

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

**Cuidados de Enfermagem no Posicionamento Cirúrgico da
Cliente submetida a Histerectomia Via Vaginal**

**Nursing Care in the Surgical Positioning of Patient Submitted a
Vaginal Hysterectomy**

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

Autor

Catarina Gomes Oliveira

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)

Paulo Alexandre Puga Machado
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

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

Autor

Catarina Gomes Oliveira

Porto, 2023

RESUMO

A elaboração deste relatório, surge no âmbito da especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, inserido na unidade curricular estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II. Tem como objetivo, descrever através de uma análise crítico/reflexiva, as competências especializadas comuns e específicas desenvolvidas, em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação perioperatória, em contexto de Bloco Operatório Central e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos realizado numa instituição do norte do país. Pretende-se ainda, a concretização das atividades definidas no projeto de desenvolvimento profissional realizado no módulo I e a apresentação de dois estudos de caso com recurso à plataforma "e4nursing". O contributo do enfermeiro, na segurança do cliente na área do perioperatório, mais especificamente no posicionamento cirúrgico, é um passo fundamental para a prevenção de complicações advenientes de posicionamentos inadequados. A componente de investigação deste documento, surge desta problemática. Realizou-se uma revisão narrativa da literatura com o objetivo de identificar as principais complicações advenientes de posicionamentos cirúrgicos inadequados e técnica de posicionamento na cirurgia de histerectomia vaginal. Como metodologia realizou-se pesquisa bibliográfica, com recurso à base de dados da CINALH complete, scielo, pubmed, livros e literatura cinzenta, entre janeiro e março de 2023. Foram incluídos artigos sem restrição temporal, que enfatizassem a técnica de posicionamento cirúrgico e as complicações de posicionamentos cirúrgicos inadequados, destacando as relacionadas com a posição de litotomia. Dos resultados relevamos a técnica de posicionamento, complicações advenientes de posicionamentos inadequados, fatores de risco para o desenvolvimento de lesões, ferramentas de avaliação de risco, dispositivos de posicionamento e cuidados de enfermagem no posicionamento cirúrgico. Com base no apurado realizou-se uma ação de formação dirigida aos enfermeiros do serviço, inerente à temática "posicionamento cirúrgico - posição de litotomia" e elaborou-se um guia de orientação técnica, sobre o posicionamento de litotomia, com aplicabilidade nas diferentes fases do processo cirúrgico. É fundamental que o enfermeiro perioperatório, tenha conhecimento sobre os diferentes posicionamentos cirúrgicos e as potenciais complicações que cada posição pode causar. Conclui-se que a implementação de intervenções pautadas pela melhor evidência científica, permitirá ao enfermeiro perioperatório, assegurar um posicionamento cirúrgico com segurança. Com este relatório pretendemos descrever e analisar um percurso formativo, enfatizando os momentos de aprendizagem teórico-prática, para o qual, para além das aulas, destacamos os contextos de estágio. Consideramos ter atingido os resultados a que nos propusemos. Desenvolvemos múltiplas competências, nomeadamente na conceção de

cuidados, mas também no âmbito das funções do enfermeiro de perioperatório, considerando o pré, o intra e o pós-operatório, conforme o estabelecido para unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo II. Para além das aprendizagens e desenvolvimento das competências referidas, salientamos, com a nossa prestação, termos contribuído para a melhoria do trabalho realizado pela equipa de enfermagem.

Palavras-chave: Posicionamento do paciente, complicações perioperatórias, enfermagem perioperatória, lesão perioperatória por posicionamento.

ABSTRACT

In the scope of my specialization of Nursing for People in Perioperative Situations, of the Master's course in Medical-Surgical Nursing, inserted in the curricular unit professional internship with report - Module II, arises this report. The objective is to describe, through a critical/reflective analysis, the common and specific specialized skills developed in Medical-Surgical Nursing in the area of the person in a perioperative situation, in the context of the Central Operating Room and Post-Anesthetic Care Unit carried out in an institution from the country north. It is also intended to implement the activities defined in the professional development project carried out in module I and the presentation of two case studies using the "e4nursing" platform. The nurse's contribution to client safety in the perioperative area, more specifically in surgical positioning, is a fundamental step towards preventing complications arising from inadequate positioning. The research component of this document arises from this issue. A narrative review of the literature was carried out with the aim of identifying the main complications arising from significantly inadequate positioning and positioning technique in vaginal hysterectomy surgery. As a methodology, bibliographic research was carried out, using the complete CINAHL database, scielo, pubmed, books and gray literature, between January and March 2023. Articles without temporal restrictions were included, which emphasized the surgical positioning technique and the complications from inadequate surgical positioning, particularly the lithotomy position. From the relevant results we take the positioning technique, complications arising from inadequate positioning, risk factors for the development of injuries, risk assessment tools, positioning devices and nursing care in surgical positioning. Based on the findings, a training course was carried out aimed at the service's nurses, centered on the theme "surgical positioning-lithotomy position" and a technical guidance guide was prepared on lithotomy positioning with applicability in the different phases of the process surgery. It is essential that the perioperative nurse has knowledge about the different surgical positions and the potential consequences that each position can cause. Conclude that the implementation of interventions based on the best scientific evidence will allow the perioperative nurse to guarantee safe surgical positioning. With this report we describe and analyze a training path, emphasizing moments of theoretical-practical learning, for which, in addition to classes, we highlight internship contexts. We believe we have achieved the results we set out to achieve. We develop multiple skills, not only in the health care, but also within the scope of the perioperative nurse's functions, considering the pre, intra and post-operative aspects, as expected, in addition to the learning and development of the aforementioned skills, we have contributed to the improvement of the work carried out by the nursing team.

Keywords: Patient position, perioperatives complications, perioperative nursing, perioperative position injury

ABREVIATURAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesa

AORN - Association of perioperative registered nurses

BOC - Bloco Operatório Central

BO - Bloco Operatório

DGS - Direção Geral de Saúde

EMC- Enfermagem Médico-Cirúrgica

EN- Escala numérica

EORNA- European operating room nurses association

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

IHRN- Instituição Hospitalar da Região Norte

ILC - Infecção do local cirúrgico

ISBAR - Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation.

OE - Ordem dos Enfermeiros

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	15
3. HISTERECTOMIA VAGINAL	21
3.1. Enquadramento teórico	21
3.2. Clientes	27
3.3. Medicação	27
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	27
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	30
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	31
3.5. Domínios	33
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	33
3.6. Dados	38
3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	40
3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	41
3.7. Diagnósticos	41
3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	43
3.8. Especificação das intervenções	44
4. RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA	45
4.1. Enquadramento teórico	45
4.2. Clientes	50
4.3. Medicação	51
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	51
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	54
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	55
4.5. Domínios	59
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	59
4.6. Dados	64
4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	68
4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	68
4.7. Diagnósticos	69
4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	71
4.8. Especificação das intervenções	75
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	77
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	97

7. BIBLIOGRAFIA 99
ANEXOS 103

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1: distribuição de tempos operatórios pelas diversas especialidades.....16

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, surge a necessidade de realizar este documento, inserido na unidade curricular estágio de natureza profissional com relatório-Módulo II a decorrer no 3º semestre do curso.

A elaboração deste relatório, tem como objetivo, refletir e descrever o desempenho e as aprendizagens realizadas ao longo do estágio de natureza profissional-módulo II, assim como, da concretização das atividades planeadas no projeto de desenvolvimento profissional, realizado no módulo I.

Para a escolha do tema do projeto, realizado no módulo I “Cuidados de enfermagem no posicionamento cirúrgico da cliente submetida a histerectomia via vaginal”, concorreram vários fatores, tais como, o gosto pela área, a pertinência do tema e a necessidade de aprofundar competências e por isso, centrei um interesse particular no posicionamento de uma cirurgia específica.

A partir do objetivo geral, desenvolver competências no posicionamento cirúrgico na cliente submetida a histerectomia via vaginal, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Melhorar o conhecimento sobre posicionamentos cirúrgicos.
- Melhorar a capacidade na realização de posicionamentos cirúrgicos.
- Contribuir para a melhoria da técnica em contexto de trabalho.

O posicionamento adequado, é um passo fundamental para a segurança do cliente e a tomada de decisão do enfermeiro nesta matéria deve basear-se na melhor evidência. Com o objetivo de melhorar o conhecimento existente sobre a temática, definimos como estratégia realizar uma revisão narrativa da literatura sobre técnica de posicionamento cirúrgico na histerectomia via vaginal e complicações advenientes de posicionamentos inadequados.

Dos resultados da revisão da literatura e no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, realizou-se uma formação sobre o estado da arte e foi elaborado um guia de orientação técnica sobre o posicionamento de litotomia com aplicabilidade nas diferentes fases do processo cirúrgico.

Para além do exposto, durante o estágio no Bloco Operatório Central e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, de modo a serem desenvolvidas competências clínicas a partir de uma aprendizagem “baseada em problemas” e em casos reais,” desenvolveu-se dois estudos de

caso, com recurso à plataforma “e4nursing”, em uso na ESEP.

O estágio de natureza profissional-Módulo II, detém de uma carga horária total de 840 horas, destas, 340 horas foram realizadas em contexto de prática clínica nomeadamente, 240 horas no Bloco Operatório Central e 100 horas na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, numa instituição hospitalar da região norte. A restante carga horária, 50 horas foram de orientação tutorial e 450 de trabalho individual.

Os vários capítulos que constituem este documento são: introdução, caracterização dos contextos clínicos, os estudos de caso, os contributos para o desenvolvimento de competências nomeadamente, as competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e as específicas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, a conclusão, bibliografia e os anexos onde constam as atividades desenvolvidas para dar resposta aos objetivos delineados no projeto de desenvolvimento profissional.

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

O estágio de natureza profissional, realizou-se numa instituição hospitalar da região norte (IHRN). A instituição hospitalar é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, à qual é aplicado o regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas previsto no Decreto-Lei nº 558/99, de 17 de dezembro, com as especificidades previstas no Decreto-lei nº 183/2008, de 4 de setembro, no seu regulamento interno e nas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde (IHRN, 2022).

A missão da instituição assume um carácter compreensivo que vai desde a identificação das necessidades de saúde da população residente até à resposta integrada a essas necessidades, através dos serviços públicos, privados contratualizados, comunitários ou de solidariedade social, no respeito pela integridade e dignidade dos utentes, otimizando os recursos, garantindo a qualidade e efetividade da prestação de cuidados, com eficiência e eficácia, tendo em vista a excelência (IHRN, 2022).

É visão da instituição como organização otimizada e centrada na gestão integrada da saúde dos cidadãos, elevar-se a modelo de referência para outros prestadores de cuidados de saúde (IHRN, 2022).

No desenvolvimento da sua atividade, a instituição e os seus colaboradores guiam-se pelos seguintes valores:

- Atitude centrada no cidadão e respeito pela dignidade humana;
- Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;
- Cultura da excelência técnica e do cuidar;
- Cultura interna de multidisciplinaridade e do bom relacionamento no trabalho.

De acordo com o seu Regulamento Interno (Artigo 5º), a instituição norteia-se pelos seguintes objetivos:

- Obtenção de ganhos em saúde na área de influência pela progressiva integração, articulação e complementaridade dos vários níveis de cuidados;
- Prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno;
- Eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;

- Melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Bloco Operatório Central

O Bloco Operatório Central (BOC), é uma unidade orgânico-funcional, constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos, destinados à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia, normalmente em regime de internamento, devendo assegurar, para além das boas condições de acolhimento, segurança e operacionalidade, a qualidade técnica e a celeridade dos cuidados prestados.

Na instituição o BOC localiza-se no 4º piso da 1ª fase. Em termos de áreas considera-se:

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

Possui cinco salas operatórias e a distribuição de tempos operatórios pelas diversas especialidades é descrita na tabela 1 (IHRN, 2022).

Mês		2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sáb	Dom
Bloco Central	Sala 1	M						
		T	SERVIÇO DE URGÊNCIA					
		N						
	Sala 2	M	ORT	ORT	ORT	ORT	ORT	
		T	2ª Sala Urg	2ª Sala Urg	2ª Sala Urg	2ª Sala Urg	2ª Sala Urg	
	Sala 3	M	ORT	ORT	ORT	ORT	ORT	Ad
		T	URO	Ad	URO	ORL	Ad	
	Sala 4	M	CIR	CIR	CIR	CIR	CIR	Ad
		T	CIR	CIR	CIR	CIR	Ad	Ad
	Sala 5	M	GIN	ORL	(*)	GIN	Ad	
	T	GIN	ORL	CIR	GIN	Ad		

Legenda: ORT – Ortopedia, produção base
URO – Urologia, produção base
CIR – Cirurgia Geral, produção base
GIN – Ginecologia, produção base
ORL – Otorrinolaringologia, produção base
(*) – Rotatividade por Estomatologia, Ginecologia e Cirurgia Geral, produção base
Ad – Produção Adicional (rotação por diversas especialidades cirúrgicas)

A Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), integra o serviço do BOC e é composta por 10 unidades com monitorização própria e até três postos de trabalho para enfermeiros.

Relativamente aos recursos materiais, a gestão e reposição de stocks é efetuada segundo esquemas próprios, por perfis e níveis previamente definidos em conjunto com os vários armazéns e de acordo com as necessidades do Serviço.

Sendo o BOC uma Unidade Funcional integrada no Departamento de Cirurgia, este articula-se maioritariamente com todos os Serviços de Cirurgia e com todos os Serviços de apoio.

O número de intervenções realizadas nos Blocos Operatórios da Instituição, tem vindo a aumentar, com a exceção dos períodos afetados pela pandemia COVID-19 (2019 e 2020) tendo sido iniciada a retoma dos valores pré pandemia em 2021 (IHRN, 2022).

Quanto às intervenções mais realizadas no BOC, temos o parto por cesariana com 422 casos em 2021, artroplastia total da anca com 352, colecistectomia laparoscópica com 310, intervenções no útero ou anexos 291, cirurgia por trauma dos membros inferiores (exceto artroplastia da anca) 255, seguido de artroplastia total do Joelho com 219 e procedimentos em ombro, braço e antebraço com 188 casos (IHRN, 2022).

Recursos Humanos

Para a caracterização da equipa de enfermagem, foi elaborado um formulário e solicitado o preenchimento do mesmo pela equipa, esta recolha decorreu durante a última semana de novembro de 2022.

Assim, a equipa de enfermagem é composta por 55 elementos, sendo que a sua maioria se insere no escalão etário dos 41 aos 50 anos (36,4%). Existe uma predominância do género feminino com 60% da totalidade dos elementos da equipa de enfermagem. Nesta contagem de enfermeiros, estão também incluídos a enfermeira em funções de chefia e uma enfermeira que se encontra em regime de horário fixo e que trabalha diretamente com a primeira na gestão do serviço.

Analisando o tempo de serviço dos elementos da equipa, a faixa de tempo mais representada é aquela que se situa entre os 10 e os 19 anos de experiência profissional, sendo que 42% desenvolvem a sua atividade profissional no BOC há pelo menos 9 anos.

Outro aspeto a considerar será a posse de título de especialização em enfermagem, onde 36% da equipa é detentora do mesmo e onde a especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, é aquela que mais prevalece no seio da equipa com 70%. Este é um valor que tem aumentado nos últimos anos, e salienta-se ainda o facto de 8 elementos se encontrarem neste momento a frequentar cursos de acesso à especialização de enfermagem na área Médico-cirúrgica.

Modelo de organização e método de trabalho

Os enfermeiros estão divididos em dois grandes grupos: os elementos da área anestésica com 23 profissionais e os elementos da área cirúrgica, com 32 profissionais. São distribuídos por turno e por especialidade, de acordo com a sua competência, interesses pessoais e

necessidades do serviço. Esta separação é vista como benéfica na equipa contribuindo para a especialização dos enfermeiros, permitindo cuidados de enfermagem de maior qualidade.

Em cada sala operatória existe:

- 1 Enfermeiro de anestesia
- 1 Enfermeiro Circulante
- 1 Enfermeiro Instrumentista

Os turnos de sala de urgência, onde estão integrados os enfermeiros para a unidade de recobro, são assegurados por:

- 6 Enfermeiros no turno da Manhã - 3 para a sala operatória e 3 para UCPA
- 6 Enfermeiros no turno da Tarde - 3 para a sala operatória e 3 para o UCPA
- 5 Enfermeiros no turno da Noite - 3 para a sala operatória e 2 para UCPA

O serviço ainda dá apoio aos exames realizados na Gastroenterologia, Imagiologia e realiza a consulta da dor aguda aos doentes com referenciação de analgesia não convencional (consulta realizada por equipa de enfermagem e discussão com anesthesiologista 7 dias/semana). Para este apoio é sempre necessário um enfermeiro da área anestésica.

Recursos materiais e equipamentos clínicos

Relativamente aos recursos materiais e equipamentos clínicos, estes estão distribuídos pelas cinco salas cirúrgicas, pela UCPA e pelos stocks das respetivas áreas cirúrgicas.

Cada Sala cirúrgica dispõe, de um carro com material de apoio de anestesia, um sistema automatizado de dispensa de medicação (pyxis®), equipamento de ventilação invasiva e de monitorização hemodinâmica. Para a área cirúrgica, existe um carro com material de apoio para a cirurgia e um monitor de eletrocirurgia. Cada sala dispõe ainda de dispositivos de apoio para os posicionamentos cirúrgicos e dois computadores.

A antecâmara da sala 1 dispõe de equipamentos próprios para a prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido como: reanimador de recém-nascido, bancada com material de apoio, balança pediátrica e estufa para aquecimento de soros e lençóis

A UCPA dispõe de: dez monitores, três computadores, armários para armazenamento de material clínico, bancada de trabalho, carro com material de penso, um carro de via aérea pediátrico e uma pyxis® que é constituída por um frigorífico onde armazena os fármacos que necessitam de ser refrigerados.

No Corredor central junto à UCPA encontra-se: o carro com material de via aérea difícil, o videolaringoscópio, fibroscópio, carro de emergência, desfibrilhador.

Outros materiais que se encontram distribuídos pelas salas e UCPA são termómetros digitais timpânicos e aquecedores de ar forçado.

Existem nove áreas correspondentes aos stocks de material de apoio, sendo duas delas a antecâmara da sala 2 que possui material de apoio para cirurgia ortopédica nomeadamente, material para montagem da mesa ortotraumática, motores, material para realização de gesso, aventais e colares de proteção de RX e a antecâmara da sala 3 onde fica o aparelho de RX.

As outras áreas correspondem, ao stock de anestesia, onde se encontra o material de consumo clínico, seringas e bombas perfusoras, sondas de temperatura, aquecedores de fluídos e material extra de monitorização. Sendo os outros stocks correspondentes: ao material de consumo clínico necessário para as cirurgias, ao material de suturas e próteses, aos instrumentais de ortopedia e componentes, aos instrumentais e material individualizado para cirurgia laparoscópica, aos instrumentais de cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, urologia, otorrino, e estomatologia e por fim o stock de equipamentos onde ficam as torres de laparoscopia, a torre de artroscopia, o gerador de ultracision®, o Gamma detection system neoprobe® e o eletrocardiógrafo.

No serviço existe ainda um robot de desinfecção UVD que está localizado junto ao parque de macas utilizadas no interior do BOC. Este equipamento é usado nas salas que forem ocupadas por clientes que estejam sujeitos a isolamento por contaminação com microrganismo identificado. O procedimento relativo a este equipamento ainda se encontra em fase de implementação.

3. HISTERECTOMIA VAGINAL

Cliente do sexo feminino com 56 anos, proposta para histerectomia via vaginal por apresentar prolapso úterovaginal incompleto. O método anestésico utilizado na cirurgia foi o bloqueio subaracnoideu e sedação.

3.1. Enquadramento teórico

A histerectomia em situações benignas pode ser realizada por 3 abordagens diferentes nomeadamente vaginal, abdominal e/ou laparoscópica. Estudos indicam que sempre que possível a histerectomia vaginal deve ser realizada de preferência à histerectomia abdominal (Johnson et al., 2006).

Numa revisão sistemática e metanálise realizada por LEE et al. (2019), compararam a histerectomia vaginal e histerectomia laparoscópica como abordagem nas situações benignas em relação às complicações e resultados operatórios. Apesar dos resultados da metanálise não mostrarem diferenças nas complicações gerais, a histerectomia vaginal foi associada a menor tempo cirúrgico e dor pós-operatória. Consideram que sempre que as duas abordagens possam ser realizadas nas situações benignas a histerectomia vaginal deve ser a escolha.

Para Dubuisson et al. (2016), a histerectomia abdominal continua a ser a abordagem preferida para úteros grandes ou em caso de acesso vaginal estreito, contudo existem inúmeras vantagens da via vaginal em comparação com a laparotomia como, a diminuição da dor pós-operatória, redução do tempo de internamento hospitalar, recuperação mais rápida, assim como benefícios estéticos.

Técnica Cirúrgica

Na histerectomia vaginal, para facilitar a disseção e diminuir a perda hemática, as paredes vaginais podem ser infiltradas com soro fisiológico ou anestésico local e como outra opção fármacos vasoconstritores (Foust-Wright & Berkowitz, 2022).

Os principais passos de uma histerectomia vaginal são: incisão do colo do útero; entrada na cavidade peritoneal, divisão dos pedículos vasculares e remoção do útero; quando indicado pode ser realizada anexectomia e procedimentos de suporte apical no final encerramento da cúpula vaginal (Foust-Wright & Berkowitz, 2022).

No final da cirurgia pode ser colocado um tamponamento vaginal, segundo os autores esta prática é opcional uma vez que não parece diminuir a hemorragia no pós-operatório. Quando são realizados outros procedimentos como colporrafia anterior ou posterior o tamponamento deve ser colocado para exercer pressão durante algumas horas no pós-operatório. Nestas situações a doente deve permanecer algaliada até ser removido o tamponamento (Foust-Wright & Berkowitz, 2022).

As principais complicações no intraoperatório na histerectomia incluem a hemorragia, lesão da bexiga e uretra e lesão intestinal. No pós-operatório como complicações podem surgir: retenção urinária, hemorragia, abscesso sendo os locais mais comuns a cúpula vaginal e os anexos, deiscência da cúpula vaginal, febre, Íleo paralítico e obstrução intestinal, (menor probabilidade do que nas histerectomias abdominais) trombose venosa profunda e incontinência urinária (Foust-Wright & Berkowitz, 2022).

Posicionamento Cirúrgico

Para a realização da cirurgia histerectomia vaginal a posição adotada pelo doente é a de litotomia. Neste tipo de posicionamento são utilizados suportes para os membros inferiores, torna-se necessário um posicionamento protetor para evitar úlceras de pressão, compressão nervosa e síndrome compartimental (Foust-Wright & Berkowitz, 2022).

Ao posicionar o doente em litotomia a equipa perioperatória deve aplicar os princípios básicos de qualquer posicionamento isto é: manter a cabeça e pescoço do doente em posição neutra, reposicionar a cabeça do doente para diminuir a pressão no couro cabeludo e proteger os olhos durante procedimentos realizados com anestesia geral para evitar abrasão da córnea. Devem também manter o alinhamento fisiológico do corpo do doente e sem contacto com as partes metálicas da marquesa. As superfícies duras sobre as quais partes do corpo vão ser apoiadas devem ser acolchoadas, para prevenir lesões. Para manter partes do corpo seguras, devem ser presas à marquesa (Spruce, 2021).

No posicionamento litotomia os braços do doente podem ficar colocados ao longo do corpo ou em suportes de braços.

Segundo a diretriz da AORN (2017) sobre o posicionamento do doente, quando os braços ficam ao longo do corpo estes devem ser colocados em posição neutra, com as palmas das mãos voltadas para o corpo e sem hiperextensão dos cotovelos. As mãos e os cotovelos devem ainda ser protegidos com um acolchoamento extra.

De forma a manter os braços seguros ao longo do corpo, deve ser puxado o lençol que se encontra entre o corpo e o braço do doente, colocá-lo sobre o braço e dobrá-lo entre o doente e o colchão da marquesa cirúrgica. O lençol deve estender-se do meio do braço até às pontas dos dedos das mãos e deve ser dobrado apenas o suficiente para fixá-lo, evitando que se torne uma zona de pressão.

Quando os braços do doente ficam em apoio de braços, os apoios devem ser nivelados com o colchão da marquesa cirúrgica e acolchoados antes dos braços serem colocados em posição supina. Os braços não devem ser abduzidos mais que 90° e o alinhamento neutro tanto dos braços, como dos punhos deve ser mantido. A equipa deve prender os braços aos suportes de apoio.

Segundo a diretriz da AORN (2017), o doente deve permanecer na posição de litotomia o menor tempo possível e devem ser estabelecidos intervalos de reposicionamento. Neste tipo de posicionamento as nádegas do doente devem ser niveladas com a quebra inferior da marquesa cirúrgica e posicionadas de forma que a região sacrococcígea fique apoiada na superfície da marquesa. A região coxofemoral do doente deve ser posicionada de forma a evitar flexão, rotação ou abdução excessiva.

Os suportes das pernas devem ser colocados numa altura uniforme, as pernas do doente devem ser colocadas de forma lenta e simultânea no mínimo por duas pessoas (uma para cada perna) e ficar apoiadas sobre a maior área de superfície da perna possível. Os calcanhares devem ficar na posição mais baixa possível.

Ao retirar as pernas das perneiras estas devem ser retiradas simultaneamente, juntas e só depois colocadas na marquesa. Este processo deve ser realizado no mínimo por duas pessoas.

As mãos e os dedos do doente devem ser protegidos quando a parte inferior da marquesa for recolocada.

Alterações fisiológicas do posicionamento cirúrgico

Com o doente posicionado em litotomia, ocorrem alterações fisiológicas a nível cardiorrespiratório.

Com a elevação dos membros inferiores, o sangue flui para a circulação central levando ao aumento do débito cardíaco e retorno venoso e conseqüentemente diminuição da perfusão dos membros inferiores. Este posicionamento pode ainda causar comprometimento respiratório dado ao aumento da pressão no diafragma causado pela deslocação cefálica dos órgãos abdominais (Spruce, 2021).

Método Anestésico

Para a realização de uma intervenção cirúrgica são utilizados fármacos, com a finalidade de bloquear a sensibilidade tátil e dolorosa de um doente, podendo esta ser na totalidade do corpo ou em parte, assim como, sem ou com compromisso da consciência (Sousa & Marques, 2014).

A técnica anestésica pode ser realizada de várias formas, através de anestesia geral, locorregional, local, sedação ou sedoanalgesia.

A escolha da técnica anestésica depende de muitos fatores. Estes incluem o procedimento

cirúrgico, comorbilidades do paciente, instalações disponíveis e as habilidades e preferências do anestesista e até mesmo do paciente (Hore & Harley, 2014).

A anestesia locorregional pode ser realizada em diferentes locais ou regiões do corpo, pode envolver o bloqueio num grande nervo periférico, num plexo nervoso, na região epidural ou subaracnóidea através da administração de agentes anestésicos locais, impedindo desta forma a transmissão do estímulo nociceptivo. Neste tipo de anestesia o doente permanece consciente (Sousa & Marques, 2014).

A sedação é uma técnica anestésica que dependendo do objetivo que se pretende, permite manter um estado tranquilidade, mantendo o doente cooperante ou profundamente sedado sem resposta (Sousa & Marques, 2014).

Bloqueio subaracnoideu

O bloqueio subaracnoideu é comumente utilizado para anestesia e/ou analgesia para procedimentos cirúrgicos dos membros inferiores, zona pélvica e aparelho uroginecológico (Sousa & Ambrósio, 2013).

Deve ser realizado do nível da terceira vértebra lombar para baixo, a fim de evitar que a agulha encoste no cone da medula espinal, que termina em L1-L2 (Correia & Lages, 2013).

O espaço subaracnoideu é formado pelo contacto da superfície interna da dura-máter com a aracnoide, sendo um espaço virtual. Este espaço contido entre a aracnoide e a pia-máter, têm continuidade desde os ventrículos cerebrais até S2 sendo composto por medula espinal, nervos, líquido cefalorraquidiano (LCR) e vasos sanguíneos. O volume estimado deste espaço é de 25 a 35 ml (Sousa & Ambrósio, 2013).

É contraindicação absoluta para a realização desta técnica a recusa do paciente, a infeção no local da punção, a hipovolemia grave não corrigida, alergia a qualquer um dos fármacos e aumento da pressão intracraniana. Também está contraindicada quando se espera que a cirurgia demore mais do que a duração do bloqueio ou que seja espectável uma perda de sangue que possa resultar em hipovolemia grave (NYSORA, 2022).

Técnica e posicionamento do bloqueio subaracnoideu

Para a realização do bloqueio subaracnoideu poderá ser adotado o decúbito lateral ou a posição de sentada. Quando a técnica é utilizada para a realização de bloqueios na zona pélvica ou em doentes obesos utiliza-se a posição de sentada para uma melhor localização do espaço.

A técnica realizada em decúbito lateral, o doente deverá fletir os joelhos junto ao abdómen e o queixo encostado ao peito, de forma que a coluna esteja o mais fletida possível (Sousa & Ambrósio, 2013).

Após o doente se encontrar posicionado, a pele deve ser desinfetada com uma solução alcoólica de preferência clorexidina. Para a identificação do espaço pretendido, é traçada uma linha imaginária que une as cristas ilíacas (linha de tuffier), a interseção desta linha com a coluna vertebral permite identificar a apófise espinhosa de L3 ou L4 ou o espaço L3-L4. Os espaços mais utilizados para realização da técnica são L2-L3, L3-L4 e L4-L5 (Sousa & Ambrósio, 2013).

A delimitação de duas apófises espinhosas adjacentes constitui o espaço interespinhoso, este espaço é atravessado pela agulha numa posição cefálica de cerca de 15° ultrapassando a pele, tecido celular subcutâneo, ligamento supraespinhoso, ligamento interespinhoso, ligamento amarelo, dura-máter e aracnoide. Atingindo o espaço subaracnoide deve fluir liquor límpido e de forma contínua podendo ser administrado os fármacos pretendidos (Sousa & Ambrósio, 2013).

Fisiopatologia do bloqueio subaracnoideu

O nível do bloqueio necessário à cirurgia deverá ter em conta a distribuição sensitiva, motora e simpática de forma a escolher o melhor espaço e nível a anestésiar assim como, antecipar efeitos fisiológicos do bloqueio.

Uma vez que as várias fibras nervosas diferem da sua mielinização, as fibras do sistema autónomo são bloqueadas mais rapidamente do que as fibras de maior calibre como as sensitivas e as motoras, o que faz com que o sistema autónomo se estenda uns níveis acima do bloqueio sensitivo e este acima do bloqueio motor, designado como bloqueio diferencial. O nível do bloqueio é feito através da pesquisa da perda de percepção térmica e dolorosa (Sousa & Ambrósio, 2013).

Com o bloqueio das fibras do sistema autónomo, nomeadamente do simpático resulta em vasodilatação periférica e no aumento da capacitância venosa levando a uma diminuição das resistências periféricas, hipotensão e a uma diminuição do retorno venoso.

Estas alterações são mais acentuadas em doentes idosos e hipovolémicos, podendo ser minimizadas com recurso a fluidoterapia, com a administração de vasopressores ou anticolinérgicos. Outra da consequência da vasodilatação é a perda de calor e resultante hipotermia (Sousa & Ambrósio, 2013).

Segundo NYSORA (2022), as complicações mais frequentes do bloqueio subaracnoideu são as náuseas, os vômitos, hipotensão, tremores, prurido e retenção urinária.

O bloqueio subaracnoideu por si só pode causar, náuseas e vômitos quer no intra quer no pós-operatório por meio de vários mecanismos como hipotensão, bloqueio nervoso inadequado ou bloqueio nervoso alto superior a T6. A ansiedade como fator relacionado com o doente também pode estar na origem das náuseas e do vômito.

O prurido é outra das complicações frequentes, está associado ao uso de opioides intratecal sendo a gravidade do mesmo proporcional à dose de opioide administrada. Pode ser tratado

com o antagonista do recetor opioide a naloxona.

Associada ao bloqueio subaracnoideu pode surgir, a retenção urinária no pós-operatório esta pode ocorrer devido a vários fatores. Relacionados com doente, como sexo masculino e disfunção urológica prévia, fatores cirúrgicos como cirurgia prolongada e fatores anestésicos, relacionados com a administração de fluidos superior a 1000 ml, anticolinérgicos e opioides.

A ocorrência de retenção urinária no pós-operatório após o bloqueio do neuroeixo deve-se à interrupção neural do reflexo da micção, bem como à hiperdistensão da bexiga.

Bibliografia

AORN (2017). Guideline Summary: Positioning the Patient. AORN journal, 106(3), 238-247. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.006>

Correia, L., Lages, N. (2013). Fundamentos clínicos pré-anestésicos: anatomia e anestesiologia. In H. Machado, *Manual de Anestesiologia* (pp. 13-29). Lidel.

Dubuisson, J., & Veit-Rubin, N. (2016). Volume utérin et hystérectomie vaginale : intérêt et limites de l'hystérectomie vaginale [Uterine volume and vaginal hysterectomy: Interest and limits of uterine morcellation]. *Gynecologie, obstetrique & fertilité*, 44(3), 175-180. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2016.01.008>

Foust-Wright, C. E., & Berkowitz, L. R. (2022). Vaginal hysterectomy - UpToDate

Hore, P., & Harley, I. (2014). *Anaesthesia : An Introduction: Vol. Fifth edit.* IP Communications. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=890892&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Johnson, N., Barlow, D., Lethaby, A., Tavender, E., Curr, E., & Garry, R. (2006). Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD003677. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003677.pub3>

Lee, S. H., Oh, S. R., Cho, Y. J., Han, M., Park, J. W., Kim, S. J., Yun, J. H., Choe, S. Y., Choi, J. S., & Bae, J. W. (2019). Comparison of vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. *BMC women's health*, 19(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0784-4>

NYSORA, (2022). Técnicas neuroaxiais: anestesia espinhal www.nysora.com/pt/técnicas/técnicas-neuroaxiais-e-perineuraxiais/anestesia

Sousa, M., Ambrósio R. (2013). Anestesiologia clínica: anestesia do neuroeixo. In H. Machado, *Manual de Anestesiologia* (pp. 298-307). Lidel

Sousa, H., Marques, O. (2014). Enfermagem Perioperatória: anestesia. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 69-92). Lidel

Spruce L. (2021). Positioning the Patient. *AORN journal*, 114(1), 75-84. <https://doi.org/10.1002/aorn.13442>

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 56 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-02-23 09:30:00	Bupivacaína Isobárica - via intratecal	2023-02-23 11:15:00
2023-02-23 09:30:00	Sufentanilo - via intratecal	2023-02-23 11:15:00
2023-02-23 09:30:00	Midazolam - 2 mg ev	2023-02-23 11:15:00
2023-02-23 09:30:00	Lidocaína 1% com Adrenalina - Infiltração	2023-02-23 11:15:00
2023-02-23 09:30:00	Cefazolina - 2 gr ev	2023-02-23 11:15:00

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Os Fármacos administrados no bloqueio subaracnoideu foram a bupivacaína isobárica (anestésico) e o sufentanilo (analgésico). Como medicação pré-anestésica o midazolam.

A lidocaína a 1% com adrenalina foi utilizada para infiltração do local cirúrgico antes da incisão.

Características dos Fármacos:

Anestésicos locais

Os anestésicos locais, são fármacos que interrompem de forma reversível a condução nervosa, provocando perda da função sensitiva, motora e autónoma (Sousa & Marques, 2014).

Os anestésicos locais utilizados no bloqueio subaracnoideu, distinguem-se pela sua farmacocinética em relação ao pH, pka, duração de ação, toxicidade e baricidade (Sousa & Ambrósio, 2013).

Os fatores determinantes na distribuição dos anestésicos locais no espaço subaracnoideu são: as propriedades da solução anestésica, nomeadamente a baricidade, dose e volume e as características do doente como a altura, anatomia da coluna vertebral, diminuição do volume do líquido cefalorraquidiano e a posição durante e após a injeção do fármaco (NYSORA, 2022).

A baricidade, desempenha um papel importante na determinação da propagação do anestésico local no espaço espinal. Os anestésicos locais podem ser hiperbáricos, hipobáricos ou isobáricos quando comparados ao LCR, e a baricidade é o principal determinante de como o anestésico local é distribuído quando injetado no LCR (NYSORA, 2022).

As soluções hipobáricas são menos densas que o LCR e tendem a subir contra a gravidade. As soluções isobáricas são tão densas quanto o LCR e tendem a permanecer no nível em que são injetadas, enquanto as soluções hiperbáricas são mais densas que o LCR e tendem a seguir a gravidade após a injeção (NYSORA, 2022).

O posicionamento do doente após a injeção do anestésico, assume grande importância na propagação da anestesia. Nas soluções hipobáricas se o doente estiver na posição de trendelenburg, após a injeção do fármaco este irá se espalhar na direção caudal enquanto se estiver na posição de proclive, a direção do fármaco será cefálica. Com as soluções hiperbáricas na posição de trendelenburg e proclive o mecanismo de propagação do anestésico acontece em sentido oposto ao das soluções hipobáricas (NYSORA, 2022).

Nas soluções isobáricas, como é o caso da **bupivacaína isobárica** utilizada nesta cliente, a gravidade não afeta a distribuição do fármaco portanto, a técnica pode ser realizada em qualquer posição e o doente pode ser colocado de seguida na posição necessária para a cirurgia (NYSORA, 2022).

Outro aspeto a salientar relativamente aos anestésicos locais são, as reações de toxicidade sistémica, estas podem manifestar-se de diversas formas e envolvendo diferentes sistemas. A nível do sistema nervoso central pode manifestar-se por, entorpecimento da língua ou "sabor metálico", perturbações visuais, convulsões e inconsciência, coma e paragem cardiorrespiratória por depressão do SNC, no sistema cardiovascular, por depressão do sistema nervoso autónomo, bloqueio dos canais de sódio do sistema cardiovascular, relaxamento do músculo liso, depressão do miocárdio, bradicardia, hipotensão e bloqueio auriculoventricular. Relativamente ao sistema respiratório por, diminuição da resposta ventilatória à hipóxia, paralisia do frénico e intercostais e relaxamento do músculo liso brônquico. Em relação ao sistema hematológico pela diminuição da agregação plaquetar e aumento da fibrinólise (Sousa & Marques, 2014).

A maioria das manifestações de toxicidade ocorrem devido à injeção intravascular inadvertida

ou por absorção sistémica (Sousa & Marques, 2014).

Lidocaína 1% com adrenalina

A lidocaína pertence ao grupo dos anestésicos locais. Na cirurgia foi utilizada lidocaína com adrenalina (vasoconstritor) para infiltração. Antes da incisão esta solução é infiltrada circunferencialmente ao redor do colo do útero, com o intuito de facilitar a hemostasia e hidrodisseção (Foust-Wright & Berkowitz, 2022).

Sufentanilo

O sufentanilo é um analgésico morfínomimético com indicação para analgesia perioperatória. Pode ser administrado por via intratecal em associação com anestésico local. O início de ação é de 1 a 2 min e a duração da ação é entre 50 a 70 minutos. Relativamente aos efeitos secundários este analgésico pode causar depressão respiratória (dose dependente) e rigidez muscular (dose dependente) (Morujão, 2013).

Dependendo da velocidade na administração pode causar náuseas e vômitos, bradicardia, retenção urinária e prurido. A naloxona é o fármaco antagonista do sufentanilo (Morujão, 2013).

Midazolam

O midazolam é um fármaco hipnótico, ansiolítico, anticonvulsivante, miorelaxante e produz amnésia anterógrada. Está indicado como medicação pré-anestésica, para sedação, indução e manutenção, sendo o seu início de ação de 2 a 3 minutos. Como efeitos secundários o midazolam pode causar reação paradoxal, depressão respiratória e depressão cardiovascular (Morujão, 2013).

Cefazolina

Segundo a DGS (2013), a administração da profilaxia antibiótica é efetuada nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, de modo a assegurar níveis tecidulares adequados na altura da incisão cirúrgica. A sua administração deve estar completa antes da incisão.

Nos procedimentos cirúrgicos com duração não superior a duas horas, a profilaxia antibiótica cirúrgica é prescrita em dose única. Na histerectomia vaginal, pode ser administrada a cefoxitina ou cefazolina como profilaxia (DGS, 2013).

Bibliografia

DGS. (2013). Norma nº031/2013: Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2013/12/31/profilaxia-antibiotica-cirurgica-na-crianca-e-no-adulto/>

Foust-Wright, C. E., & Berkowitz, L. R. (2022). Vaginal hysterectomy - UpToDate

Morujão, N. (2013). Anestesiologia clínica: anestésicos intravenosos, opioides e agentes

inalatórios. In H. Machado, *Manual de Anestesiologia* (pp. 235-245). Lidel.

NYSORA, (2022). Técnicas neuroaxiais: anestesia espinhal
www.nysora.com/pt/técnicas/técnicas-neuroaxiais-e-perineuraxiais/anestesia

Sousa, M., Ambrósio R. (2013). Anestesiologia clínica: anestesia do neuroeixo. In H. Machado, *Manual de Anestesiologia* (pp. 298-307). Lidel.

Sousa, H., Marques, O. (2014). Enfermagem Perioperatória: Anestesia. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 69-92). Lidel.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Procedimento invasivo

23-02-2023 09:15

Procedimento invasivo

Tipo de procedimento invasivo: Histerectomia via vaginal (23/02/2023).

Potencial para melhorar o conhecimento sobre circuito perioperatório

Intervenções de Enfermagem

23-02-2023 09:15 - Ensinar sobre circuito perioperatório

23-02-2023 09:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre circuito perioperatório

Potencial para melhorar o conhecimento sobre dispositivos no pós-operatório

Intervenções de Enfermagem

23-02-2023 09:15 - Ensinar sobre dispositivos no pós-operatório

23-02-2023 09:15 - Avaliar a evolução do conhecimento sobre dispositivos no pós-operatório

Atitudes terapêuticas

23-02-2023 09:30

Oxigenoterapia

FiO₂: 28 %.

Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

Intervenções de Enfermagem

23-02-2023 09:30 - Manter oxigenoterapia

Sondas, Drenos e Cateteres

23-02-2023 09:15

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: 20G.

Intervenções de Enfermagem

23-02-2023 09:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

23-02-2023 09:15 - Otimizar cateter venoso periférico

23-02-2023 09:30

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: 20 G.

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Sonda de oxigénio

Características do dispositivo: cânula binasal.

Intervenções de Enfermagem

23-02-2023 09:30 - Otimizar sonda de oxigénio

Cateter urinário

Características do dispositivo: 14 FR.

Intervenções de Enfermagem

23-02-2023 09:30 - Otimizar cateter urinário

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

Procedimento Invasivo (1ª sessão: Acolhimento - Fase pré-operatória)

Quando uma pessoa recebe a notícia que terá de ser submetida a um procedimento cirúrgico, automaticamente ficará focalizada nas implicações deste evento na sua vida. A pessoa terá necessidade de se adaptar a esse contexto de forma adequada (Juan, 2007).

Segundo Jesus e Abreu (2014), o ensino/informação é reconhecido como uma necessidade importante em todas as fases da doença, os autores referem ainda que quando as dúvidas e receios não são clarificados constituem um fator de ansiedade.

Para Hesbeen (2000), como citado em Jesus e Abreu (2014), a informação dada no pré-operatório tem influência, na recuperação, reduz os níveis de ansiedade pré-operatória e os níveis de dor, diminuindo desta forma o tempo de hospitalização e de consumo de analgésicos.

(2ª sessão: Posicionamento cirúrgico/início da cirurgia e 3ª sessão: Final da cirurgia Fase intraoperatória)

Atitudes Terapêuticas

Para manter valores de SatO₂ fisiológicas, torna-se essencial recorrer á oxigenoterapia com recurso a dispositivos que permitam a administração de O₂ necessária.

Sondas drenos e cateteres

A cateterização de um acesso venoso periférico, é um procedimento invasivo que consiste em

puncionar uma veia, através do rompimento da pele pela transposição das suas camadas, como auxílio de vários tipos de dispositivos, permite a administração de terapêutica endovenosa, transfusão de hemoderivados, fornecimento de um suporte nutricional e sempre que é necessário o acesso direto à corrente sanguínea. Permite um acesso ao sistema vascular de forma mais rápida, menos complexa e menos invasiva (Enes et al., 2016).

Sabe-se, que a colonização da porção endovascular do cateter precede sempre a infecção e pode desenvolver-se por duas vias: intraluminal e extraluminal. A migração de microrganismos da pele desde o local da inserção até à ponta do cateter é a causa mais comum de infecção nos cateteres de acesso vascular. A infecção local pode assim decorrer da colonização do biofilme por microrganismos, que posteriormente podem ser libertados na corrente sanguínea causando infecções sistêmicas. Os microrganismos mais comuns são, os gram+, o *Staphylococcus epidermidis* e o *Staphylococcus aureus* (Damani, 2012).

Antes de se iniciar a anestesia locorregional, deve sempre realizar-se uma punção venosa e de preferência de grosso calibre. O acesso venoso permitirá o tratamento imediato das possíveis complicações inerentes a este procedimento (Sousa & Marques, 2014).

A sonda vesical, pode ser colocada em procedimentos que existe um potencial para ocorrer lesões do trato urinário como é o caso da histerectomia vaginal. A avaliação das características da urina pode ser um indicador da ocorrência de lesão. Hematúria continua é mais sugestiva de lesão, do que uma hematúria transitória uma vez que esta, pode resultar de um trauma provocado pela manipulação do trato urinário aquando da inserção da sonda vesical ou pela pressão de um afastador (Gilmour, 2022).

Bibliografia

Damani, N. (2012). *Infection prevention and control* (3ª ed.). Nova Iorque: Oxford University.

Enes, S. M., Opitz, S. P., Faro, A. R., & Pedreira, M.deL. (2016). Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em adultos internados em hospitais da Amazônia Ocidental Brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 50(2), 263-271.

Gilmour, D. (2022) Urinary tract injury in gynecologic surgery: Epidemiology and prevention. www.uptodate.com/contents/urinary-tract-injury-in-gynecologic-surgery-epidemiology-and-prevention?search=algaliação%20na%20histerectomia%20vaginal&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7

Jesus, J., Abreu, V. (2014) *Enfermagem Perioperatória: humanização em bloco operatório*. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp.39-46). Lidel

Juan, Kelly de. (2007). O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicologia Hospitalar*, 5(1), 48-59.

Sousa, H., Marques, O. (2014). *Enfermagem Perioperatória: anestesia*. In A. Duarte, O. Martins,

Enfermagem em Bloco Operatório (pp. 69-92). Lidel.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
23-02-2023 09:15	Termorregulação	
23-02-2023 09:15	Procedimento invasivo	
23-02-2023 09:15	Sondas, Drenos e Cateteres	
23-02-2023 09:30	Consciência	
23-02-2023 09:30	Sensibilidade	
23-02-2023 09:30	Sistema respiratório	
23-02-2023 09:30	Sistema cardiovascular	
23-02-2023 09:30	Eliminação urinária	
23-02-2023 09:30	Atitudes terapêuticas	
23-02-2023 09:30	Metabolismo	

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

Fase pré-operatória (1ª sessão: Acolhimento da cliente no Bloco Operatório).

Neste período podemos identificar o momento de acolhimento da cliente no Bloco Operatório.

O **procedimento invasivo**, surge como domínio associado à cirurgia e a todas as implicações que daí decorrem para a pessoa e família.

Quando uma pessoa recebe a notícia de que terá de ser submetida a um procedimento cirúrgico neste caso, histerectomia vaginal, automaticamente ficará focalizado nas implicações deste evento na sua vida. A pessoa/família terá necessidade de se adaptar a esse contexto de forma adequada.

O objetivo principal dos cuidados pré-operatórios de enfermagem é facultar ao cliente, a compreensão e preparação para a experiência cirúrgica. As atividades do enfermeiro, nesta fase, são intervenções de suporte, ensino, informação e preparação para os procedimentos anestésico e cirúrgico (Silva, 2016).

Um dos focos que requer atenção por parte da equipa cirúrgica, em particular dos enfermeiros perioperatórios é a **termorregulação**. A normotermia perioperatória é uma prática recomendada pela AESOP bem como um dos feixes de intervenção da norma da DGS para a prevenção da infeção do local cirúrgico.

A AESOP (2017), considera normotermia valores de temperatura central entre 36°C e 38°C. A

mesma recomenda a avaliação da temperatura no período perioperatório, devendo esta ser superior a 36°C antes do cliente entrar na sala operatória. Quando a temperatura central for superior a 36°C deve ser mantida a normotermia através de medidas passivas (aplicação de lençóis aquecidos, edredons, meias, limitação de exposição da pele a temperaturas ambientais baixas) se a temperatura central for inferior a 36°C as medidas de aquecimento a implementar devem ser ativas (aplicação de sistemas de aquecimento por ar forçado, colchões de aquecimento por circulação de água e aquecedores de O₂ inspirado).

A hipotermia perioperatória inadvertida é uma complicação frequente, capaz de ser prevenida e que está associada a piores outcomes. Assim, hipotermia é definida por uma temperatura central inferior a 36°C. Segundo a literatura, 26% a 90% dos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresentam-se hipotérmicos no final da cirurgia e esta complicação pode ocorrer em qualquer fase do período perioperatório (SPA, 2017).

Fatores como a inibição das respostas fisiológicas termorreguladoras associada à anestesia, a diminuição do metabolismo basal, os fatores associados ao procedimento cirúrgico e a exposição do doente às baixas temperaturas do bloco operatório, assumem um papel importante para o desenvolvimento desta complicação (SPA, 2017).

Segundo a SPA (2017), os mecanismos fisiopatológicos associados à hipotermia são responsáveis pela ocorrência de várias complicações como: eventos cardíacos (hipertensão arterial, taquicardia, aumento do consumo de O₂, eventos isquémicos) alterações da coagulação (ativação plaquetária, diminuição de tromboxano A2 e coagulopatia), alterações no sistema imunitário (diminuição da resposta imunitária tecidual e conseqüentemente maior propensão para a infeção da ferida operatória), alterações hidro-eletrolíticas (hipocaliémia, hipomagnesémia), alterações endócrino-metabólicas (diminuição da secreção de corticoides, de insulina) e alterações no sistema nervoso (maior stress emocional do doente e desconforto).

A monitorização da temperatura no período perioperatório torna-se imperativa, seja de forma contínua ou intercalar, assim como, a aplicação do aquecimento através de medidas passivas, ativas, do uso de dispositivos de aquecimento de fluídos de infusão e irrigação e gestão da temperatura ambiental (SPA, 2017).

Relativamente ao domínio de **sondas, drenos e cateteres**, o enfermeiro de anestesia durante o acolhimento do cliente, deve verificar a permeabilidade do acesso venoso periférico, dado ser um dispositivo indispensável neste tipo de procedimento cirúrgico.

Fase Intraoperatória (2ª sessão: Posicionamento cirúrgico/início da cirurgia e **3ª sessão:** final da cirurgia).

Segundo Spry e Goodman (2016), a fase intraoperatória inicia-se quando a pessoa é transferida para a mesa cirúrgica e termina quando esta é transferida para a unidade de recobro. Os mesmos autores referem que as áreas de intervenção do enfermeiro, centram-se

essencialmente na segurança do cliente, na facilitação do procedimento cirúrgico, na prevenção da infecção e na satisfação das necessidades fisiológicas em resposta à anestesia e procedimento cirúrgico.

A monitorização é um aspeto essencial do cuidado no intraoperatório, centrando-se, na observação e vigilância, através de equipamentos, análise e instituição de medidas de correção, em caso de intercorrências (Sherwood et al., 2010, como citado em Silva, 2016).

Segundo a ASA (2020), durante todas as anestésias a oxigenação, a ventilação, a circulação e temperatura devem ser continuamente avaliadas.

Nesta fase, pelos motivos já mencionados anteriormente, a termorregulação, mais especificamente a hipotermia mantém-se como foco de atenção.

O **sistema cardiovascular e respiratório**, são domínios prioritários nos cuidados de enfermagem perioperatórios. A determinação e avaliação constante de dados é requerida tendo em conta um conjunto de focos de atenção associados ao sistema cardiovascular e mais em concreto o foco, ventilação no sistema respiratório.

Possíveis complicações associadas ao procedimento cirúrgico, como a hemorragia e ao procedimento anestésico nomeadamente hipotensão, depressão respiratória entre outros mencionados no enquadramento teórico, estes domínios requerem um conjunto de intervenções de vigilância e avaliação continua ao longo deste período. O objetivo é detetar precocemente complicações e permitir intervir rapidamente.

Metabolismo

Os níveis de glicose no sangue, aumentam durante e após a cirurgia devido à agressão cirúrgica. A cirurgia provoca uma resposta ao stress que resulta na libertação das hormonas contrarreguladoras (catecolaminas, cortisol, glucagon e hormona do crescimento) e na inibição da secreção de insulina, o que torna os clientes cirúrgicos em alto risco de hiperglicemia, mesmo os não diabéticos (OMS, 2018).

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

Por outro lado a hipoglicemia e as diversas variações da glicemia, predispõem a uma maior incidência de complicações hospitalares, sendo a estabilização e prevenção da hipoglicemia importante para redução da mortalidade hospitalar (Jeon et al., 2012).

Eliminação Urinária

Uma das potenciais complicações associadas ao procedimento cirúrgico (histerectomia vaginal),

são as lesões do trato urinário. A avaliação das características da urina pode ser um indicador da ocorrência de lesão. Hematúria contínua é mais sugestiva de lesão do que uma hematúria transitória uma vez que esta, pode resultar de um trauma provocado pela manipulação do trato urinário, aquando da inserção da sonda vesical ou pela pressão de um afastador (Gilmour, 2022).

Consciência

Nesta fase torna-se evidente a necessidade de avaliar a evolução da consciência do cliente, devido aos potenciais efeitos dos fármacos administrados durante o procedimento anestésico.

A anestesia locorregional, pode ser complementada com sedação. A sedação é uma técnica anestésica que dependendo do objetivo que se pretende, permite manter um estado de tranquilidade, mantendo o doente cooperante ou profundamente sedado sem resposta (Sousa & Marques, 2014).

Sensibilidade

Uma vez que a técnica anestésica (bloqueio subaracnoideu), provoca alterações da sensibilidade, o cliente fica incapaz de se mobilizar e posicionar sozinho e conseqüentemente fica sujeito a lesões.

As intervenções de enfermagem relacionados com este foco de atenção são direcionadas para o posicionamento e integridade dos tecidos.

Avaliar a evolução da integridade dos tecidos, tem de ser salvaguardada quando se posiciona o cliente para a cirurgia, devendo o enfermeiro proteger as áreas de pressão.

Para a realização da cirurgia histerectomia vaginal, a posição adotada pelo doente é a de litotomia. Neste tipo de posicionamento são utilizados suportes para os membros inferiores, torna-se necessário um posicionamento protetor (Foust-Wright & Berkowitz, 2022).

Segundo a AORN (2020), a região occipital, escapular, olecrânios, região sacrococcígea e a fossa poplíteia, dependendo do tipo de suporte dos membros inferiores, são as zonas onde é colocada maior pressão.

Os doentes cirúrgicos segundo Gefen et al. (2020), têm alto risco para desenvolver úlceras de pressão, podendo estas ser consideradas como adquiridas no intraoperatório quando identificada dentro das 72h após cirurgia.

Os mesmos autores fazem ainda referência à diretriz da EPUAP/NPIAP/PPPIA de 2019 que recomenda que o doente deve ser posicionado e/ou adotar uma posição diferente daquela utilizada na cirurgia tanto no pré como no pós-operatório, com o intuito de descarregar a

pressão do peso corporal nos tecidos.

Fase intraoperatória (3ª sessão: Final da cirurgia)

Relativamente ao domínio cardiovascular, no final do procedimento cirúrgico é realizada a avaliação da perda sanguínea estimada durante a cirurgia. Neste momento é também realizado um tamponamento vaginal.

Relativamente ao caso anteriormente apresentado, no período perioperatório, mediante os dados recolhidos foram negados os seguintes focos: sedação pela recuperação do estado de consciência, hipoglicemia, hiperglicemia, hipotermia, hipotensão e hemorragia.

Bibliografia

AESOP (2017). Práticas recomendadas para o bloco operatorio: Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida.

AORN. (2020). Lithotomy. *AORN journal*, 112(3), P18-P20. <https://doi.org/10.1002/aorn.13190>

ASA American Society of Anesthesiologists (2020). Standarts & Guidlenis: Standards for Basic Anesthetic Monitoring Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) (asahq.org)

Foust-Wright, C. E., & Berkowitz, L. R. (2022). Vaginal hysterectomy - UpToDate

Gefen, A., Creehan, S., & Black, J. (2020). Critical biomechanical and clinical insights concerning tissue protection when positioning patients in the operating room: A scoping review. *International wound journal*, 17(5), 1405-1423. <https://doi.org/10.1111/iwj.13408>

Glimour, D. (2022). Urinary tract injury in gynecologic surgery: Epidemiology and prevention. www.uptodate.com/contents/urinary-tract-injury-in-gynecologic-surgery-epidemiology-and-prevention?search=algaliação%20na%20histerectomia%20vaginal&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7

Jeon, C. Y., Furuya, E. Y., Berman, M. F., & Larson, E. L. (2012). The role of pre-operative and post-operative glucose control in surgical-site infections and mortality. *PloS one*, 7(9), e45616. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045616>

Organização Mundial de Saúde. (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection.

Sousa, H., Marques, O. (2014). Enfermagem Perioperatória: anestesia. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 69-92). Lidel.

SPA Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017). Recomendações da SPA para a Manutenção de Normotermia no Período Perioperatório Recomendações SPA. (spanestesiologia.pt)

Silva, R. M. (2016). Inovação informática de atendimento holístico do idoso no bloco operatório.(Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório científico de acesso aberto.

Spry, C., Goodman, T. (2016). Introduction to Perioperative Nursing. In C. Spry, T. Goodman, Essentials of Perioperative Nursing (pp.1-14). Jones and Bartlett learning.

3.6. Dados

Consciência

23-02-2023 09:30

Abertura dos olhos: espontânea.

Resposta verbal: orientada.

Resposta motora: obedece a ordens simples.

Consciência

23-02-2023 11:15

Abertura dos olhos: espontânea [MANTEVE].

Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

Sensibilidade

23-02-2023 09:30

sensibilidade comprometida (Bloqueio subaracnoideu)

Integridade dos tecidos (Sim)

Sensibilidade comprometida

23-02-2023 11:15

Sensibilidade comprometida (Bloqueio subaracnoideu).

Integridade dos tecidos (Sim).

Sistema respiratório

23-02-2023 09:30

Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular.

Movimento respiratório simétrico.

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 98 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Ventilação

23-02-2023 11:15

Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

Profundidade da ventilação: inspirações normais.

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 98 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Não comunica falta de ar.

Sistema cardiovascular

23-02-2023 09:30

Localização do Pulso

Tórax

Pulso rítmico.

Frequência do pulso: 72 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 143 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 83 mm Hg.

Sistema cardiovascular

23-02-2023 11:15

Localização do Pulso

Tórax

Pulso rítmico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 72 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 143 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 83 mm Hg.

Perda sanguínea

Vagina: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

Eliminação urinária

23-02-2023 09:30

Quantidade de urina: 200 ml.

Cor da urina: Amarelo-palha.

Eliminação urinária

23-02-2023 11:15

Quantidade de urina: 300 ml.

Cor da urina: Amarelo-palha.

Transparência da urina: Límpida.

Metabolismo

23-02-2023 09:30

Glicemia capilar: 87 mg/dl.

Metabolismo

23-02-2023 11:15

Glicemia capilar: 88 mg/dl.

Termorregulação

23-02-2023 09:15

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.60 °C.

Termorregulação

23-02-2023 09:30

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.60 °C.

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.60 °C.

23-02-2023 11:15

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.60 °C.

3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Fase Pré-operatória

1ª sessão (Acolhimento)

- Promover o conhecimento sobre o circuito perioperatório.
- Promover o conhecimento sobre dispositivos no pós-operatório
- Manter a normotermia no período perioperatório.
- Manter via de acesso intravenoso permeável.
- Prevenir complicações no local de inserção cateter venoso periférico.

Fase Intraoperatória

2ª sessão (Posicionamento cirúrgico - início da cirurgia)

- Manter a normotermia.
- Manter glicemia > 80 mg/dl e ≤ 180mg/dl
- Manter via de acesso intravenoso permeável.
- Prevenir complicações no local de inserção do cateter venoso periférico.
- Detetar precocemente alterações cardiovasculares decorrentes do método anestésico e cirúrgico.
- Manter via aérea permeável.
- Manter trocas gasosas adequadas.
- Manter integridade dos tecidos/Detetar alterações da integridade dos tecidos

- Detetar alterações das características da urina.

3ª sessão (Final da cirurgia)

Os objetivos delineados no planeamento dos cuidados para esta sessão, são os mesmos da 2ª sessão. Para além desses pretende-se:

- Quantificar perdas hemáticas.
- Manter tamponamento vaginal.

3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Fase Pré-operatória

1ª sessão (Acolhimento)

- O cliente verbaliza conhecimento sobre circuito perioperatório.
- O cliente verbaliza conhecimento sobre dispositivos do pós-operatório.
- O cliente mantém temperatura corporal $>36^{\circ}\text{C}$ e $<38^{\circ}\text{C}$.
- O cliente mantém via de acesso endovenoso permeável.

Fase Intraoperatório

2ª sessão (Posicionamento cirúrgico-início da cirurgia) e **3ª sessão** (final da cirurgia)

- O cliente mantém temperatura corporal $>36^{\circ}\text{C}$ e $<38^{\circ}\text{C}$.
- O cliente mantém valores de glicemia $> 80 \text{ mg/dl}$ e $\leq 180\text{mg/dl}$
- O cliente mantém via de acesso endovenoso permeável.
- O cliente não apresenta complicações no local de inserção do acesso endovenoso.
- O cliente não apresenta complicações cardiovasculares e/ou respiratórias.
- O cliente mantém via aérea permeável.
- O cliente identificado, com alterações da sensibilidade induzida pelo procedimento anestésico mantém integridade dos tecidos.

3.7. Diagnósticos

Consciência

23-02-2023 09:30

23-02-2023 09:30 - Avaliar evolução da consciência

Consciência

Intervenções de Enfermagem

23-02-2023 09:30 - Avaliar evolução da consciência

Sensibilidade

23-02-2023 09:30

Sensibilidade comprometida

Intervenções de Enfermagem

23-02-2023 09:30 - Avaliar evolução da sensibilidade.

23-02-2023 09:30 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos.

23-02-2023 09:30 - Transferir cliente.

Sistema respiratório

23-02-2023 09:30

Ventilação

Intervenções de Enfermagem

23-02-2023 09:30 - Avaliar evolução da ventilação.

23-02-2023 09:30 - Posicionar para otimizar ventilação.

23-02-2023 09:30 - Avaliar evolução da saturação de oxigénio no sangue.

Sistema cardiovascular

23-02-2023 09:30

23-02-2023 09:30 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

23-02-2023 09:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Sistema cardiovascular

Intervenções de Enfermagem

23-02-2023 09:30 - Avaliar evolução de sinais de arritmia.

23-02-2023 09:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea.

23-02-2023 09:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia.

23-02-2023 11:15 - Aplicar tamponamento (vagina).

Eliminação urinária

23-02-2023 09:30

Eliminação urinária

Intervenções de Enfermagem

23-02-2023 09:30 - Avaliar evolução das características da urina.

Metabolismo

23-02-2023 09:30

23-02-2023 09:30 - Avaliar evolução da glicemia

Metabolismo

Intervenções de Enfermagem

23-02-2023 09:30 - Avaliar evolução da glicemia.

Termorregulação

23-02-2023 09:15

23-02-2023 09:15 - Avaliar evolução da temperatura corporal

Termorregulação

Intervenções de Enfermagem

23-02-2023 09:15 - Aplicar medidas passivas de aquecimento corporal.

23-02-2023 09:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal.

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

Fase Pré-operatória (1ª sessão: Acolhimento do doente no bloco operatório)

Segundo Ferrito (2014), o acolhimento no bloco operatório decorre momentos antes da cirurgia. O cliente quando entra no bloco deve ser recebido e acolhido pelo enfermeiro, devendo este apresentar-se e preencher uma checklist de validação da conformidade da preparação pré-operatória.

No momento do acolhimento, o enfermeiro deve contribuir também para desmistificar crenças relativas ao bloco, para que o cliente perceba que todo o movimento em seu redor é no sentido de lhe proporcionar os melhores cuidados (Jesus & Abreu, 2014).

Aspetos como, dar espaço para a pessoa expressar os seus medos, angústias ou receios, mostrar disponibilidade, explicar ou reforçar o que lhe foi dito na consulta pré-operatória e o que vai acontecer na sala operatória, podem marcar a diferença neste momento (Jesus & Abreu, 2014).

Fase Intraoperatória (2ª e 3ª sessão)

O período intraoperatório inicia-se desde que o cliente é recebido na sala de operações e termina no momento em que entra na unidade pós- anestésica. O papel do enfermeiro perioperatório, envolve a coordenação e gestão de um leque de atividades que inclui a preparação adequada do ambiente físico, a transferência e posicionamento do cliente, a promoção de uma técnica de assepsia correta e a manutenção de um ambiente físico e psicológico seguro para cada cliente. As áreas de intervenção do enfermeiro centram-se na segurança do cliente, na facilitação do procedimento, na prevenção de complicações e na satisfação das necessidades fisiológicas em resposta à anestesia e à intervenção cirúrgica (Silva, 2016).

Bibliografia

Ferrito, C. (2014). Enfermagem Perioperatória: conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 3-10). Lidel.

Jesus, J., Abreu, V. (2014) Enfermagem Perioperatória: humanização em bloco operatório. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 39-46). Lidel.

Silva, R. M. (2016). Inovação informática de atendimento holístico do idoso no bloco operatório. (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10400.13/2548>

3.8. Especificação das intervenções

Ensinar sobre circuito perioperatório

- espaços físicos (Sala cirúrgica e unidade de recobro)
- tempo aproximado de permanência no Bloco Operatório

Ensinar sobre dispositivos no pós-operatório

- presença de sonda vesical
- presença de tamponamento vaginal

Aplicar medidas passivas de aquecimento corporal.

- aplicar lençol quente
- limitar exposição corporal

4. RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA

Cliente de 70 anos, com o diagnóstico de hiperplasia benigna da próstata (HBP), com sintomas do trato urinário inespecíficos, submetido a ressecção transuretral da próstata (com energia bipolar), sob anestesia geral. Cliente com antecedentes pessoais de obesidade, hipertensão arterial e diabetes não insulinocontrolada.

4.1. Enquadramento teórico

A hipertrofia benigna da próstata (HBP), é uma situação comum no envelhecimento masculino, com prevalência a nível mundial a partir dos 40 a 45 anos, atingindo 60% da população masculina aos 60 anos e 80 % aos 80 (McVary, 2023).

A próstata é dividida em três zonas teciduais diferentes, a zona periférica, zona de transição e zona central/periuretral, sendo que a HBP tem origem dentro da zona de transição (McVary, 2023).

A HBP, é definida como um aumento do número total das células estromais prostáticas e células epiteliais glandulares prostáticas, dentro da zona de transição da próstata. Esta situação pode ser assintomática, contudo nas situações em que ocorre um aumento benigno da próstata, pode resultar em sintomas do trato urinário inferior (McVary, 2023).

Os sintomas do trato urinário inferior associado à HBP, podem ser divididos em: sintomas de armazenamento (frequência urinária, urgência urinária, incontinência de urgência e noctúria), esvaziamento (hesitação, jato fraco, intermitência e esforço miccional) e pós-miccionais (gotejamento pós-miccional e sensação de esvaziamento incompleto) (Figueiredo et al., 2017).

Quando a HBP não é tratada, podem surgir complicações como retenção urinária aguda. Com a obstrução e a impossibilidade de esvaziar a bexiga totalmente, pode aumentar o risco de infeções urinárias, cálculos vesicais, formação de divertículos vesicais e problemas renais (McVary, 2023).

Segundo a diretriz da sociedade americana de urologia, a cirurgia é recomendada nos clientes que apresentem insuficiência renal secundária à HBP, retenção urinária refratária secundária à HBP, infeções recorrentes do trato urinário, cálculos vesicais recorrentes ou hematúria macroscópica devido à HBP (Lerner et al., 2021).

Técnica cirúrgica

A escolha do tipo de procedimento, deve basear-se no tamanho e forma da próstata, no risco hemorrágico do cliente, na gravidade dos sintomas e dos potenciais efeitos colaterais sexuais (McVary, 2023).

Na sua maioria, os procedimentos realizados para o tratamento da HBP, são realizados por via transuretral. Estes incluem a ressecção transuretral da próstata, vaporização transuretral da próstata, enucleação transuretral a laser, vaporização fotosselativa da próstata, incisão transuretral da próstata, terapia transuretral por micro-ondas, tratamento robótico a jato de água, terapia térmica de vapor de água e elevação uretral prostática (McVary, 2023).

Ao realizar a ressecção transuretral da próstata pode ser usada uma abordagem monopolar ou bipolar. A eficácia da cirurgia usando a abordagem monopolar ou bipolar é semelhante, contudo com a utilização da abordagem bipolar, ocorrem menos complicações (McVary, 2023).

A ressecção transuretral é realizado sob visão direta, com introdução do ressetoscópio que possui um elétrodo capaz de transmitir correntes de corte ou de coagulação. O ressetoscópio é introduzido na bexiga e no caso de tumores ou hipertrofia benigna da próstata, são realizados pequenos cortes com o elétrodo do ressetoscópio, utilizando a corrente de corte e os vasos sangrantes são coagulados com a corrente de coagulação (Amadeu, 2013).

Quando é usada energia monopolar, é colocada uma solução de irrigação contínua, com soluções isotônicas tais como sorbitol 2,7% com manitol 0,54%. O fluido de irrigação não deve conter eletrólitos, para prevenir que ocorra dispersão da corrente de alta frequência no ressetoscópio monopolar. A solução de irrigação deve ser quase iso-osmótica para prevenir hemólise sanguínea (Amadeu, 2013).

Na ressecção transuretral da próstata com energia bipolar, a corrente de eletrocirurgia encontra-se dentro da ansa de ressecção, permitindo o uso de soluções iso-osmóticas como o cloreto de sódio 0,9%. Com o uso desta solução, reduz o risco do síndrome de ressecção transuretral da próstata (TURP), melhora a hemostasia e conseqüentemente a diminuição do tempo cirúrgico (McVary, 2023).

No final da cirurgia, é colocada uma sonda vesical com irrigação para lavagem contínua da bexiga, para evitar obstrução por coágulos. Como soluto de irrigação é utilizado o cloreto de sódio 0,9% (Amadeu, 2013).

Segundo Amadeu (2013), a ressecção transuretral da próstata não deve exceder as 2 horas, uma vez que, a absorção excessiva do fluido de irrigação pode provocar hiponatremia de diluição, convulsões e falência cardíaca.

Determinados fatores como, pressão hidrostática do soluto (o saco do soluto de irrigação não deve estar a uma altura superior a 60 cm acima do cliente), número de seios venosos abertos

(técnica cirúrgica), pressão venosa periférica, duração da cirurgia e experiência do cirurgião podem afetar a absorção do líquido de irrigação (Amadeu, 2013).

Para McVary (2023), as taxas de complicações aumentam com o aumento do tempo de ressecção e o aumento do volume ressecado.

Por este motivo, Amadeu (2013) considera que o tamanho do adenoma prostático deve ser avaliado no pré-operatório (em regra entre 50 a 70 g) de forma a prever que a sua ressecção possa ser realizada em 2 horas.

Para a realização de ressecção transuretral da próstata, o posicionamento cirúrgico do cliente é de litotomia. É um procedimento que tem duração de 1 a 2 horas, com perdas estimadas que variam de 100 a 500ml, sendo estas difíceis de contabilizar por se encontrarem diluídas no soluto de irrigação (Amadeu, 2013).

Complicações mais frequentes

Como já referido, a posição neste tipo de procedimento é a de litotomia com ligeiro trendelenburg. Este posicionamento, provoca o aumento da pré-carga cardíaca que pode provocar ou não manifestações clínicas. Por outro lado com o reposicionamento para decúbito dorsal, pode ocorrer hipotensão e bradicardia (Amadeu, 2013).

Podem ocorrer lesões nervosas a nível do nervo femoral, ciático e peroneal comum se os membros inferiores, não forem posicionados adequadamente (Amadeu, 2013).

Outra das complicações é a hipotermia, associada à irrigação de solutos à temperatura ambiente, a perfuração da bexiga, sendo na maioria dos casos extraperitoneal, provocando dor na região periumbilical ou suprapúbica. Caso a perfuração seja intraperitoneal, a dor é abdominal generalizada podendo ser referida a nível do diafragma, tórax e ombro, podendo estar associada a palidez, hipotensão, sudorese, náuseas e vômitos (Amadeu, 2013).

A hemorragia, segundo Amadeu (2013) é outra das complicações, no entanto difícil de estimar devido à irrigação. Uma forma de estimar as perdas, segundo o autor é considerar 2 a 5 ml de perdas sanguíneas por minuto de ressecção e 20 a 50ml/g de próstata ressecada, contudo refere que a melhor forma de realizar a avaliação é através da monitorização de sinais vitais e do hematócrito.

Outra complicação referida pelo autor é a perfuração do reto e o síndrome de ressecção transuretral da próstata (TURP), sendo esta última, uma das complicações mais importante da ressecção transuretral da próstata (Amadeu, 2013).

O síndrome de TURP, é uma complicação que apesar de rara é potencialmente fatal. Apesar dos sinais e sintomas geralmente serem inespecíficos, estes resultam da sobrecarga de fluidos, do desequilíbrio eletrolítico e hiponatremia (NYSORA, 2023).

Para Amadeu (2013), o síndrome de TURP caracteriza-se por hipervolemia, hiponatremia e hiposmolalidade.

Os sinais e sintomas do síndrome de TURP, podem surgir a nível do sistema nervoso central, cardiorrespiratório e sistémico. A nível do sistema nervoso central os principais sinais/sintomas são: inquietação, dor de cabeça, náusea e vômito, confusão, distúrbios visuais, edema cerebral, convulsões e coma. Do sistema cardiorrespiratório: bradicardia, hipotensão/hipertensão, taquipneia, hipoxia, cianose e edema pulmonar e a nível sistémico: hipotermia, dor e distensão abdominal (NYSORA, 2023).

Segundo Amadeu (2013), os sinais neurológicos do síndrome de TURP, não são causados por si só pela hiponatremia, mas sim devido a uma diminuição aguda da osmolaridade sérica que permite a entrada de água para as células, provocando edema cerebral. Os sinais neurológicos manifestam-se com valores de sódio <120 mEq/l.

A nível cardiovascular, com valores de sódio < 115 mEq/l podem surgir alterações no ECG, como alargamento do QRS e elevação do seguimento ST (Amadeu, 2013).

Método anestésico

Para a realização de uma intervenção cirúrgica são utilizados fármacos, com a finalidade de bloquear a sensibilidade tátil e dolorosa de um paciente podendo esta ser na totalidade do corpo ou em parte, assim como, sem ou com compromisso da consciência (Sousa & Marques, 2014).

A técnica anestésica pode ser realizada de várias formas, através de anestesia geral, locorregional, local, sedação ou sedoanalgesia.

A escolha da técnica anestésica depende de muitos fatores. Estes incluem o procedimento cirúrgico, comorbilidades do paciente, instalações disponíveis e as habilidades e preferências do anestesista e até mesmo do paciente (Hore & Harley, 2014). A avaliação pré-operatória de anestesia é essencial para avaliação do estado físico do doente e consequentemente para o despiste de comorbilidades.

Na cirurgia de RTU da próstata, a anestesia de eleição é o bloqueio subaracnoideu (BSA), podendo associar uma ligeira sedação para manter o conforto do cliente. A sedação profunda deve ser evitada, para que seja possível, detetar sinais e sintomas clínicos de complicações associadas à técnica cirúrgica (Amadeu, 2013).

Período pós-operatório

O período de recobro pós-anestésico corresponde ao tempo desde o final do ato cirúrgico realizado sob anestesia (sedação, anestesia geral ou locorregional) até à recuperação do estado fisiológico pré-operatório do cliente, isto é, recuperação completa dos reflexos protetores da via aérea, estabilização dos sinais vitais e caso se aplique a reversão do bloqueio regional (Xavier &

Carrilho, 2014).

Segundo Xavier e Carrilho (2014), a AESOP considera o período de recobro pós-anestésico o período onde os acidentes anestésicos acontecem com maior frequência e gravidade, sendo que 50% destes acidentes ocorrem na primeira hora.

Aquando da transferência do doente para a unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), a equipa do intraoperatório deve transmitir, a informação detalhada ao enfermeiro da UCPA que ficará responsável pelo cliente. Da informação a transmitir deve constar: dados relativos à identificação do cliente, antecedentes pessoais relevantes, medicação relevante em ambulatório, diagnóstico de entrada, cirurgia a que foi submetido, tipo de anestesia e agentes anestésicos utilizados, medicação intraoperatória, acessos venosos e fluidoterapia, existência de drenos, sondas ou cateteres (caraterização e localização), tipo e localização de pensos operatórios e/ou tamponamentos, intercorrências e medidas de atuação no intraoperatório e eventuais complicações expectáveis (Xavier & Carrilho, 2014).

Toda a informação transmitida é importante, pois permite orientar a equipa da UCPA. Neste momento é realizada uma avaliação inicial que incidirá sobre o estado de consciência, respiração, circulação, cor/Sat O₂ atividade motora e temperatura. É ainda avaliada a presença de dor, náuseas e vômitos e quantificados os conteúdos de drenos e diurese se existirem, assim como, é verificado o estado do penso e dos acessos venosos e arteriais (Martins, 2013).

No período pós-operatório, o cliente encontra-se vulnerável a um conjunto de riscos decorrentes dos agentes anestésicos utilizados e da própria agressão inerente ao procedimento cirúrgico. Nesta fase, os cuidados de enfermagem centram-se na monitorização e manutenção da função respiratória, cardiovascular e neurológica, assim como, na prevenção e controlo da dor, náuseas e vômitos (Xavier & Carrilho, 2014).

O plano de cuidados elaborado para o cliente, com as atividades a desenvolver e com os objetivos a atingir, exige que a equipa conheça as particularidades de cada cirurgia realizada, assim como dos procedimentos anestésicos e das possíveis complicações (Martins, 2013).

A vigilância e cuidados específicos tornam-se cruciais nesta fase, a fim que a deteção de eventuais complicações e atuação necessária seja o mais precoce e eficaz possível (Xavier & Carrilho, 2014).

Segundo Martins (2013), as complicações pós-operatórias mais frequentes (por ordem decrescente de incidência) são as náuseas e vômitos, problemas com a via aérea, hipotensão, disritmias, hipertensão, alterações do estado mental e outros eventos cardíacos.

A alta do doente da unidade de recobro é da responsabilidade do anestesiológico, com o propósito de uniformizar critérios de alta é utilizada a escala de Aldrete. Esta escala permite monitorizar os doentes baseada em cinco variáveis: atividade muscular, respiração, circulação,

consciência e saturação de O₂ (Martins, 2013).

Apesar de existirem parâmetros que não estão contemplados na escala como náuseas, vômitos, a dor e as complicações cirúrgicas, estes devem ser considerados antes do doente ter alta da unidade de recobro. Considera-se alta com segurança quando, o resultado da aplicação da escala de Aldrete for de 9 ou 10 pontos (Martins, 2013).

Bibliografia:

Amadeu, E. (2013). considerações relativas às especialidades: anestesia para cirurgia urológica. In H. Machado, *Manual de Anestesiologia* (pp. 516-534). Lidel.

Figueiredo, A., Pereira, M., Príncipe, P., Nogueira, R., Lopes, T., Maricoto, T. (2017). Protocolos clínicos: sintomas do trato urinário inferior (LUTS) no homem. Protocolos2.0.pdf (apurologia.pt)

Hore, P., & Harley, I. (2014). Anaesthesia : An Introduction: Vol. Fifth edit. IP Communications. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=890892&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Lerner, L. B., McVary, K. T., Barry, M. J., Bixler, B. R., Dahm, P., Das, A. K., Gandhi, M. C., Kaplan, S. A., Kohler, T. S., Martin, L., Parsons, J. K., Roehrborn, C. G., Stoffel, J. T., Welliver, C., & Wilt, T. J. (2021). Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: AUA GUIDELINE PART I-Initial Work-up and Medical Management. *The Journal of urology*, 206(4), 806-817. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000002183>

Martins, F. (2013). Aspetos específicos no período perioperatório: unidade de cuidados pós anestésicos. In H. Machado, *Manual de Anestesiologia* (pp. 635-647). Lidel.

Mcvary, K.T. (2023). Surgical treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH) - UpToDate

NYSORA (2023). Anestesia-revisão de anestesia: RTU e síndrome de RTU www.nysora.com/anesthesia/turp-and-turp-syndrome/

Sousa, H., Marques, O. (2014). Enfermagem Perioperatória: anestesia. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 69-92). Lidel.

Xavier, F., Carrilho, S. (2014). Enfermagem Perioperatória: cuidados pós-operatórios. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 115-122). Lidel.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 70 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-05-20 10:00:00	Fentanilo-100mcg ev	
2023-05-20 10:00:00	Brometo de rocurónio - 40mg ev	
2023-05-20 10:00:00	Propofol-140mg ev	
2023-05-20 10:00:00	Desflurano	
2023-05-20 10:00:00	dexametasona 8mg ev	
2023-05-20 10:00:00	solução salina isotónica - irrigação vesical	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Período intraoperatório (1ª e 2ª sessão) e UCPA (3ª sessão)

Solução salina isotónica - irrigação vesical

Segundo Emmett et al. (2023), a abordagem bipolar permite o uso de soluções eletrolíticas, como a solução salina isotónica. Esta solução praticamente, elimina o risco de hiponatremia associado ao procedimento, contudo a absorção de um grande volume de solução salina, expandirá o volume de líquido extracelular e conseqüente gera uma sobrecarga de volume, com dispneia, edema pulmonar, hipertensão ou hipotensão e hiperclóremia.

A avaliação tecnológica do American College of Gynecology de 2005 recomenda, que o procedimento deve terminar e o soluto de irrigação deve ser interrompido, se a absorção de fluido atingir 2500ml (Emmett et al., 2023).

Para Emmett et al. (2023), a sobrecarga hídrica pode ser prevenida através da monitorização da quantidade do fluido absorvido, pela diminuição da absorção de fluidos usando baixas pressões de infusão e pela interrupção do procedimento, quando atingidos limiares de absorção pré

estabelecidos.

No final da cirurgia, é colocada uma sonda vesical com irrigação para lavagem contínua da bexiga, para evitar obstrução por coágulos. Como soluto de irrigação é utilizado o cloreto de sódio 0,9% (Amadeu, 2013).

Período Intraoperatório (1ª sessão: Indução anestésica - posicionamento cirúrgico)

Relativamente aos fármacos utilizados na indução anestésica, interessa conhecer as respectivas indicações, contraindicações, posologia, início e duração de ação, assim como os efeitos secundários.

Fentanilo

Propriedades: analgésico morfínomimético, sedação.

Indicações: analgesia perioperatória.

Contraindicações: absolutas-intolerância aos derivados de morfina. relativas- miastenia.

Posologia: anestesia geral após indução com hipnótico (3 a 5 ug/kg ev).

Início de ação: 30 seg, pico plasmático 3 a 7 min.

Duração da ação: 20 a 30 min.

Tempo de semivida: 220min.

Efeitos Secundários: depressão respiratória dose dependente, broncospasmo, rigidez muscular dependente da dose e da velocidade de injeção, náusea, vômito, bradicardia, retenção urinária e prurido.

Antagonista: naloxona.

Propofol

Propriedades: hipnótico.

Indicações: indução e manutenção da anestesia; sedação.

Contraindicações: alergia ao fármaco ou derivados de ovo.

Posologia: 2,5mg/kg ev (indução).

Início de ação: 30 a 50 seg.

Duração de ação: 5 a 10min.

Efeitos secundários: depressão cardiovascular moderada (mais acentuada nos casos de insuficiência cardíaca e/ou pessoa idosa), depressão respiratória moderada, dor na injeção.

Observações: deve ser utilizado nas 6 horas subsequentes após abertura da ampola.

Brometo de Rocurônio

Propriedades: bloqueador neuromuscular não despolarizante

Posologia: dose habitual de intubação 0,6mg/kg, intubação de sequência rápida 1,2mg/kg

Início de ação: cerca de 90 a 120 seg. (na dose habitual de intubação) e cerca de 60 seg. (na dose de sequência rápida).

Duração de ação: 20 a 35 min no caso de doses superiores (1,2mg/kg) o tempo de duração pode atingir os 60 a 120 min.

Desflurano

Efeitos cardiovasculares: diminuição dose dependente da pressão arterial média, diminuição do inotropismo e do barorreflexo, efeitos arritmogênicos com doses elevadas.

Efeitos respiratórios: depressão respiratória, broncodilatação.

Efeitos cerebrais: vasodilatação cerebral, aumento da pressão intracraniana, alteração da autorregulação do débito sanguíneo cerebral, diminuição do consumo cerebral de O₂.

Toxicidade: intoxicação por monóxido de carbono em caso de cal desidratada.

Dexametasona

A dexametasona é um corticosteroide, tem seus efeitos antiemético, anti-inflamatório e analgésico, além de provocar poucos efeitos colaterais quando administrada em pequenas doses (Bernardo & Aires 2013). Quando administrado por via sistêmica, pode provocar efeitos colaterais graves, como hipertensão, úlceras pépticas, hiperglicemia e distúrbios hidroeletrólíticos (Madamsetty, 2022).

Bibliografia:

Amadeu, E. (2013). considerações relativas às especialidades: anestesia para cirurgia urológica. In H. Machado, *Manual de Anestesiologia* (pp. 516-534). Lidel.

Bernardo, W. M., & Aires, F. T. (2013). Eficácia da dexametasona na profilaxia de náuseas e vômitos durante o pós-operatório de colecistectomia laparoscópica. *Revista da Associação Médica Brasileira* (1992), 59(4), 387-391. <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.008>

Campos, R. S. (2013). Analgésicos não opioides e anestésicos locais. In H., Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia* (pp.259-271). Lidel.

Emmett, M., Istre, O., Hahn, R. G. (2023). Hyponatremia following transurethral resection, hysteroscopy, or other procedures involving electrolyte-free irrigation <https://www.uptodate.com/contents/hyponatremia-following-transurethral-resection-hysteroscop>

y-or-other-procedures-involving-electrolyte-free-irrigation?search=solu%C3%A7%C3%A3o%20de%20irriga%C3%A7%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

Esteves, S. (2013). Bloquadores neuromusculares- a sua utilização, monitorização e reversão. In H., Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia*, (pp. 246-258). Lidel.

Madamsetty, V. S., Mohammadinejad, R., Uzieliene, I., Nabavi, N., Dehshahri, A., García-Couce, J., Tavakol, S., Moghassemi, S., Dadashzadeh, A., Makvandi, P., Pardakhty, A., Aghaei Afshar, A., & Seyfoddin, A. (2022). Dexametasona: Insights em aspectos farmacológicos, mecanismos terapêuticos e sistemas de entrega. *Ciência e engenharia de biomateriais da ACS*, 8(5), 1763-1790. <https://doi.org/10.1021/acsbiomaterials.2c00026>

Morujão, N. (2013). Anestésicos intravenosos opioides e agentes inalatórios. In H., Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia* (pp. 235-245). Lidel.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Procedimento invasivo

20-05-2023 11:15

Procedimento invasivo

Tipo de procedimento invasivo: Ressecção transuretral da próstata.
integridade dos tecidos (sim)

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 11:15 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

Potencial para melhorar o conhecimento sobre dispositivos no pós-operatório

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 11:15 - Ensinar sobre dispositivos no pós-operatório

20-05-2023 11:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre dispositivos no pós-operatório

Atitudes terapêuticas

20-05-2023 10:00

Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 20-05-2023 11:15

Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

Anestesia Geral [RESOLVIDO] 20-05-2023 11:15

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [FIM] 20-05-2023 11:15

20-05-2023 10:00 - Posicionar para procedimento cirúrgico [FIM] 20-05-2023 11:15

ventilação [RESOLVIDO] 20-05-2023 11:15

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da ventilação [FIM] 20-05-2023 11:15

Sondas, Drenos e Cateteres

20-05-2023 10:00

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Esquerda(o)

Características do dispositivo: 18G.

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

20-05-2023 10:00 - Otimizar cateter venoso periférico

20-05-2023 10:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

Mascara laringea I-Gel® Nº 5 [RESOLVIDO] 20-05-2023 11:15

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 10:00 - otimizar máscara laringea [FIM] 20-05-2023 11:15

20-05-2023 11:00

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Esquerda(o)

Presença de dor (Não).

Presença de calor (Não).

Presença de rubor (Não).

Presença de tumefação (Não).

Presença de exsudado (Não).

Cateter urinário

Características do dispositivo: 22 Fr silicone 3 vias.

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 11:00 - Otimizar cateter urinário

20-05-2023 11:15

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Esquerda(o)

Presença de dor (Não).

Presença de calor (Não).

Presença de rubor (Não).

Presença de tumefação (Não).

Presença de exsudado (Não).

Presença de infiltração (Não).

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

1ª e 2ª sessão (Intraoperatório)

Atitudes terapêuticas

Ventilação invasiva

De forma a manter a concentração de O₂ adequada, esta deverá ser avaliada pelos valores da concentração de oxigénio no gás inspirado (FIO₂) através do ventilador e no sangue pela oximetria de pulso (ASA, 2020).

Relativamente à função ventilatória, deve ser continuamente avaliada, através monitorização do gás expirado, realizada usando um método quantitativo, como a capnografia (ASA, 2020).

Anestesia Geral

Com a anestesia geral, o cliente atinge um estado de inconsciência reversível, sem qualquer sensação e simultaneamente garante um estado de imobilidade e de analgesia (Sousa & Marques, 2014).

Com a sensibilidade comprometida, associada a outros fatores como alterações hemodinâmicas, idade, posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfícies de apoio, posição dos membros, comorbilidades e idade do doente, colocam o cliente cirúrgico em risco para desenvolver lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (Vieira, 2016).

O enfermeiro perioperatório, deve possuir conhecimentos sobre as alterações anatómicas e fisiológicas no organismo do doente face ao posicionamento adotado para a cirurgia, assim como, de equipamentos e dispositivos de proteção disponíveis de forma a prevenir possíveis complicações decorrentes do tempo de permanência do doente em determinada posição cirúrgica (Lopes et al., 2016).

Na RTU da próstata, o posicionamento adotado é a posição de litotomia. Neste tipo de posicionamento a região occipital, escapular, olecrânios, região sacrococcígea e a fossa poplíteia, dependendo do tipo de suporte dos membros inferiores, são as zonas onde é colocada maior pressão (AORN, 2020).

Segundo Miranda et al. (2016), a utilização de dispositivos de proteção no posicionamento do doente cirúrgico, assegura a manutenção da integridade da pele e das pressões osteoarticulares e neuromusculares. Com o uso destes dispositivos evita-se o atrito, compressão ou estiramento neuromuscular e o contacto com as partes metálicas da marquês cirúrgica.

Com a anestesia geral, outra área do corpo que fica suscetível a lesão é a região ocular. Com a anestesia geral os reflexos protetores como o reflexo corneano é inibido, há um aumento do lagoftalmo e uma diminuição da produção e estabilidade lacrimal (Malafa et al., 2016).

Após a indução anestésica, as pálpebras do cliente devem ser encerradas e fixadas com uma tira de fita adesiva. Segundo Malafa et al. (2016), consideram que esta medida geralmente é suficiente, contudo os autores sugerem, que nos casos de alto risco como por exemplo, na posição de trendelenburg, a colocação de um penso oclusivo proporciona um encerramento mais forte e uniforme.

No reposicionamento do cliente no final da cirurgia, para a posição de decúbito dorsal, o enfermeiro deve fazê-lo de forma lenta para favorecer a adaptação fisiológica do organismo à nova posição. Uma mudança brusca pode ter implicações cardiovasculares, como hipotensão severa devido à súbita alteração do fluxo circulatório (Miranda et al., 2016).

Sondas Drenos e cateteres

A utilização de **CVP**, podemos afirmar que este é um procedimento invasivo que consiste em puncionar uma veia, através do rompimento da pele, pela transposição das suas camadas, com o auxílio de vários tipos de dispositivos, permite a administração de terapêutica endovenosa, transfusão de hemoderivados, fornecimento de um suporte nutricional e sempre que é necessário o acesso direto à corrente sanguínea. Permite um acesso ao sistema vascular de forma mais rápida, menos complexa e menos invasiva (Enes et al., 2016).

Sabe-se que a colonização da porção endovascular do cateter precede sempre a infecção e pode desenvolver-se por duas vias: intraluminal e extraluminal. A migração de microrganismos da pele desde o local da inserção até à ponta do cateter é a causa mais comum de infecção nos cateteres de acesso vascular. A infecção local pode assim decorrer da colonização do biofilme por microrganismos, que posteriormente podem ser libertados na corrente sanguínea causando infeções sistémicas. Os microrganismos mais comuns são os gram+, o *Staphylococcus epidermidis* e o *Staphylococcus aureus* (Damani, 2012).

A **máscara laríngea I-gel®** é designada como um dispositivo supraglótico. É um dispositivo de uso único, constituído por elastómero termoplástico tipo gel e sem cuff. Possui um canal de drenagem gástrico estreito e um bloqueador de dentada integrado (Meixedo, 2013).

No final da cirurgia (**2ª sessão do intraoperatório**) da RTU da próstata, é colocado um **cateter urinário** com irrigação para lavagem contínua da bexiga, de forma a evitar obstrução por coágulos (Amadeu, 2013).

Para prevenir a infecção associada ao cateter urinário, a DGS (2022) recomenda, que este deve ser mantido seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga (sem tocar no chão) e o saco esvaziado quando atingir 2/3 da sua capacidade. Durante o manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, deve ser cumprida a técnica limpa e mantida a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado.

Na **3ª sessão (Pós-operatório: entrada do cliente na UCPA)**, optou-se por identificar o foco **procedimento invasivo**.

De forma a manter a avaliação da evolução da integridade dos tecidos no período pós-operatório, pareceu pertinente associar esta intervenção ao procedimento invasivo (antes inserida nas atitudes terapêuticas, mais concretamente na anestesia geral).

Para Gefen et al. (2020), o cliente cirúrgico tem alto risco para desenvolver úlceras de pressão,

pela perda de sensibilidade e imobilidade durante o ato cirúrgico, assim como, na recuperação após a cirurgia. Os mesmos autores referem que a identificação de uma úlcera de pressão nas 72h após a cirurgia, pode ser considerada como adquirida no intraoperatório.

Peixoto et al. (2019), referem que o cliente cirúrgico está exposto, a forças de pressão, fricção, cisalhamento e a humidade, que contribuem para o desenvolvimento de lesões.

Considerou-se ainda pertinente, nesta fase e inserido neste foco (procedimento invasivo), avaliar a evolução do conhecimento do cliente face aos dispositivos no pós-operatório.

Segundo Jesus e Abreu (2014), o ensino/informação é reconhecido como uma necessidade importante em todas as fases da doença, os autores referem ainda, que quando as dúvidas e receios não são clarificados constituem um fator de ansiedade.

Bibliografia

Amadeu, E. (2013). considerações relativas às especialidades: anestesia para cirurgia urológica. In H. Machado, *Manual de Anestesiologia* (pp. 516-534). Lidel.

AORN. (2020). Lithotomy. *AORN journal*, 112(3), P18-P20. <https://doi.org/10.1002/aorn.13190>

ASA American Society of Anesthesiologists (2020). Standarts & Guidlenis: Standards for Basic Anesthetic Monitoring Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) (asahq.org)

Damani, N. (2012). *Infection prevention and control* (3ª ed.). Nova Iorque: Oxford University.

DGS (2022). Norma nº 019/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Enes, S. M., Opitz, S. P., Faro, A. R., & Pedreira, M.deL. (2016). Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em adultos internados em hospitais da Amazônia Ocidental Brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 50(2), 263-271.

Gefen, A., Creehan, S., & Black, J. (2020). Critical biomechanical and clinical insights concerning tissue protection when positioning patients in the operating room: A scoping review. *International wound journal*, 17(5), 1405-1423. <https://doi.org/10.1111/iwj.13408>

Jesus, J., Abreu, V. (2014) *Enfermagem Perioperatória: humanização em bloco operatório*. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp.39-46). Lidel.

Lopes, C. M., Haas, V. J., Dantas, R. A., Oliveira, C. G., & Galvão, C. M. (2016). Escala de avaliação do risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Revista latino-*

americana de enfermagem, 24, e2704. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>

Malafa, M. M., Coleman, J. E., Bowman, R. W., & Rohrich, R. J. (2016). Perioperative Corneal Abrasion: Updated Guidelines for Prevention and Management. *Plastic and reconstructive surgery*, 137(5), 790e–798e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002108>

Meixedo, C. (2013) Anestesiologia clínica: via aérea e ventilação. In H. Machado, *Manual de Anestesiologia* (pp. 199-222). Lidel.

Miranda, A. B., Fogaça, A. R., Rizzetto, M., & Cuvello Lopes, L. C. (2016). Posicionamento Cirúrgico: Cuidados de Enfermagem No Transoperatório. *SOBECC Revista*, 21(1), 52-58. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600010008>.

Peixoto, C. A., Ferreira, M. B. G., Felix, M. M. D. S., Pires, P. D. S., Barichello, E., & Barbosa, M. H. (2019). Avaliação de risco para lesões por pressão perioperatórias. *Revista latino-americana de enfermagem*, 27, e3117. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2677-3117>

Sousa, H., Marques, O. (2014). Enfermagem Perioperatória: anestesia. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 69-92). Lidel.

Vieira, M. M., (2016). Fatores determinantes na incidência de úlceras por pressão no bloco operatório em doentes submetidos a cirurgia major. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo).

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
20-05-2023 10:00	Sistema cardiovascular	
20-05-2023 10:00	Metabolismo	
20-05-2023 10:00	Termorregulação	
20-05-2023 10:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
20-05-2023 10:00	Atitudes terapêuticas	20-05-2023 11:15
20-05-2023 10:00	Sistema respiratório	
20-05-2023 11:15	Consciência	
20-05-2023 11:15	Dor	
20-05-2023 11:15	Reflexo corneano	
20-05-2023 11:15	Digestão	
20-05-2023 11:15	Procedimento invasivo	

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

O **sistema cardiovascular** será provavelmente o domínio mais prioritário nos cuidados de enfermagem perioperatórios. A determinação e avaliação constante de dados é requerida tendo em conta um conjunto de focos de atenção associados ao sistema cardiovascular.

O cliente submetido a RTU da próstata, apresenta risco de complicações derivadas da cirurgia, da técnica anestésica e das características do próprio cliente. O objetivo da intervenção do enfermeiro, é evitar complicações ou detetá-las e tratá-las precocemente.

No período pós-operatório, os valores da frequência cardíaca e a pressão arterial devem-se aproximar dos níveis pré-operatórios, A pressão arterial sistólica, deve estar acima de 90 mmHg e abaixo de 180 mmHg (Prates et al., 2022). A avaliação continua destes parâmetros, assim como, as perdas hemáticas obtidas pela análise do conteúdo do sistema de drenagem é uma prioridade nos cuidados pós anestésicos.

Metabolismo

Os níveis de glicose no sangue aumentam durante e após a cirurgia devido à agressão cirúrgica. A cirurgia provoca uma resposta ao stresse que resulta na libertação das hormonas contrarreguladoras (catecolaminas, cortisol, glucagon e hormona do crescimento) e na inibição da secreção de insulina. O que torna os clientes cirúrgicos em alto risco de hiperglicemia, mesmo os não-diabéticos (OMS, 2018)

A hiperglicemia, está associada a um risco aumentado de infeção do local cirúrgico (ILC), consequentemente a um risco aumentado de morbilidade, mortalidade, maiores custos de cuidados de saúde tanto em doentes diabéticos como não diabéticos e má cicatrização da ferida cirúrgica por deficiente função dos leucócitos e redução da síntese do colagénio (OMS, 2018).

Por outro lado, a hipoglicemia e as diversas variações da glicemia predispõem a uma maior incidência de complicações hospitalares, sendo a estabilização e prevenção da hipoglicemia importante para a redução da mortalidade hospitalar (Jeon et al., 2012).

Neste sentido, o controlo da glicemia no perioperatório tem um impacto positivo na morbilidade, mortalidade, tempo de internamento e reduz o risco de infeção nos doentes diabéticos e não diabéticos submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Relativamente ao domínio do **sistema respiratório** e mais em concreto o foco de atenção, ventilação, deve ser identificado pelo enfermeiro perioperatório, como uma prioridade nos cuidados de vigilância e despiste de eventuais complicações. Das possíveis complicações da cirurgia, bem como, dos efeitos secundários dos fármacos associados à anestesia.

No período pós-operatório, a respiração espontânea e profunda e os reflexos de tosse e deglutição devem estar presentes. O padrão ventilatório, deve ser o habitual prévio ao procedimento invasivo, mantendo SatO_2 acima de 90%. Se necessário, deve ser prescrita oxigenoterapia para o serviço de destino (Prates et al., 2022).

Este domínio requer um conjunto de intervenções de vigilância e avaliação contínua ao longo do período intra e pós-operatório com o objetivo de detetar precocemente complicações e permitir intervir rapidamente. Desta forma o planeamento dos cuidados de enfermagem neste foco passa por ações muito concretas de vigilância e despiste de complicações e intervenções imediatas de suporte.

Um dos focos que requer atenção por parte da equipa cirúrgica, em particular os enfermeiros perioperatórios é a **termorregulação**, mais especificamente a hipotermia.

A hipotermia perioperatória inadvertida é uma complicação frequente, capaz de ser prevenida e que está associada a piores outcomes. Segundo a literatura, 26% a 90% dos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresentam-se hipotérmicos no final da cirurgia e esta complicação pode ocorrer em qualquer fase do período perioperatório (SPA, 2017).

Fatores como a inibição das respostas fisiológicas termorreguladoras associada à anestesia, a diminuição do metabolismo basal, os fatores associados ao procedimento cirúrgico e a exposição do doente às baixas temperaturas do bloco operatório, assumem um papel importante para o desenvolvimento desta complicação (SPA, 2017).

Segundo a SPA (2017), os mecanismos fisiopatológicos associados à hipotermia são responsáveis pela ocorrência de várias complicações como: eventos cardíacos (hipertensão arterial, taquicardia, aumento do consumo de O_2 e eventos isquémicos), alterações da coagulação (ativação plaquetária, diminuição de tromboxano A2 e coagulopatia), alterações no sistema imunitário (diminuição da resposta imunitária tecidual e consequentemente maior propensão para a infeção da ferida operatória), alterações hidro-eletrolíticas (hipocaliémia, hipomagnesémia), alterações endócrino-metabólicas (diminuição da secreção de corticoides, de insulina) e alterações no sistema nervoso (maior stress emocional do doente e desconforto).

Período pós-operatório (3ª sessão - Entrada do cliente na UCPA)

No período pós-operatório, o cliente encontra-se vulnerável a um conjunto de riscos decorrentes dos agentes anestésicos utilizados e da própria agressão inerente ao procedimento cirúrgico. Nesta fase, os cuidados de enfermagem centram-se na monitorização e manutenção da função respiratória, cardiovascular e neurológica, assim como, na prevenção e controlo da dor, náuseas e vómitos (Xavier & Carrilho, 2014).

O foco da atuação do enfermeiro na UCPA é o cliente, promovendo uma avaliação sistematizada e regular.

Pelos motivos já mencionados anteriormente, os domínios iniciados no período do intraoperatório (cardiovascular, respiratório, metabolismo, termorregulação) tem continuidade ao longo da permanência do cliente na UCPA.

Nesta sessão, optou-se por identificar no domínio cardiovascular, o processo neurovascular, pelas complicações que o posicionamento de litotomia pode causar.

O síndrome compartimental dos membros inferiores, embora seja uma situação rara de lesão associada ao posicionamento é particularmente grave. Esta complicação é associada a procedimentos cirúrgico longos com o cliente em posição de litotomia (Fleisch et al., 2021).

Para Bouyer-Ferullo (2013), este tipo de posicionamento é mais propenso a causar lesões nervosas periféricas. A posição de litotomia coloca os nervos peroneal e femoral em risco de compressão e alongamento.

Consciência

Nesta fase torna-se evidente a necessidade de avaliar a evolução da consciência do cliente, devido aos potenciais efeitos residuais dos fármacos administrados durante o procedimento anestésico.

Segundo Raimundo e Borges (2016), a alteração do estado de consciência é o principal transtorno do sistema nervoso central observado no pós-operatório. Neste período, o cliente pode apresentar um quadro de agitação, de sonolência excessiva, ou ambos alternadamente.

Dor

Nos procedimentos endoscópicos, como é o caso da ressecção transuretral da próstata Amadeu (2013), considera que no pós-operatório é atribuído um score de 1-2/10 na escala visual analógica.

A avaliação da dor é essencial neste período, o tratamento ineficaz pode provocar a curto prazo alterações fisiopatológicas importantes nos diversos sistemas orgânicos e prolongar o tempo de recobro (Xavier & Carrilho 2014).

Digestão

As náuseas e vômitos constituem uma das complicações mais frequentes no período pós-operatório e podem em casos extremos, provocar situações graves como deiscência de suturas, aspiração de vômito, pneumonia de aspiração, desidratação entre outras (Xavier & Carrilho, 2014).

Reflexo corneano

Segundo as recomendações da diretriz da AORN (2017), de forma a identificar lesões no cliente causadas pelo posicionamento cirúrgico, o enfermeiro perioperatório deve realizar uma

avaliação pós-operatória, quanto a sinais e sintomas de lesões, sendo a lesão ocular uma delas.

A abrasão da córnea, é a lesão ocular mais comum durante a cirurgia, sendo os fatores de risco para a sua ocorrência, a idade avançada, exoftalmia, cirurgias superiores a 60 minutos, cirurgia em posição sentada, trendelenburg e lateral, cirurgia de cabeça e pescoço, hipotensão intraoperatória e anemia pré-operatória (Malafa et al., 2016).

Todos os estímulos corneanos nomeadamente, químicos, mecânicos e térmicos são dolorosos. Durante as primeiras horas após a cirurgia, quando ocorre este tipo de lesão o cliente, apresenta dor intensa, visão turva, fotofobia e lacrimejamento (Malafa et al., 2016).

Relativamente ao caso anteriormente apresentado (RTU da próstata), no período perioperatório, mediante os dados recolhidos foram negados os seguintes focos: hipoventilação e limpeza da via aérea ineficaz por apresentar parâmetros ventilatórios normais e via aérea permeável, a sedação pela recuperação do estado de consciência, as náuseas e vômitos, a hipotermia, hipotensão, hemorragia, o comprometimento da perfusão dos tecidos e neurovascular, hiperglicemia, hipoglicemia e a dor.

Bibliografia:

AORN (2017). Guideline Summary: Positioning the Patient. AORN journal, 106(3), 238-247. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.006>

Amadeu, E. (2013). considerações relativas às especialidades: anestesia para cirurgia urológica. In H. Machado, *Manual de Anestesiologia* (pp. 516-534). Lidel.

Bouyer-Ferullo S. (2013). Preventing perioperative peripheral nerve injuries. AORN journal, 97(1), 110-124.e9. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.10.013>

Fleisch, M. C., Bader, W., Balzer, K., Bennefeld, L., Boeing, C., Bremerich, D., Gass, P., Geissbuehler, V., Koch, M. C., Nothacker, M. J., Pietzner, K., Renner, S. P., Römer, T., Roth, S., Schütz, F., Schulte-Mattler, W., Sehoul, J., Lippach, K., Tamussino, K., Teichmann, A., ... Zarras, K. (2021). The Prevention of Positioning Injuries During Gynecologic Surgery. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k Level, AWMF Registry Number 015/077, October 2020). *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 81(4), 447-468. <https://doi.org/10.1055/a-1378-4209>

Jeon, C. Y., Furuya, E. Y., Berman, M. F., & Larson, E. L. (2012). The role of pre-operative and post-operative glucose control in surgical-site infections and mortality. *PloS one*, 7(9), e45616. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045616>

Malafa, M. M., Coleman, J. E., Bowman, R. W., & Rohrich, R. J. (2016). Perioperative Corneal Abrasion: Updated Guidelines for Prevention and Management. *Plastic and reconstructive surgery*, 137(5), 790e-798e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002108>

Organização Mundial de Saúde. (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site

infection.

Prates, A., Colognese, B., Caumo, W., & Stefani, L. C. (2022). Development of a recovery-room discharge checklist (SAMPE checklist) for safe handover and its comparison with Aldrete and White scoring systems. *Brazilian journal of anesthesiology (Elsevier)*, 72(2),200-206.<https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.07.004>

Raimundo, A., Borges, R. (2016) Manual de cuidados pós anestésicos: estado confusional/alteração do estado de consciência pós-operatório 04_29_16_02_manual_cpa.pdf (simcoimbra.org)

SPA Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017). Recomendações da SPA para a Manutenção de Normotermia no Período Perioperatório Recomendações SPA. (spanestesiologia.pt)

Xavier, F., Carrilho, S. (2014). Enfermagem Perioperatória: cuidados pós-operatórios. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 115-122). Lidel.

4.6. Dados

Consciência

20-05-2023 11:15

Abertura dos olhos: espontânea.

Resposta verbal: orientada.

Resposta motora: obedece a ordens simples.

Consciência

Dor

20-05-2023 11:15

Dor

Reflexo corneano

20-05-2023 11:15

Integridade do reflexo corneano

Bilateral: sem compromisso.

Reflexo corneano

Sistema respiratório

20-05-2023 10:00

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 98 %.

dispositivo de ventilação mecânica (sim)

Ventilação

20-05-2023 11:00

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 98 %.

Dispositivo de ventilação mecânica (sim)

20-05-2023 11:15

Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular.

Movimento respiratório simétrico.

Profundidade da ventilação: inspirações normais.

Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 97 %.

Sistema cardiovascular

20-05-2023 10:00

Localização do Pulso

Tórax

Pulso rítmico.

Frequência do pulso: 71 pulsações por minuto.

Pé Esquerda(o)

Pulso rítmico.

Frequência do pulso: 71 pulsações por minuto.

Pé Direita(o)

Pulso rítmico.

Frequência do pulso: 71 pulsações por minuto.

Punho Direita(o)

Pulso rítmico.

Frequência do pulso: 71 pulsações por minuto.

Punho Esquerda(o)

Pulso rítmico.

Frequência do pulso: 71 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 150 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 75 mm Hg.

Temperatura das extremidades

Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

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

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

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

Coloração das extremidades

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

Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

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

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

Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

sistema cardiovascular

Perfusão dos tecidos periféricos

20-05-2023 11:00

Localização do Pulso

Tórax

Pulso rítmico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

Punho Direita(o)

Pulso rítmico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

Punho Esquerda(o)

Pulso rítmico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

Pé Direita(o)

Pulso rítmico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

Pé Esquerda(o)

Pulso rítmico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 141 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 72 mm Hg.

Temperatura das extremidades

Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

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

Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

Coloração das extremidades

Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

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

Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Perda sanguínea

Bexiga: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

quantidade administrada na irrigação da bexiga (2000ml)

quantidade eliminada na irrigação da bexiga (2000ml)

20-05-2023 11:15

Localização do Pulso

Tórax

Pulso rítmico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 141 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 72 mm Hg.

Temperatura das extremidades

Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

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

Coloração das extremidades

Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

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

Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Perda sanguínea

Bexiga: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade [MANTEVE].

compromisso neurovascular (náo)

Processo neurovascular

Digestão

20-05-2023 11:15

Sem sensação de enjoo.

Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

Digestão

Metabolismo

20-05-2023 10:00

Glicemia capilar: 150 mg/dl.

Metabolismo

20-05-2023 11:00

Glicemia capilar: 141 mg/dl.

20-05-2023 11:15

Glicemia capilar: 150 mg/dl.

Termorregulação

20-05-2023 10:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.10 °C.

termorregulação

20-05-2023 11:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.20 °C.

20-05-2023 11:15

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.20 °C.

4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Período intraoperatório e pós-operatório

- Identificar precocemente sinais de comprometimento da ventilação.
- Manter via aérea permeável.
- Manter trocas gasosas adequadas.
- Identificar precocemente sinais de hemorragia.
- Quantificar perdas hemáticas.
- Quantificar entradas e saídas da solução de irrigação.
- Identificar precocemente sinais de arritmia.
- Identificar precocemente sinais de perfusão tecidual inefetiva.
- Manter glicemia > 80 mg/dl e ≤ 180mg/dl no intra e no pós-operatório.
- Manter a temperatura central entre 36 ° C e 38° C durante o período perioperatório
- Manter integridade dos tecidos.

Período Pós-operatório

- Prevenir complicações decorrentes de alterações do estado de consciência.
- Prevenir náuseas e vômitos.
- Manter dor controlada.
- Identificar precocemente sinais de compromisso do reflexo corneano
- Identificar precocemente sinais de compromisso neurovascular
- Promover o conhecimento sobre dispositivos no pós-operatório.

4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Período Intraoperatório e pós-operatório

- O cliente mantém a via aérea permeável.
- O cliente mantém trocas gasosas adequadas.
- O cliente não apresenta complicações cardiovasculares.
- O cliente mantém valores de glicemia capilar $> 80 < 180$ mg/dl durante a cirurgia e no pós-operatório.
- O cliente mantém temperatura corporal $>36^{\circ}\text{C}$ e $<38^{\circ}\text{C}$.
- O cliente mantém a integridade dos tecidos.

Período Pós-operatório

- O cliente não apresenta complicações decorrentes de alterações do estado de consciência.
- O cliente mantém dor controlada.
- O cliente não apresenta náuseas e/ou vômitos.
- O cliente apresenta integridade do reflexo corneano
- O cliente verbaliza conhecimento sobre dispositivos do pós-operatório.

4.7. Diagnósticos

Consciência

20-05-2023 11:15

Consciência

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 11:15 - Avaliar evolução da consciência

Dor

20-05-2023 11:15

Dor

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 11:15 - Avaliar evolução da dor

Reflexo corneano

20-05-2023 11:15

Reflexo corneano

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 11:15 - Avaliar evolução de sinais de compromisso do reflexo corneano

Sistema respiratório

20-05-2023 10:00

Ventilação

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da ventilação

20-05-2023 10:00 - Posicionar para otimizar a ventilação

20-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da saturação de oxigénio no sangue

20-05-2023 11:15 - Avaliar evolução da ventilação

Sistema cardiovascular

20-05-2023 10:00

20-05-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

20-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

sistema cardiovascular

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 10:00 - avaliar evolução de sinais de hemorragia

20-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da quantidade administrada na irrigação da bexiga

20-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da quantidade eliminada na irrigação da bexiga

20-05-2023 11:00 - Irrigar Bexiga

Perfusão dos tecidos periféricos

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

20-05-2023 10:00 - Manter meias elásticas

20-05-2023 11:15

Processo neurovascular

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 11:15 - Avaliar evolução de sinais de compromisso neurovascular

Digestão

20-05-2023 11:15

Digestão

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 11:15 - Avaliar evolução do vomitar

20-05-2023 11:15 - Avaliar evolução da náusea

Metabolismo

20-05-2023 10:00

20-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da glicemia

Metabolismo

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 10:00 - avaliar evolução da glicemia capilar

Termorregulação

20-05-2023 10:00

20-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

termorregulação

Intervenções de Enfermagem

20-05-2023 10:00 - aplicar medidas ativas de aquecimento

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

Período intraoperatório (1ª sessão: indução anestésica/posicionamento cirúrgico e **2ª sessão:** Final de procedimento cirúrgico).

As áreas de intervenção do enfermeiro, centram-se na segurança do cliente, na facilitação do procedimento, na prevenção de complicações e na satisfação das necessidades fisiológicas em resposta à anestesia e à intervenção cirúrgica (Silva, 2016).

Encontrando-se o cliente num momento de grande dependência, compete ao enfermeiro manter uma observação e vigilância intensivas, ter capacidade de despistar sinais e sintomas de complicações que possam surgir e estar apto a atuar em situações de emergência/urgência.

Abordaremos os contributos das intervenções de enfermagem associados aos domínios ou focos de atenção.

Sistema Respiratório

Segundo Miranda et al. (2016), algumas posições cirúrgicas associadas a determinadas características do cliente podem aumentar o risco de complicações e comprometer a função respiratória. Em particular a posição de litotomia em clientes obesos.

Este posicionamento, pode causar comprometimento respiratório devido ao aumento da pressão no diafragma, causado pela deslocação cefálica dos órgãos abdominais (Spruce, 2021).

Desta forma o planeamento dos cuidados de enfermagem neste foco, passa por ações muito concretas de vigilância e despiste de complicações e intervenções imediatas de suporte ventilatório.

Sistema Cardiovascular

Segundo a ASA (2020), durante todas as anestésias a oxigenação, a ventilação, a circulação e temperatura devem ser continuamente avaliadas.

A monitorização de dados vitais é um aspeto essencial do cuidado no intraoperatório, centrando-se na observação e vigilância, através de equipamentos, análise e instituição de medidas de correção, em caso de intercorrência cirúrgica (Sherwood et al., 2010, como citado em Silva, 2016)

Na RTU da próstata, segundo Amadeu (2013), as perdas estimadas variam de 100 a 500ml, sendo estas difíceis de contabilizar por se encontrarem diluídas no soluto de irrigação.

As perdas sanguíneas, devem ser designadas por perda de sangue estimada. Dado que são estimativas, não são rigidamente precisas e dependem de uma combinação de fatores nomeadamente: volume de sangue aspirado do campo cirúrgico, a partir do qual o fluido de irrigação deve ser subtraído, a determinação da perda de sangue recolhida em compressas (através de pesagem das mesmas) e outras possíveis estimativas de perda de sangue (no material utilizado na cirurgia, no chão, campo cirúrgico) (Couto, 2014).

A estimativa da perda de sangue intraoperatória é uma parte integrante de qualquer procedimento cirúrgico. Quantificar as perdas sanguíneas durante uma cirurgia, em conjunto com outras variáveis, como a pressão arterial, o ritmo cardíaco e a perfusão dos tecidos, são essenciais para a avaliação contínua da condição de um cliente e para avaliar e adaptar a gestão intra e pós-operatória (Lee et al., 2006).

Com a anestesia, ocorre vasodilatação periférica resultando em hipotensão e diminuição do retorno venoso (Miranda et al., 2016).

De forma a promover o retorno venoso Almeida e Pacheco (2014), referem que na posição de litotomia é necessária a colocação de meias de contenção.

Na diretriz da AORN (2017), para além de recomendar o uso meias de compressão graduada e/ou dispositivos de compressão pneumática intermitente neste tipo de posicionamento, recomenda que se possível devem ser estabelecidos intervalos de reposicionamento, sendo que estes devem ser definidos pela equipa perioperatória antes do início do procedimento e tendo em conta a individualidade de cada doente e a sua situação específica.

Metabolismo

Ao nível do foco metabolismo, a atenção e planeamento dos cuidados de enfermagem perioperatórios, visa a avaliação dos valores de glicemia do cliente.

A American Diabetes Association (2017), preconiza como objetivo no perioperatório, a manutenção da glicemia entre 80 e 180 mg/dl.

Termorregulação

Como referido no enquadramento teórico, uma das complicações da RTU da próstata é a hipotermia associada à irrigação de solutos à temperatura ambiente.

A monitorização da temperatura no período perioperatório torna-se imperativa, seja de forma contínua ou intercalar, assim como, a aplicação do aquecimento através de medidas passivas, medidas ativas, do uso de dispositivos de aquecimento de fluidos de infusão e irrigação e a gestão da temperatura ambiental (SPA, 2017).

A AESOP (2017), define como normotermia valores de temperatura central entre 36°C e 38°C.

Período pós-operatório (3ª sessão: entrada do cliente na UCPA)

As intervenções inerentes aos domínios selecionados no período do intraoperatório mantêm-se no pós-operatório.

Nesta fase, torna-se evidente a necessidade de avaliar a evolução da **consciência** do cliente, devido aos potenciais efeitos residuais dos fármacos administrados durante o procedimento anestésico.

Segundo Raimundo e Borges (2016), a alteração do estado de consciência é o principal transtorno do sistema nervoso central observado no pós-operatório. Neste período, o cliente pode apresentar um quadro de agitação, de sonolência excessiva, ou ambos alternadamente.

Relativamente à **dor** no pós-operatório, o enfermeiro deve valorizar sempre as queixas algícas verbalizadas pelo cliente, atendendo às suas características (localização, tipo, gravidade e duração) e classificá-la quanto à sua intensidade, recorrendo por exemplo a escalas de avaliação da dor (Xavier & Carrilho, 2014).

Segundo Martins (2013), sempre que possível deve-se privilegiar a autoavaliação da dor e manter o mesmo instrumento de avaliação em todas as avaliações, devendo este ser escolhido de acordo com o escalão etário, o grau de instrução do cliente e o estado mental.

A avaliação da dor, pode ser realizada tendo por base a informação fornecida pelo próprio cliente, ou na sua ausência, pela observação do seu comportamento, pela sua expressão facial, posição corporal ou qualquer outro que possa ser tradutor de desconforto associado à dor. A Escala Numérica (EN) consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem Dor" e a 10 a classificação "Dor Máxima" (Dor de intensidade máxima imaginável) (Prates et al., 2022).

A classificação numérica indicada pelo cliente será assinalada no sistema de documentação de cuidados de enfermagem. É um instrumento importante para verificarmos a evolução da recuperação após a intervenção cirúrgica, sendo também importante critério para a alta da UCPA. A dor deve ser controlada (Escala Numérica ≤ 3) e analgesia adequada deve ser administrada e planeada (Prates et al., 2022).

Este parâmetro, também é útil para podermos analisar se as intervenções implementadas estão

a ser efetivas, assim como, para despiste de possíveis complicações associadas ao procedimento cirúrgico.

A intervenção do enfermeiro, no período pós-operatório imediato relativamente às **náuseas e vômitos**, é sobretudo a deteção de fatores desencadeantes dos mesmos, gerindo medicação prescrita e contribuindo para uma ambiente favorável à recuperação, adequando luminosidade e ruído na UCPA, e reduzindo as mobilizações do cliente (Xavier & Carrilho, 2014).

Reflexo Corneano

Nesta fase, optou-se por identificar este foco pelos motivos já antes referidos, nomeadamente a inibição dos reflexos autonómicos, como o reflexo corneano provocado pela anestesia geral. Com a inibição destes reflexos, o cliente fica suscetível a lesões da córnea.

Apesar de terem sido aplicadas medidas de proteção durante o posicionamento cirúrgico, no pós-operatório o enfermeiro deve manter o seu foco na vigilância para detetar precocemente possíveis complicações.

Bibliografia

AESOP (2017) Práticas recomendadas para o bloco operatorio: Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida.

Almeida, F., Pacheco, C. (2014). Enfermagem Perioperatória: posicionamentos em cirurgia. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 93-101). Lidel

Amadeu, E. (2013). considerações relativas às especialidades: anestesia para cirurgia urológica. In H. Machado, *Manual de Anestesiologia* (pp. 516-534). Lidel

American Diabetes Association (2017). 14. Diabetes Care in the Hospital. *Diabetes care*, 40(Suppl 1), S120-S127

AORN (2017). Guideline Summary: Positioning the Patient. *AORN journal*, 106(3), 238-247. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.006>

ASA American Society of Anesthesiologists (2020). Standarts & Guidlenis: Standards for Basic Anesthetic Monitoring Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) (asahq.org)

Couto, J. P. (2014). Avaliação das perdas sanguíneas intraoperatórias através da análise de compressas cirúrgicas. (Tese de mestrado, Universidade católica portuguesa do Porto. Escola superior de Biotecnologia). Repositório científico de acesso

Gefen, A., Creehan, S., & Black, J. (2020). Critical biomechanical and clinical insights concerning tissue protection when positioning patients in the operating room: A scoping review.

International wound journal, 17(5), 1405-1423. <https://doi.org/10.1111/iwj.13408>

Lee, M. H., Ingvertsen, B. T., Kirpensteijn, J., Jensen, A. L., & Kristensen, A. T. (2006). Quantification of surgical blood loss. *Veterinary surgery : VS*, 35(4), 388-393. <https://doi.org/10.1111/j.1532-950X.2006.00162.x>

Martins, F. (2013). Aspectos específicos no período perioperatório: unidade de cuidados pós anestésicos. In H. Machado, *Manual de Anestesiologia* (pp. 635-647). Lidel

Miranda, A. B., Fogaça, A. R., Rizzetto, M., & Cuvello Lopes, L. C. (2016). Posicionamento Cirúrgico: Cuidados de Enfermagem No Transoperatório. *SOBECC Revista*, 21(1), 52-58.

Prates, A., Colognese, B., Caumo, W., & Stefani, L. C. (2022). Development of a recovery-room discharge checklist (SAMPE checklist) for safe handover and its comparison with Aldrete and White scoring systems. *Brazilian journal of anesthesiology (Elsevier)*, 72(2), 200-206. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.07.004>

Raimundo, A., Borges, R. (2016) Manual de cuidados pós anestésicos: estado confusional/alteração do estado de consciência pós-operatório 04_29_16_02_manual_cpa.pdf (simcoimbra.org).

Silva, R. M. (2016). Inovação informática de atendimento holístico do idoso no bloco operatório. (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório científico de acesso aberto.

SPA Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017). Recomendações da SPA para a Manutenção de Normotermia no Período Perioperatório. (spanestesiologia.pt)

Spruce L. (2021). Positioning the Patient. *AORN journal*, 114(1), 75-84.

Xavier, F., Carrilho, S. (2014). Enfermagem Perioperatória: cuidados pós-operatórios. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 115-122). Lidel.

4.8. Especificação das intervenções

Posicionar para procedimento cirúrgico

- nivelar apoios de braços com o colchão da marquesa cirúrgica
- colocar material de acolchoamento nos suportes de braços
- colocar braços abduzidos <90º e em posição supina
- prender braços aos suportes de apoio
- colocar nádegas niveladas com a quebra inferior da marquesa cirúrgica e com a região sacrococcígea apoiada na superfície da marquesa

- colocar perneiras numa altura uniforme
- colocar material de acolchoamento nos suportes de pernas
- colocar de forma lenta e simultânea as pernas nos suportes
- prender as pernas aos suportes de apoio
- encerrar as pálpebras e fixá-las com tira de fita adesiva

aplicar medidas ativas de aquecimento

- Aplicar manta de ar quente forçado
- Utilizar soros de irrigação aquecidos

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A exigência técnica e científica que atualmente os cuidados de enfermagem assumem, requerem do enfermeiro uma diferenciação e especialização na sua área de prestação de cuidados, de modo a garantir a segurança e a qualidade dos mesmos. Neste sentido, surge a necessidade de enveredar pela especialização para aquisição de novas competências.

Para Le Boterf (2003), como citado em Ferrito (2014), “a competência adquire-se através do exercício e de uma prática reflexiva, em situações que possibilitam mobilizar recursos, transpô-los e combiná-los, formando uma estratégia de resolução de situações complexas.” Para o autor esta é uma das características do profissionalismo.

Desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista

O enfermeiro especialista, independentemente da sua área de prestação de cuidados, onde é exigido a aquisição de competências específicas, deve incorporar o conjunto de competências, designadas de competências comuns. Estas são partilhadas por todos os enfermeiros especialista e baseiam-se em quatro domínios, nomeadamente na responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (regulamento nº 140/2019).

Domínio da responsabilidade profissional ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional ética e legal, de acordo com o regulamento 140/2019, integra o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal na área da especialidade, em que o enfermeiro especialista baseia a sua prática nas normas legais, nos princípios éticos e deontológicos da profissão e integra a prática de cuidados que assegurem o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Segundo a ordem dos enfermeiros (2015), a deontologia, está associada a obrigação e dever, pode ser definida como, um conjunto de normas de determinada profissão, orientada pelos princípios da moral e do direito, que procuram delinear as boas práticas de acordo com a especificidade da profissão.

Para que uma intervenção cirúrgica decorra, o cliente, ou seu representante legal deve estar devidamente esclarecido e informado, a menos que a situação seja de emergência e se assuma que o consentimento é presumido.

O consentimento informado livre e esclarecido é uma manifestação de respeito pelo direito da autonomia da pessoa na tomada de decisão, sobre a sua saúde e cuidados que lhe são

propostos (DGS, 2015).

Ao longo do percurso, aquando do acolhimento do cliente no bloco operatório tentou-se perceber se o consentimento informado, se encontrava no processo clínico, devidamente preenchido, assim como, se o cliente estava esclarecido da intervenção que iria realizar. Nas situações em que não estava conforme, quer pelo consentimento não estar adequado ao procedimento cirúrgico ou por o cliente não estar devidamente informado, recorri aos membros da equipa que tem responsabilidade sobre o mesmo.

Durante um procedimento cirúrgico, o cliente encontra-se em situação de grande vulnerabilidade. Podendo este, estar inconsciente ou sedado e por isso incapaz de tomar decisões, o enfermeiro assume a responsabilidade de assegurar que os seus direitos são respeitados, assim como, de proporcionar um ambiente seguro.

No decorrer dos estágios de natureza profissional, procurou-se fomentar uma prática respeitando a privacidade e dignidade do cliente. A sala cirúrgica, é um ambiente de grande exposição para o cliente, o que por vezes a privacidade do mesmo fica comprometida. Neste sentido e sempre que possível a exposição corporal do cliente foi minimizada.

Já na UCPA, a estrutura permite que as diferentes unidades sejam separadas por uma cortina, contudo estas, não encerram na sua totalidade. De forma a prestar cuidados em que a privacidade e dignidade do cliente fossem respeitadas, foram adotadas algumas estratégias para minimizar a situação.

O enfermeiro especialista, deve basear a tomada de decisão nos princípios, valores e normas deontológicas, garantindo e respeitando os direitos humanos, o que considero ter correspondido no desenvolvimento desta competência no decorrer dos estágios.

Domínio da melhoria continua da qualidade

A segurança do cliente, é reconhecida como parte integrante da qualidade em saúde. Cada vez mais, dada à complexidade dos cuidados de saúde e os riscos associados aos mesmos, propiciam a ocorrência de eventos adversos ao nível da segurança do cliente.

Para a melhoria da qualidade dos cuidados, segundo Menoita & Sousa (2021), deve existir uma aposta na formação dos profissionais, na inovação tecnológica, na melhoria dos procedimentos e na disponibilização de meios. Os autores, referem ainda que para promover resultados positivos, que se traduzam em ganhos em saúde é necessário conhecimento para uma tomada de decisão segura.

Reis & Silva (2014), consideram que ao uniformizar procedimentos baseados nas boas práticas possibilita reduzir a variabilidade e aumentar a probabilidade de fazer bem e à primeira.

Espera-se que o enfermeiro especialista, mobilize conhecimentos e habilidades garantindo a melhoria continua da qualidade (Regulamento n.º 429/2018). Neste sentido e considerando os

riscos inerentes, a posicionamentos cirúrgicos inadequados, com o intuito de promover a segurança do cliente aquando da realização deste procedimento, em particular do posicionamento de litotomia, elaborou-se um guia orientador sobre o mesmo (Anexo I). Neste documento constam, as principais responsabilidades de cada elemento da equipa perioperatória, assim como, as diferentes etapas no decorrer do procedimento, incluindo a fase do pré, do intra e do pós-operatório.

Na fase pré-operatório, as orientações visam a verificação e disponibilidade dos dispositivos de posicionamento e configuração da sala cirúrgica, assim como, a avaliação pré-operatória do cliente. Já no intraoperatório as orientações são estabelecidas para práticas seguras nas atividades de posicionamento, incluindo os momentos, após a indução, início e durante o procedimento e no reposicionamento. Após terminar o procedimento cirúrgico e na UCPA as orientações são para a realização da avaliação pós-operatória.

Outro aspeto que é mencionado no guia orientador é a informação relevante a documentar nos sistemas de informação.

Para Menoita & Sousa (2021), os profissionais de saúde devem atualizar os seus conhecimentos para que a sua intervenção seja mais efetiva e eficiente.

No decorrer dos estágios, houve ainda oportunidade de frequentar uma formação em formato e-Learning, ministrada pela Ordem dos Enfermeiros, subordinada ao tema “Gestão de Risco em Saúde: Segurança do Cliente” (Anexo II). O contributo do enfermeiro nesta matéria nomeadamente na identificação, avaliação e controlo de riscos é fundamental para a segurança do cliente. Nesta formação foram abordados temas como, a segurança do cliente, literacia em saúde e capacitação do cliente para a sua segurança e gestão de risco em saúde. Esta formação contribuiu, para aprofundar e mobilizar os conhecimentos nesta área.

Domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, são definidos pelo regulamento nº 140/2019 como competência comum do enfermeiro especialista, a realização da gestão dos cuidados de forma a otimizar as resposta de enfermagem, em articulação com a equipa de saúde, assim como, adequar os recursos às necessidades dos cuidados, e o estilo de liderança adequado em prol da garantia da qualidade dos cuidados.

Um dos aspetos a considerar neste domínio, é a gestão de recursos humanos, de modo a garantir a qualidade dos cuidados. Segundo Regulamento n.º 743/2019, da Ordem dos Enfermeiros, para garantir a segurança e qualidade dos mesmos, é crucial considerar, a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmo. Considera ainda que para definir um rácio apropriado, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a

investigação a realizar devem ser consideradas.

Para o BO de cirurgia convencional, o regulamento define três funções, nomeadamente, um enfermeiro instrumentista, um enfermeiro circulante e um enfermeiro de anestesia, sendo que estes de preferência devem ser enfermeiros especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Para a UCPA ou unidade de recobro, recomenda que existam pelo menos dois enfermeiros especialistas na área, devendo o rácio ser de um enfermeiro para dois clientes, podendo ainda haver ajustes tendo em conta a complexidade dos cuidados.

Com a caracterização do contexto de estágio, podemos constatar que, o número de enfermeiros com competências especializada é 36%, sendo que destes, 70% na área de enfermagem médico-cirúrgica (EMC). Verificou-se que na distribuição do plano de trabalho, a presença de enfermeiro especialista na área EMC nas diferentes salas do BO nem sempre é possível.

O plano de distribuição dos enfermeiros, pelas diferentes salas e pela UCPA, é realizado pela Enfermeira Chefe. Em todos os turnos é definido um enfermeiro responsável, sendo sempre que possível um enfermeiro especialista. Este fica alocado na UCPA na prestação de cuidados e ainda com a responsabilidade pela gestão de recursos humanos e pela receção de materiais proveniente do exterior sobretudo material da especialidade de ortopedia.

Ao longo do percurso, com a enfermeira tutora enquanto responsável, houve a oportunidade de realizar momentos de aprendizagem, nomeadamente na gestão de recursos humanos e materiais, e na gestão das situações que para a resolução da mesma implicava uma liderança efetiva nomeadamente, na abertura de uma segunda sala no caso de cirurgia emergente.

Para Reis (2005), citado em Viegas & Névoa (2014), a gestão de materiais implica o planeamento, a execução e controlo das condições mais eficientes e económicas, partindo da especificação do produto, da compra até a entrega do mesmo.

Outra das oportunidades experienciadas, foi a de colaborar com a enfermeira tutora na realização de um documento, com a descrição das especificidades de determinados materiais de consumo clínico, para efeitos de concurso e compra. Este documento foi solicitado pela Enfermeira Chefe, uma vez que a mesma pertence à comissão de escolha de materiais e de equipamentos para a prestação de cuidados.

Na sequência dos objetivos delineados no projeto de estágio, realizou-se ainda o levantamento do material de apoio existente no serviço, para auxiliar nos posicionamentos cirúrgicos, assim como, dos modelos das marquesas cirúrgicas. Como o serviço, não dispõe das fichas técnicas das mesmas, recorreu-se ao serviço de instalação e equipamentos que através da referência do equipamento, disponibilizou o contacto das respetivas empresas. Após, terem sido contactadas forneceram a informação pretendida, nomeadamente no que diz respeito às características e

funcionalidades das mesmas.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, segundo o Regulamento nº 140/2019, contempla a competência de desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade e a competência baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Para Silva (2019), o ato de autoconhecer-se é resultado de um processo de reflexão do indivíduo sobre si, sobre o impacto que causa nas pessoas, assim como, o impacto que estas geram em si.

O autoconhecimento, é uma habilidade fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional. Ter consciência do que sou enquanto pessoa e enfermeira, permite estabelecer estratégias de adaptabilidade nas relações com o cliente e/ou equipa multidisciplinar e nas situações que exijam uma resposta eficiente.

Os anos de experiência profissional, são fundamentais para o desenvolvimento profissional, contudo a aquisição de novos conhecimentos baseados em evidência científica, permitem fortalecer a tomada de decisão.

Com o intuito de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, mais especificamente no que concerne ao posicionamento cirúrgico, realizou-se uma revisão narrativa da literatura sobre, as complicações advenientes de posicionamentos inadequados, assim como, da técnica de posicionamento na cirurgia histerectomia vaginal (Anexo III), tornando-se fundamental para o aprimorar dos cuidados prestados.

As mudanças sucessivas na área da saúde, quer a nível tecnológico quer científico exigem do enfermeiro uma continua atualização dos conhecimentos. De acordo com o disposto no artigo 109^o do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros sobre a excelência do exercício profissional, o enfermeiro, assume o dever de manter os conhecimentos atualizados, não esquecendo a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Decreto de Lei nº 156/2015).

Como já referido anteriormente, pelas exigências e constante evolução na área da saúde a formação continua do enfermeiro ao longo da vida torna-se imperativa.

A formação em serviço tem um papel preponderante na mudança de atitudes e comportamentos, assim como, na aquisição de novas formas de pensar as práticas dos cuidados prestados.

O plano de formação anual do serviço, onde decorreram os estágios, foi elaborado tendo por base o levantamento das necessidades formativas referenciadas pela equipa.

Sendo uma das necessidades formativas expressas pela equipa, na área dos posicionamentos

cirúrgicos. De forma a atuar como formador oportuno em contexto de trabalho e com o objetivo de sensibilizar a equipa sobre as complicações advenientes de posicionamentos inadequados, assim como, da técnica de posicionamento, mais especificamente da posição de litotomia, planeou-se uma sessão de formação subordinada ao tema “Posicionamento cirúrgico-posição de litotomia” (Anexo IV).

Na sessão de formação foram abordados, os objetivos do posicionamento cirúrgico, as principais alterações e lesões decorrentes de posicionamentos inadequados particularizando as mais comuns da posição de litotomia e por fim, a técnica de posicionamento de litotomia e o contributo do enfermeiro nesta matéria, durante o período perioperatório.

Foi uma oportunidade de partilha de conhecimento, assim como, de reflexão sobre algumas práticas exercidas. Alguns elementos, partilharam ainda situações vivenciadas noutras instituições que implicaram uma mudança de conduta, o que se considerou ser uma mais-valia para o contexto.

No final da sessão de formação, foi entregue um questionário de satisfação em uso no serviço, sendo as respostas tratadas à posteriori. Das questões realizadas destaca-se a relacionada com os conteúdos da ação de formação e a do interesse/utilidade dos conteúdos. Das 25 respostas dadas, 76% dos enfermeiros considerou estar totalmente satisfeito nestes dois itens e 20% bastante satisfeito, o que se considera ser relevante na avaliação da satisfação da sessão de formação.

No decorrer do curso, surgiu a oportunidade de participar no XX Congresso Nacional da AESOP, num workshop sobre posicionamentos cirúrgicos (Anexo V), o que se considerou ser uma mais-valia. Simular os diversos posicionamentos cirúrgicos, possibilitou consolidar conhecimentos, assim como, na perspetiva de “cliente” identificar os principais pontos de desconforto que determinado posicionamento pode causar.

Outra das participações neste congresso, foi como co-Autora na apresentação sob a forma de e-Poster subordinado ao tema, “A segurança da pessoa em situação perioperatória: As intervenções de enfermagem na prevenção da infeção do local cirúrgico”, o qual mereceu o prémio de 2º melhor e-Poster (anexo VI). Esta participação surge, de uma revisão da literatura realizada ao longo da unidade curricular de investigação.

Da revisão realizada, os principais resultados apontaram para a existência de evidência científica disponível para melhores cuidados na prevenção da infeção do local cirúrgico, que se traduzem em recomendações ou diretrizes de carácter internacional nomeadamente da OMS e Centers for Disease Control and Prevention. Outro aspeto identificado, foi a existência de uma discrepância entre o conhecimento dos enfermeiros e a aplicação prática das recomendações (o nível de implementação das principais recomendações ainda é baixo).

Realçamos também, que os diferentes autores apontam como barreiras na implementação das

recomendações, as crenças pessoais e práticas assumidas, falta de envolvimento, liderança e planeamento, comunicação deficiente, inexistência de protocolos operacionais, falta de treino e formação, custos e falta de dados/feedback sobre ILC.

Os enfermeiros perioperatórios devem orientar as suas intervenções pela melhor evidência disponível. Tão importante como conhecer a melhor evidência é aplicá-la de facto.

Desenvolvimento de competências específicas de enfermagem à pessoa em situação perioperatória

A constante evolução tecnológica, a complexidade dos cuidados e os elevados riscos associados aos mesmos, faz do BO uma unidade funcional com características muito próprias.

A vulnerabilidade da pessoa a vivenciar um processo cirúrgico e os riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e anestésico a que está exposta, requer do enfermeiro perioperatório competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória na garantia da sua segurança.

De acordo com o regulamento nº 429/2018 a vulnerabilidade traduz a exposição a riscos, desproteção, impossibilidade de defesa, tendo esta de ser assegurada por outra pessoa. O enfermeiro perioperatório deve orientar a sua prática profissional tendo em conta os princípios éticos e morais no cuidar da pessoa em situação perioperatória agindo sempre em seu benefício.

A atuação do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, reporta-se em cinco áreas que se complementam entre si, nomeadamente a consulta perioperatória, a anestesia, a instrumentação, a circulação e os cuidados pós-anestésicos.

Sobre esta área de especialidade, o regulamento estabelece duas competências específicas nomeadamente, o cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa multidisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Apesar do conhecimento teórico-prático prévio, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, antes de ingressar na especialização, no decorrer do curso de mestrado, houve não só aquisição como atualização e mobilização de conhecimentos.

De seguida, através do método descritivo e analítico-reflexivo será apresentado de que forma as competências específicas foram desenvolvidas, nos dois contextos de estágio nomeadamente o BOC e a UCPA, tendo sempre como base de referência a evidência científica.

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

Os cuidados de enfermagem perioperatório, correspondem a todas as atividades desenvolvidas para dar resposta às necessidades da pessoa a vivenciar uma situação perioperatória nas fases pré intra e pós-operatória.

Segundo Ferrito (2014), a fase pré-operatória tem início quando o cliente e o médico decidem pela cirurgia e termina, quando o cliente é transferido para a mesa cirúrgica. Podendo o tempo deste fase ser variável tendo em conta, o fato de ser uma cirurgia eletiva ou de urgência.

Este período, pode ser vivido pelo cliente e pela família com grande preocupação e medo. Uma das necessidades no período pré-operatório, descritas na literatura é a da informação, esta quando é colocada em prática influencia a recuperação, reduz a ansiedade, os níveis de dor e consequentemente diminui o tempo de hospitalização e o consumo de analgésicos (Jesus & Abreu, 2014).

Em contexto de saúde, a comunicação assume um papel fundamental pois, neste contexto está implícito que haja uma interação constante entre cliente e a sua família e entre a equipa multidisciplinar (Sequeira, 2016).

Segundo o mesmo autor, os profissionais de saúde devem possuir conhecimentos e habilidades comunicacionais adequados ao contexto do seu exercício profissional, de forma a minimizar o risco de erro em termos de diagnóstico e maximizarem a ação terapêutica das suas intervenções.

Enquanto futura enfermeira especialista, reconheço o momento do acolhimento do cliente e família/pessoa significativa no BO, como um momento importante para o estabelecimento de uma relação e gestão da experiência cirúrgica.

Neste momento, que por vezes é vivido com grande angústia e preocupação, tanto para o cliente como para a família/pessoa significativa, considero ter estabelecido estratégias facilitadores da comunicação, permitindo ao cliente verbalizar as suas preocupações, assim como, informar o cliente/família e/ou pessoa significativa quando presente, sobre o que é esperado ao longo do percurso no BO e UCPA.

Num estudo qualitativo, realizado por Esteves (2019), sobre as vivências da família da pessoa submetida a cirurgia em contexto intraoperatório, a necessidade e dificuldade mais referida pelos familiares, foi a relacionada com a informação sobre a cirurgia (quer antes, quer depois da cirurgia) e a relacionada com o obter informação respetivamente.

Como referido anteriormente, a experiência cirúrgica pode desencadear sentimentos de medo e preocupação tanto por parte do cliente como do seu familiar e/ou pessoa significativa. Considero que seria uma mais-valia, a possibilidade de o familiar/pessoa significativa acompanhar o cliente até ao BO, o que não se observou em contexto de estágio. Neste contexto, apenas são acompanhados os clientes menores de idade e/ou com necessidades

especiais.

Apesar, de não estar preconizado informar a família/pessoa significativa do cliente quando este já se encontra na UCPA, sempre que se considerou pertinente como, nos casos de recobros prolongados e/ou por manifestação por parte do cliente, realizou-se contacto telefónico possibilitando ainda o mesmo, a oportunidade de falar com a pessoa significativa. Este procedimento realizou-se com autorização da Enfermeira tutora, uma vez que não está estabelecido no serviço a realização do mesmo. Considerou-se que esta intervenção foi geradora de satisfação por parte do familiar/pessoa significativa.

Como referido anteriormente, neste contexto o acompanhante do cliente quando este é menor e/ou com necessidades especiais, pode acompanhá-lo até ao momento da indução anestésica, assim como, após a cirurgia na UCPA. É uma estratégia facilitadora do processo, pois desta forma é minimizado, o medo e a ansiedade vivida pelo cliente e família.

Segundo o Despacho nº 6668/2017, a ansiedade vivenciada no pré-operatório pela criança e família, tende a ser minimizada quando existe um suporte emocional. Este contribui, para uma maior cooperação com os profissionais de saúde, reduz a angústia ao acordar e os problemas de comportamento no pós-operatório. Neste contexto, o despacho estabelece disposições sobre o direito de acompanhamento da criança e jovem ou cliente com necessidades especiais em situação cirúrgica no momento de indução anestésica e durante o recobro, de forma a promover a humanização dos serviços.

Para Santos e Grilo (2021), muitas das questões associadas à segurança podem ser prevenidas através da escuta ativa do cliente. O período pré-operatório, permite ao enfermeiro validar com o cliente os dados pessoais, assegurar que o mesmo compreendeu a informação fornecida, assim como, o cumprimento das recomendações éticas e legais relacionadas com o consentimento informado.

O consentimento informado, segundo Serrão e Nunes (1998), é considerado válido, quando o cliente é capaz para agir se receber a informação completa, se compreender a informação que lhe é transmitida, se decidir voluntariamente e, por fim, se consentir o procedimento.

É no momento do acolhimento no BO, que o enfermeiro inicia um conjunto de atividades que visam a segurança do cliente, nomeadamente a sua identificação. Esta realizou-se utilizando, dois dados inequívocos para a confirmação da identidade do cliente (nome completo e data de nascimento) e sempre que possível envolvendo o cliente de forma a estabelecer uma identificação positiva. A identificação positiva e o envolvimento do cliente no processo são fundamentais, para que o cliente tenha confiança sobre o tratamento que lhe vai ser prestado (Sales et al., 2021).

É também neste momento, que o enfermeiro de anestesia confirma com o cliente, o jejum, a existência de próteses, implantes, alergias (medicamentos, alimentos ou materiais), assim

como, colhe informação sobre patologia associada e antecedentes cirúrgicos (Viegas & Névoa, 2014).

Em contexto de estágio, uma vez que não é realizada visita pré-operatória, antes da entrada do cliente na sala operatória, com o intuito de adquirir informação pertinente sobre o cliente, realizou-se previamente consulta do processo clínico.

Outras das atividades realizadas, antes de iniciar o plano cirúrgico é a confirmação de todos os aparelhos e equipamentos referentes à anestesia e cirurgia, assim como, a preparação dos fármacos necessários para a indução anestésica.

Para Morton (2012), as checklists são um instrumento cada vez mais importante pois funcionam como auxiliar de memória.

A lista de verificação de segurança cirúrgica, surge com o objetivo de promover práticas de segurança em contexto cirúrgico, assim como, melhorar a comunicação entre a equipa multidisciplinar. A sua execução é realizada em três momentos, nomeadamente antes da indução anestésica, após a indução e antes da incisão cirúrgica e o terceiro momento durante ou imediatamente após o encerramento da ferida cirúrgica ainda com o cliente na sala cirúrgica (WHO, 2009).

Nestes três momentos, são vários os parâmetros a confirmar, no que diz respeito “A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está completa?” o manual de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS, menciona a mnemónica dos ABCDE, como útil para este parâmetro. Em que considera Airway: verificação dos equipamentos de via aérea; Breathing: verificação do sistema de ventilação, incluindo o oxigénio e agentes inalatórios; Suction: verificação da aspiração; Drugs: medicação; Emergency: medicamentos de emergência, equipamentos e ajuda disponível para confirmar a sua disponibilidade e funcionamento (WHO, 2009).

No período intraoperatório, que se inicia quando o cliente é transferido para a mesa operatória e termina quando é transferido para a unidade de recobro ou UCPA, as áreas de intervenção do enfermeiro centram-se sobretudo, na segurança do cliente, na prevenção da infeção, na satisfação das necessidades fisiológicas em resposta ao procedimento cirúrgico e anestésico (Spry & Goodman, 2016).

Neste momento e considerando que para a realização de um procedimento cirúrgico segundo Sousa e Marques (2014), são utilizados fármacos com a finalidade de bloquear a sensibilidade tátil e dolorosa do cliente, podendo esta ser na totalidade ou em parte do corpo e com ou sem compromisso da consciência, o enfermeiro perioperatório, deve responsabilizar pela pessoa, até que esta tenha capacidade para tal.

Promover cuidados à pessoa em situação perioperatória, requer do enfermeiro perioperatório a

integração do conhecimento e a prática baseada na evidência. Os cuidados prestados nas diferentes situações, durante os contextos de estágio foram baseados no conhecimento especializado, na evidência científica e na experiência profissional.

Dada, a experiência profissional na área e os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, as situações vivenciadas ao longo dos estágios, nomeadamente em situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade, considerou-se que a resposta às mesmas foi efetiva e realizada com profissionalismo.

Recorda-se, uma situação de choque anafilático vivenciada em contexto de estágio, em que a cliente, inicialmente referiu desconhecer alergias. Após a realização do bloqueio subaracnoideu e administração da antibioterapia, através da monitorização da tensão arterial, percebe-se que a cliente fica hipotensa, mas sem sintomatologia associada e/ou queixa referida pela mesma. Verifica-se ainda, que não há resposta à medicação vasopressora administrada.

Após a constatação de uma situação de anafilaxia, pela sintomatologia à posteriori apresentada pela cliente, foram tomadas as devidas medidas. Nestas situações a articulação e a comunicação entre os membros da equipa é fundamental.

Para Bleakley et al. (2006), existe uma diferença substancial entre uma equipa de peritos e uma equipa perita. Para os autores, o importante não é a perícia dos membros da equipa isoladamente, mas sim a capacidade de estes colaborarem de forma eficaz e efetiva em benefício e segurança dos clientes.

Na UCPA, local destinado à vigilância do cliente no período de recobro pós-anestésico, o cliente pode permanecer por um período variável. O recobro pós-anestésico, inicia-se quando, termina o procedimento sob anestesia, até ao momento que o cliente recupera o estado fisiológico pré-operatório (AESOP, 2006).

Neste período, o cliente encontra-se vulnerável a um conjunto de risco decorrentes da anestesia e do procedimento cirúrgico. O enfermeiro, deve ter conhecimentos e competências específicas que lhe permita detetar precocemente possíveis complicações, assim como, atuar de forma rápida e eficaz caso estas ocorram. No pós-operatório imediato os cuidados de enfermagem, centram-se na manutenção dos sistemas fisiológicos, assim como, na prevenção e controlo da dor, náuseas e vômitos (Xavier & Carrilho, 2014).

No pós-operatório, foram prestados cuidados de enfermagem a clientes das diversas especialidades, idades e com diferentes graus de complexidade, tendo por base o conhecimento científico e a experiência profissional.

Salienta-se ainda, a transferência do cliente para a unidade de cuidados intensivos (UCI), no final do procedimento cirúrgico como um momento de grande relevância no que diz respeito à sua segurança. Este realizou-se, quando estava assegurado por parte da equipa da UCI a

preparação da unidade do cliente e a sua disponibilidade para a receção do mesmo.

É sem dúvida um momento que requer o envolvimento da equipa, para que o transporte seja realizado de forma segura.

No período perioperatório, o processo de enfermagem constitui uma parte integrante dos cuidados de saúde, permitindo dar sustentação às intervenções de enfermagem. Com base num raciocínio científico, permite a organização dos cuidados de enfermagem a prestar aos clientes, assim como, assegurar a continuidade dos mesmos.

Segundo Pinheiro e Costa (2014), os registos de enfermagem são uma componente vital de uma prática segura, ética e efetiva. Assegurando não só a continuidade dos cuidados, como também fornecem evidência legal do processo de cuidados e suporte ao sistema de avaliação dos cuidados ao cliente.

Para Ferrito (2014), o processo de enfermagem é uma abordagem sistemática que permite ao enfermeiro colher e analisar dados sobre o cliente, conceber resultados esperados, planear e implementar intervenções e avaliar o resultado das mesmas.

Com os conhecimentos adquiridos, ao longo do curso, permitiu-me refletir sobre a informação que é documentada no sistema de informação existente em contexto de estágio. Apesar de considerar um sistema de informação intuitivo, o mesmo apresenta algumas lacunas uma vez que, não permite o registo de determinadas intervenções, contudo considero ter assegurado que a informação fosse o mais precisa possível.

De salientar ainda, a importância da informação a transmitir no momento da transição de cuidados, nomeadamente, na troca de turno, na entrada do cliente na UCPA, na passagem do cliente para o internamento ou UCI.

O Plano Nacional para a Segurança do Doentes 2015-2020, que visava principalmente, apoiar os gestores e os clínicos no estabelecimento de objetivos e metas que melhorassem, a gestão de risco associada aos cuidados de saúde, um dos objetivos estratégicos estabelecidos, era aumentar a segurança da comunicação (Despacho nº 1400-A/2015).

Segundo Caldas e Gomes (2021), para uma comunicação eficaz entre profissionais, a informação transmitida deve ser realizada no tempo certo, completa, clara sem ambiguidade e que seja corretamente entendida pelo recetor.

A comunicação, assume um papel fundamental para a segurança do cliente no que diz respeito aos momento de transição de cuidados. Neste sentido a DGS publicou a Norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro, que estabelece a técnica ISBAR, como modelo a utilizar em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmo (DGS, 2017).

A técnica ISBAR é uma mnemónica que pretende, através de forma simples sistematizar toda a informação fundamental a ser transmitida e significa: I (identificação), S (situação atual), B

(background), A (avaliação), e R (recomendações). Cada organização deve identificar e definir o conteúdo mínimo a transmitir (Caldas & Gomes, 2021).

Em contexto de estágio, a implementação da técnica pela mnemónica ISBAR, é um dos projetos do serviço que ainda se encontra em fase de implementação. Considero de grande relevância a aplicabilidade desta técnica, garantindo deste modo a gestão da informação e uma comunicação mais eficaz sobretudo, no momento da alta do cliente para o internamento ou na transferência do cliente para a UCI, onde os sistemas de informação em uso, são diferentes dos existentes no BOC/UCPA.

Durante o estágio, no BO e UCPA pretendia-se que fossem desenvolvidas competências clínicas a partir de uma aprendizagem “baseada em problemas” e em “casos reais” com recurso à plataforma “e4nursing” em uso na ESEP.

Segundo Ferrito (2014), os diagnósticos de enfermagem, podem representar os problemas reais ou potenciais, sendo que os problemas reais, são os que a pessoa apresenta no momento e os potenciais, os que se podem desenvolver se não forem implementadas determinadas intervenções.

Os casos clínicos apresentados, contribuíram para aprofundar conhecimentos sobre a técnica cirúrgica/anestésica e sobre possíveis complicações que poderiam surgir decorrentes dos mesmos no Intra e no pós-operatório e desta forma traçar um plano de cuidados.

É esperado do enfermeiro especialista, a gestão da dor associada ao procedimento cirúrgico. Neste contexto, e mais concretamente na UCPA, a avaliação da mesma é essencial. O tratamento ineficaz da dor, segundo Xavier & Carrilho (2014), pode provocar a curto prazo alterações fisiopatológicas nos diversos sistemas orgânicos, prolongando o tempo de recobro, assim como, a longo prazo diminuir a qualidade de vida do cliente e originar a evolução para dor crónica.

A desvalorização da dor do outro, é um erro ético, assim como, uma falha na excelência do exercício profissional, desta forma controlar a dor do cliente é um direito da mesmo e um dever dos profissionais de saúde. O controlo da dor, inclui as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento, devendo o enfermeiro agir, de forma a que esta seja eliminada ou reduzida para níveis, considerados aceitáveis pelo cliente (OE, 2008).

Segundo a OE (2008), para a avaliação da dor devem ser utilizados instrumentos que permitam a autoavaliação, nomeadamente a Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica (EN), Escala de Faces (EF) e Escala Qualitativa (EQ), sugerindo a utilização pela ordem mencionada.

Em contexto de estágio, determinadas intervenções não constam no sistema de documentação, o que não permite o registo das intervenções realizadas. No sentido de incluir as intervenções realizadas, no local do registo de avaliação da dor, associou-se a intervenção realizada, quando

esta era de caráter autônomo.

Segundo a OE (2013), as intervenções não farmacológicas são um recurso importante para o alívio da dor, tanto de forma isolada como em conjunto com medidas farmacológicas. Nas crianças em particular, a dor está frequentemente associada à ansiedade e a medos, sendo as medidas não farmacológicas, geralmente de intervenções de caráter psicológico. Muitas das intervenções não farmacológicas permitem modificar o significado da dor.

Para a seleção das medidas não farmacológicas, devem considerar-se determinados aspetos como, o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, o contexto e a situação. As estratégias não farmacológicas de alívio da dor, podem classificar-se como: comportamentais, cognitivas, cognitiva-comportamentais, físicas ou periféricas, suporte emocional e ambientais (OE, 2013).

Em contexto de estágio, na admissão e permanência da criança no BO, foram colocadas em prática algumas das estratégias anteriormente referidas, nomeadamente no que diz respeito ao suporte emocional, ao permitir a presença da pessoa significativa da criança até ao momento de indução e na UCPA, outra estratégia utilizada foi, a técnica de distração permitindo à criança brincar antes da entrada na sala operatória.

O BO, dispõe de uma sala de acolhimento com televisão e livros para ler e pintar. Segundo OE (2013), ao brincar a criança liberta as suas frustrações, emoções e tensões.

A aplicação de frio, é outra das estratégias não farmacológicas sugeridas pela OE (2013), para alívio da dor. Esta medida, permite a diminuição da circulação sanguínea e tem uma ação anti-inflamatória, permitindo a redução do edema e conseqüentemente alívio da dor. Esta foi uma das intervenções não farmacológicas, colocadas em prática em contexto de estágio mais concretamente na UCPA.

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

No contexto de cuidados perioperatórios, pelo elevado risco associados aos mesmos, nomeadamente a ocorrência de eventos adversos, o cliente cirúrgico encontra-se numa situação de grande vulnerabilidade. Cabe ao enfermeiro garantir a segurança da pessoa, profissionais e ambiente (regulamento nº 429/2018).

Segundo a DGS (s.d, p. 5) “a segurança do doente assenta na identificação dos riscos, na gestão e prevenção dos incidentes e eventos adversos, admitindo e aceitando que os mesmos podem ocorrer, mas também que são, na maioria dos casos, evitáveis”.

Os procedimentos cirúrgicos, acarretam riscos inerentes como, a infeção, lesões relacionadas com o posicionamento cirúrgico, termorregulação ineficaz entre outros. O enfermeiro perioperatório como membro integrante de uma equipa multidisciplinar, deve orientar a sua

prática na prevenção desses riscos (Sousa & Marques, 2014).

Identificar antecipadamente eventuais riscos ou problemas, decorrentes do procedimento cirúrgico/anestésico, assim como, dos fatores de risco relacionados com a patologia do cliente torna-se fundamental, para o enfermeiro intervir e garantir a segurança do cliente.

Um dos objetivos estratégicos do PNSD 2021-2026 no que diz respeito ao pilar 5 “Práticas seguras em ambientes seguros” prende-se pela implementação e consolidação de práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde, onde está incluído entre outros a segurança cirúrgica (Despacho nº 9390/2021).

Segundo José & Deodato (2014), as infeções em contexto hospitalar, são ainda hoje causadoras de mortalidade e morbilidade incontestáveis e de grande preocupação por parte dos profissionais de saúde.

No ambiente cirúrgico, o enfermeiro assume como foco de atenção a prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC). A aplicação de medidas para a prevenção da infeção do local cirúrgico, requer que sejam considerados um conjunto de fatores nomeadamente, relacionados com a pessoa como: a idade o estado nutricional, hábitos tabágicos, diabetes, obesidade, infeções coexistentes, colonização por microrganismos, resposta imunitária alterada e duração do internamento em período pré-operatório e fatores relacionados com a intervenção cirúrgica como: a duração do banho pré-operatório, a tricotomia pré-operatória, preparação pré-operatória da pele, duração da cirurgia, profilaxia antimicrobiana, ventilação da sala operatória, esterilização inadequado dos instrumentos cirúrgicos, assepsia e técnica cirúrgica (José & Deodato, 2014).

A norma da DGS, sobre o “feixe de intervenções” de prevenção de infeção do local cirúrgico atualizada em 2022, faz referência a que esta seja aplicada no cliente adulto e criança submetida a intervenção cirúrgica. Esta norma é constituída por um conjunto de intervenções a serem implementadas, nas diferentes fases do período perioperatório (DGS, 2022).

Apesar de no contexto de estágio, esta norma ainda não estar implementada de forma efetiva nas diferentes fases, no decorrer do mesmo, foram asseguradas determinadas medidas como: o cumprimento da administração da profilaxia antibiótica em momento oportuno (nos 60 min anteriores à incisão cirúrgica), a desinfeção do local cirúrgico com clorexidina a 2% em 70% de álcool se aplicável, a gestão e manutenção da normotermia do cliente no período perioperatório.

Para a escolha do antisséptico a utilizar, deve ter sido em conta aspetos como o local a intervir, a base do antisséptico, tempo de contacto, ação residual e toxicidade. Outro aspeto a considerar é a tolerância do cliente ao antisséptico utilizado e possíveis reações alérgicas aos mesmos (Gago & Martins, 2014).

Para os autores supracitados os fatores no intraoperatório que condicionam o aparecimento de

ILC é a correta desinfecção da pele e da equipa cirúrgica, a manutenção da assepsia durante todo o procedimento e a técnica cirúrgica.

Os enfermeiros, circulante e instrumentista desempenham um papel fundamental nesta matéria, ao assegurar que as normas de segurança e assepsia são cumpridas. O enfermeiro circulante, ao realizar as suas atividades fora da área esterilizada, deve assegurar que todo o equipamento e material fornecido ao instrumentista se encontra estéril, com validade e que o invólucro do mesmo se encontra íntegro. No que diz respeito às competências do enfermeiro instrumentista, este deve manter a técnica asséptica durante o procedimento cirúrgico, separar os dispositivos médicos da incisão, dos de encerramento da ferida cirúrgica, remover com regularidade a matéria orgânica do instrumental e realizar a substituição de luvas cirúrgicas e batas nas situações protocoladas ou sempre que seja pertinente (Viegas & Névoa, 2014).

A aquisição de dispositivos de monitorização de temperatura e equipamentos de aquecimento pelo serviço, permitiu que, a gestão e manutenção da normotermia do cliente fosse assegurada e realizada de forma sistemática, desde a entrada do cliente no BO até ao momento da alta da UCPA.

No decorrer dos estágios, mais concretamente na UCPA, verificou-se que a gestão e a manutenção da normotermia, não eram realizadas de forma consistente pelos meus pares. Por ser um local, que permite estabelecer momentos de reflexão e partilha sobre as práticas exercidas, ao implementar medidas para a gestão e manutenção da normotermia nos clientes que me eram atribuídos, considero ter influenciado e estimulado os meus pares, para a importância da prevenção da hipotermia inadvertida no cliente durante o período perioperatório.

A monitorização da temperatura no período perioperatório torna-se imperativa. A prevenção da hipotermia no período perioperatório, segundo a AESOP (2017), está associada a melhores resultados em saúde e benefícios no processo cirúrgico como a redução da ILC, diminuição dos níveis de ansiedade, maior satisfação do cliente, diminuição das perdas sanguíneas, diminuição do tempo de permanência na UCPA entre outros.

Garantir o conforto e prevenir complicações associadas a posicionamentos inadequados, foi uma das preocupações ao longo do estágio, uma vez que se considera o posicionamento cirúrgico adequado do cliente, um procedimento fundamental para a segurança do mesmo.

Para Gefen et al. (2020), a posição ideal para uma cirurgia, pode exigir um compromisso entre a melhor posição para o acesso cirúrgico e a posição que o cliente e os seus tecidos podem tolerar sem sofrer lesões.

Lopes et al. (2016), consideram que, a dor musculoesquelética, lesões da pele e dos nervos periféricos e síndrome compartimental, são as principais complicações associadas ao

posicionamento cirúrgico. Referem ainda que, o enfermeiro perioperatório deve possuir conhecimentos sobre as alterações anatómicas e fisiológicas no organismo do cliente face ao posicionamento adotado para a cirurgia, assim como, de equipamentos e dispositivos de proteção disponíveis de forma a prevenir possíveis complicações decorrentes do tempo de permanência do cliente em determinada posição cirúrgica.

No momento da avaliação pré-operatória do cliente, ao serem detetadas condições pré-existentes que possam afetar de alguma forma a segurança do cliente, devem ser tomadas medidas adicionais durante o posicionamento, de modo a reduzir o risco de comprometimento tegumentar, respiratório, cardiovascular e nervoso (EORNA, 2020).

Durante o estágio, ao realizar-se a avaliação pré-operatória de uma cliente que iria ser submetida a histerectomia via vaginal, constatou-se que a mesma apresentava diminuição da amplitude de movimentos dos membros inferiores. Como a posição adotada para este procedimento é a posição de litotomia posicionamento que requer abdução dos membros inferiores, permitiu que fossem adotadas medidas durante o posicionamento, nomeadamente posicionar a cliente antes da indução anestésica.

Na literatura, surgem várias ferramentas de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões como, a escala de Braden, a ELPO, a Munro Pressure Ulcer Risk Assessment Scale for Perioperative Patients e a Scott Triggers Risk Assessment Tool (Gefen et al., 2020; Lopes et al., 2016).

Em Portugal, a escala preconizada pela DGS para avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão é a Escala de Braden, esta baseia-se em seis domínios: perceção sensorial, humidade da pele, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Segundo as orientações da DGS deve ser aplicada em todos os contextos assistenciais (DGS, 2011).

A escala utilizada em contexto de estágio é a preconizada pela DGS, contudo para Spruce (2017), esta é limitada para prever o risco de lesão por pressão para clientes cirúrgicos, uma vez que não inclui determinados fatores de risco perioperatórios, nomeadamente o tempo cirúrgico e comorbilidades.

Lopes et al. (2016), consideram que a utilização de escalas de avaliação de risco no pré-operatório que incluam fatores externos e internos para o desenvolvimento de lesões, poderá auxiliar o enfermeiro na identificação de clientes com maior risco, assim como, permitir planear e implementar medidas preventivas para o intraoperatório. A escala de avaliação de risco para desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (ELPO), engloba aspetos relacionados a diferentes tipo de lesões como úlceras de pressão, dor e lesões nervosas. A mesma contempla o tipo de posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfícies de suporte, posição dos membros, comorbilidades e idade do cliente.

Aquando da realização dos diferentes posicionamentos cirúrgicos, foram respeitados os

princípios básicos de qualquer posicionamento cirúrgico, que segundo Spruce (2021), consiste em: manter a cabeça e pescoço do cliente em posição neutra, reposicionar a cabeça do cliente para diminuir a pressão no couro cabeludo, proteger os olhos durante procedimentos realizados com anestesia geral para evitar abrasão da córnea, manter o alinhamento fisiológico do corpo do cliente e sem contacto com as partes metálicas da marquesa, acolchoar as superfícies duras sobre as quais partes do corpo vão ser apoiadas, para prevenir lesões e manter partes do corpo seguras para prevenir queda inadvertida.

Durante o posicionamento, procedimento e reposicionamento cirúrgico, a posição do cliente foi monitorizada, atendendo à localização de mãos, pés, dedos e genitais. Outro aspeto tido em consideração foi o de alertar a equipa cirúrgica para as eventuais pressões exercidas no corpo do cliente aquando do procedimento cirúrgico.

Como referido anteriormente por Lopes et al. (2016), o enfermeiro perioperatório deve possuir conhecimentos sobre os equipamentos e dispositivos de posicionamento.

Para Prado (2020), as superfícies e dispositivos de posicionamento podem apresentar-se como colchões, sobreposições ou almofadas para diferentes partes do corpo e podem ser compostas de gel, polímero viscoelástico, espuma, ar ou fluidos.

No estudo realizado pela autora supracitada, cujo objetivo foi avaliar as evidências, sobre as superfícies de suporte efetivas na prevenção de lesões por pressão no intraoperatório. Os resultados demonstraram, que as superfícies de suporte de alta tecnologia são mais efetivas que as de baixa tecnologia. Considerando as superfícies de suporte de alta tecnologia como: superfícies dinâmicas, com capacidade de alterar a distribuição de pressão com ou sem carga aplicada e alimentadas por energia e as superfícies de baixa tecnologia como superfícies que se adaptam ao formato do corpo distribuindo o corpo e não são alimentadas por energia (Prado, 2020).

As superfícies de suporte existentes em contexto de estágio são de baixa tecnologia. Apesar de considerar que o conforto e a prevenção de complicações foram assegurados aquando dos posicionamentos cirúrgicos, considera-se que nas cirurgias mais longas e/ou em que está previsto um recobro prolongado e nos casos de transferência para uma unidade diferenciada, a utilização de superfícies dinâmicas seria mais efetiva.

Por rotina, os clientes após a cirurgia são transferidos para uma maca de transporte na qual permanecem até o momento da alta da UCPA. Considera-se que nem sempre é o mais adequado para o cliente, tendo em conta o tempo de permanência do mesmo na unidade. Sempre que possível e considerando alguns fatores que potenciam o risco para o desenvolvimento de lesões, os clientes eram transferidos da marquesa cirúrgica para uma cama, de forma a promover maior conforto.

Segundo a diretriz da AORN (2017), de forma a identificar lesões no cliente causadas pelo posicionamento, o enfermeiro perioperatório deve realizar uma avaliação pós-operatória, identificando sinais e sintomas de lesões nervosas, úlceras de pressão, síndrome compartimental e/ou lesão ocular. As orientações da diretriz, fazem ainda referência ao uso de uma ferramenta de comunicação padrão sobre a avaliação pós-operatória, de forma a fornecer as informações ao enfermeiro da unidade de recobro. Nessa informação devem constar, as áreas do corpo a serem avaliadas e monitorizadas quanto a lesões, eventos ocorridos durante o período intraoperatório que tenham contribuído para uma lesão relacionada com a posição e a posição do cliente adotada durante o procedimento.

Da revisão da literatura realizada, sobre complicações advenientes dos posicionamentos cirúrgicos inadequados, constatou-se que algumas das lesões ocorrem quando o cliente já não se encontra na UCPA, o que não permitiu saber se as medidas realizadas foram efetivas na prevenção de lesões. No sentido de despistar precocemente complicações pensa-se que seria pertinente o seguimento do cliente no pós-operatório.

O posicionamento inadequado do cliente, durante um procedimento cirúrgico pode ter implicações negativas no quotidiano do cliente a curto e/ou a longo prazo. É fundamental que o enfermeiro perioperatório, esteja familiarizado com os diferentes posicionamentos cirúrgicos e das potenciais complicações que cada posição pode causar.

Segundo Lopes et al. (2016), para que os cuidados prestados ao cliente durante o posicionamento cirúrgico sejam aprimorados, recomendam a realização de programas educativos para toda a equipa de enfermagem, cirúrgica e anestésica sobre as melhores práticas relativas ao posicionamento cirúrgico. Os autores recomendam ainda, a realização da visita pré-operatória para conhecer as especificidades de cada cliente e permitir desta forma prever os dispositivos e superfícies de suporte necessárias para a posição cirúrgica que o cliente irá adotar durante o procedimento cirúrgico.

A implementação de intervenções pautadas pela melhor evidência científica, permitirá ao enfermeiro perioperatório, assegurar um posicionamento cirúrgico com segurança.

Em suma, a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, requer do enfermeiro perioperatório a integração de conhecimentos que lhe permita garantir a qualidade dos cuidados. As experiências proporcionadas neste contexto, o contributo e o acompanhamento pela enfermeira tutora e o envolvimento da restante equipa, foi fundamental para o desenvolvimento das competências especializadas.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório, permitiu através de uma análise reflexiva e descritiva demonstrar o desenvolvimento das competências de segundo ciclo de estudos, assim como, as competências especializadas adquiridas ao longo do estágio na área da pessoa em situação perioperatória.

Os estágios de natureza profissional, realizados no BO e UCPA, proporcionaram o desenvolvimento de aprendizagens, partilha de conhecimento e experiências. Ao longo do percurso de aprendizagem, o pensamento crítico/reflexivo sobre os cuidados prestados nas diversas situações foram uma constante, permitindo desta forma um crescimento profissional e a aquisição de competências especializadas na área da pessoa em situação perioperatória.

A prática pautada pelo conhecimento científico, permite ao enfermeiro identificar e responder prontamente de forma adequada e eficaz, às situações de complexidade apresentadas.

Ciente da importância, da prática baseada na evidência na tomada de decisão do enfermeiro, a componente de investigação realizada na área do posicionamento cirúrgico, surge como uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento de perícia nesta área. Aprofundar conhecimentos e habilidades nesta área permitiu aprimorar a qualidade dos cuidados prestados.

Apesar de o percurso ser complexo, pela dificuldade em conciliar a vida profissional académica e familiar, o empenho e determinação colocados em todo o processo, permitiram que os objetivos propostos fossem atingidos. Considera-se ainda, pela avaliação dada dos respetivos estágios, ter adquirido as competências especializadas congruentes com o grau de mestre do respetivo curso de especialização.

Levar para a minha prática profissional, as aprendizagens e conhecimentos adquiridas ao longo do percurso com vista à excelência dos cuidados prestados, deixa a garantia que a decisão de enveredar na especialidade foi o caminho certo.

7. BIBLIOGRAFIA

AESOP (2006). Funções do Enfermeiro Perioperatório. In AESOP, *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados* (pp.155-170). Loures. Lusodidacta.

AESOP (2017). Práticas recomendadas para o bloco operatório: Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida.

AORN (2017). Guideline Summary: Positioning the Patient. AORN journal, 106(3), 238-247. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.006>

Bleakley, A., Boyden, J., Hobbs, A., Walsh, L., & Allard, J. (2006). Improving teamwork climate in operating theatres: the shift from multiprofessionalism to interprofessionalism. *Journal of interprofessional care*, 20(5), 461-470. <https://doi.org/10.1080/13561820600921915>

Caldas, L., Gomes, L. B. (2021). Segurança do Doente No Século XXI: comunicação eficaz na transições de cuidados. In F. Barroso, L. Sales, S. Ramos, *Guia Prático Para a Segurança do Doente* (pp.79-88). Lidel.

Decreto de Lei nº 156/2015 de 16 de setembro (2015). Alteração ao Estatuto da Ordem Dos Enfermeiros. *Diário da República 1ª série*, Nº 181 (16-09-2015) (pp. 8059-8105). Lei n.º 156/2015 | DR (diariodarepublica.pt)

Despacho nº 1400-A/2015 do Ministério da Saúde (2015). *Diário da República: 2ª Série*, nº 28. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 publicado em *Diário da República* (ordemenfermeiros.pt)

Despacho nº 6668/2017 do Ministério da Saúde (2017). *Diário da República: 2ª Série*, nº 148. Despacho n.º 6668/2017, de 2 de agosto | DR (diariodarepublica.pt)

Despacho nº 9390/2021 do Ministério da Saúde (2021). *Diário da República: 2ª Série*, nº 187. *Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24* | DR (diariodarepublica.pt)

DGS (s.d.). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos: Guia para cidadãos notificadores. Departamento da Qualidade na Saúde. [*snniea-guia-cidadaos-pdf.aspx](http://snniea-guia-cidadaos-pdf.aspx) (dgs.pt).

DGS (2011). Norma nº 017/2011 Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q) www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/normas-orientacoes-e-informacoes/escala-de-

braden-versao-adulto-e-pediatria-braden-q-pdf.aspx

DGS (2015). Norma nº 015/2013, atualizada a 04/11/2015: Consentimento Informado Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf (aenfermagemeasleis.pt).

DGS (2017). Norma nº 001/2017, de 8 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde - Portal das Normas Clínicas (min-saude.pt)

DGS (2022). Norma nº 020/2015, atualizada a 17/11/2022: “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção do local cirúrgico. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico - Portal das Normas Clínicas (min-saude.pt) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | ESEnFC - Revista Referência

EORNA (2020). Best Practice for Perioperative care. Edition 2020. <https://eorna.eu//eorna-best-practice-for-perioperative-care-edition-2020>

Esteves, P. A. R. C. O. (2019). As vivências da família da pessoa submetida a cirurgia em contexto intraoperatório. (Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2286>

Ferrito, C. (2014). Enfermagem Perioperatória: conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 3-10). Lidel.

Gefen, A., Creehan, S., & Black, J. (2020). Critical biomechanical and clinical insights concerning tissue protection when positioning patients in the operating room: A scoping review. *International wound journal*, 17(5), 1405-1423. <https://doi.org/10.1111/iwj.13408>

Gago, C., Martins, O. (2014). Instrumentação cirúrgica: lavagem e antissepsia da pele na área operatória In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 145-150). Lidel.

IHRN (2022). Relatório e contas. Instituição Hospitalar da Região Norte.

José, H., Deodato, S. (2014). Enfermagem Perioperatória: classificação dos tipos de cirurgias e a sua relação com os riscos de infeção pós-operatória. A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 107-114). Lidel.

Lopes, C. M., Haas, V. J., Dantas, R. A., Oliveira, C. G., & Galvão, C. M. (2016). Escala de avaliação do risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24, e2704. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>

Menoita, E., Sousa, D. (2021). Desafios Para a Segurança do Doente: prevenção e controlo das

úlceras por pressão no adulto. In F. Barroso, L. Sales, S. Ramos, *Guia Prático Para a Segurança do Doente* (pp.289-306). Lidel

Morton P. J. (2012). Implementing AORN recommended practices for MIS: Part II. *AORN journal*, 96(4), 378-395. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.07.010>

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Editora Ordem dos Enfermeiros GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf (ordemenfermeiros.pt)

Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor: Guia Orientador de boa Prática. Editora Ordem dos Enfermeiros. cadernosoe-dor.pdf (ordemenfermeiros.pt)

Ordem dos enfermeiros (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Editora ordem dos enfermeiros livrocj_deontologia_2015_web.pdf (ordemenfermeiros.pt)

Pinheiro, T., Costa, I. (2014). Enfermagem Perioperatória: Registo de enfermagem no bloco operatório. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 47-52). Lidel.

Prado, C. B. C. (2020). Superfícies de suporte para prevenção de lesão por pressão no período intraoperatório: revisão sistemática com metanálise, Tese de doutoramento, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. doi:10.11606/T.22.2021.tde-25032021-225145. Superfícies de suporte para prevenção de lesão por pressão no período intraoperatório:... (usp.br)

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República 2.ª Série, N.º 135 (16-06-2018) 19359.

Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República 2.ª Série, N.º 184 (25-09-2019) (pp 128-155). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro | DR (diariodarepublica.pt)

Reis, A. P., Silva, A. (2014). Instrumentação cirúrgica: gestão de risco. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 195-205). Lidel.

Sales, L., Barroso, F., Ramos, S. (2021). Desafios para a segurança do doente: Identificação inequívoca do doente. In F. Barroso, L. Sales, S. Ramos, *Guia prático para a segurança do doente* (pp.209-2016). Lidel.

Santos, M. C., Grilo, A. M. (2021). Segurança do doente no século XXI: Comunicação e gestão da

informação para a segurança do doente. In F. Barroso, L. Sales, S. Ramos, *Guia prático para a segurança do doente* (pp.73-78). Lidel.

Sequeira, C. (2016). Comunicação: A comunicação. In C. Sequeira, *Comunicação clínica e relação de ajuda* (pp. 2-7). Lidel.

Serrão, D., Nunes, R. (1998). *Ética em cuidados de saúde*. Porto Editora.

Silva, A. (2019). Autoconhecimento Como Um Caminho De Si. *GV-Executivo*, 18(5). 42-44.

Sousa, H, Marques, O. (2014). Enfermagem Perioperatória: anestesia. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 69-92). Lidel.

Spry, C., Goodman, T. (2016). Introduction to Perioperative Nursing. In C. Spry, T. Goodman, *Essentials of Perioperative Nursing* (pp.1-14). Jones and Bartlett learning

Spruce L. (2021). Positioning the Patient. *AORN journal*, 114(1), 75-84. <https://doi.org/10.1002/aorn.13442>

Viegas, C., Névoa, I. (2014). Enfermagem Perioperatória: recursos humanos. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 29-38). Lidel.

WHO (2009). Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009: Safe Surgery Saves Lives. Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009.

8. ANEXOS

Anexo I

	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 1 de 9
Identificação do documento: Posicionamento cirúrgico – Posição de litotomia		
Âmbito: Aplica-se no serviço Bloco Operatório Central a clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos na posição de litotomia		

OBJETIVO

Uniformizar a prática para:

- Prevenir lesões/complicações associadas ao posicionamento cirúrgico
- Detetar precocemente sinais e/ou sintomas de lesões ou complicações associadas ao posicionamento cirúrgico
- Promover a segurança do cliente
- Promover a continuidade dos cuidados através dos sistemas de informação

DEFINIÇÕES

Posicionamento cirúrgico: posicionar consiste na capacidade de mover, colocar e manter o corpo do doente numa posição que permita a melhor exposição cirúrgica e que implique o mínimo de compromisso das funções fisiológicas, com o objetivo de evitar lesões.

Posição de litotomia: posição com indicação na cirurgia urológica, ginecológica e rectal. A posição de litotomia pode ser classificada como baixa, padrão, alta, hemi ou exagerada de acordo com a elevação das pernas. Neste tipo de posicionamento o cliente fica posicionado em decúbito dorsal e com as pernas posicionadas em suportes específicos. Os braços podem ficar posicionados ao longo do corpo ou em suporte específicos para o efeito.

Lesões de posicionamento: o posicionamento incorreto pode resultar em efeitos adversos à saúde do cliente. Podem afetar a pele e tecidos moles, articulações, ligamentos e ossos, bem como olhos nervos e vasos. A lesão pode ser transitória, mas também permanente, levando a prejuízos funcionais de longo prazo, morbidade secundária ou mesmo morte.

Superfícies e dispositivos de posicionamento: As superfícies de apoio, são dispositivos especializados de redistribuição da pressão concebidos para gerir as cargas teciduais, o microclima e/ou outras funções terapêuticas.

Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 2 de 9
Identificação do documento: Posicionamento cirúrgico – Posição de litotomia		
Âmbito: Aplica-se no serviço Bloco Operatório Central a clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos na posição de litotomia		

As superfícies e dispositivos de posicionamento podem apresentar-se como colchões, sobreposições ou almofadas para diferentes partes do corpo e podem ser compostas de gel, polímero viscoelástico, espuma, ar ou fluídos.

A utilização de dispositivos de proteção no posicionamento do cliente cirúrgico, assegura a manutenção da integridade da pele e das pressões osteoarticulares e neuromusculares. Com o uso destes dispositivos evita-se o atrito, compressão ou estiramento neuromuscular e o contacto com as partes metálicas da marquesa cirúrgica.

O enfermeiro perioperatório, deve possuir conhecimentos sobre as alterações anatómicas e fisiológicas no organismo do cliente face ao posicionamento adotado para a cirurgia, assim como, dos equipamentos e dispositivos de proteção disponíveis que previnam possíveis complicações.

RESPONSABILIDADES

A responsabilidade do posicionamento cirúrgico é de toda a equipa perioperatória. Ainda que um procedimento cirúrgico determine o posicionamento do cliente, para que este seja seguro é necessária a coordenação de toda a equipa, nomeadamente:

- Cirurgião
- Anestesista
- Enfermeiro de anestesia
- Enfermeiro circulante
- Enfermeiro Instrumentista

SIGLAS

IMC – Índice de Massa Corporal

ASA- American Society of Anesthesiologists

UCPA- Unidade de Cuidados Pós-anestésicos

	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 3 de 9
Identificação do documento: Posicionamento cirúrgico – Posição de litotomia		
Âmbito: Aplica-se no serviço Bloco Operatório Central a clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos na posição de litotomia		

DESCRIÇÃO

1. Orientação quanto à execução

1.1 Antes da chegada do cliente

Cabe ao enfermeiro circulante e instrumentista

- Identificar e resolver possíveis conflitos na disponibilidade de equipamento de posicionamento.
- Confirmar se a sala cirúrgica está corretamente configurada para o procedimento cirúrgico.
- Verificar a limpeza, a integridade e o funcionamento correto dos equipamentos de posicionamento, dispositivos e superfícies de apoio.
- Confirmar se a marquês cirúrgica, os equipamentos e dispositivos de posicionamento têm a capacidade de peso e tamanho requerido, bem como as funções de articulação necessárias para o movimento seguro do cliente.

1.2 No acolhimento do cliente

Cabe ao enfermeiro de anestesia

- Realizar avaliação pré-operatória quanto:
 - A fatores de risco intrínsecos do cliente (idade, comorbidades que afetem a perfusão tecidual, IMC, classificação ASA)
 - A fatores de risco relacionados com o procedimento cirúrgico e anestésico (tipo de procedimento, duração estimada do procedimento, capacidade de o cliente tolerar a posição prevista)
 - À presença de dispositivos (ex: próteses, acessórios de cabelo..)
- Avaliar a condição da pele (incluindo e solicitando a percepção de dor utilizando, a escala numérica para avaliação da mesma)
- Identificar deficiências de mobilidade.

	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 4 de 9
Identificação do documento: Posicionamento cirúrgico – Posição de litotomia		
Âmbito: Aplica-se no serviço Bloco Operatório Central a clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos na posição de litotomia		

- Avaliar pulsos periféricos.
- Aplicar ferramenta de avaliação de risco em uso no serviço
- Documentar a avaliação pré-operatória realizada.

1.3 Na sala cirúrgica

Cabe à equipa perioperatória

Estabelecer práticas seguras nas atividades de posicionamento

- Ter um número adequado de pessoas, dispositivos e equipamentos durante as atividades de posicionamento.
- Quando o cliente estiver na marquesa cirúrgica deve estar sempre acompanhado pelo menos, por um elemento da equipa.
- O posicionamento do cliente deve ser coordenado entre os membros da equipa.

1.3.1 Após a Indução

Cabe ao enfermeiro de anestesia e anestesista

- Manter a cabeça e pescoço do cliente em posição neutra.
- Proteger os olhos durante procedimentos realizados com anestesia geral.
- Manter o alinhamento fisiológico do corpo do cliente e sem contacto com as partes metálicas da marquesa.
- Verificar se as contenções de segurança e dispositivos de monitorização funcionam efetivamente sem compressão nervosa, tecidual ou circulatória.

	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 5 de 9
Identificação do documento: Posicionamento cirúrgico – Posição de litotomia		
Âmbito: Aplica-se no serviço Bloco Operatório Central a clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos na posição de litotomia		

Posicionar **membros superiores**

Suportes de braços

- Colocar suportes de braços nivelados com o colchão da marquesa cirúrgica.
- Colocar acolchoamento nos suportes de braços.
- Colocar os braços em posição supina e abduzidos com um ângulo < 90°.
- Manter o alinhamento neutro dos braços e dos punhos.
- Prender os braços aos suportes de apoio.

Ao longo do corpo

- Colocar os braços em posição neutra, com as palmas das mãos voltadas para o corpo e sem hiperextensão dos cotovelos.
- Proteger mãos e cotovelos com acolchoamento extra.
- Colocar o lençol que se encontra entre o corpo e o braço do cliente sobre o braço (deve estender-se do meio do braço, até às pontas dos dedos) e dobrá-lo entre o cliente e o colchão da marquesa cirúrgica.
- Dobrar o lençol apenas o suficiente para fixar o braço.

Cabe ao enfermeiro circulante e cirurgião

Posicionar **membros inferiores**

- Colocar os suportes das pernas numa altura uniforme.
- Aplicar acolchoamento nos suportes.
- Colocar em simultâneo e de forma lenta as pernas do cliente nos suportes.
- Apoiar as pernas sobre a maior área de superfície da perna possível.
- Prender as pernas aos suportes.
- Colocar as nádegas do cliente niveladas com a quebra inferior da marquesa cirúrgica, de forma que a região sacrococcígea fique apoiada na superfície da marquesa.
- Verificar se a articulação coxofemoral não fica com flexão, rotação ou abdução excessiva.

	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 6 de 9
Identificação do documento: Posicionamento cirúrgico – Posição de litotomia		
Âmbito: Aplica-se no serviço Bloco Operatório Central a clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos na posição de litotomia		

O enfermeiro circulante deve documentar na aplicação disponível

- Os títulos e identificação dos profissionais que participaram no posicionamento.
- Posição do cliente, incluindo a posição dos braços e pernas e qualquer atividade de reposicionamento.
- Tipo e localização dos equipamentos e dispositivos de posicionamento (uso de; tipo de; localização de).
- Localização das restrições de segurança.
- Ações específicas tomadas para prevenir lesões no cliente.

1.3.2 Início e durante o procedimento

Cabe ao enfermeiro circulante e instrumentista

- Verificar se não existem áreas onde dispositivos ou equipamentos estejam apoiados contra o cliente.
- Assegurar que a equipa cirúrgica não se apoia no cliente.

Cabe ao enfermeiro de anestesia e anestesista

- Reposicionar a cabeça do cliente para diminuir a pressão no couro cabeludo.

1.3.3 No reposicionamento cirúrgico

Cabe ao enfermeiro circulante e instrumentista

- Retirar as pernas das perneiras simultaneamente e de forma lenta, juntá-las e só depois colocá-las na marquesa.

Cabe ao enfermeiro de anestesia e anestesista

- Proteger as mãos e dedos do cliente (se braços posicionados ao longo do corpo) quando a parte inferior da marquesa é colocada.

	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 7 de 9
Identificação do documento: Posicionamento cirúrgico – Posição de litotomia		
Âmbito: Aplica-se no serviço Bloco Operatório Central a clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos na posição de litotomia		

1.4 Após terminar procedimento

Cabe ao enfermeiro de anestesia

- Avaliar e inspecionar cuidadosamente todas as áreas identificadas durante a avaliação pré-operatória como de alto risco para lesão.
- Avaliar todas as áreas de pressão, quanto à presença de eritema e branqueamento inadequado da pele.
- Avaliar pulsos periféricos
- Se cliente identificado como de alto risco para lesão, posicionar em superfícies de espuma de alta especificidade (se possível).
- Documentar avaliação pós-operatória

1.5 À chegada do cliente à UCPA

Cabe ao enfermeiro da UCPA

- Realizar avaliação pós-operatória
 - Avaliar presença de dor em membros ou articulações não associadas ao procedimento cirúrgico (escala numérica de avaliação da dor)
 - Avaliar pulsos periféricos.
 - Avaliar condição da pele.
 - Avaliar quanto à presença de sintomas indicativos de lesões nervosas (diminuição da amplitude de movimento, força muscular prejudicada, parestesias e dor em membros ou articulações não associadas ao procedimento)
 - Identificar sinais de lesão ocular.
 - Identificar sinais ou sintomas de síndrome compartimental.
- Incentivar o cliente a adotar uma posição diferente da sala cirúrgica (se possível)
- Documentar avaliação realizada.

	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 8 de 9
Identificação do documento: Posicionamento cirúrgico – Posição de litotomia		
Âmbito: Aplica-se no serviço Bloco Operatório Central a clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos na posição de litotomia		

1.6 Na transição dos cuidados

Cabe ao enfermeiro de anestesia e ao enfermeiro da UCPA

Transmitir a seguinte informação:

- Duração da cirurgia
- Posição adotada no procedimento cirúrgico
- Perda de sangue estimada
- Períodos prolongados de hipotensão (caso se aplique)
- Qualquer equipamento ou evento durante o período intraoperatório que possam ter contribuído para uma lesão relacionada com o posicionamento (ex: perneiras)
- Sinais ou sintomas de lesões da pele, disfunção nervosa, lesão ocular ou síndrome compartimental.

	Designação do Documento	BBB.xxx/0.AAAA
		Pág. 9 de 9
Identificação do documento: Posicionamento cirúrgico – Posição de litotomia		
Âmbito: Aplica-se no serviço Bloco Operatório Central a clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos na posição de litotomia		

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Almeida, F., Pacheco, C. (2014). Enfermagem Perioperatória: anestesia. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 93-102). Lidel

AORN (2017). Guideline Summary: Positioning the Patient. *AORN journal*, 106(3), 238–247. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.006>

Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesa. (2006). *Enfermagem Perioperatória Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures. Lusodidacta

Bouyer-Ferullo S. (2013). Preventing perioperative peripheral nerve injuries. *AORN journal*, 97(1), 110–124.e9. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.10.013>

Fleisch, M. C., Bader, W., Balzer, K., Benefeld, L., Boeing, C., Bremerich, D., Gass, P., Geissbuehler, V., Koch, M. C., Nothacker, M. J., Pietzner, K., Renner, S. P., Römer, T., Roth, S., Schütz, F., Schulte-Mattler, W., Sehoul, J., Lippach, K., Tamussino, K., Teichmann, A., ... Zarras, K. (2021). The Prevention of Positioning Injuries During Gynecologic Surgery. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k Level, AWMF Registry Number 015/077, October 2020). *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 81(4), 447–468. <https://doi.org/10.1055/a-1378-4209>

Gefen, A., Creehan, S., & Black, J. (2020). Critical biomechanical and clinical insights concerning tissue protection when positioning patients in the operating room: A scoping review. *International wound journal*, 17(5), 1405–1423. <https://doi.org/10.1111/iwj.13408>

Lopes, C. M., Haas, V. J., Dantas, R. A., Oliveira, C. G., & Galvão, C. M. (2016). Escala de avaliação do risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24, e2704. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>

Miranda, A. B., Fogaça, A. R., Rizzetto, M., & Cuvello Lopes, L. C. (2016). Posicionamento Cirúrgico: Cuidados de Enfermagem No Transoperatório. *SOBECC Revista*, 21(1), 52-58. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600010008>.

Prado, C. B. C. (2020). *Superfícies de suporte para prevenção de lesão por pressão no período intraoperatório: revisão sistemática com metanálise*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. doi:10.11606/T.22.2021.tde-25032021-225145.

Spruce L. (2021). Positioning the Patient. *AORN journal*, 114(1), 75–84. <https://doi.org/10.1002/aorn.13442>

Woodfin, K. O., Johnson, C., Parker, R., Mikach, C., Johnson, M., & McMullan, S. P. (2018). Use of a Novel Memory Aid to Educate Perioperative Team Members on Proper Patient Positioning Technique. *AORN journal*, 107(3), 325–332. <https://doi.org/10.1002/aorn.12075>

Anexo II



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que (o)a Senhor(a) Enfermeiro(a)

CATARINA GOMES DE OLIVEIRA

Membro nº **50350**,

concluiu com aproveitamento a **5ª Edição** da acção de formação «**Gestão de Risco em saúde: A Segurança do Cliente**»¹ que decorreu de **08 a 31 de março de 2023**, ocorrendo no dia **30 de março**, das **10h15 às 13h15**, uma sessão síncrona em formato *e-Learning* realizada, através da Plataforma digital “*Cisco Webex Events*” e Plataforma EnForma.

Por ser verdade e nos ter sido pedido, se passa a presente declaração.

Lisboa, 31 de março de 2023.

P^lA Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 2.1 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas | Carga Horária: 15h00 (12h00 assíncronas e 03h00 síncrona)

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

Anexo III

Revisão narrativa da literatura

“Cuidados de enfermagem no posicionamento cirúrgico da cliente submetida a histerectomia via vaginal”.

Resumo

O posicionamento cirúrgico adequado é fundamental para a segurança do cliente. Considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, nomeadamente a ocorrência de eventos adversos, a tomada de decisão do enfermeiro perioperatório nesta matéria deve basear-se na melhor evidência. Definiu-se como objetivo: conhecer o estado da arte, sobre técnica de posicionamento cirúrgico na cliente submetida a histerectomia via vaginal e identificar as complicações advenientes de posicionamentos inadequados. Metodologia: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, cujo a pesquisa sobre o estado da arte realizou-se de janeiro a março de 2023 com recurso à base de dados da CINALH complete, scielo, pubmed, livros e literatura cinzenta. Dos resultados realçamos: técnica de posicionamento, complicações advenientes de posicionamentos inadequados, fatores de risco para o desenvolvimento de lesões, ferramentas de avaliação de risco, dispositivos de posicionamento e cuidados de enfermagem no posicionamento cirúrgico. Conclusão: É fundamental que o enfermeiro perioperatório, tenha conhecimento sobre os diferentes posicionamentos cirúrgicos e as potenciais complicações que cada posição pode causar. A implementação de intervenções pautadas pela melhor evidência científica, permitirá ao enfermeiro perioperatório, assegurar um posicionamento cirúrgico com segurança.

Palavras-chave: enfermagem perioperatória, posicionamento cirúrgico, complicações do posicionamento cirúrgico, posição de litotomia.

Anexo IV

Plano de sessão de formação

Tema	Posicionamento cirúrgico - posição de litotomia
Formador	Catarina Oliveira
Destinatários	Enfermeiros do Bloco Operatório Central
Local	Bloco Operatório Central
Data e hora	24 de abril de 2023 às 8 horas
Duração	1 hora
Objetivos	-Sensibilizar a equipa para as principais complicações advenientes de posicionamentos inadequados - Aprofundar conhecimentos, no âmbito da técnica de posicionamento de litotomia e na implementação de boas práticas

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Recursos materiais
Introdução	- Apresentação do formador - Estrutura da apresentação	2 minutos	Expositivo	
Desenvolvimento	-Objetivos do posicionamento cirúrgico -Lesões/alterações relacionadas a posicionamentos inadequados: <ul style="list-style-type: none"> Lesões/alterações decorrentes de posicionamento inadequado na posição de litotomia -Posição de litotomia: <ul style="list-style-type: none"> Princípios básicos do posicionamento cirúrgico Posicionamento dos membros superiores Posicionamento dos membros inferiores -Dispositivos de posicionamento -Cuidados de enfermagem no posicionamento cirúrgico	45 minutos	Expositivo/ Participativo	- Computador - Projetor - Tela
Conclusão	- Síntese dos principais aspetos - Esclarecimento de dúvidas	10 minutos	Expositivo/ Participativo	
Avaliação	- Preenchimento de questionário de satisfação	3 minutos	Participativo	

Anexo V

XX

CONGRESSO NACIONAL AESOP

CERTIFICADO

Certifica-se que:

Catarina Gomes Oliveira

Esteve presente no **XX Congresso Nacional da AESOP**, que teve lugar no Europarque, de 28 a 30 de setembro de 2022, tendo participado em:

Workshop: Posicionamentos Cirúrgicos | 28.09.2022 | 14H30 - 18H00

05-10-2022



MANUEL VALENTE
VICE PRESIDENTE AESOP

Uma organização da:



Anexo VI

XX CONGRESSO NACIONAL AESOP

28 – 30 Setembro 2022, Santa Maria da Feira

CERTIFICA-SE QUE

O trabalho *“A segurança da pessoa em situação perioperatória: As intervenções de enfermagem perioperatória na prevenção da infeção do local cirúrgico”* apresentado no *XX Congresso Nacional da AESOP*, recebeu o prémio de **2º. Melhor e-Poster.**

Apresentador: José Maria Queirós Coutinho

1º Autor: José Maria Queirós Coutinho

Co-Autores: Catarina Gomes Oliveira; David Miguel Quintas Viana; Lúcia Maria Álvaro Marques; Miguel Ângelo De Moraes Negrão



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Valente', is positioned above the name of the Vice President.

Vice Presidente da AESOP
Manuel Valente

Uma organização da:

