamento dos cuidados de acordo com cada domínio selecionado, de modo a explicitar a intencionalidade dos cuidados de enfermagem.

DOMÍNIO: Consciência

Objetivo: Detetar alterações do estado de consciência.

DOMÍNIO: Dor

Objetivos: Detetar precocemente sinais e sintomas de dor. Minimizar a dor aguda pós-operatória.

DOMÍNIO: Sistema Respiratório

Objetivo: Detetar precocemente alteração do padrão respiratório.

DOMÍNIO: Sistema cardiovascular

Objetivo: Detetar precocemente sinais de agravamento de hemorragia.

DOMÍNIO: Digestão

Objetivo: Detetar precocemente náuseas e vômitos.

DOMÍNIO: Pele - Ferida cirúrgica

Objetivo: Promover a cicatrização da ferida cirúrgica.

Domínio: Metabolismo

Objetivos: Detetar precocemente sinais de hipoglicemia e hiperglicemia. Prevenir hipoglicemia e hiperglicemia;

DOMÍNIO: Termorregulação

Objetivo: Prevenir hipotermia.

4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

As intervenções de enfermagem planeadas e posteriormente realizadas são intencionais. Numa UCPA as intervenções de enfermagem visam a vigilância da pessoa com vista à prevenção de complicações.

Neste sentido, as intervenções de enfermagem realizadas neste contexto são mais do tipo "vigiar". A deteção precoce de complicações anestésico-cirúrgicas são o fundamento para essas intervenções. Assim como indicadores de resultado podemos obter:

- que a pessoa restaure o nível de consciência vígil;
- que a pessoa não refira dor;
- que não apresente complicações da ferida cirúrgica, nomeadamente hemorragia;
- que a pessoa não apresente náuseas e vômitos;
- que a pessoa mantenha a normotermia perioperatória;
- que a pessoa mantenha a normoglicemia.

4.7. Diagnósticos

Consciência

31-05-2023 11:00

Consciência comprometida [RESOLVIDO] 31-05-2023 12:30

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 11:00 - Avaliar evolução da consciência

31-05-2023 11:00 - Manter cabeceira da cama elevada a 30º [FIM] 31-05-2023 12:30

31-05-2023 11:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [FIM] 31-05-2023 12:30

Dor

31-05-2023 11:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 11:00 - Avaliar evolução da dor

31-05-2023 11:00 - Gerir analgesia

31-05-2023 11:00 - Aplicar frio

31-05-2023 11:00 - Aplicar restrição física da mobilidade

31-05-2023 11:00 - Posicionar para aliviar a dor

Sistema respiratório

31-05-2023 11:00

Ventilação comprometida

Sistema cardiovascular

31-05-2023 11:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

31-05-2023 11:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Pele

31-05-2023 11:00

Ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 11:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

31-05-2023 11:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [FIM] 31-05-2023 12:30

31-05-2023 11:00 - Remover material de sutura [FIM] 31-05-2023 12:30

31-05-2023 11:00 - Aplicar penso de ferida

Metabolismo

31-05-2023 11:00 - Avaliar evolução da glicemia

Termorregulação

31-05-2023 11:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

As intervenções de enfermagem aqui apresentadas pretendem dar resposta a um determinado diagnóstico de enfermagem ou, na sua ausência, pretendem alertar para um foco de atenção do enfermeiro, com vista à vigilância do cliente e prevenção de complicações.

Em seguida, iremos abordar as intervenções de enfermagem tendo por base cada domínio selecionado.

Consciência

Os efeitos secundários e residuais dos fármacos anestésicos podem determinar alterações no estado de consciência no pós-operatório. O enfermeiro numa UCPA procede à vigilância do cliente de forma a detetar precocemente essas alterações. A utilização de relaxantes musculares durante o procedimento anestésico associado a um aumento da sonolência pode comprometer a permeabilidade da via aérea, pelo que a avaliação da saturação periférica de oxigénio e a elevação da cabeceira a 30º são intervenções que o enfermeiro executa numa UCPA.

Dor

A dor é o sintoma mais comum após uma intervenção cirúrgica. O enfermeiro na UCPA monitoriza a dor e executa intervenções interdependentes e autónomas. As intervenções interdependentes estão relacionadas com a administração de fármacos analgésicos prescritos. As intervenções autónomas estão relacionadas com o uso de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor. Neste caso particular foi utilizada a crioterapia, a imobilização do membro superior afetado e o uso de almofadas para apoio do membro superior, evitando forças de suspensão do braço afetado.

Sistema respiratório

A avaliação do comprometimento respiratório no pós-operatório imediato é uma preocupação do enfermeiro na UCPA. Em caso de alteração procede-se ao fornecimento de oxigenoterapia e à elevação do leito de forma a otimizar a função respiratória do cliente.

Sistema Cardiovascular

Neste domínio o enfermeiro monitoriza a tensão arterial e o ritmo cardíaco de forma a detetar precocemente sinais de hemorragia. Esta vigilância no período pós-operatório é uma das intervenções de enfermagem numa UCPA.

Esta monitorização permite a deteção de complicações cirúrgicas, nomeadamente as emergências hipertensivas, principalmente em doentes com diagnóstico de hipertensão arterial. Existe a descrição de que uma das causas de hipertensão pós-operatória em doentes normotensos poderá estar associada à hipotermia, justificando-se as intervenções do tipo "avaliar ritmo cardíaco" e "avaliar a tensão arterial".

Pele - Ferida Cirúrgica

Uma ferida cirúrgica é uma área de atenção dos enfermeiros. Numa UCPA importa vigiar o penso da ferida cirúrgica e, caso seja necessário, executar o penso de forma a manter-se o penso limpo e seco.

Metabolismo

Como já referido anteriormente a manutenção, da normoglicemia perioperatória está relacionada com a prevenção da infeção do local cirúrgico, pelo que a intervenção "avaliar evolução da glicemia" é uma intervenção de enfermagem no pós-operatório.

Termorregulação

A manutenção da normotermia perioperatória é também uma das intervenções do enfermeiro no período perioperatório que visa a prevenção da infeção do local cirúrgico e a promoção do conforto da pessoa.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O contexto de estágio para desenvolver as competências específicas em enfermagem perioperatória apresentou-se como um grande desafio, uma vez que o meu percurso profissional nunca passou pela área do perioperatório. Não conhecia o bloco operatório enquanto contexto profissional, mas apenas na vertente de cliente, o que também acabou por influenciar a minha atuação durante o estágio.

A aquisição e o desenvolvimento de competências alcançadas ao longo do percurso profissional e académico de um enfermeiro resultam das experiências vivenciadas, da reflexão sobre as mesmas e da necessidade de formação contínua.

A Ordem dos Enfermeiros é a entidade que atribui o título de enfermeiro especialista em Portugal. Um enfermeiro especialista é definido como o profissional de enfermagem a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializado nas áreas de enfermagem (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo em conta a abrangência desta, as necessidades de cuidados diferenciados que lhe estão inerentes e o contexto de intervenção, foi ramificada em várias áreas de enfermagem, nomeadamente: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento nº 429/2018, 2018).

De acordo com o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento 429/2018, 2018), a área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, que vivenciam uma experiência cirúrgica/anestésica. Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a experienciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença. A intervenção do EEEMCPSP desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Nas diferentes áreas de atuação o EEEMCPSP demonstra competências distintas no cuidado à pessoa em situação perioperatória e promove medidas de segurança, congruente com a consciência cirúrgica.

O Regulamento n.º 140/2019 apresenta as competências comuns do enfermeiro especialista, transversal a todas as áreas de especialidade. De seguida, pretendo referir os contributos do

estágio de natureza profissional para a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Numa perspetiva de melhor exposição, irei desenvolver esta reflexão em duas partes, a primeira direcionada para as competências comuns do enfermeiro especialista e a segunda para as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Competências comuns do enfermeiro especialista

Esta reflexão pretende demonstrar o meu percurso na aquisição de competências comuns de do enfermeiro especialista. Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns. As competências comuns “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº140/2019 pp 4745, 2019).

Segundo o Regulamento nº 140/2019 as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista estão organizadas em quatro domínios:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Seguidamente, a abordagem de cada domínio das competências comuns do enfermeiro especialista terá por base a sua interpretação e reflexão obtidas durante o período de estágio.

Responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio, o enfermeiro especialista “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 140/2019 pp 4745, 2019).

Durante o estágio pautei a minha intervenção tendo por base os princípios éticos que norteiam

as minhas decisões, nomeadamente do princípio da autonomia, o princípio da beneficência, o princípio da justiça e o princípio da não maleficência, responsabilizando-me pelas minhas decisões e pelas intervenções de enfermagem executadas. Estes princípios também foram respeitados pelos restantes profissionais que compõem a equipa multiprofissional dos locais de estágio.

Durante o estágio existiram várias situações ilustrativas do respeito pelos princípios éticos. No entanto, na UCA durante o acolhimento foi identificado em mais do que um caso, os clientes não conhecerem qual a cirurgia a que vão ser submetidos ou a sua lateralidade pelo que existia a necessidade do enfermeiro referenciar ao médico cirurgião para esclarecimento do cliente. Desta forma é fomentado o direito das pessoas no acesso à informação relativa ao processo cirúrgico a que irão ser submetidas. A questão da autonomia da pessoa é também tida em conta, de modo a que a pessoa seja um elemento ativo da equipa multidisciplinar.

Um outro princípio que está inerente aos princípios éticos é a necessidade de garantir a confidencialidade e a segurança da informação que a pessoa nos transmite durante o contacto que tem com os enfermeiros. Assim, durante o acolhimento das pessoas em contexto de cirurgia de ambulatório, a admissão é feita individualmente, ao lado do posto de enfermagem de forma a garantir a privacidade, a confidencialidade e o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas de cada pessoa, posteriormente a pessoa é encaminhada para a enfermaria. Embora a maioria das pessoas fosse adulto, sempre que se considerava benéfico, autorizava-se a entrada do acompanhante durante a admissão, valorizando as suas necessidades efetivas e emocionais.

Assim, tentei pautar a minha intervenção com o respeito pela pessoa alvo dos meus cuidados, com o cuidado de me apresentar às pessoas, informar as próximas intervenções de enfermagem, orientar a pessoa para o circuito perioperatório de forma a minimizar a ansiedade e fazer com a pessoa se sinta mais envolvida na sua experiência cirúrgica.

Durante o período de estágio na UCPA, havia sempre a preocupação de garantir a privacidade dos clientes, bem como a confidencialidade. Foram várias as situações que as pessoas questionavam qual a situação cirúrgica do cliente do lado, sendo-lhes explicado que não poderíamos responder no sentido de não expor a situação clínica do mesmo.

No meu exercício profissional, lembro-me muitas vezes de enfermeiros que para mim foram e são uma referência, pelo exemplo que são pois exercem a profissão valorizando os princípios, valores e crenças das pessoas ao mesmo que tempo que oferecem cuidados de excelência, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos. Durante o estágio e embora não fosse um elemento fixo daquelas equipas de enfermagem tentei valorizar estes aspetos éticos de modo a que a minha intervenção fosse sentida pelos restantes colegas e contribuir de alguma forma para a excelência desta competência.

Melhoria contínua da qualidade

Neste domínio o enfermeiro especialista tem um “papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”. Para tal “colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.” (Regulamento nº 140/2019 pp 4747, 2019).

A melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem está frequentemente relacionada com a segurança dos cuidados. No sentido de dar resposta ao Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026, a instituição onde realizei o estágio tem vindo a implementar diretrizes que visam a melhoria contínua da qualidade. Um desses projetos está relacionado com a melhoria da comunicação e segurança no processo de transição de cuidados. Neste sentido, as equipas de enfermagem de ambos os locais de estágio, têm vindo a implementar a metodologia ISBAR para a transmissão de informações relevantes dos clientes.

A comunicação entre os diferentes elementos da equipa no perioperatório é fundamental no sentido da garantia da segurança do cliente. A técnica ISBAR é uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. A sua denominação é uma mnemónica auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que as letras que compõem esta mnemónica correspondem a:

I: Identificação (**I**dentify);

S: Situação atual (**S**ituation);

B: Antecedentes (**B**ackground);

A: Avaliação (**A**ssessment);

R: Recomendações (**R**ecommendation).

As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência mostra que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente. As falhas mais comuns de comunicação entre profissionais de saúde, decorrentes da transferência de cuidados estão relacionadas com as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades (Direção Geral da Saúde, 2017).

A qualidade e a segurança dos cuidados têm sido uma das preocupações dos enfermeiros. Uma comunicação eficaz e segura na transição de cuidados é o objetivo da metodologia ISBAR,

minimizando lapsos de informação e ocorrência de eventos adversos. Assim, a adoção estratégica desta metodologia traduz uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados na prática clínica dos enfermeiros (Ramos e Cunha, 2022). Nesse sentido, o enfermeiro especialista, consciente dos momentos críticos onde as falhas de comunicação poderão existir, utiliza a metodologia ISBAR de forma a certificar-se da uniformidade na comunicação de informações relevantes de cada cliente, promovendo a atitude e postura adequada, quer individual quer da equipa.

Em ambos os contextos de estágios a metodologia ISBAR estava a ser implementada nos momentos de transição de cuidados. Na UCA utilizava-se uma folha em suporte de papel que nos auxiliava e acompanhava o cliente nos diferentes momentos do perioperatório. Já na UCPA, existia um placa em acrílico com a mnemónica ISBAR que era preenchida a marcador aquando da transferência do cliente sala operatória para a UCPA.

Também a divulgação do sistema de notificações interna do Centro Hospitalar tem vindo a permitir a garantia da segurança do cliente o que promove a melhoria contínua dos cuidados. No Centro Hospitalar onde fiz estágio há um apelo sistemático por parte do gabinete do risco hospitalar para que os colaboradores notifiquem os eventos ou quase eventos que podem ocorrer nos serviços. O principal objetivo deste sistema de notificações é aumentar a segurança do cliente através da aprendizagem com o erro ou quase erro. Após a notificação, o gabinete de gestão do risco procede à análise das causas que motivaram a notificação de modo a prevenir a sua repetição futura. Há que salientar que as notificações são de natureza não punitiva e de proteção da pessoa que notifica e visam a implementação de ações de melhoria contínua de forma à minimização ou eliminação do incidente.

São várias as situações que devem ser notificadas tais como avaria ou erro em equipamentos médicos ou material hoteleiro, erro na documentação de um cuidado de saúde, erro na administração ou prescrição de medicação/hemoderivados, descrição de quedas de doentes, surgimento de úlceras por pressão e outras situações que possam comprometer a segurança e qualidade dos cuidados de saúde aos clientes. Durante o estágio na UCA verifiquei que quando existe algum deste tipo de eventos, os enfermeiros têm o cuidado de proceder à sua notificação. No entanto, poderá não existir a análise imediata e instituição de medidas que visem a resolução daquele evento. Contudo, a existência de notificações recorrentes sobre a mesma situação leva a uma maior rapidez na sua resolução e, conseqüentemente, a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Durante o estágio na UCPA, não tive a oportunidade de presenciar qualquer tipo de notificação. No entanto, e refletindo sobre as práticas, a administração de medicação aos clientes na UCPA, poderá ser objeto de notificação. Nestas situações há a necessidade de administração de medicação emergente para dar resposta a sintomatologia que o cliente apresenta no momento, tais como náuseas, vômitos, dor, broncospasmo ou outros sintomas. Estes sinais ou sintomas

necessitam de avaliação imediata do médico anestesista presente na UCPA e posterior administração farmacológica. Dada a alta rotatividade dos clientes nesta fase do perioperatório, e a necessidade de atenção a vários clientes concomitantemente, há um risco acrescido de erro quer da medicação a administrar quer do cliente-alvo. Tive sempre o cuidado de obter confirmação positiva com o médico sobre o fármaco a administrar, a dose e o cliente. E no momento da administração tinha sempre o cuidado de confirmar o nome na pulseira do cliente e voltar a questionar o médico. Tenho a noção que há um grande risco de erro da administração de terapêutica.

O enfermeiro especialista deve garantir a existência de segurança nos cuidados de enfermagem. A manutenção de um ambiente de cuidados seguro, utilizando estratégias de garantia de qualidade e minimização dos riscos é um objetivo do exercício profissional do enfermeiro especialista.

Assim, procurei saber quais os projetos de melhoria contínua em uso nas equipas (UCA e UCPA), de forma a dar continuidade à sua implementação e agir em conformidade, desenvolvendo a minha atividade, sempre com a máxima qualidade e segurança. Durante o estágio, quis integrar-me na dinâmica do serviço e tentar prestar o máximo de cuidados aos clientes presentes durante os meus turnos, pelo que tenho noção que não fui um elemento ativo na implementação de um novo projeto. No entanto, procurei saber quais os projetos implementados de forma a contribuir para a continuidade da sua implementação.

Gestão dos cuidados

Neste domínio das competências comuns do enfermeiro especialista é contemplado pela competência “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de Saúde” e a competência “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”, como consta no Regulamento nº 140/2019 da OE.

Assim, o enfermeiro especialista faz uma gestão e organização dos cuidados de enfermagem, tendo em vista as necessidades de cuidados dos seus clientes, garantindo concomitantemente a segurança e qualidade dos cuidados.

No contexto de estágio, quer na UCA quer na UCPA, esta gestão de cuidados tem que estar sempre presente para que haja uma fluidez na gestão de camas disponíveis e redução dos tempos de *turnover* entre cirurgias. É a junção de conhecimentos formais, com habilidades técnicas e humanas que permite esta gestão de cuidados eficiente de forma a contribuir para uma organização do serviço eficaz, dando resposta às necessidades de cuidados de forma atempada.

A gestão do tempo durante o turno e das tarefas dos assistentes operacionais, permite uma gestão de recursos adequada quer na UCA, quer na UCPA. Durante o estágio, pude constatar a responsabilidade do enfermeiro responsável de turno na gestão e organização das atividades a desenvolver bem como garantir a gestão de camas de forma adequada para assim dar cumprimento ao plano cirúrgico proposto para aquele dia. Outras vezes, houve a necessidade de adaptar a gestão do curso do programa cirúrgico, de forma a conseguir-se arranjar uma cama livre para clientes que iriam pernoitar vindos do bloco central. Essa capacidade de gestão é uma das habilidades alcançadas pelos enfermeiros responsáveis/especialistas que requer conhecimento de toda a atividade cirúrgica que está a acontecer no turno, conhecimento das capacidades técnicas dos colegas que estão a trabalhar, bem como a capacidade de liderança que está inerente, de forma a alcançar o objetivo primordial que é a garantia da qualidade dos cuidados. Como elemento em estágio, considero que o alcance destas competências não são passíveis de serem alcançadas em contexto de um estágio desta natureza, já que é necessário um conhecimento aprofundado de todas as técnicas cirúrgicas a decorrer nas diferentes salas operatórias. Tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro tutor neste tipo de atividades relacionadas com a gestão de cuidados.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este domínio está relacionado com o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade.

A motivação que o enfermeiro especialista apresenta quando fomenta uma atualização permanente dos seus conhecimentos com o objetivo de melhorar as práticas de enfermagem está a desenvolver este domínio.

A atualização constante de conhecimentos permite uma melhoria dos cuidados prestados e a aquisição de competências e aperfeiçoamento profissional, rumo à excelência do exercício da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Na área do perioperatório há a necessidade constante de atualização do conhecimento das técnicas cirúrgicas adotadas e que são modernizadas regularmente, permitindo uma prestação de cuidados exclusiva, com obtenção de melhores resultados e garantia de cuidados de excelência.

A formação mais específica adquirida ao longo da frequência do mestrado na área de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e o contacto com os clientes ao longo do estágio, permitiu-me adequar os cuidados ao cliente-alvo dos mesmos.

Neste âmbito, o que considero ter sido uma das maiores áreas de aprendizagem e de aquisição de conhecimentos, foi a área da investigação, pois, durante o meu percurso, tive a necessidade

de realizar uma pesquisa bibliográfica aprofundada em bases de dados para a realização dos estudos de caso.

O conhecimento sobre a utilização e consulta de bases de dados é fulcral na atualidade, para que os enfermeiros possam utilizar a melhor e mais recente evidência científica para a prestação de cuidados seguros e eficazes. A investigação é fundamental para o desenvolvimento, avaliação e expansão do conhecimento em Enfermagem e é essencial para a excelência da disciplina e da profissão, bem como para a melhoria da saúde das pessoas e das comunidades.

Durante o estágio tive necessidade de aprofundar conhecimentos relativos aos cuidados prestados à pessoa submetida a mastectomia e considero que a pesquisa bibliográfica acerca deste tema permitiu-me prestar os melhores cuidados, baseados na melhor evidência científica. A pesquisa bibliográfica consultando bases de dados, selecionando-se os artigos relevantes e a sua interpretação tornou-se fundamental na prescrição e realização de intervenções de enfermagem adequadas àquela situação específica. Esta forma de procura de informação justificativa da intervenção do enfermeiro permite um melhor ajuste dos cuidados a prestar e assim contribuir para a excelência da disciplina e da profissão, e indiretamente a melhoria da saúde dos clientes. Este trabalho está refletido no primeiro estudo de caso apresentado neste documento com a planificação dos cuidados perioperatórios à mulher submetida a mastectomia, desde a consulta pré-operatória até aos cuidados de enfermagem pós-operatório, que visam a recuperação cirúrgica e a preparação da cliente para o regresso a casa.

Durante o estágio tive a oportunidade de partilhar alguns dos conhecimentos adquiridos com outros elementos da equipa de enfermagem, quando considerava que a minha intervenção seria oportuna para a conceção de cuidados, resultando numa melhoria dos cuidados prestados.

Um dos casos foi relacionado com a administração de um citostático vesical a um cliente que foi submetido a uma resseção transuretral de pólipos vesicais. Foi um primeiro caso desta situação na UCA pelo que os colegas não tinham conhecimento de como proceder à sua instilação. Após a partilha da informação que tinha adquirido no âmbito da execução de um trabalho académico, fui com a restante equipa de enfermagem do recobro tardio da UCA efetuar a instilação vesical do citostático e alertei o cliente para os cuidados a ter após a alta, já que essa minha intervenção ocorreu no final de uma tarde e no dia seguinte não estaria a fazer turno na UCA (quando o cliente tivesse alta).

No entanto, tenho noção do meu papel enquanto estagiária nos serviços, e tendo em conta que a minha atividade profissional atual, em determinadas funções estive mais na ótica de observadora que executora de cuidados. Tenho noção que esses momentos de observação foram uma mais valia no meu percurso académico pois me permitiram alcançar conhecimentos e alguma destreza que serão úteis no futuro, quando ingressar num bloco operatório.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória

O artigo 5º do Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho de 2018 remete-se para as competências específicas do EEEMCPSP. A área de atuação do EEEMCPSP ocorre em três fases: pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória, contemplando os vários momentos de contacto com o cliente como a consulta de enfermagem pré-operatória, a admissão do cliente, o intraoperatório e o pós-operatório. Consegui fazer este percurso no estágio que concluí, visto que na UCA onde estagiei, os enfermeiros eram elementos ativos em todas as fases do perioperatório, embora a consulta pré-operatória de enfermagem ainda se encontre em fase de implementação.

Em seguida, irei abordar o contributo do estágio para o alcance das competências específicas do EEEMCPSP, de uma forma crítico-reflexiva.

Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa signific

Segundo o Regulamento nº 429/2018 no seu anexo IV "considerando a especificidade das necessidades da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o auto cuidado e reintegração familiar e social".

Neste âmbito, torna-se necessário que haja uma mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico e da formação contínua que se vai efetuando ao longo do percurso profissional de modo a prestar cuidados de excelência ao cliente que vai vivenciar uma experiência cirúrgica. Estes conhecimentos permitem que o enfermeiro planeie e execute um plano de cuidados que visa a preparação para a cirurgia que o cliente vai ser submetido, as intervenções no intraoperatório que garantem a segurança e a qualidade dos cuidados prestados assim como uma prestação de cuidados específica para que a sua recuperação cirúrgica decorra sem intercorrências.

O EEEMCPSP encontra-se numa posição privilegiada pois está presente em todos os momentos do perioperatório (pré, intra e pós), facilitando a continuidade na prestação de cuidados à pessoa alvo dos seus cuidados. Portanto, é essencial a presença do EEEMCPSP na consulta pré-operatória, na admissão, no intraoperatório (anestesia, circulação e instrumentação) e também no pós-operatório.

A consulta de enfermagem realizada no pré-operatório é essencial para o estabelecimento de

uma relação empática e terapêutica do enfermeiro com o cliente e família/pessoa significativa, onde as competências comunicacionais do enfermeiro são de extrema importância, para a transmissão de segurança, empatia e promoção de um ambiente acolhedor e esclarecedor de dúvidas (AESOP, 2006). Nesta consulta de enfermagem são identificadas as necessidades físicas e psicológicas do cliente, descritos os procedimentos cirúrgicos, desde a admissão até à alta, envolvendo o cliente/pessoa significativa no plano assistencial cirúrgico, providenciando a documentação com as indicações pré-anestésicas, as normas de funcionamento do serviço e facultando a informação para o pós-operatório.

Quando os clientes se deparam com a necessidade de serem submetidos a uma intervenção cirúrgica são invadidos por dúvidas e anseios, os quais podem dificultar os processos de preparação cirúrgica, surgindo a angústia e a ansiedade pré-operatória. A ansiedade é um estado emocional, caracterizado por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, e causado por um evento desconhecido, como por exemplo a necessidade de intervenção cirúrgica (*International Council of Nurses*, 2018). Segundo, Gonçalves, Cerejo e Martins (2017), a consulta de enfermagem pré-operatória é um instrumento para a educação do cliente, tendo por base as melhores informações que permitam modificar ou melhorar o seu comportamento/atitude em relação à sua condição de saúde e experiência cirúrgica que irá vivenciar, constituindo assim uma ferramenta importante no controlo e diminuição da ansiedade. Para além disso, a partilha de informação adequada entre o enfermeiro e o cliente, contribui para que tenha uma maior envolvimento no seu processo cirúrgico, onde terá um papel ativo que leva à diminuição do tempo de internamento, redução de complicações cirúrgicas e melhoria no controlo da dor pós-operatória.

A consulta de enfermagem pré-operatória previamente estruturada, proporciona a organização das atividades de enfermagem, promovendo a continuidade dos cuidados e o acesso por parte de todos os profissionais às informações dos clientes, o que confere uma assistência de enfermagem mais sistematizada. A existência de protocolos padronizados, como meio de orientação da consulta de enfermagem pré-operatória, pode contribuir para o acesso a um tratamento cirúrgico equitativo e personalizado, contribuindo para o alívio da ansiedade e do sofrimento aquando da consulta (Trescher et al. 2020).

Através da comunicação e interação com o cliente o EEEMCPSP colhe dados e posteriormente identifica os diagnósticos de enfermagem, planeia e executa as intervenções de enfermagem no sentido da resolução e avaliação dos resultados. A utilização de técnicas de comunicação permite estabelecer uma relação de ajuda com o cliente e respetiva família/pessoa significativa, perceber as necessidades de cuidados do cliente e assegurar que o cliente compreenda a informação transmitida. Durante o estágio fiz uso das técnicas de comunicação adquiridas no âmbito da Unidade Curricular "Relação e comunicação terapêutica em contexto de situação crítica" de forma a utilizar estratégias promotoras de esperança realista e alívio da ansiedade e medo e facilitar a comunicação expressiva de emoções de forma a colher dados e elaborar um

plano de cuidados individualizado.

O processo de enfermagem individualizado permite envolver o cliente nos cuidados, empoderando-o e capacitando-o para as alterações que podem ocorrer após uma intervenção cirúrgica. Por outro lado, minimiza erros de omissão na prestação de cuidados, promove a continuidade e uniformização dos mesmos e permite o desenvolvimento de documentação padronizada, utilizando linguagem classificada.

Nos locais de estágio por onde passei, o sistema de informação da documentação dos cuidados de enfermagem em vigor era o *Patient Care*, que era de fácil utilização e muito intuitivo. De modo a facilitar os registos de enfermagem e a minimizar o tempo para os mesmos, o aplicativo continha a padronização da informação relativa aos cuidados de enfermagem ao cliente perioperatório de forma pré-definida. A experiência inicial revelou-se como alguma dificuldade pois o aplicativo informático com que habitualmente trabalho (SCLínico) tem uma lógica de funcionamento bastante diferente.

No âmbito do cliente perioperatório o enfermeiro colhe dados sobre o conhecimento relativo ao pré-operatório (preparação pré-cirúrgica da pele, jejum pré-operatório, circuito pré-operatório) e pós-operatório (gestão da dor, prevenção de complicações, atividade física, impacto nos autocuidados). No caso de existência de défice de conhecimentos, originam os diagnósticos de enfermagem do tipo " potencial para melhorar o conhecimento sobre" abrindo uma janela de oportunidade para a implementação de intervenções de enfermagem autónomas do tipo "ensinar sobre", originando indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem. Há que ressaltar a capacidade que o enfermeiro tem em detetar se o cliente tem capacidade cognitiva e disponibilidade para aprender de forma a conseguir executar o seu plano de intervenção de forma a obter dados de forma sobre os conhecimentos que o cliente necessita para que a sua intervenção cirúrgica decorra sem intercorrências ou que haja uma minimização da ocorrência das mesmas. No caso da presença de pessoas que não tem capacidade para a obtenção desse conhecimento, o enfermeiro terá como cliente-alvo o cuidador, como o caso das crianças ou adultos sem capacidade cognitiva. Durante o estágio, tive oportunidade de englobar neste processo o cuidador, pois tive vários casos em que a pessoa que ia ser submetida a cirurgia era criança ou adulta não cognitivamente capaz.

O EEEMCPSP está presente em todos os momentos do perioperatório. É fundamental que o enfermeiro especialista consiga articular estes três momentos e ao mesmo tempo garantir que todos os procedimentos são realizados em segurança, enquanto acompanha o doente desde a sua admissão até ao momento da alta. A segurança do doente traduz um indicador da qualidade dos cuidados de saúde e a promoção de uma cultura de segurança torna-se num dos pilares na obtenção e melhoria da mesma (Pinto & Sarnadas, 2020).

No período intraoperatório o EEEMCPSP assegura as posições de enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista. Todas estas áreas têm funções determinadas

que se complementam entre si de forma a poder contribuir para uma boa fluidez no cumprimento do plano cirúrgico.

O enfermeiro de anestesia domina conhecimentos específicos relativos às técnicas anestésicas, aos fármacos utilizados e aos dispositivos médicos de monitorização por forma a prevenir, reduzir e controlar a ocorrência de riscos inerentes ao ato anestésico-cirúrgico assim como permitir que tenha uma atuação facilitadora e colaborativa com a restante equipa multidisciplinar na sala operatória. O enfermeiro de anestesia confirma com o anestesista que tipo de técnica anestésica irá ser utilizada, prepara o material necessário para anestésiar o cliente em segurança assim como para a manutenção anestésica e para a reversão anestésica, tendo sempre disponível o material necessário caso o anestesista se depare com dificuldades durante o procedimento anestésico (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas, 2006).

O enfermeiro circulante tem como foco da sua atuação a segurança do cliente e da equipa cirúrgica. Também assegura o controlo das condições ambientais no que diz respeito ao controlo da infeção e intervém na gestão dos riscos inerentes ao bloco operatório e na organização da sala de operações. Considera-se que o enfermeiro circulante é um elemento fundamental pois supervisiona os cuidados ao cliente, antes, durante e após o procedimento anestésico-cirúrgico. O enfermeiro circulante é o elemento da equipa da sala que coordena todas as atividades na sala. Possui um conhecimento aprofundado das técnicas anestésicas e cirúrgicas em uso durante a cirurgia e encontra-se em permanente atenção de forma a manter um ambiente cirúrgico seguro. Segundo a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006), o enfermeiro circulante colabora na desinfeção da pele e na colocação de campos cirúrgicos, providencia novos dispositivos médicos necessários no decorrer da cirurgia, colabora com o enfermeiro instrumentista na contagem das compressas, acondiciona e regista as peças para anatomia patológica, citologia e microbiologia, comunica com a equipa promovendo a segurança no contexto perioperatório, supervisiona a equipa cirúrgica evitando qualquer quebra de técnica asséptica, colabora na realização do penso cirúrgico, efetua todos os registos dos dispositivos médicos utilizados (instrumentos, implantes, suturas) de modo a permitir a sua rastreabilidade; providencia e colabora na reposição da sala para o cliente seguinte. No caso de haver necessidade de envio de tecidos para análise era função do enfermeiro circulante proceder à recolha, acondicionamento, identificação, envio para o laboratório e registo do mesmo.

Durante a intervenção cirúrgica o enfermeiro instrumentista empenha-se na manutenção da técnica asséptica. A organização e manutenção da mesa cirúrgica, com separação do material para os diferentes tempos operatórios, e a passagem de instrumentos em tempo útil permite a minimização do tempo operatório. Todos estes fatores permitem a redução do risco de infeção do local cirúrgico. No final da cirurgia, compete ao enfermeiro instrumentista a limpeza dos instrumentos e acondicionamento para envio para a central de esterilização e assim promover a

a sua durabilidade. Estes cuidados com os instrumentos cirúrgicos reduzem os custos do procedimento cirúrgico já que permite a reutilização dos instrumentos utilizados (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas, 2006).

O processo de integração de enfermeiros num determinado serviço é essencial para que haja uma adaptação do profissional ao serviço e à instituição. Este é um processo individual e ajustável, onde cada profissional é um ser único, com experiências prévias, história de vida, atitude e ritmo próprios e que devem ser considerados nesse processo de integração (Batista, 2019). Durante o estágio empenhei-me em integrar as funções de enfermeiro de anestesia e acompanhar o enfermeiro circulante. Relativamente à função de enfermeiro instrumentista, e tendo em conta a minha atual situação profissional (enfermeira de um serviço de Medicina Interna) e o curto espaço de tempo de estágio, permaneci na ótica de observadora, pois o período de integração de um enfermeiro num bloco operatório é um processo moroso e realizado por fases, onde a função de enfermeiro instrumentista é, usualmente, a última a ser efetuada.

Na fase do pós-operatório imediato, nomeadamente numa UCPA, a atuação do EEEMCPSP mostra-se essencial, já que é um profissional de enfermagem com conhecimentos para assegurar cuidados pós-anestésicos e pós-cirúrgicos imediatos. O período de recobro pós-anestésico imediato consiste no intervalo de tempo que se segue após um ato anestésico (anestesia geral, loco-regional ou sedação). Este período é considerado um período crítico uma vez que combina os riscos associados à técnica anestésica com os riscos associados à técnica cirúrgica, conjugados com os fatores individuais de cada cliente. Está descrito que cerca de 50% dos eventos anestésicos mais graves ocorrem na 1ª hora de recobro pelo que os cuidados de enfermagem numa UCPA assumem uma relevante importância no sentido de uma monitorização minuciosa, deteção precoce de complicações anestésico-cirúrgicas e atuação rápida no caso de estas surgirem.

Os cuidados de enfermagem numa UCPA estão relacionados com a promoção da segurança dos cuidados e com adoção de intervenções que visem o conforto e o bem-estar do cliente. A intervenção do EEEMCPSP numa UCPA inicia-se antes da chegada do cliente, gerindo a capacidade de clientes na UCPA, gerindo as necessidades de cuidados dos clientes previamente admitidos na UCPA, planeando e preparando os recursos materiais necessários para a admissão de clientes, tendo em conta a particularidade de cada um.

Durante o estágio na UCPA, havia sempre um telefonema prévio de um enfermeiro da sala de operações para a UCPA questionando se poderíamos receber o cliente (pois o período que medeia a saída da sala e a chegada à UCPA deverá ser o menor possível), informando qual a cirurgia que foi efetuada. Após parecer positivo, o enfermeiro na UCPA recebia o cliente na área de transferência, onde o cliente passava da mesa operatória para a cama que lhe estava destinada. Entretanto procedia-se à transmissão da informação relevante daquele cliente e

admitia-se o doente na UCPA, procedendo-se à sua monitorização com foco na deteção precoce de complicações e promoção de conforto. A decisão da alta do cliente da UCPA é da responsabilidade do anestesista, tendo como destino o serviço de internamento no caso de um BOC ou um pós-operatório tardio no caso de uma UCA. Durante o estágio, quer na UCA quer na UCPA, considero que o meu grau de autonomia era já suficiente de forma a sentir-me mais autónoma na prestação de cuidados na fase pós-operatória.

A gestão da dor associada a procedimentos cirúrgicos é também um foco de atenção do EEEMCPSP. No recobro imediato e recobro tardio, a gestão e controlo da dor é uma das prioridades a ter em atenção ao cliente recém operado, a par da monitorização hemodinâmica.

A monitorização da dor é essencial havendo vários instrumentos que podem ser utilizados no âmbito da UCPA ou do recobro tardio como a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala de Faces e a Escala Qualitativa. A decisão de escolha de uma dessas escalas deve ter em conta a individualidade do cliente e a fase pós-operatória. Durante o estágio tive a oportunidade de utilizar algumas destas escalas, tendo em conta a pessoa alvo dos meus cuidados. Para mim sempre foi uma prioridade a avaliação da dor dos clientes enquanto estive na UCPA e no recobro imediato e recobro tardio da UCA. O tratamento da dor numa fase inicial revela-se um cuidado que transmite grande satisfação ao cliente e previne outras complicações, contribuindo para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A implementação de intervenções autónomas no tratamento da dor com a utilização de estratégias não farmacológicas para o seu tratamento como o uso de almofadas para apoiar um membro com dor, alterar o posicionamento do cliente, utilização de crioterapia e ensino do uso de técnicas distratoras foram estratégias que fui adotando com os clientes de modo a aliviar a dor pós-operatória.

Um dos casos foi relativo a uma cliente submetida a cirurgia do foro ortopédico que classificava a sua dor em grau muito elevado, que mesmo após administração endovenosa dos analgésicos prescritos e o posicionamento do braço com apoio em almofada, a dor não diminuía pelo que foi necessário referir ao anestesista que procedeu a um bloqueio neurológico para alívio da dor e logo após a cliente verbalizou redução da dor e satisfação com a técnica aplicada. A decisão farmacológica para tratamento da dor provém sempre de uma prescrição médica pelo que se torna uma intervenção interdependente do EEEMCPSP.

Com tudo isto pode-se concluir que a gestão da dor na fase pós-operatória é crucial na prestação de cuidados ao cliente. A avaliação da dor e o seu controlo devem ser prioridades de enfermagem quer na UCPA quer no recobro imediato/tardio da UCA.

Em contexto de CA, no pós-operatório tardio, o enfermeiro inclui a pessoa significativa e prepara o cliente e família para a alta, onde a sua intervenção incide sobre os défices de conhecimentos relacionados com a vigilância pós-operatória, prevenção e sinais de infeção do local cirúrgico, gestão da dor e alterações do autocuidado (e outras áreas em que o EEEMCPSP diagnostique falta de conhecimentos que sejam específicos da cirurgia efetuada). Também em contexto de

cirurgia de ambulatório é efetuada a consulta de enfermagem telefônica após 24 horas da alta, onde se questiona o cliente sobre complicações pós anestésicas, sinais de infecção do local cirúrgico, sinais de hemorragia, gestão da dor e satisfação do cliente.

Dado o percurso do cliente numa UCA, considero que este serviço é o local de eleição para a aquisição de competências específicas do EEEMCPSP pois abrange todas as áreas do perioperatório, com garantia da continuidade de cuidados de enfermagem de qualidade.

A UCA do local onde concretizei o meu estágio não tem a consulta operatória implementada o que se revelou uma lacuna no meu processo de aquisição de competências que tentei colmatar ao realizar uma consulta no âmbito do estudo de caso que efetuei.

Todas as intervenções do EEEMCPSP necessitam de uma comunicação eficaz quer com o cliente quer com os restantes elementos da equipa pluridisciplinar. Num bloco operatório é essencial que o trabalho em equipa esteja bem estruturado e coordenado de forma a dar cumprimento do plano cirúrgico daquele turno, evitando cancelamentos de cirurgias e necessidade de remarcação das mesmas. O trabalho em equipa é indispensável no contexto de um bloco operatório ou numa UCA, sendo necessário estabelecer uma comunicação eficaz entre os diferentes elementos a par com a coordenação, cooperação e até partilha de tarefas. Assim se conseguirão alcançar os objetivos propostos com excelência dos cuidados.

Maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

A reflexão sobre a competência específica do EEEMCPSP "Maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica" consciencializa para os riscos presentes nesta área de grande complexidade que é o perioperatório. Considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, particularmente da ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o EEEMCPSP mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança do cliente, dos profissionais e do ambiente, agindo de acordo com a ética profissional. Também se revela necessário incentivar os profissionais de saúde a refletir sobre as rotinas, considerando as questões relacionadas com a segurança dos clientes, mesmo que haja pressão organizacional para o aumento de produtividade (Madeira, 2012).

A pessoa submetida a um ato cirúrgico está impossibilitada de responder aos riscos inerentes a que será sujeita, pelo que se encontra numa situação de vulnerabilidade. A vulnerabilidade traduz a exposição aos riscos, a desproteção e impossibilidade de defesa que requer que seja assegurada por outra pessoa, em sua substituição. A consciência cirúrgica é um princípio ético e

moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável (Regulamento nº 429/2018, 2018). O EEEMCPSP tem o dever de atuar no sentido de proteger o cliente dos riscos aos quais está exposto e zelar pela sua segurança.

O alcance da segurança e a qualidade dos cuidados deve ser um objetivo comum a todos os elementos da equipa multidisciplinar. Princípios de gestão de risco devem estar enraizados na equipa de forma a promover-se uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A deteção de erros e a sua posterior análise é uma das medidas que a gestão do risco propõe para uma melhoria dos cuidados. Também a deteção dos riscos, a sua análise, compreensão e priorização auxilia a equipa a lidar com os riscos de forma a garantir a sua minimização.

Em seguida, e fazendo uma retrospectiva do decurso do estágio irei nomear os riscos a que o cliente está exposto e que estão mais comumente presentes no ambiente perioperatório:

- a) queda;
- b) infeção do local cirúrgico;
- c) retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico;
- d) desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico.

A prevenção de quedas é uma das problemáticas a que o EEEMCPSP está desperto. As quedas são a segunda principal causa de mortes acidentais ou não intencionais em todo o mundo. Em contexto hospitalar, a ocorrência de quedas representa um problema sério, exigindo a implementação de estratégias preventivas. Entre as pessoas de todas as idades, as quedas constituem um problema que persiste nos diferentes contextos e na maioria dos casos existe uma combinação de vários fatores de risco com impacto na redução da longevidade e da qualidade de vida. As lesões resultantes podem causar danos físicos ligeiros ou que podem resultar em hemorragias intracranianas, aumento do tempo de internamento ou morte, danos psicológicos, declínio funcional, prolongamento do internamento e aumento de custos. Deve ser realizada a avaliação do risco de queda a todas as pessoas em internamento hospitalar, incluindo os clientes da UCA ou de um BOC, e por conseguinte serem implementadas as medidas de prevenção a todas as pessoas, independentemente do risco de queda previamente identificado (Norma nº 008/2019 da Direção Geral da Saúde).

Assim no âmbito do perioperatório, o EEEMCPSP tem em conta a avaliação do risco de queda, as particularidades do cliente e as possíveis alterações neurológicas após um ato anestésico e adota as estratégias adequadas à prevenção de quedas de modo a minimizar a presença de

quedas, nomeadamente a transferência segura da cama para a mesa operatória, transferência segura da mesa operatória para a cama, levantar grades da cama em todos os clientes no pós-operatório, autorizar a entrada da pessoa significativa na UCPA/recobro tardio, deixar ao alcance a campainha e outras intervenções adequadas à individualidade do cliente.

A infeção associada a cuidados de saúde é uma complicação que constitui uma ameaça para o cliente perioperatório. A infeção do local cirúrgico é a terceira infeção associada aos cuidados de saúde mais frequente. Cada infeção do local cirúrgico é responsável por 7-11 dias adicionais de internamento e por um aumento de risco de morte em 2 a 11 vezes. Estima-se que 60% das infeções do local cirúrgico sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência e de feixes de intervenções (Norma nº 020/2015 da Direção Geral da Saúde).

Na norma da Direção Geral da Saúde “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico” de 2015 (atualizada em 2022), propõe um conjunto de intervenções, que, quando agrupadas e implementadas, no mesmo tempo e espaço, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente. As intervenções implementadas estão descritas em seguida:

Na fase pré-operatória:

- rastrear os clientes elegíveis para a presença de *Staphylococcus aureus* Resistente à Metilina; e em caso de colonização, efetuar descolonização recomendada;
- realizar banho com clorexidina (CHD 2 a 4%), exceto se contraindicado, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia (com pelo menos 2 horas de antecedência);

Nas fases pré-operatória e intra-operatória:

- não realizar tricotomia por rotina e, quando absolutamente necessária, realizá-la imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único;
- realizar profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada, incluindo repicagem/readministração quando indicada, nomeadamente administrar nos 60 minutos anteriores à incisão cutânea (na cirurgia eletiva do cólon e reto, com ou sem preparação mecânica, adicionar profilaxia antibiótica via oral à prescrita por via endovenosa);
- realizar antisepsia da pele do doente imediatamente antes da incisão, utilizando solução antisséptica de clorhexidina a 2% em álcool a 70%, exceto quando contraindicado e sempre de acordo com as instruções do fabricante;
- garantir homeostasia pré/intra-operatória do doente, nomeadamente manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$); manter normoglicemia (≤ 180 mg/dl); manter saturação periférica de oxigénio igual ou superior a 95%.

Na fase pós-operatória:

-garantir homeostasia pós-operatória do doente, designadamente manter a normotermia; manter a normoglicemia (≤ 180 mg/dl nas 24 horas seguintes à cirurgia); e oxigenoterapia para manter saturação de oxigénio periférica igual ou superior a 95% após anestesia geral com intubação endotraqueal em doente com função pulmonar normal;

-cumprir técnica asséptica na realização do penso.

A Norma nº 020/2015 da Direção Geral da Saúde também recomenda que devem ser efetuadas auditorias internas, pelo menos trimestralmente, no âmbito da sua implementação, nomeadamente efetuar-se a avaliação dos seguintes indicadores:

-Taxa de doentes com infeção de local cirúrgico por tipologia de cirurgia;

-Taxa de cumprimento do feixe de Intervenções de prevenção de infeção de local cirúrgico, básico e/ou suplementar;

-Taxa de cumprimento de cada um dos elementos do Feixe de Intervenções de prevenção de infeção de local cirúrgico.

Durante o estágio na UCA tive a oportunidade de colaborar com o enfermeiro especialista nas auditorias realizadas no sentido de se obter a taxa de cumprimento do feixe de Intervenções de prevenção de infeção de local cirúrgico a um tipo de cirurgia, nomeadamente às hernioplastias inguinais. Apesar de se obterem indicadores que refletem a ausência da consulta pré-operatória, o que impossibilita a preparação pré cirúrgica da pele (banho com clorohexidina), a equipa de enfermagem da UCA está a trabalhar para a implementar de forma a colmatar esta falha e assim melhorar este indicador.

Durante a minha permanência no estágio na UCPA confirmei a preocupação de toda a equipa em dar continuidade aos cuidados que visam a prevenção da infeção local cirúrgico, nomeadamente na manutenção da normoglicemia, manutenção da normotermia e vigilância do penso cirúrgico. Além de se avaliar a temperatura a todos os clientes recém chegados à UCPA também se avaliava o conforto térmico destes clientes procedendo-se a aquecimento passivo e ativo a praticamente todos os clientes. Aos clientes que não verbalizam desconforto térmico era colocado edredão para manutenção da normotermia e aqueles que referiam desconforto térmico procedia-se ao aquecimento ativo com ar quente forçado. Também se procedia à vigilância do penso cirúrgico e caso houvesse "repassé" era executado tratamento à ferida operatória na UCPA , minimizando o risco de infeção do local cirúrgico.

No âmbito do intraoperatório, o EEEMCPSP garante a verificação da lista de procedimentos com vista à segurança da cirurgia. Para tal a Organização Mundial da Saúde propôs o programa "Cirurgia Segura Salva Vidas" com a finalidade de reduzir o número de mortes relacionadas com a cirurgia em todo o mundo.

O objetivo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é reforçar as práticas de segurança e

promover uma melhor comunicação e trabalho de equipa multidisciplinar. Esta lista é uma ferramenta para ser utilizada por profissionais interessados em melhorar a segurança cirúrgica e em reduzir mortes e complicações cirúrgicas evitáveis. A sua utilização demonstrou redução significativa de complicações e das taxas de mortalidade e também melhorias na observância dos padrões de boa prática de cuidados (Direção Geral da Saúde, 2010). Os objetivos que a implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica visa alcançar são (Direção Geral da Saúde, 2010, pp 14):

1. “A equipa vai operar o doente certo, no local correto.
2. A equipa vai usar métodos já conhecidos para evitar danos decorrentes da administração de anestésicos, protegendo o doente da dor.
3. A equipa vai identificar e estar efetivamente preparada para atuar perante sinais e sintomas de risco de vida ou de falência respiratória.
4. A equipa vai identificar os sinais/sintomas e estar efetivamente preparada para atuar face ao risco de elevada perda de sangue.
5. A equipa vai evitar a indução de uma reação alérgica ou reações adversas a medicamentos relativamente aos quais existe risco significativo para aquele doente.
6. A equipa vai utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infeção do local cirúrgico.
7. A equipa vai impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas.
8. A equipa vai acondicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas.
9. A equipa vai comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica que contribua para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos.
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer vigilância epidemiológica de rotina que permita monitorizar a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados”.

Segundo o Manual da Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS apenas uma pessoa deve ser responsável pela verificação durante a cirurgia, designando-se por coordenador da lista de verificação. Habitualmente é designado o enfermeiro circulante, no entanto poderá ser qualquer elemento da equipa que participa na cirurgia.

A lista de verificação é dividida em três fases, cada uma correspondente a um período específico de tempo no fluxo normal da cirurgia: o período antes da indução da anestesia, o período após a indução e antes da incisão cirúrgica e o período durante ou imediatamente após o encerramento da ferida, mas antes de retirar o doente da sala de operações. Em cada fase, o coordenador da lista deve ter oportunidade de confirmar que a equipa completou as suas

tarefas, antes de prosseguir. O registo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica deve ser efetuado pelo coordenador da lista e ser anexado ao processo do cliente. Em muitos locais este registo é informatizado ficando imediatamente disponível no processo clínico do cliente. Na UCA onde fiz o meu estágio este era o único registo efetuado no aplicativo informático SClínico, para a obtenção de indicadores a nível nacional relativos a esta lista.

A gestão do risco associado à retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico é outra das funções do EEEMCPSP na sala operatória. Para que os objetivos da implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica sejam alcançados é necessária a colaboração de todos os elementos da equipa e que estes assumam que a sua implementação é um meio eficaz para o sucesso cirúrgico, com minimização dos riscos e melhoria dos cuidados perioperatórios. A retenção de instrumentos, compressas e agulhas é incomum, mas caso aconteça acarreta sérios problemas. O enfermeiro instrumentista e/ou circulante, deve confirmar verbalmente a integridade da contagem final de compressas e agulhas. Caso o local cirúrgico seja uma cavidade aberta, também deve ser confirmada a contagem de instrumentos cirúrgicos. No caso de as contagens não serem corretas, o enfermeiro instrumentista alerta a equipa cirúrgica para que se possam tomar medidas adequadas, tais como examinar os campos cirúrgicos, lixo e a ferida cirúrgica e se necessário obter imagens radiográficas. Esta prática foi muito presente durante o estágio, as contagens de compressas, agulhas e instrumentos eram realizadas por dois enfermeiros (circulante e instrumentista) e no caso de dúvida havia uma paragem da cirurgia para se proceder à contagem.

A gestão e o controlo dos dispositivos médicos é também uma função do EEEMCPSP e está contemplada no Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (2010). O enfermeiro instrumentista que prepara os equipamentos necessários para a cirurgia garante que o indicador de esterilização presente na caixa de instrumentação confirma o sucesso da esterilização. Caso exista falha na esterilidade dos instrumentos estes devem ser rejeitados e reportada a situação para o serviço de esterilização.

A manutenção dos dispositivos médicos utilizados numa cirurgia é uma das preocupações do EEEMCPSP pois é necessário garantir a sua durabilidade, disponibilidade e função. Quando um novo dispositivo médico é adquirido o EEEMCPSP tem a preocupação de divulgar formação sobre o seu manuseamento e acondicionamento para a central de esterilização através da divulgação por suporte digital ou se necessário através de sessões de formação. Desta forma o EEEMCPSP assegura que se cumpram as normas relativas aos dispositivos médicos.

Outro risco a que o cliente em situação perioperatória está exposto e que compromete a sua segurança é o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. A principal finalidade do posicionamento é facilitar o acesso ao local cirúrgico, tendo em conta a prevenção de complicações (como lesões vasculares, cutâneas e nervosas) e garantir a segurança do cliente.

Segundo literatura científica existem mais de 100 fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão intraoperatórias. O bloco operatório é um local de elevada incidência e prevalência de úlceras por pressão pois conjuga os fatores de risco intrínsecos ao doente com os fatores de risco extrínsecos, relacionados com o ambiente perioperatório. Existem estudos que referem que o cliente cirúrgico é mais suscetível para desenvolvimento de úlceras por pressão do que o não cirúrgico pela presença de fatores relacionados com a cirurgia como: tempo cirúrgico, jejum, posicionamento pós-anestésico, dispositivos de acolchoamento, pele húmida, soluções de preparação da pele, entre outros (Guimarães, 2021).

Gao et al. (2018, citados por Guimarães, 2021) definem úlcera por pressão intraoperatória como úlcera que ocorre de várias horas a 6 dias após-cirurgia.

A escala de avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão mais comumente utilizada é a Escala de Braden. No entanto, numa meta-análise realizada por He et al. (2012, citado por Guimarães, 2021) verificaram que a Escala de Braden não é um instrumento sensível e efetivo para determinar o risco de desenvolver úlceras por pressão em clientes cirúrgicos, pois não considera fatores de risco característicos e específicos do contexto perioperatório, principalmente do período intraoperatório e não recomenda a sua utilização em situações perioperatórias. Lopes et al. (2016, citados por Guimarães, 2021), propuseram um instrumento específico de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão direcionado para o contexto cirúrgico, que designaram de Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico em pessoas adultas. Esta escala conjuga 7 fatores intrínsecos e extrínsecos do cliente cirúrgico (posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de suporte, posição dos membros, comorbilidades e idade do cliente), originando um score que indica o risco de desenvolvimento de lesões.

A avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico é uma ferramenta que permite que os enfermeiros identifiquem os fatores predisponentes à ocorrência de lesões nos sistemas tegumentar, neurológico, vascular e respiratório e ao mesmo tempo auxilie na tomada de decisão no que diz respeito à implementação de medidas preventivas e assim assegurar o posicionamento cirúrgico com segurança e conforto.

A prevenção de lesões da pele, nomeadamente de úlceras por pressão, é também um foco de atenção dos cuidados dos enfermeiros no período perioperatório. No sentido de se evitarem este tipo de lesões há que ter em atenção o posicionamento do cliente na mesa operatória, com especial atenção às zonas de pressão e colocar dispositivos de alívio de pressão nas zonas de maior risco.

Para um posicionamento cirúrgico adequado o EEEMCPSP necessita de ter vários aspetos em consideração, nomeadamente, conhecimentos de anatomia e fisiologia, conhecimento sobre a técnica anestésica e cirúrgica, conhecimento sobre os equipamentos necessários para a cirurgia

e ter em conta a individualidade do cliente.

Durante o estágio, constatei a grande complexidade do posicionamento cirúrgico pois tem que se garantir o acesso ao local cirúrgico e priorizar a prevenção de lesões. Este é sem dúvida um desafio para o EEEMCPSP. Sempre que possível o posicionamento cirúrgico era efetuado antes da indução anestésica de forma a perceber se a pessoa sentia algum desconforto indicativo de lesão. Tive oportunidade de colaborar no posicionamento cirúrgico de alguns clientes e senti que esta é uma área com a qual não estava familiarizada, apesar de no meu contexto profissional proceder ao posicionamento de doentes dependentes. Contudo, durante o estágio na avaliação do risco de úlcera por pressão aos clientes cirúrgicos ainda era utilizada a escala de Braden pois era a que está contemplada no sistema de informação em uso. Esta temática foi objeto de discussão com o enfermeiro tutor e que seria mais adequada a Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico e que poderá a vir a ser integrada no sistema de informação em uso no Centro Hospitalar.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Este relatório pretende demonstrar o meu percurso durante o estágio de natureza profissional e descrever o processo de aquisição de competências no contexto de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

No final deste percurso posso afirmar, apesar das intercorrências pessoais e familiares, que a resiliência foi o motor que me possibilitou integrar aprendizagens, fazer frente a novos desafios e conseguir concluir o estágio numa área de Enfermagem com a qual não estava familiarizada.

A exposição da trajetória do estágio proporcionou a reflexão sobre o desenvolvimento das competências (comuns e específicas do EEEMCPSP), que teve por base a aquisição de conhecimentos teóricos durante a componente teórica do mestrado e a procura constante dos mais recentes conhecimentos, baseados nas melhores evidências, de forma a dar resposta às necessidades em cuidados de enfermagem dos clientes cirúrgicos.

Todas as experiências que obtive durante o estágio foram enriquecedoras, considero no entanto que o EEEMCPSP tem uma intervenção autónoma mais relevante nos períodos pré-operatório e pós-operatório pois é nestas fases que pode contribuir para que sejam alcançados os melhores resultados da experiência cirúrgica, tendo em conta a melhor preparação cirúrgica e a melhor preparação para a alta.

A realização dos estudos de caso descritos neste relatório também facilitou a reflexão sobre a aquisição de competências, mas também desenvolveu a procura de conhecimentos formais que se traduzem numa tomada de decisão com responsabilidade, evidência científica e autonomia. Considero que os estudos de caso foram essenciais para promover uma aprendizagem fundamentada com vista ao alcance dos melhores cuidados de enfermagem no âmbito do perioperatório.

Considerando o propósito do estágio de natureza profissional considero que este foi alcançado pois no final desta trajetória considero demonstrar capacidade para agregar conhecimentos e lidar com questões complexas com as quais nunca havia lidado. Este percurso também contribuiu para o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional. As competências desenvolvidas ao longo dessa trajetória permitiram-me constatar a necessidade constante de atualização necessária para a prática profissional, com distinção e referência para os pares.

7. BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde (2011). *Manual de normas de enfermagem-procedimentos técnicos*. (2^a ed. rev.). https://www.acss.min-saude.pt/publicacoes/Recursos_Humanos/Manual_Enfermagem_2011/Manual%20de%20Enfermagem.pdf.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusoditacta.

Backman, M., Hassan-Nur, M., Fridblom, K., Johansson, H., Fredholm, H. & Fredriksson, I. (2023). OptiBra study, a randomized controlled trial on optimal postoperative bra support after breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing*. 63 (2023) 102285. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102285>.

Ball, L., Dameri, M. & Pelosi, P. (2015). Modes of mechanical ventilation for the operating room. *Best Practice & Research Clinical anaesthesiology*, 29 (3), 285-299. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2015.08.003>.

Batista, A. (2019). *A integração de novos enfermeiros no bloco operatório para garantir a qualidade dos cuidados: contributos para a elaboração de um guião*. (Relatório de Projeto/Estágio do Mestrado em Enfermagem Perioperatória, Instituto Politécnico de Setúbal). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28731/1/ana.batista.versao.final.pdf>.

Bento, M. (2022). *Registo Oncológico Nacional de 2019*. Edição: Instituto Português de Oncologia do Porto 2022. https://ron.min-saude.pt/media/2214/ron-2019_new_v8f.pdf.

Bernardo, A. (2021). *Capacitação da Mulher com Cancro da Mama: Criação de uma Consulta Especializada de Enfermagem Pré-Operatória*. (Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43235/1/MEMCOnc_8902_original%20ana%20rute%20bernardo.pdf.

Catarino, F., Lourenço, C., Correia, C., Dória, J., Dixe, M., Santos, C., Sousa, J., Mendonça, S., Cardoso, D. & Costeira, C. (2022). Nursing Care in Peripheral Intravenous Catheter (PIVC): Protocol of a Best Practice Implementation Project. *Nursing reports*, 12 (3), 515-519 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35894039/#full-view-affiliation-1>.

Coelho, M.; Pereira, E.; Martins, C. & Sampaio, M. (2010). Women mastectomized: a proposal of self care based on michel foucault's ideas. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 4 (1), 309-315.

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/5864/5121>.

Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (2008). *Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/75/Microsoft_Word_-_Relatorio_Qualidade_em_Cirurgia_de_Ambulatorio-VFinal.pdf.

Dawe, D.; Bennett, L.; Kearney, A. & Westera, D. (2014). Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 24 (1), 20-24. https://www.cano-acio.ca/page/CONJ_24_1.

Decreto-Lei n.º 161/96, do Ministério da Saúde (1996). Diário da República— I Série A, nº 205 de 4-9-1996, 2959-2962. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>.

Deglin, J & Vallerand, A. (2003). *Guia farmacológico para enfermeiros*. Tradução e revisão técnica por Hélder Pinheiro. (7ª ed.). Loures: Lusociência.

Despacho 1380/2018, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2018). Diário da República n.º 28/2018, Série II de 2018-02-08, 4511-4511. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1380-2018-114654436>.

Direção Geral da Saúde (2010). *Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS - Cirurgia Segura Salva Vidas*. <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Implementac%CC%A7a%CC%83o-da-Lista-de-Verificac%CC%A7a%CC%83o-de-Seguranc%CC%A7a-Ciru%CC%81rgica-da-OMS-.pdf>.

Direção Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. <http://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Controlo-da-Dor.pdf>.

Escola Superior de Enfermagem do Porto (2023). *Plataforma e4Nursing inova no ensino da Enfermagem*. <https://www.esenf.pt/pt/noticias/plataforma-e4nursing/>.

Feijó, L. (2015). *AVALIAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA Tradução e Validação da Escala FOUR (Full Outline of UnResponsiveness)*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/90400/2/37410.pdf>.

Gaspar, D. (2021). *Adesão à Preparação Pré-Operatória em Cirurgia de Ambulatório: influência da consulta da enfermagem pré-operatória presencial*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:11512>.

Gonçalves, M., Rabeh, S. & Terçariol, C. (2015). Contribuição da educação à distância para o conhecimento de docentes de enfermagem sobre avaliação de feridas crónicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23 (1), 122-129. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3606.2533>.

Gonçalves, M., Cerejo, M. & Martins, J. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (14), 17-26. https://www.researchgate.net/publication/319996776_The_influence_of_the_information_provided_by_nurses_on_preoperative_anxiety.

Graybill-D'Ércole, P. (2014). RP Implementation: Specimen Management. *AORN Journal*, 100 (6), 625-636. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.10.012>.

Guimarães, A. (2021). *Adaptação cultural e validação da escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico*. (Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/2787>.

International Council of Nurses (2008). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue Development»*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf.

International Council of Nurses (2018). *CIPE® Português*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf.

Leal, E. & Carvalho, E. (2014). Cicatrização de feridas: o fisiológico e o patológico. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 9 (3), 133-143. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/10/RPD-Vol-9-n%C2%BA-3-Setembro-2014-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-133-143.pdf>.

Leslie, J. (2018). Employment of the Nursing Process to Facilitate Recovery from Surgery: A Case Study. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* 23 (2). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol23No02PPT07>.

Liu,S.;Shen,Y.;Xiang, J. Zhou, F.Liu, J.; Zhou, N. & Cai,L (2022). Accelerated Perioperative Rehabilitation for Breast Cancer Patients Undergoing Radical Mastectomy: A Systematic Review. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 38 (2), 339-348. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36464572/>.

Machado, H. (2013) *Manual de anestesiologia*. Editora Lidel.

Madeira, A. (2012). *A Cultura de Segurança no Bloco Operatório - Como cuidamos da Segurança dos Doentes*. (Projeto de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, Instituto Universitário de Lisboa). <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/4672/1/A%20cultura%20de%20Seguran%c3%a7a%20no%20bloco%20operat%c3%b3rio.pdf>.

Menoita, E. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures, Portugal: Lusodidática.

Ministério da Saúde (2020). *Relatório anual: Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas 2019*. Repositório Científico de Acesso Aberto. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf.

Modas, D. (2014). *Um Caminho na Enfermagem Perioperatória - Terapia Não Farmacológica Musicoterapia no alívio da Dor Pós-operatória - Revisão Sistemática*. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Repositório Científico de Acesso Aberto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6990/1/Diana_Modas_120523037_ProjetoEst%3%a1gio_Relat%3%b3rio_de_Est%3%a1gio.pdf.

Modas, D. (2016). *Cuidados de Enfermagem ao Cliente internado na UCPA submetido a Cateterização Vesical*. (Relatório de Trabalho de Projeto, Instituto Politécnico de Setúbal). Repositório Científico de Acesso Aberto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14233/1/Diana_Modas_140519010_Relat%3%b3rio_de_Trabalho_de_Projeto.pdf.

Mourão, J.; Pereira, L. ; Alves, C. ; Andrade, N.; Cadilha, S. & Perdigão, L. (2018). Indicadores de Segurança e Qualidade em Anestesiologia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27 (2), 23-27. <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/13568/11094>.

Norma nº 020/2015 da Direção Geral da Saúde (2015). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf.

Norma nº 001/2017 da Direção Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>.

Norma nº 008/2019 da Direção Geral da Saúde (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>.

Noronha, I.; Noronha, I.; Dantas, C.; Penna, L. & Jomar, R. (2021). Incidência e fatores associados a complicações em feridas operatórias de mulheres mastectomizadas. *Revista Enfermagem UERJ* 29. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerrj/article/view/56924/38550>.

Oliveira, L., Paiva, L. & Cerejo, N. (2018). *Cuidados à ferida cirúrgica*. <https://cld.pt/dl/thumb/d49cbc50-f78f-4f7a-aeed-5b136e111327/CLE/2%C2%BAano/2%C2%BA%20ano%20cle/3%C2%BA%20Semestre/Pasta%20academica/Enfermagem%20Medico%20Cirurgi>

ca%20e%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o/ferida_cirurgica.pdf?size=xl&crop=false&format=pdf.

Oliveira, R. (2020). *Protocolo de consulta de enfermagem pré-operatória ao idoso*. (Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Paraná). <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/71610/R%20-%20D%20-%20ROSILAINE%20DE%20LIVEIRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf#:~:text=Edi%C3%A7%C3%A3o%20-%20Ordem%20dos%20Enfermeiros%20-%20agosto%202015,anteriores%20%C3%A0%20entrada%20em%20vigor%20do%20mesmo%20acordo.

Paredes, S., Marques, O. & Alves, M. (2017). Controlo Glicémico em Doentes Não Diabéticos no Período Perioperatório: Protocolo de Atuação. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12 (4), 168-173. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2018/02/RPD-Vol-12-n%C2%BA-4-Dezembro-2017-Protocolos-p%C3%A1g-168-173.pdf.pdf>.

Pereira, M. (2010) . *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf>.

Pinto, J. & Sarnadas, L. (2020). Tradução e adaptação do Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture para a cultura portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, V (1), 1 - 10. https://www.researchgate.net/publication/338957739_Traducao_e_adaptacao_do_Ambulatory_Surgery_Center_Survey_on_Patient_Safety_Culture_para_a_cultura_portuguesa.

Portaria nº306-A/2011 do Ministério das Finanças e da Saúde. (2011). Diário da República n.º 242/2011, 1º Suplemento, Série I de 2011-12-20. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/306-a-2011-477277>.

Portaria 291/2012 do Ministério da Saúde. (2012). Diário da República: n.º 185/2012, Série I de 2012-09-24. https://www.ers.pt/uploads/document/file/426/Portaria_n._291_2012_24_Setembro_Estabelece_os_requisitos_m_nimos..._para_as_UP_privadas_que_prossigam_atividades_no_mbito_da_cirurgia_de_ambulat_rio_.pdf.

Potter, P. e Perry, A. (2003). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos*. 5ª ed.

Loures Lusociência.

Ramos, S. & Cunha, M. (2022). Comunicação segura na implementação de cuidados em enfermagem: nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR. *Revista Servir* 2 (3), 19-35. <https://doi.org/10.48492/servir0203.27163>.

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, 2.ª série, nº 135 de 16 de julho de 2018, 19359-19370. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>.

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Diário da República, 2.ª série, nº 26 de 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República n.º 184/2019, Série II de 25 de setembro de 2019, 128 - 155. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>.

Rodrigues, C. (2017). *Qualidade de vida em mulheres adultas mastectomizadas*. (Relatório Relatório Final de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Instituto Politécnico de Viseu.) Repositório Científico de Acesso Aberto. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4749/1/ClaraMariaMoreiraGuedesRodrigues_DM.pdf.

Sampaio, A., Almeida, A., Bernardino, A., Campos, A. Raimundo, A., Marques, A., Moura, A., Martins, A., Silva, C., Novera, C., Dourado, C., Carreira, C., Pereira, C., Ferreira, C., Loureiro, C., Madeira, D., Chaló, D., Chieira, D., Catré, D., Segura, E., Pereira, E., Silva, E., Madeira, F., Pnheiro, F., Donato, H., Tourais, I., Carvalhas, J., Cortesão, J., Jesus, J., Lavado, J., Gonçalves, J., Tomé, J., Moita, J., Viana, J. Assunção, J., Quadros, L., Pereira, L., Marques, M., Pereira, M., Fernandes, N., Gomes, P., Godinho, P., Cabral, R. Inácio, R., Borges, R., Orfão, R., Serra, S., Ralha, T., Lapa, T., Aiva, T. & Oliveira, V. (2016). *Manual de Cuidados Pós-Anestésicos*. Coimbra: Centro Hospitalar do Baixo Vouga; Centro Hospitalar de Leiria; Centro Hospitalar de Tondela - Viseu; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. http://simcoimbra.org/files/cursos/04_29_16_02_manual_cpa.pdf.

Sarmiento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M., Lemos, P., & Vieira, V. (2013). *Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória*. http://www.apca.com.pt/documentos/anestesia/recomendacao_DorAguda.pdf.

Sayin, Y & Kanan, N. (2010). Reasons for Nursing Telephone Counseling From Individuals Discharged in the Early Postoperative Period After Breast Surgery. *Nursing Forum*, 45 (2), 87-96. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6198.2010.00169.x>.

Seeley, Stephens & Tate (1997). *Anatomia e Fisiologia*. Loures: Lusociência.

Silva e Vieira (2011). *As intenções dominantes nas concepções de Enfermagem - estudo a partir*

de uma amostra de estudantes finalistas. In XI Conferência IberoAmericana de Educação em Enfermagem, Coimbra, Portugal. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/19763>.

Silva, L. (2015). *Rotura da coifa dos rotadores: qual a melhor abordagem clínica?* (Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior - Ciências da Saúde). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/5154>.

Silva, W., Kellen, C., Sousa, L., Da, P., Franco, S., Mendes, F., Viveiros, R., Edson Das, F., Silva, C., Machado, K., Silva, D., Rodrigues, J., De Sousa, M., Lima Mendes, J., Mendes, L., Santos, D., Pereira, C., Mata, D., Pontes, P., & Oliveira, P. (2019). As repercussões da mastectomia na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama: o papel do enfermeiro. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*, 27(1), 2317-4404. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200935.pdf.

Tastan, S.; Hatipoglu, S.; Iyigun, E. & Kilic, S. (2012). Implementation of a clinical pathway in breast cancer patients undergoing breast surgery. *European Journal of Oncology Nursing* 16 (4), 368-374. [https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(11\)00103-7/fulltext](https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(11)00103-7/fulltext).

Trescher, G.; Amante, L.; Rosa, L. Girondi, J.; Miranda, G.; Santos, M.; Zuanazzi, E. & E Mohr, H. (2020). Sistematização da consulta de enfermagem em pré-operatório às mulheres com câncer de mama. *Enfermagem em Foco*, 11 (5), 40-47. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3400/1022>.

Vieira, V., Marcos, A., Patuleia, D., Pinto, J. & Lança, F. (2012). *Recomendações Portuguesas para a Profilaxia e Tratamento das Náuseas e Vômitos em Cirurgia de Ambulatório*. https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/unidade_cirurgia_ambulatorio/Profilaxia%20e%20tratamento%20das%20nauseas%20e%20vomitos%20em%20CA.pdf.

Wright, M. Abboud, J. & Murthi, A. (2020) Subacromial Balloon Spacer Implantation. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, 13 (5), 584-591. <https://doi.org/10.1007/s12178-020-09661-9>.

Wright, G., Ashworth, L. & Pettey, S. (2020). Update for Nurse Anesthetists-Optimizing Mechanical Ventilation During General Anesthesia. *AANA Journal*, 88 (2), 149 -157. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32234207/>.