

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**OTIMIZAÇÃO DA VIA AÉREA À PESSOA SUBMETIDA
A TIROIDECTOMIA, NO INTRA E PÓS-OPERATÓRIO:
CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**INTRAOPERATIVELY AND POSTOPERATIVELY AIRWAY
OPTIMISATION FOR PEOPLE UNDERGOING THYROIDECTOMY:
CONTRIBUTION FROM SPECIALIST NURSE**

Autor

Lúcia Maria Álvaro Marques

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**OTIMIZAÇÃO DA VIA AÉREA À PESSOA SUBMETIDA
A TIROIDECTOMIA, NO INTRA E PÓS-OPERATÓRIO:
CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Orientador(es)

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

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

Autor

Lúcia Maria Álvaro Marques

Porto, 2024

RESUMO

A conceção de cuidados à pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória, configura-se numa base de total exigência e abrangência, imputando uma enorme responsabilidade ao Enfermeiro Especialista, cuja intervenção se desenvolve em cinco áreas complementares entre si, designadamente Consulta Perioperatória, Anestesia, Circulação, Instrumentação e Cuidados pós anestésicos, num período que abrange as fases Pré, Intra e Pós-operatório.

São cuidados que se inscrevem num contexto de trabalho muito específico como é o Bloco Operatório, onde a tecnicidade e a complexidade coexistem com a vulnerabilidade e fragilidade da pessoa. Neste contexto o Enfermeiro experiencia diariamente, a necessidade de se atualizar, numa ótica de garantia da segurança, congruente com a consciência cirúrgica. Neste sentido, a promoção dum ambiente seguro pragmatiza uma das competências regulamentares do Enfermeiro Especialista do perioperatório, aportando preocupações e desafios acrescidos.

Emerge nesta área a gestão e manutenção, garantes da otimização da abordagem da Via aérea, como temática importante de atenção, no Intra e no Pós-operatório imediato.

Neste sentido realizamos o Estágio de Natureza Profissional, Módulo II, inserido no Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. O objetivo geral proposto foi aprofundar competências nos domínios: prática profissional, ética e legal e na prestação e gestão de cuidados no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em situação perioperatória. Para tal pretendeu-se concretizar o projeto individual de desenvolvimento de competências e integrá-lo num quadro geral de promoção de competências de prestação de cuidados de enfermagem no âmbito específico do curso, que se constituam como ajuda profissional avançada aos clientes.

Para elaboração do presente Relatório, recorreremos à metodologia descritiva, crítico-reflexiva, para documentar e espelhar o nosso percurso na obtenção de conhecimento, aquisição de capacidade de compreensão e de resolução de problemas de situações complexas, sustentando uma prática clínica orientada e autónoma na realização das atividades que consubstanciaram o estágio permitindo o desenvolvimento de competências especializadas de Mestre e Enfermeiro Especialista.

Desenvolvemos competências na maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica através da elaboração dos Procedimentos de Enfermagem Perioperatória, reportados em dois

instrumentos: Verificação do Equipamento Anestésico da Sala Cirúrgica do Bloco Operatório Central, complementado com uma Lista de Verificação de Equipamento Anestésico e Procedimento de Enfermagem Perioperatória denominada: Verificação do Carro de Via aérea Difícil do Bloco Operatório Central e respetivo documento de registo da sua utilização e dados do utente denominado: Carro de via aérea difícil - Monitorização do equipamento do BOC/Avaliação do doente e registo de VAD, ambos criados de raiz.

Foram ainda desenvolvidas competências comuns do enfermeiro especialista designadamente na área da qualidade, investigação e formação através da criação de uma Ficha Técnica de Enfermagem Perioperatória: Área de Instrumentação e Circulação na Cirurgia Tiroidectomia e elaborado, um plano de cuidados padrão para a pessoa submetida a tiroidectomia total, tendo por base a Ontologia de Enfermagem, denominado “Plano de Cuidados de Enfermagem Perioperatória - Padrão, no atendimento à pessoa submetida a Tiroidectomia Total no Pós-operatório” para aplicação na UCPA.

No plano da Investigação procedemos a uma revisão narrativa da literatura recorrendo à Validação dos Procedimentos por nós elaborados e apresentados, através do método Grupo Focal. Foi ainda possível consensualizar aspetos determinantes e enriquecedores da documentação dos cuidados, no perioperatório.

Realizamos também uma sessão de Formação em Serviço, dirigida à equipe de Enfermagem com a Temática: “Procedimentos de Enfermagem Perioperatória: Segurança do doente na abordagem à Via Aérea”.

Conclusão: ao longo do percurso do processo de aprendizagem percecionamos a importância da segurança na conceção e implementação de cuidados de enfermagem, à pessoa e família /pessoa significativa, em situação perioperatória, pelo que se reconhece as mais-valias do enfermeiro especialista neste contexto, garantindo a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, através da minimização do risco, agindo em conformidade com as suas responsabilidades ética e profissional.

ABSTRACT

The design of care for the person and family/significant other in a perioperative situation is configured on a basis of total demand and comprehensiveness, placing an enormous responsibility on the Specialist Nurse, whose intervention is developed in five complementary areas, namely Perioperative Consultation, Anesthesia , Circulation, Instrumentation and Post-anesthetic care, in a period that covers the Pre, Intra and Post-operative phases.

This care is part of a very specific work context such as the Operating Room, where technicality and complexity coexist with the person's vulnerability and fragility. In this context, the Nurse experiences daily the need to update themselves, from a perspective of ensuring safety, congruent with surgical awareness. In this sense, the promotion of a safe environment conceptualizes one of the regulatory competencies of the perioperative Specialist Nurse, providing additional concerns and challenges.

Management and maintenance emerge in this area, guaranteeing the optimization of the Airway approach, as an important focus of attention, intraoperatively and immediately post-operatively.

In this sense, we carried out the Professional Internship, Module II, included in the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Perioperative Situations, at the Escola Superior de Enfermagem do Porto. The proposed general objective was to deepen skills in the areas of professional, ethical and legal practice and in the provision and management of care within the scope of medical-surgical nursing, in the area of Nursing for People in a perioperative situation. To this end, the aim was to implement the individual skills development project and integrate the personal project into a general framework for promoting skills in providing nursing care within the specific scope of the course, which constitute advanced professional help for clients.

To prepare this Report, we used a descriptive, critical-reflexive methodology, to document and mirror our journey in obtaining knowledge, acquiring the ability to understand and solve problems in complex situations, supporting a guided and autonomous clinical practice in carrying out of the activities that constituted the internship, allowing the development of specialized Master and Specialist Nurse skills.

We develop skills on maximizing the safety of both the person in the perioperative situation and the multidisciplinary team, congruent with surgical awareness through the elaboration of Perioperative Nursing Procedures, reported in two instruments: Verification of the Anesthetic Equipment in the Operating Room of the Central Operating Room, complemented with a

Checklist of Anesthetic Equipment and Perioperative Nursing Procedure called: Checking the Difficult Airway Cart Central Operating Room and respective document recording its use and user data "VAD Cart Monitoring", both created from scratch.

Common skills of the specialist nurse were also developed, namely in the area of quality, research and training through the creation of a "Perioperative Nursing Technical Sheet: Area of Instrumentation and Circulation in Thyroidectomy Surgery" and the elaboration of a standard care plan for the person undergoing total thyroidectomy, based on the Nursing Ontology, called "Perioperative Nursing Care Plan - Standard, in the care of people undergoing Postoperative Total Thyroidectomy" for application in the UCPA.

In terms of Research, we validate the Procedures using the Focus Group method. It was also possible to reach consensus on determining and enriching aspects of documenting care in the perioperative period.

We also held an In-Service Training session, aimed at the Nursing team with the theme: "Perioperative Nursing Procedures: Patient safety when approaching the Airway".

Conclusion: throughout the learning process, we realized the importance of safety in the design and implementation of nursing care, for the person and family/significant other, in a perioperative situation, which is why the added value of the specialist nurse in this context is recognized, ensuring the safety of people, professionals and the environment, by minimizing risk, acting in accordance with their ethical and professional responsibilities.

ABREVIATURAS

Ad - Adicional

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa

AORN - Association of Operating Room Nurses

ASA - American Society of Anesthesiologists

ATA - Artroplastia Total da Anca

ATJ - Artroplastia Total do Joelho

AO- Assistentes Operacionais

BIS - Índice Bi-Espectral

BO - Bloco Operatório

BOC - Bloco Operatório Central

Cir. - Cirurgia Geral

DAS - Difficult Airway Society

DAT - Difficult Airway Trolley

DGS - Direção-Geral da Saúde

DSG - Dispositivo supraglótico

EE - Enfermeiro Especialista

EMG - Eletromiografia

Enf. - Enfermeiro

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EUA - Estados Unidos da América

FC - Frequência Cardíaca

FR - Frequência Respiratória

GF - Grupo Focal

GIN - Ginecologia

ILC - Infecção do local cirúrgico

ISO - Internacional Organization for Standardization

KPC - Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase

LVSC - Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica

LASA - Look Alike Sound Alike

LCR - Líquido Cefalo-raquidiano

M - Manhã

N - Noite

OE- Ordem dos Enfermeiros

OCDE- Organização para a Cooperação o Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial da Saúde

ORL - Otorrinolaringologia

ORT - Ortopedia

PCR - Paragem cardiorrespiratória

PI - Pressão Invasiva

PNI - Pressão não Invasiva

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

RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto a Portugal

RH - Recursos Humanos

RNL - Nervo Laríngeo Recorrente

RT - Responsável de Turno

Sat O2 - Saturação de Oxigénio

SINAS - Segundo o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS)

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPA - Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

T - Tarde

TET - Tubo endo traqueal

TIVA - Total Intravenous anesthesia

TOF - Train of Four

TOT - Tubo orotraqueal

TSH - Hormona tiroestimulante

UDAPO - Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória

UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

Urg - Urgência

URO - Urologia

VA - Via Aérea

VAD - Via Aérea Difícil

VPO - Visita Pré-Operatória

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO | 15 |
| 2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) | 21 |
| 3. TIROIDECTOMIA TOTAL | 29 |
| 3.1. Enquadramento teórico | 29 |
| 3.2. Clientes | 48 |
| 3.3. Medicação | 48 |
| 3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita | 48 |
| 3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica | 53 |
| 3.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. | 55 |
| 3.5. Domínios | 58 |
| 3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico | 58 |
| 3.6. Dados | 66 |
| 3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados | 67 |
| 3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados | 69 |
| 3.7. Diagnósticos | 69 |
| 3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades | 70 |
| 3.8. Especificação das intervenções | 74 |
| 4. ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA DIREITA | 77 |
| 4.1. Enquadramento teórico | 77 |
| 4.2. Clientes | 87 |
| 4.3. Medicação | 87 |
| 4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita | 88 |
| 4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica | 91 |
| 4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. | 94 |
| 4.5. Domínios | 95 |
| 4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico | 95 |
| 4.6. Dados | 104 |
| 4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados | 108 |
| 4.7. Diagnósticos | 109 |
| 4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades | 111 |
| 4.8. Especificação das intervenções | 118 |
| 5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 121 |
| 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO | 179 |
| 7. BIBLIOGRAFIA | 181 |

ANEXOS 189

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1 - Distribuição dos tempos operatórios pelas diferentes Especialidades Cirúrgicas

Tabela 2 - Classificação de Mallampati

Tabela 3 - Classificação de Cormack-Lahene

Tabela 4 - Caraterização dos peritos

Gráfico 1 - Caraterização da equipa do BOC da Instituição segundo o escalão etário

Gráfico 2 - Caraterização da equipa do BOC da Instituição segundo o sexo

Gráfico 3 - Caraterização da equipa do BOC da Instituição segundo o tempo de serviço em anos

Gráfico 4 - Caraterização da equipa do BOC da Instituição segundo o tempo de serviço no BOC em anos.

Gráfico 5 - Caraterização da equipa do BOC da Instituição com Especialização em Enfermagem

Gráfico 6 - Caraterização da equipa do BOC segundo o título de Especialização de Enfermagem

Figura 1 - Classificação de Mallampati e de Cormack-Lahene

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Aos Enfermeiros enquanto profissionais da Equipe de Saúde, são solicitadas diariamente responsabilidades e desafios nos diversos domínios de intervenção. A conceção de cuidados contempla grande parte dessa intervenção, no entanto outros domínios complementam a sua atividade, designadamente a qualidade, a gestão de serviços e de recursos humanos, a documentação e transmissão de informação, a cultura de segurança, entre muito outros que caracterizam a governação clínica. Esta exigência traduz uma necessidade de empenho e de atualização, permitindo uma tomada de decisão consciente e sustentada, refletindo assim uma enfermagem de excelência.

A função do enfermeiro perioperatório foi definida como “o profissional capaz de identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados, que coordene as ações de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do individuo antes durante e após a cirurgia” (Association of Operating Room Nurses [AORN], 1998, como citado em Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa [AESOP], 2006, p. 9). Os cuidados perioperatórios eram definidos pelo “conjunto de de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios para dar resposta às necessidades do doente submetido a cirurgia e ou qualquer procedimento invasivo”(AESOP, 1998, como citado em AESOP, 2006, p. 9).

Na atualidade o conceito foi evoluindo e de acordo com Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação Perioperatória, os cuidados de Enfermagem Perioperatórios “desenvolvem-se num processo padronizado de boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa num contínuo, antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico. Visam proporcionar à pessoa proteção na situação particular de vulnerabilidade, capacitá-la e promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

São cuidados que se inscrevem num contexto de trabalho muito específico como é o Bloco Operatório, onde a tecnicidade e a complexidade coexistem com a vulnerabilidade e fragilidade da pessoa, e onde o enfermeiro experiencia diariamente a necessidade de se atualizar, numa ótica de garantia da segurança, congruente com a consciência cirúrgica.

De forma particular, o Regulamento de Competências (2018), faz referência aos cuidados de enfermagem especializados na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em situação

Perioperatória, enfatizando que “os cuidados têm como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem a experiência cirúrgica/anestésica”. Acrescenta ainda, que estes “são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença”(Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico-cirúrgica n.º 429/2018, 2018, p.19366).

Entende-se por pessoa em situação perioperatória “qualquer pessoa, que ao longo de todo o seu ciclo de vida, necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos (. . .) aceita submeter-se a um estado de consciência alterado e aos riscos inerentes a esses procedimentos e ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional, tendo geralmente a expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida” (OE, 2017).

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória caracteriza-se pela atitude antecipatória desses riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica e tem como princípios a atuação com responsabilidade profissional e prudência que exige uma tomada de decisão. Para Silva (2011) “tomar decisões é o final da etapa conduzida pelo raciocínio. Todos os enfermeiros tomam decisões na medida em que fazem julgamentos sobre as necessidades das pessoas, e tomam decisões sobre que intervenções implementar” (Silva, 2011, p. 30).

Mota et al., (2021, p. 1) referem que “o Bloco Operatório constitui o local onde ocorre o maior número de incidentes em cuidados de saúde, pelo que se torna fundamental implementar políticas de segurança para o doente”. Segundo a Direção Geral da saúde DGS, (2011), define-se Segurança do Doente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”. Conceituando que “um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo” (DGS, 2011, p. 14, p. 15).

O Ambiente perioperatório enquanto palco das intervenções multidisciplinares, distingue-se de outros, por especificidades como a “complexidade pela alta tecnologia, elevado número de dispositivos médicos e necessidade de controlo ambiental constante e rigoroso, que criam situações de elevado risco” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, sp). Outros fatores aportam um enorme contributo para esta complexidade, onde se destacam os “fluxos de comunicação intensos, a atividade profissional em equipas interdisciplinares, o circuito perioperatório com múltiplas transferências de cuidados”. São ainda apontados pela OE como elementos que requerem um enorme rigor, pois são potenciais geradores de situações de risco, quando se refere que às “exigências de procedimentos complexos, associados à elevada dependência da

pessoa sob anestesia, constituem oportunidade de erros, nomeadamente: doente errado, lado errado, procedimento errado, incidentes anestésicos, contagens incorretas, avarias de equipamentos, lesão por posicionamento cirúrgico, lesão provocada por dispositivos médicos, risco de queimadura, lesão da córnea, quebra da técnica asséptica, infeção do local cirúrgico, hemorragia, hipotermia, paragem cárdio-respiratória e morte”(OE, 2017, sp).

Ficam patentes os vários tipos de riscos aos quais o doente perioperatório é exposto. Dadas as potenciais implicações, não só na integridade física, como nos domínios da ética e do direito legal, dispõe-se já de alguns programas e projetos que visam esta problemática. É disso exemplo, a Cirurgia Segura Salva Vidas (CSSV), projeto lançado pela Organização mundial da Saúde OMS, 2009, bem como às recomendações resultantes do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 (Despacho n.º1400-A/2015), mais recentemente com a criação de novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021), para consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados. São pois, preocupações transversais, inter e multidisciplinares onde a Enfermagem do perioperatório assume um lugar importante na área de gestão do risco e de liderança. A promoção dum ambiente seguro com consciência cirúrgica está assim prevista pela deontologia e ética.

Emerge assim o interesse em centrar o estudo na área da gestão e manutenção, da otimização na abordagem da Via aérea associada ao procedimento Invasivo Tiroidectomia. É uma cirurgia que por vários fatores, como o caráter de potencial imprevisibilidade e pela forma que se apresenta, eletiva, urgente ou emergente, assim como a abordagem cirúrgica e o posicionamento cirúrgico, nos aportam preocupações não só no Intra operatório (Intubação endotraqueal e cirurgia), bem como no Pós-operatório imediato, na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) pelas potenciais complicações, onde se destacam as respiratórias e hemorrágicas (Iliff et al., 2021).

A nível mundial estima-se que cerca de 200 milhões de pessoas apresentam alguma patologia na tiroide, em todas as faixas etárias e etnias, sendo 8 vezes mais frequente na mulher. Em Portugal, cerca de 1 milhão de pessoas apresentam patologia da tiroide, e estima-se que muitos casos ainda estão por diagnosticar (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo [SPEDM], 2019, sp).

Num Hospital do Norte, entre os anos de 2014 e 2021, foram realizadas em média, cerca 78 tiroidectomias/ano, segundo a Direção do Departamento de Cirurgia (2022, sp). Nesta instituição de saúde a cirurgia da tiroide é da responsabilidade médica do Grupo da Cabeça e Pescoço.

Numa ótica de gestão da qualidade e sob o ponto de vista da segurança da pessoa e do ambiente, esta consciência coloca desafios na melhoria da qualidade, não só às equipas como ao serviço e por inerência à credibilidade das Instituições.

Da observação por nós efetuada e analisada durante o estágio Módulo I, desenvolvida nos mesmos contextos de estágio do Módulo II, pudemos compreender que a gestão e organização de equipamentos essenciais para a prevenção de complicações ou para otimização dos cuidados de enfermagem, seria uma oportunidade para desenvolver competências na promoção do ambiente seguro, através da padronização de práticas e na uniformização na gestão dos vários equipamentos para o suporte ventilatório e do equipamento de apoio à abordagem da via aérea, nomeadamente o Carro de Intubação Difícil (VAD). Reforçado pelo fato de a nossa área de competência/intervenção, como profissional, se centrar sobretudo na área de anestesia e UCPA. Foi-se construindo a motivação e interesse no domínio do sistema respiratório concretamente na abordagem à via aérea associada ao procedimento invasivo Tiroidectomia Total, como referido anteriormente, dado ser uma das intervenções que observei e em que participei no contexto de estágio, incluída na programação semanal daquele serviço.

Numa perspetiva de desenvolvimento pessoal e profissional surgiu a necessidade de aprofundar e ampliar novos conhecimentos, sendo que a formação contínua e permanente é preponderante ao profissional de enfermagem no cumprimento das competências exigidas não só pela Ordem dos Enfermeiros como, através da sua regulação, na conceção de cuidados à pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória.

À luz do exposto desenvolvemos o estudo centrado na Otimização da via aérea, na Pessoa submetida a Tiroidectomia, no Intra e pós-operatório: contributo do enfermeiro especialista. Suportado numa revisão narrativa da literatura demonstrou-se, com base no estado da arte, que "o uso de listas de verificação em anestesia pode diminuir o erro humano, melhorar a comunicação da equipa e aumentar a qualidade do atendimento (...), são úteis para as transições dos profissionais, emergências e procedimentos anestésicos de rotina, no entanto refere que a literatura é ainda limitada e muito heterogénea" (Saxena et al., 2019, p. 9).

A aprendizagem em contexto clínico, como refere Abreu, "é um momento fundamental e diferenciado de formação, com forte impacto nas esferas pessoal e profissional dos formandos". Refere ainda que "o estágio clínico é um segmento formal de formação no qual o formando lida sob supervisão com respostas humanas, em situações de saúde e doença, envolvendo-se como um todo no sentido de transformar experiências a partir duma interação sequencial de aprendizagens significativas, tendo em vista graus progressivos de autonomia" (Abreu, 2007, p. 223).

Vários são os modelos supervisivos das práticas de enfermagem. Entende-se por Modelo "uma matriz explicativa, detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos ou ideias, com o intuito de orientar o pensamento, proporcionar leituras de fenómenos e constitui uma referência para a ação" (Abreu, 2007, p. 190). Dos vários modelos existentes adaptáveis à enfermagem, neste caso à Médico-cirúrgica os autores afirmam que "(. . .) se se pode falar de um modelo predominante para a enfermagem, esse modelo é o proposto por Proctor, sendo que (. . .) as

três funções indicadas - normativa, formativa e restaurativa, são elementos relevantes para a supervisão clínica, designadamente a nível de processos e dos resultados” (Bowles & Young, 1999, como citado em Abreu, 2007).

Paralelamente estas aprendizagens constituem um processo imprescindível para que a enfermagem dê resposta à crescente exigência da qualidade na área da Saúde e em particular nas Instituições de Saúde.

Parece então ser um aspeto central na aprendizagem que, a realização de um estágio durante um percurso formativo se reveste de extrema importância no processo de ensino/aprendizagem, permitindo a consolidação do conhecimento teórico, desenvolvimento e aprofundamento de competências técnico científicas conducentes à reflexão na, e sobre a prática.

Pretendemos portanto, com a sua realização que, os conhecimentos teórico-práticos adquiridos durante o curso se mobilizem para o contexto da prática e se transformem em novo conhecimento, através duma análise crítico-reflexiva e que efetivamente dê contributos no desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista.

Com o presente Relatório pretendemos documentar academicamente, o percurso realizado durante Estágio de Natureza Profissional, Módulo II, do Curso do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em situação Perioperatória, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que tem como objetivo geral: desenvolver competências nos domínios da prática profissional, ética e deontologia bem como na prestação e gestão de cuidados no âmbito da enfermagem Médico-cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatório. Para tal, concretizar o projeto individual de desenvolvimento de competências e integrar projeto pessoal num quadro geral de promoção de competências de prestação de cuidados de enfermagem no âmbito específico do curso, que se constituam como ajuda profissional avançada aos clientes.

O espaço temporal decorreu entre 6 de fevereiro de 2023 a 23 de junho de 2023, no serviço de Bloco Operatório Central (BOC) e Unidade Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), respetivamente, de um Hospital da região Norte.

Para a sua elaboração adotamos a metodologia descritiva, crítico reflexiva das atividades desenvolvidas, sustentadas numa revisão narrativa da literatura, logo na evidência científica, nos Padrões de Qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros e no Regulamento de competências e Código deontológico da OE, que permitiu a obtenção e aprofundamento de conhecimento, aquisição de capacidades, e resolução de problemas referentes a situações complexas, sustentando uma prática clínica orientada para a tomada de decisão.

Estruturamos o presente Relatório da seguinte forma: Capítulo 1, Introdução; Capítulo 2, Caracterização do contexto clínico; nos Capítulos 3 e 4 apresentamos dois Estudos de Caso referentes à conceção dos cuidados perioperatório à pessoa submetida a Tiroidectomia Total e à

Artroplastia Total da Anca; no Capítulo 5, documentamos os Contributos para o desenvolvimento de competências relativas às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista; no Capítulo 6, redigimos a síntese final do Relatório e por último a Bibliografia.

Para a redação deste Relatório foram utilizadas as normas da ESEP .

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

Neste capítulo apresentamos uma caracterização do contexto clínico que incluiu os dois campos de Estágio do Módulo II. Iniciámos a primeira parte no BOC e posteriormente na UCPA.

A Instituição de Saúde da zona Norte do País, 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 específico, com as especificidades previstas no seu regulamento interno e nas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde. A sua missão 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. É visão da referida Instituição de Saúde, como organização otimizada e centrada na gestão integrada da saúde dos cidadãos dum distrito do Norte, elevar-se a modelo de referência para outros prestadores de cuidados de saúde.

No desenvolvimento da sua atividade, a Instituição de Saúde e os seus colaboradores (2022, sp) 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.

Objetivos, atribuições e área de influência:

De acordo com o seu Regulamento Interno (Artigo 5º), a referida 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 financeiros sustentável;
- Melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e do modelo Unidade Local de Saúde no contexto do Serviço Nacional de Saúde.

O território abrangido tem uma superfície de 2.219 Km² e (segundo os “resultados provisórios” dos Censos 2021, divulgados pelo INE), uma população residente estimada em 231.293 indivíduos, 11,2% dos quais (jovens) com menos de 15 anos, 28,1% com idade igual ou superior a 65 anos e 60,7% de população em idade ativa (15 aos 64 anos). Esta sub-região apresenta uma densidade populacional de 104,2 indivíduos por km², representando à volta de 2,26% da população de Portugal e, aproximadamente, 6,50% da população da Região Norte. Simultaneamente, apresenta um Índice de envelhecimento (idosos por cada 100 jovens) de 252, sendo que o número de indivíduos em idade ativa por idoso se fica pelos 2,2, num universo de 90.8555 famílias (2022, sp).

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 celeridade dos cuidados prestados.

Na referida Instituição de Saúde, o BOC. localiza-se no 4º piso, da 1ª fase do Hospital. 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.

Está dividido em 5 salas operatórias cuja distribuição de tempos operatórios pelas diversas especialidades é descrita na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos tempos operatórios pelas diferentes Especialidades Cirúrgicas

| Mês | | 2ª Feira | 3ª Feira | 4ª Feira | 5ª Feira | 6ª Feira | Sáb | Dom |
|---------------|--------|----------|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----|
| Bloco Central | Sala 1 | M | SERVIÇO DE URGÊNCIA | | | | | |
| | | T | | | | | | |
| | | 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: - Produção Base

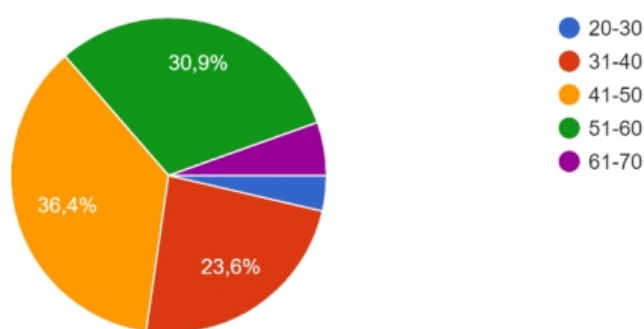
Ad - Produção Adicional

(*) - Rotatividade por Estomatologia, Ginecologia e Cirurgia Geral

A UCPA integra o serviço do Bloco operatório Central e é composta por 10 unidades com monitorização própria, compreendendo até 3 postos de trabalho para enfermeiros e 1 anestesista.

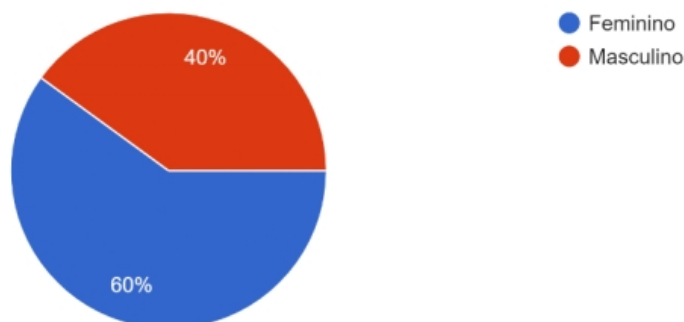
Relativamente aos recursos materiais, a gestão e reposição de stocks é efetuada segundo esquemas próprios, por perfis e níveis previamente definidos em conjunto com os vários Serviços de apoio e de acordo com as necessidades do Serviço. Sendo o BOC uma Unidade Funcional integrada no Departamento de Cirurgia, este articula-se maioritariamente com todos os Serviços de Cirurgia e com todos os Serviços de apoio. Relativamente às Intervenções cirúrgicas mais realizadas em 2021, no BOC distribuem-se da seguinte forma: Cesariana com 422; Artroplastia Total da anca com 352; Colectomia 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; procedimentos em Ombro, Braço e Antebraço com 188 intervenções cirúrgicas. A caracterização da Equipa de enfermagem foi realizada através da elaboração dum formulário sendo solicitado o seu preenchimento durante a última semana de novembro de 2022. Desse formulário obtiveram-se os seguintes resultados:

Gráfico 1 - Caracterização da equipa do BOC segundo o escalão etário



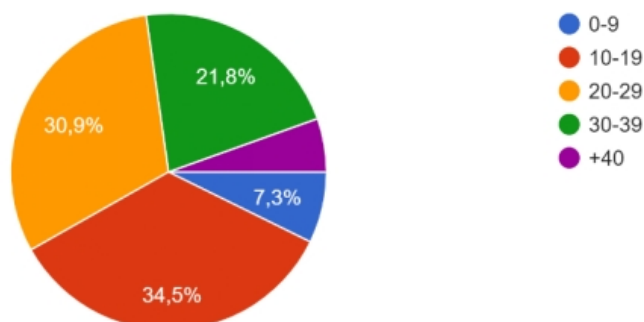
A totalidade da Equipa é constituída por 55 elementos, sendo que a sua maioria se insere no escalão etário dos 41-50 anos (36,4%), como se visualiza no Gráfico 1.

Gráfico 2 - Caracterização da equipa do BOC segundo o sexo



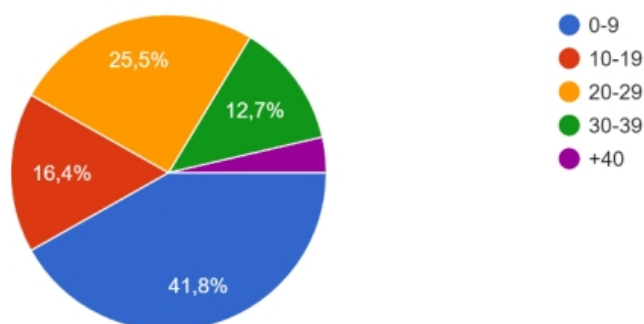
Existe uma predominância do sexo feminino com 60% da totalidade dos elementos da equipa de enfermagem (Gráfico 2). Nesta contagem, incluem-se um enfermeiro em funções de Chefia e um enfermeiro em regime de horário fixo, na colaboração da Gestão do Serviço. De salientar que existem três elementos responsáveis pela formação, tendo assumido essa função no ano de 2022.

Gráfico 3 - Caracterização da equipa do BOC segundo o tempo de serviço em anos.



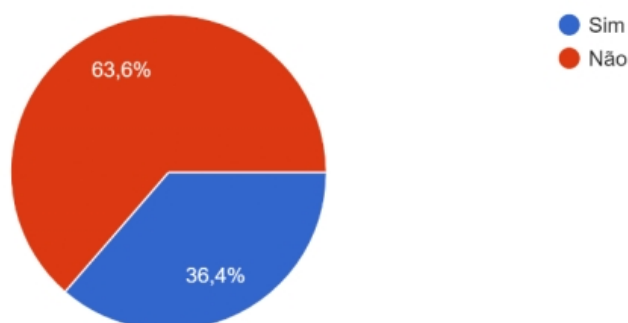
Analisando o tempo de serviço dos elementos da equipa, a faixa de tempo mais representada é aquela que se situa entre os 10 e os 19 anos de experiência profissional (34,5%).

Gráfico 4 - Caracterização da equipa do BOC segundo o tempo de exercício no BOC em anos.



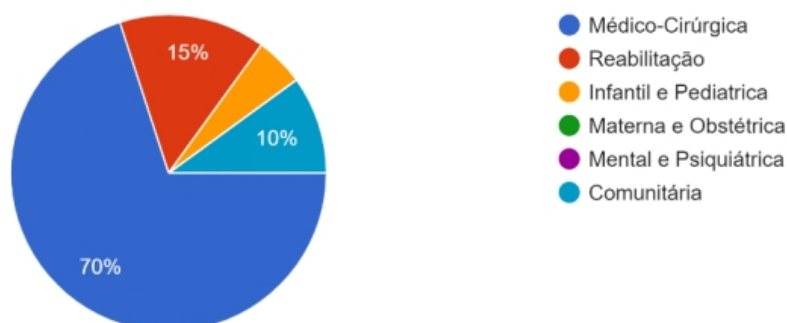
Analisando o tempo de exercício dos elementos da equipa no BOC, a faixa de tempo mais representada é constituída pelos elementos que trabalham há menos de 9 anos (41,8%).

Gráfico 5 - Caracterização da equipa do BOC com Especialização em Enfermagem



Relativamente ao enfermeiros que possuem Especialização em enfermagem, ficou caracterizado da seguinte forma: 36,4% da equipa tem uma Especialização, tal como demonstra o Gráfico 5.

Gráfico 6 - Caracterização da equipa do BOC segundo o título de Especialização de Enfermagem



Do gráfico 6 pudemos apurar que a especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, é aquela que mais prevalece com 70%. Salienta-se um aumento do número de enfermeiros especialistas nos últimos anos, destacando-se ainda o fato de 8 elementos se encontrarem neste momento a frequentar o Curso de especialização de enfermagem na área Médico-cirúrgica.

Os enfermeiros estão divididos em dois grandes grupos, os elementos da área anestésica com vinte e três (23) e trinta e dois (32) enfermeiros da área cirúrgica, que engloba a Instrumentação e a Circulação. São distribuídos por turno e por especialidade, de acordo com a sua competência, satisfação pessoal e necessidades do Serviço. Esta divisão é considerada como benéfica para a Equipa contribuindo assim para áreas mais específicas de competência, permitindo cuidados de enfermagem perioperatória com maior qualidade.

As dotações de enfermagem no presente contexto de estágio em cada Sala Cirúrgica e para as sessões eletivas, comportam um Enfermeiro de anestesia, um Enfermeiro Circulante um Enfermeiro Instrumentista.

Relativamente à distribuição dos elementos para assegurar os turnos de Urgência (Sala de Urgência e UCPA), é efetuada da seguinte forma:

- 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 BOC assegura ainda alguma atividade da Gastroenterologia, Imagiologia bem como está inserido no Projeto da dor Aguda mais precisamente na Unidade de dor Pós-Operatória (UDAPO). Para tal, o Enfermeiro da área de anestesia faz um seguimento diário nos serviços de internamento, a todos os utentes intervencionados, que utilizam outras estratégias no controle da dor aguda, em complementaridade com o Anestesiologista. Estas Consultas de Enfermagem, decorrem nas enfermarias, no período da manhã.

Quanto ao método de trabalho de enfermagem a distribuição das competências e funções é feita, como já foi referido anteriormente, tendo por base as competências do profissional, as habilidades e a satisfação pessoal, se o serviço permitir.

Este campo de estágio foi um contexto altamente favorecedor para o desenvolvimento de competências, comuns e específicas, do enfermeiro especialista de enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória.

No capítulo seguinte serão apresentados os Estudos de caso realizados no decurso do estágio Módulo I e Módulo II.

As premissas resultaram na escolha dois Procedimentos Invasivos, tendo por base o nosso interesse no desenvolvimento e aprofundamento da conceção de cuidados de enfermagem especializada do perioperatório, com base na Ontologia de Enfermagem, e reportando-a na

plataforma “e4nursing”.

A nossa escolha incidu na Tireoidectomia Total pois foi o centro do nosso estudo e na Artroplastia Total do joelho, para abranger áreas cirúrgicas e processos anestésicos diferentes, permitindo maior abrangência de experiências, mas ao mesmo tempo maior especificidade de cuidados, complementando assim a oportunidade de desenvolver e aprofundar cuidados de enfermagem especializados perioperatórios nas três fases do referido período através de abordagens e necessidades específicas à pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória.

3. TIROIDECTOMIA TOTAL

Senhora de 60 anos de idade submetida a tiroidectomia total.

3.1. Enquadramento teórico

A conceção de cuidados à pessoa em situação perioperatória é condicionada por uma vasta equipa interdisciplinar e por um meio de grande complexidade e tecnologia, salientando-se um elevado número de dispositivos e equipamentos,, procedimentos, fluxos de comunicação intenso, circuitos, bem como a necessidade de controlo ambiental constante e rigoroso, cria situações de elevado risco.

Sendo a exigência cada vez maior e mais desafiante, centrado numa ótica de garantia de segurança e consciência cirúrgica, o enfermeiro especialista do perioperatório deve, de acordo com as suas competências e conhecimento, ter por base fortes pilares como a melhor evidência científica, as boas práticas e a responsabilidades legal, ética e moral, no cuidar da pessoa em situação perioperatória, Diário da República, (2018).

A Association of perioperative Registered Nurses (AORN) define o enfermeiro perioperatório como "o profissional que identifica as necessidades físicas, psicológicas sociológicas, põe em prática um plano individualizado de cuidados individualizado, que coordene as suas ações , baseado nas ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do individuo antes durante e após a cirurgia" (AORN citado por AESOP, 2006, p.6).

Igualmente para a Ordem dos enfermeiros (OE), (2017), os cuidados de Enfermagem Perioperatórios exigem uma avaliação de necessidades de cuidados da pessoa em situação de vulnerabilidade e dependência ao longo do processo perioperatório bem como a respetiva implementação de um plano de instrução, ensino e treino, visando a recuperação da pessoa e o autocuidado.

A organização dos momentos do perioperatório dividem-se em Pré, Intra e Pós-operatório e abrange cinco áreas de atuação nomeadamente a consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos em Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (Diário da República, 2018). São assim cuidados abrangentes e muito diferenciados, em fases diferentes complementares num continuum do processo invasivo que requerem práticas seguras e individualizadas à pessoa em situação perioperatória. Entende-se por pessoa em situação

perioperatória “qualquer pessoa, que ao longo de todo o seu ciclo de vida, necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos (. . .) aceita submeter-se a um estado de consciência alterado e aos riscos inerentes a esses procedimentos e ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional, tendo geralmente a expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, sp).

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória caracteriza-se pela atitude antecipatória desses riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica e tem como princípios a atuação com responsabilidade profissional e prudência que exige uma tomada de decisão. Para Silva, (2011, p.30) “tomar decisões é o final da etapa conduzida pelo raciocínio. Todos os enfermeiros tomam decisões na medida em que fazem julgamentos sobre as necessidades das pessoas, e tomam decisões sobre que intervenções implementar”.

Nesta ótica, os Cuidados de Enfermagem Perioperatórios desenvolvem-se num processo padronizado de boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa num contínuo, antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico. Assim, a sua conceção visa proporcionar à pessoa proteção na situação particular de vulnerabilidade, capacitá-la e promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados para a sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2017, sp).

Através da realização deste Estudo de Caso pretende-se por um lado dar cumprimento a um objetivo do Estágio Modulo II e por outro aprofundar o conhecimento na conceptualização de cuidados de enfermagem através da elaboração de um plano de cuidados, baseado em dados e necessidades detetadas, para uma tomada de decisão autónoma, no planeamento de intervenções de enfermagem fundamentadas e baseadas na melhor evidência científica à pessoa em situação perioperatória, seguindo a ontologia de enfermagem. Este estudo de caso visa o procedimento invasivo Tireoidectomia Total, efetuada num Bloco operatório central, numa cirurgia de rotina, a uma utente do sexo feminino, 60 anos com diagnóstico de Tiroxicose com bócio multinodular, sem crise tireotóxica. Antecedentes de dislipidemia, classificada com ASA II para o risco anestésico, pelo anestesiológista. O contexto perioperatório não vai contemplar a consulta pré-operatória clínica de enfermagem uma vez que esta não faz parte das práticas do contexto. Assim o primeiro contato com o utente é feito no transfere, no momento do acolhimento, sendo que por essa razão o processo de enfermagem parte desse momento. As Sessões criadas correspondem ao pré-operatório imediato e ao Intra-operatório.

A tiroide é uma glândula que se localiza na face anterior cervical, infra laringe e faz parte do sistema endócrino. É constituída por dois lóbulos bilaterais à traqueia, unidos pelo istmo. A glândula tiroideia saudável não é palpável. É responsável pelo controlo do metabolismo basal e de várias outras funções vitais do organismo, como a cardíaca, muscular, digestiva e cerebral. Desempenha um papel importante na reprodução, crescimento e regulação da temperatura

corporal. Através da produção e secreção das hormonas tiroideias - T3 e T4, (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 2019).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (SPEDM), (2019), estima-se que cerca de 200 milhões de pessoas a nível mundial apresentem algum tipo de patologia na tiroide, em indivíduos de todas as idades e etnias, 8 vezes mais frequente na mulher do que no homem. Ao nível de Portugal as doenças da tiroide afetam cerca de 1 milhão de pessoas, sendo que se pressupõe que há ainda muitos casos por diagnosticar.

A doença da tiroide é a segunda doença endócrina mais comum no período perioeratório (Drewry et al, 2008).

A hormona estimulante da tiroide (TSH), secretada pela adeno-hipófise, estimula a tiroide na captação do iodo para produção da tri-iodotironina (T3) e t-tiroxina (T4). Relativamente à T3, 80% são produzidas por conversão da T4 nos tecidos periféricos. A T3 é 20 a 50 vezes mais potente que T4, mas tem uma semi-vida mais curta. As hormonas T3 e T4 estão extensamente ligadas (>99%) às proteínas plasmáticas, mas apenas a hormona tiroideia livre tem atividade biológica. As hormonas T3 e T4 são as principais reguladoras da atividade metabólica. Interferem na velocidade das reações bioquímicas, no consumo de oxigénio e na produção de calor (Drewry et al, 2008).

Ao longo do último século, a cirurgia da tiroide evoluiu de um processo "perigoso e sangrento" para um procedimento cirúrgico seguro com resultados favoráveis. A experiência dos profissionais é considerada um fator importante e decisivo no controle dos riscos pós cirúrgicos.

A cirurgia propriamente dita consiste na exérese da glândula que pode ser total ou parcial, dependendo da patologia ser benigna ou maligna.

São indicações cirúrgicas: Nódulos; Hipertiroidismo; Bócio obstrutivo ou infra estrutural; Neoplasia (papilar ou folicular); Neoplasia medular, Neoplasia da tiroide anaplásica; Linfoma primário da tiroide; Metástases.

PROCEDIMENTO INVASIVO TIROIDECTOMIA

A Tiroidectomia é uma cirurgia eletiva, salvo poucas exceções pelo que as questões do foro médico importantes são otimizadas no pré-operatório. Assim iremos abordar alguns aspetos do pré, intra e pós-operatórios deste procedimento.

a) Pré-operatório

Num artigo de Revisão, Wang et al. (2021), a preparação pré-operatória deve incluir análise da função tiroideia, um exame laríngeo, avaliação do nível sérico de hormona estimulante (TSH) e biópsia. A realização do exame laríngeo é importante para monitorizar a integridade do nervo laríngeo recorrente. Dependendo do diagnóstico outros exames poderão ser realizados, como por exemplo ecografia da tiroide, tomografia computadorizada (CT), tomografia por emissão de

pósitrons (PET), ou ressonância magnética (MRI). Mais especificamente:

Testes laboratoriais - Para todos os doentes submetidos a cirurgia da tiróide, um nível sérico de hormona estimulante da tiróide (TSH) pode determinar se o doente é eutídico, hipertiróide, ou hipotiróide. Um nível sérico de cálcio pode ajudar a identificar os doentes que têm perturbações paratiróides concomitantes. Os testes moleculares podem ser realizados na biópsia podendo orientar a extensão da tiroidectomia.

Exame laríngeo - Lesão ou trauma no nervo laríngeo recorrente (RLN) durante cirurgia da tiróide pode resultar em paralisia da corda vocal. Assim, a paresia oculta do RLN e/ou paralisia da medula vocal diagnosticada antes da cirurgia pode facilitar o planeamento cirúrgico e o aconselhamento do utente. Na discussão pré-operatória, o cirurgião deve revelar ao utente a possibilidade, probabilidade e implicações de disfunção laríngea permanente.

A avaliação pré-operatória da função das cordas vocais pode ser feita de várias formas: ouvindo a voz do utente, através da laringoscopia directa ou indirecta, através videotroscopia (que proporciona uma visão ampliada e em câmara lenta das cordas vocais) ou ultra-som laríngeo.

Ainda segundo os autores Wang et al (2021), embora alguns cirurgiões defendam a laringoscopia de rotina em todos os pacientes submetidos a tiroidectomia porque a mudança de voz só foi observada em um terço dos pacientes com paralisia da corda vocal, os testes de rotina não demonstraram ser obrigatórios nem vantajosos em termos de custos. As diretrizes clínicas publicadas recomendam a realização de exame laríngeo pré-operatório em determinados pacientes, considerados de alto risco, incluindo:

- Utentes com rouquidão pré-operatória ou mudanças de voz;
- Utentes com história de cirurgia anterior ao pescoço ou mediastino, tiroide ou outra;
- Utentes com extensão extra-tiroidal do tumor;
- Utente com linfadenopatia volumosa no compartimento central ou na cadeia jugular;

No Hipertireoidismo também a gestão pré-operatória nomeadamente a optimização médica deve ser efetuada como já foi referida anteriormente. Assim, de acordo com várias diretrizes clínicas, na gestão do hipertireoidismo e outras causas de tirotoxicose, devem estar prescritos:

- Medicamentos antitiroideios e/ou betabloqueantes para evitar a tempestade da tiroide;
- Solução oral de Lugol (iodeto de potássio, SSKI) para bloquear a absorção de iodo e a secreção da hormona tiroidiana. A solução de Lugol pode também diminuir a vascularização da glândula tiroide e reduzir a hemorragia intra-operatória;
- Suplemento de vitamina D e cálcio para reduzir o risco de hipocalcemia sintomática no pós-operatório;

b) Intra-operatório

No Intra-operatório vários procedimentos devem estar monitorizados e efetuados.

Profilaxia cirúrgica

Antibióticos - A cirurgia da tireoide tem uma taxa de infecção muito baixa uma vez que é um procedimento limpo realizado numa área bem vascularizada, pelo que a profilaxia antibiótica não é geralmente necessária.

Antieméticos- Os antieméticos profiláticos devem ser administrados para prevenção de náuseas e vômitos pós-operatórios ocorrem frequentemente após a tireoidectomia. Num ensaio, uma única dose de 8 mg de dexametasona administrado no pré-operatório diminuiu significativamente as náuseas e vômitos pós-operatórios em doentes submetidos a tireoidectomia.

Profilaxia do trombo-embolismo venoso - Na tireoidectomia, efetuada sob anestesia geral, devem ser utilizados métodos mecânicos de trombopprofilaxia, tais como dispositivos de compressão sequencial. No pós-operatório os utentes devem ser instruídos a efetuar o primeiro levante e deambular o mais precoce possível.

Técnica Anestésica

Segundo os autores a cirurgia da tireoide pode ser realizada sob anestesia geral ou local/regional Enquanto a grande maioria das tireoidectomias são realizadas sob anestesia geral, a anestesia local ou regional também podem ser utilizadas. Os critérios para a sua aplicação são específicos, como a anatomia e patologia favorável, a capacidade do utente para comunicar e colaborar com a equipe. Salientamos ainda que o médico tenha experiência na realização da técnica para a anestesia loco-regional. Outros autores, como Drewry et al (2008) referem que anestesia geral com intubação traqueal é a técnica mais comum para este procedimento.

Os objetivos primários da anestesia geral são manter a saúde do utente e ao mesmo tempo proporcionar amnésia, inconsciência, analgesia e imobilidade, conjugados com fatores como a condição clínica, o procedimento cirúrgico e o ambiente envolvente. Deve ser efetuada em decúbito dorsal (Chin & Forman, 2008).

O plano anestésico pressupõe elaborar previamente um conjunto de itens no âmbito dos recursos materiais e todos os equipamentos bem como a identificação de necessidades/dificuldades, nomeadamente:

Avaliação do risco anestésico do utente, segundo a classificação da ASA; Dificuldades homeostáticas específicas(sistemas orgânicos, temperatura e coagulação); Acessos intravenosos (previsão de perdas hemáticas); Monitorização; Controle da via aérea; Medicação (alergias, antibióticos, ansiolíticos), indução e manutenção anestésica, profilaxia de náusea e vômitos (NVPO) e a dor; Analgesia perioperatória (opióides, AINES, bloqueios nervosos); Pós operatório.

Algumas considerações são apontadas como importantes na avaliação pré-operatória:

- Avaliação da função tiroideia e avaliação da via aérea para despiste de dificuldade de

intubação;

- Monitorização da integridade do nervo Recorrente com electromiografia (EMG). Deve ser evitada ou minimizada a utilização de bloqueio neuromuscular nestes casos;
- Atender às complicações pós-operatória, entre outras que se irão abordar posteriormente, a obstrução das vias aéreas por hemorragia, edema, traqueomalácia pré-existente ou paralisia do nervo laríngeo recorrente;

Para Cauley & Pederson, (2008), as principais preocupações anestésicas durante a cirurgia da cabeça e pescoço, são a gestão e manutenção da via aérea segura, a preservação dos tecidos e monitorização dos nervos. Assim os cuidados prioritários neste tipo de cirurgia são:

- Utilização de tubo endotraqueal aramado para assegurar a via aérea;
- Realização de traqueostomia eletiva sob anestesia local antes da indução, se houver possibilidade de obstrução das vias aéreas;
- Ponderar a utilização de tubos endotraqueais próprios, para efetuar uma monitorização do nervo Recorrente no Intra-operatório no sentido de evitar a paralisia da corda vocal. Segundo os autores, cerca de 40% das paralisias do nervo laríngeo Recorrente associados a cirurgia estão relacionados com a cirurgia da tiroide. A lesão pode ser unilateral sendo um distúrbio benigno traduzindo-se em rouquidão e voz com menos potencia e paralisia bilateral com grande probabilidade de obstrução das vias respiratórias superiores, estridor e impossibilidade de emissão de sons. Esta obstrução pode ser revertida através de pressão positiva sendo necessário reintubação. Poderá ser necessário proceder a uma traqueostomia para controle da via aérea a longo prazo, (Cauley & Pederson, 2008);
- A eventual possibilidade de hemorragia no local cirúrgico, no pós operatório, pode provocar compressão da traqueia e consequentemente a obstrução das vias aéreas. Se for uma situação em que o hematoma seja local e de fácil drenagem, a situação fica controlada. Se não resolver então poderá ser uma situação de obstrução secundária a linfedema agudo na qual se preconiza uma intervenção imediata;

O período da extubação é igualmente um período de grande importância que requer uma gestão cuidada do procedimento. A extubação é a transição da inconsciência para a vigília com a presença dos reflexos de proteção, (Chin & Forman, 2008).

Objetivo: Acordar e responder a estímulos, com força muscular instalada e dor controlada. É importante que os reflexos das vias aéreas estejam totalmente presentes por forma a evitar obstrução ou aspiração na extubação e manter a controle hemodinâmico.

Técnica: a estimulação cirúrgica diminui à medida que o procedimento termina e a profundidade anestésica vai sendo reduzida, possibilitando a recuperação. O relaxamento residual é revertido e surge a respiração espontânea. Os fármacos analgésicos devem ser administrados antes da cirurgia terminar.

Ambiente: O ambiente cirúrgico deve ser preparado, como por exemplo aquecer a sala e colocar e/ou manter o aquecimento do utente com manta de aquecimento ou outros. Deve igualmente proporcionar-se um ambiente calmo, com o menor de ruído e conversas possível. Neste

momento toda a equipe deve estar atenta a e preparada para intervir se for necessário.

Posicionamento: o utente regressa à posição de decúbito dorsal antes da extubação, mantendo sempre a proteção das vias aéreas.

Ventilação por máscara: deve manter-se oxigénio a 100% durante a recuperação. No período em que ainda existe alguma anestesia superficial é especialmente importante para proteção da vias aéreas a não estimulação para evitar laringospasmo ou vômito. A mobilização só deve acontecer quando apresentar respiração espontânea e oxigenação adequada (Chin & Forman, 2008).

Posicionamento cirúrgico

O posicionamento cirúrgico constitui uma das grandes preocupações da equipe de enfermagem bem como a restante equipe multidisciplinar uma vez que as lesões provocadas pelo posicionamento inadequado representam um dos maiores comprometimentos à saúde do utente. Assim e dada a sua complexidade deve ser encarado com o maior rigor naquilo que se pretende dum posicionamento seguro e eficiente .

Posicionar consiste na capacidade de colocar, mover e manter o corpo do utente numa posição que permita a melhor exposição cirúrgica, associada a um mínimo de compromisso das funções fisiológicas, como objetivo de evitar lesões (Almeida & Pacheco, 2014).

O posicionamento cirúrgico é um procedimento executado pelos profissionais de enfermagem, em conjunto com as equipes anestésica e cirúrgica, durante o período intraoperatório. Devem ser consideradas a anatomia do paciente, suas limitações de movimento e a área de acesso para o cirurgião e seus assistentes (Souza, Bispo e Acunã, 2021).

Sendo um procedimento que envolve anestesiolegista, cirurgião e enfermeiro perioperatório, depois de confirmado o qual o posicionamento para a cirurgia, cabe a este providenciar todo o equipamento e acessórios necessários e adequados, por forma a garantir a segurança. Fazem parte a marquesa funcionante, suporte de braços, bandas de segurança, dispositivos de gel, colchões de polímero e protetores de proeminências ósseas, almofadas, lençóis térmicos e não térmicos, entre outros (Almeida & Pacheco, 2014).

Para Souza, (2021) os dispositivos profiláticos recomendados são apoios viscoelásticos específicos e espumas estando o uso de tecido contraindicado.

No posicionamento cirúrgico vários são os critérios e fatores a avaliar. Para além do procedimento cirúrgico também os antecedentes e condições pessoais do utente tem de ser tidas em consideração. Torna-se essencial efetuar previamente uma avaliação das condições gerais e do utente pelo que o seu planeamento deve ser individualizado por forma a que as intervenções de enfermagem conjuntamente com os demais profissionais evitem riscos associados ao posicionamento. Há utentes com maior vulnerabilidade ao posicionamento em

relação a outros.

Segundo Almeida & Pacheco (2014), o posicionamento cirúrgico deve atender aos seguintes aspectos:

- Proporcionar conforto promovendo o bem estar e segurança;
- Manter o alinhamento corporal protegendo o sistema musculoesquelético;
- Otimizar a função respiratória e circulatória;
- Permitir acesso fácil à administração de fluidoterapia, fármacos e agentes anestésicos;
- Compromisso de estruturas neuromusculares e vasculares mantendo a integridade da pele;
- Promover contenção dos membros inferiores através de meias elásticas para facilitar o retorno venoso;
- Evitar lesões da córnea através dos cuidados ao olho como a aplicação da pomada oftálmica, compressa ou adesivo;
- Atender ao conforto da equipe (anestesiologista, cirurgião e enfermeiro);

Da mesma forma Souza, (2018), vêm ao encontro referindo os objetivos do posicionamento quando refere serem:

- Providenciar a exposição da área cirúrgica mantendo a dignidade durante a exposição corporal;
- Proporcionar ventilação e manutenção da via aérea ;
- Promover o acesso venoso;
- Monitorizar e controlar as eliminações fisiológicas, de acordo com o posicionamento e fácil acesso para avaliação e mensuração de débito;
- Observar e proteger dedos e genitais; manter a circulação;
- Proteger músculos, nervos e proeminências ósseas;

Os fatores de risco relacionados com lesão no posicionamento anestésico-cirúrgico, são divididos em: intrínsecos, extrínsecos e superfície corporal. Os fatores extrínsecos são relacionados a humidade da pele (ocasionada pela antissepsia), fricção, cisalhamento, aquecimento, tempo anestésico-cirúrgico, agentes anestésicos, alterações hemodinâmicas, posicionamento, uso de mesa e colchão inapropriados, além de ambiente com temperatura inadequada [Trevilat et al., (2018) citado por Flauzino et al, (2021)].

As complicações do posicionamento cirúrgico são descritas, principalmente, na forma de lesões por pressão, dor musculoesquelética, deslocamento de articulações, danos em nervos periféricos, comprometimento cardiovascular e pulmonar bem como síndrome compartimental (Souza, 2018).

No entanto Menezes, (2013), no seu estudo prospetivo concluí que “as evidências científicas para prevenção de lesões no período perioperatório, incluindo a neuropatia, são limitadas” considerando fundamental uma avaliação pós-operatória dos pacientes, pois permite o reconhecimento precoce das lesões e sua documentação e orientação.

Num Relato de Experiência da criação de um manual de posicionamento cirúrgico num hospital de alta complexidade, Souza, (2018) acrescentam que o posicionamento cirúrgico adequado garante eficiência e segurança durante o procedimento e é um dos principais indicadores de qualidade do cuidado na assistência perioperatória. Referem ainda que as lesões por posicionamento cirúrgico são classificadas como eventos com dano ao paciente e requerem medidas preventivas aplicadas pelos enfermeiros perioperatórios (Souza, 2018).

Com a crescente preocupação na prevenção deste tipo de lesões existem escalas de avaliação de risco que têm sido aplicadas pela enfermagem perioperatória. São instrumentos cuja função é determinar o risco da predisposição da lesão por posicionamento. Entre as escalas focamos a Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO), que abrange a aplicação intraoperatória e um somatório de itens de avaliação no sentido de estabelecer score de menor risco e maior risco para desenvolver lesão por posicionamento, baseado no corte de 19 pontos. Assim, é possível definir o score de risco que cada utente pode desenvolver e intervir nas estratégias mais adequadas (Souza, 2018).

Os riscos inerentes ao posicionamento cirúrgico são:

- Pressão sobre o nervo femoral e ciático;
- Alterações circulatórias;
- Estase venosa;
- Estiramento;
- Embolia gasosa;

Assim e tal como preconizado na Unidade de competência 2.1 do Regulamento de enfermagem, esta preocupação está bem patente quando o enfermeiro especialista deve promover uma consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro no período perioperatório intervindo quer na supervisão quer na aplicação de procedimentos relativos à mobilização e ao posicionamento cirúrgico, que garantam o conforto e previnam as referidas complicações (DR, 2018).

Igualmente, seguindo os Padrões de Qualidade para do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2017), a avaliação do risco inerente à situação clínica e procedimentos perioperatórios, está contemplada, pelo que deve prescrever intervenções de enfermagem especializadas no sentido de minimizar o risco avaliado.

Posicionamento Cirúrgico para Tiroidectomia Total

Decúbito dorsal com Semi-fowler (tipo cadeira de praia) com em extensão cervical. Pode ser colocado um rolo transversalmente sob a escápula para facilitar a exposição do pescoço anterior evitando a hiperextensão cervical

Esta posição exige um reforço de proteção na região nadegueira, ligeira flexão dos joelhos os quais devem estar apoiados em almofadas e os calcanhares colocados com proteções

apropriadas. A cabeça e o tronco devem estar alinhados e os braços colocados nos respectivos apoios. Os riscos mais importantes são: pressão sobre o nervo femoral e ciático, alterações circulatórias, estase venosa, estiramento e embolia gasosa (Almeida & Pacheco, 2014).

O posicionamento do tubo endotraqueal conectado ao ventilador deve permitir ao primeiro ajudante colocar-se em frente ao cirurgião principal e o segundo colocar-se à cabeça do utente. A colocação dos campos operatórios deve permitir o acesso às áreas ganglionares cervicais (Huy & Kania, 2005).

Embora as questões de acesso operatório e segurança também sejam pertinentes, a extensão excessiva do pescoço durante a cirurgia pode resultar em dor pós-operatória. Há referência de utentes a relatarem dores pós-operatórias relativamente a utentes sem extensão do pescoço, num ensaio aleatório. Segundo este artigo a hiperextensão extensiva do pescoço também pode levar a vertigens, cefaleias e náuseas pós-operatórias. Para evitar que se molhe o cabelo ou a região dorsal introduzem-se campos enrolados bilateralmente ao pescoço.

Instrumental cirúrgico

Do ponto de vista do instrumental, a caixa deve conter os instrumentos habituais da cirurgia do pescoço que no caso deste serviço é a chamada “caixa de tiroide” onde se acrescentam todos os outros que façam falta e não façam parte da mesma. É imprescindível a pinça Ligasure (Huy e Kania, 2005). Nas caixas existentes no serviço integram 37 peças distribuídas pelas fases do procedimento (diérese, hemostase, material de apoio, apreensão e tração, encerramento ou síntese). A literatura refere que é aconselhado o uso de óculos-lupa durante a cirurgia.

Preparação e desinfeção da pele

A preparação da pele bem como a desinfeção da área cirúrgica são de extrema importância e visam sobretudo a prevenção da infeção do local cirúrgico. Segundo a DGS, Norma nº 020/2022 a preparação da pele inicia-se no pré-operatório onde recomendam:

- O banho do doente com solução antisséptica incluindo do couro cabeludo na véspera da cirurgia e no dia da cirurgia (com pelo menos duas horas de antecedência) com clorexidina (CHD 2 a 4%), exceto quando existe contra-indicação;
- Preparar a área da incisão cirúrgica para que esteja livre de contaminação visível antes da antissepsia cirúrgica;

No Intra-operatório:

- Realizar antissepsia da pele do doente imediatamente antes da incisão, utilizando solução antisséptica de CHD a 2% em álcool a 70%, exceto quando contra-indicado sempre de acordo com as instruções do fabricante;
- Aplicar antisséptico no local cirúrgico com movimentos concêntricos, do centro para a periferia, cobrindo uma área suficientemente extensa para permitir alargamento da incisão ou colocação de drenos;

A área cirúrgica engloba a pele do pescoço anterior, desde o lábio/ângulo inferior da mandíbula até ao tórax anterior.

Técnica Cirúrgica

Várias considerações e avaliações devem ser tidas em consideração, antes de decidir a técnica cirúrgica, sendo que a extensão da tiroidectomia para certas doenças da tiroide continua a ser controversa. Wang et al (2022), sugerem as seguintes abordagens, tendo em conta a etiologia. De uma forma geral:

Tiroidectomia Total: é o procedimento de escolha para os utentes com doença de Graves, cancro medular da tiróide e cancro da tiróide diferenciado de alto risco.

Tiroidectomia total ou uma lobectomia da tiroide pode ser realizada em doentes com um cancro da tiroide diferenciado de baixo risco. Tumores unifocais diferenciados da tiróide, <1 cm (microcarcinoma papilífero da tiroide) podem ser submetidos a vigilância ativa ou lobectomia da tiroide.

A extensão mínima aceitável da tiroidectomia para doenças unilaterais é uma lobectomia ipsilateral completa. As ressecções incompletas da tiróide, como a "nodulectomia" ou lobectomia parcial da tiróide, já não são realizadas, porque predispõem os doentes à recorrência da doença, ao tecido cicatrizado e à necessidade de reintervenções. Como refere o artigo.

A doença de Graves ou bócio multinodular não tóxico pode ser melhor tratada com tiroidectomia total. Técnicas menos extensas, como a lobectomia unilateral e a istmusectomia (operação de Dunhill) ou a tiroidectomia subtotal bilateral, não são recomendadas, porque ou implicam um maior risco de recorrência da doença ou um maior risco de complicações, por exemplo, lesão RLN ou hipoparatiroidismo, se for necessária uma reintervenção.

Relativamente à preservação da paratiróide - O conhecimento da anatomia cirúrgica é importante para a identificação das glândulas paratireoides durante a dissecação da tiroide. As glândulas paratireoides superiores estão localizadas posteriormente ao RLN; as glândulas paratireoides inferiores estão localizadas anteriormente ao RLN. Para evitar lesões das glândulas paratireoides, a dissecação da tiroide deve ser efetuada o mais próximo possível da cápsula, assegurando ao mesmo tempo a extirpação de todos os tecidos visíveis da tiroide, mantendo-as preservadas in situ nos seus pedículos vasculares nativos.

Passamos de seguida à descrição sucinta da técnica cirúrgica segundo Wang et al (2021).

Incisão: Incisão Kocher (ou colarinho) anterior do pescoço médio. Devem ser feitos esforços para colocar esta incisão numa prega de pele existente, se possível.

O comprimento da incisão deve ser baseado no tamanho da glândula tiroide. O comprimento da incisão deve ser baseado no tamanho da glândula tiróide subjacente, bem como no hábito corporal do paciente. Pode ser necessária uma incisão mais longa se o doente for obeso, a

glândula for grande, ou o pescoço for encurtado, como no caso da cifoscoliose.

Exposição: Após a incisão procede-se à disseção até ao músculo platisma. Dado constituir uma camada com apenas alguns milímetros de espessura, o músculo platisma é dividido ao longo do curso da incisão com bisturi elétrico. As abas subplatísmicas são elevadas para acima do nível da cartilagem tiroideia superior, sobre os músculos esternocleidomastoidais lateralmente e o nível esternal inferior.

O músculo da cinta é aberto no plano médio da linha avascular. Os gânglios linfáticos aumentados existentes na área pré-laríngea da linha média (gânglios delphianos) devem ser excisados porque podem conter localmente doença metastásica. Os músculos da cinta, que incluem os músculos esternotóides e esterno-hidóides, são rotineiramente preservados ou em caso de aderências devem ser removidos para manter uma margem negativa.

Dissecção da glândula tiroide: Inicia-se com a disseção medial e paratateral do istmo, através da cápsula anterior. Na visualização da borda lateral desse lóbulo, a veia média da tiroide deve ser identificada e dividida. O lobo da tiroide é então enrolado lateralmente paramedial para exibir a sua cápsula posterior e a ranhura traqueo-esofágica, sem entrar na cápsula tiroideia. Os vasos superiores são dissecados e ligados o mais próximo possível da cápsula tiroideia. Todos os tecidos da tiroide da zona do pólo superior são então removidos. O ramo externo do nervo laríngeo superior atravessa os vasos próximos do pólo superior da tiroide. A retração do pólo superior na direção lateral e inferior durante a disseção pode facilitar a visualização do nervo. A disseção continua depois para baixo ao longo da face lateral do lobo da tiroide. A mobilização do pólo superior pode ajudar na identificação do RNL. Este deve ser identificado visualmente na ranhura traqueo-esofágica e protegido através do seu curso. A colocação de uma sonda oral ou nasogástrica, um estetoscópio esofágico, ou uma sonda de temperatura facilita a identificação da ranhura traqueo-esofágica e do RNL. O pedículo vascular inferior, juntamente com quaisquer outros vasos sanguíneos que vão de e para a tiroide na sua proximidade, deve ser ligado, o que permite que o lobo da tiroide seja enrolado para cima e para a superfície anterior da traqueia.

O ligamento de Berry (ligamento suspensor da tiroide) deve ser dividido o mais próximo possível da traqueia perto da inserção do RNL ou dos seus ramos no músculo cricofaríngeo muito cuidado com este passo porque este ligamento é o local mais comum de lesão no RNL. O istmo deve ser separado da traqueia, e o lóbulo piramidal seguido e ressecado em bloco com a tiroide.

Na Tireoidectomia total, a disseção continua no lóbulo contralateral utilizando a tração suave do istmo mobilizado para ajudar a expor esse lóbulo. Se for realizado qualquer tipo de disseção do pescoço central ou Tireoidectomia cervical, esta pode ser feita em bloco com a peça de Tireoidectomia ou separadamente após o lóbulo ou glândula tiroide ter sido removido.

Encerramento: Antes do encerramento é avaliada a hemóstase. Efetua-se uma lavagem do campo cirúrgico com soro aquecido para permitir visualizar as zonas sangrantes facilitando

assim a hemostase seletiva. Neste momento o anestesista efetua a manobra da Valsalva, ventilações com pressão positiva, por forma a detetar pequenas hemorragias ocultas.

Drenos- Se necessário coloca-se o dreno selecionado pelo cirurgião. A colocação de rotina de drenagem após cirurgia da tiroide não é necessária. Uma meta-análise de 11 ensaios randomizados não encontrou diferença significativa nas incidências de hematoma ou formação de seroma entre a drenagem de rotina e nenhuma drenagem. No entanto, se a tiroide for muito grande, se a dissecação for extensa, ou se o leito da tiroide estiver a sangrar persistentemente, pode ser colocado um dreno de sucção fechado. O dreno pode ser removido com segurança sem preocupação quando a drenagem é serosa e o volume encontra-se a diminuir (Wang et al, 2022).

Por fim os músculos da cinta são então reaproximados com suturas absorvíveis interrompidas na linha média. O músculo platisma é encerrado, seguindo-se o encerramento da pele com suturas ou cola dérmica.

A monitorização intra-operatória dos nervos e a análise intra-operatória de secções isoladas são duas técnicas opcionais que podem ser utilizadas para aumentar a segurança cirúrgica. Os drenos, como já foi referido e dispositivos de selagem de vasos são também equipamentos opcionais que pode ser facilitadores para o procedimento.

Monitorização intra-operatória dos nervos - A monitorização intra-operatória dos nervos tem sido defendida com o objetivo de reduzir a taxa de lesão do nervo laríngeo recorrente (RNL) conforme este artigo. Embora a sua utilização de rotina continua a ser controversa, poderia potencialmente ajudar na identificação, dissecação e previsão da função pós-operatória do RLN. Os dois principais componentes desta monitorização são a estimulação nervosa e a avaliação da resposta da prega vocal à estimulação nervosa.

Estimulação nervosa - O nervo recorrente pode ser estimulado com uma corrente eléctrica de baixa tensão fornecida por uma sonda portátil (estimulação intermitente) ou através dum eléctrodo ligado ao nervo vago ipsilateral (estimulação intermitente ou contínua).

A estimulação contínua poderia alertar o cirurgião para uma lesão nervosa iminente mais cedo do que a estimulação intermitente. Contudo, esta monitorização contínuo tem a desvantagem de potencialmente causar neurapraxia vagal (se o eléctrodo se desprender) ou instabilidade hemodinâmica secundária ao aumento do tónus parassimpático. Também requer a dissecação de estruturas (por exemplo, nervo vago) fora do campo operatório, embora tenha sido relatado um método transcutâneo de estimulação vagal durante a cirurgia endócrina.

Resposta da prega vocal - A resposta da prega vocal à estimulação nervosa é mais frequentemente medida por um sistema de eléctrodo de superfície laríngea incorporado ou ligado ao tubo endotraqueal, que é posicionado a um nível que permite que as cordas vocais entrem em contacto com os eléctrodos.

Durante a cirurgia, a resposta da prega vocal à estimulação nervosa visível através de um monitor como sinais auditivos ou eletromiográficos visuais, eletromiografia (EMG). Alterações no padrão dos sinais eletromiográficos, que podem ocorrer com retração da glândula, dissecação dos tecidos circundantes, ou dissecação do próprio RLN, podem alertar para uma possível irritação do nervo.

Como a resposta da prega vocal é medida por atividades EMG, apenas relaxantes musculares de ação curta, tais como succinilcolina, deve ser utilizado durante a indução da anestesia quando se emprega a monitorização do nervo. Não deve ser utilizado fármacos relaxantes após a indução para evitar interferências na obtenção de sinais no EMG.

Segundo refere Wang et al. (2022), a maioria dos estudos que examinaram a utilidade da IONM foram observacionais; os poucos ensaios aleatorizados foram pequenos e com pouco poder. Uma revisão sistemática Cochrane de 2019 e uma meta-análise de cinco ensaios não encontrou nenhuma vantagem ou desvantagem para a IONM, quer em permanente (risco relativo 0,77, 95% CI 0,33-1,77) ou em paralisia RLN transitória (risco relativo 1,25; 95% CI 0,45-3,47), quando comparada com a identificação visual do nervo. Acrescentam ainda que os dados existentes não apoiam o uso rotineiro de IONM no sentido em que reduza a incidência de lesões RLN. No entanto pode ser benéfica em procedimentos que são de alto risco, como por exemplo reintervenções entre outras ou realizados por cirurgiões menos experientes.

Dispositivos de selagem de vasos - Vários sistemas de selagem de vasos, tais como bisturi harmónico e LigaSure, têm sido utilizados com sucesso neste procedimento. A decisão de utilizar um dispositivo de selagem de vasos e a escolha do dispositivo baseiam-se na preferência do cirurgião e do hospital. No entanto, tal como o eletrocauterização monopolar, os dispositivos de selagem do vaso não devem ser utilizados a 3 a 5 mm do RLN para evitar lesões.

Lê-se neste artigo que num estudo de propensão correspondente a mais de 6500 procedimentos, a utilização de um dispositivo de selagem de vasos foi associada a uma taxa reduzida de hematoma do pescoço (odds ratio 2,33, 95% CI 1,55-3,49) mas nenhum aumento na taxa de lesões RLN em comparação com a hemostasia convencional.

Cirurgia da tireoide minimamente invasiva - Em geral, os procedimentos de Tiroidectomia de acesso remoto são controversos e só devem ser realizados em doentes cuidadosamente selecionados e por cirurgiões experientes na abordagem. Falamos da Tiroidectomia endoscópica e da cirurgia robótica que por não ser o caso deste estudo não se aprofunda.

Complicações

A literatura consultada aponta para as seguintes complicações: Paralisia ou lesão do nervo laríngeo recorrente; hipotireoidismo; hipocalcemia por hipoparatiroidismo; lesão do nervo frénico; pneumotórax; crise tireotóxica; obstrução das vias respiratórias por hemorragia, edema, traqueomalácia pré existente ou paresia bilateral; paralisia da corda vocal unilateral ou bilateral,

hemorragia, hematoma; seroma, disfagia; rouquidão ou mudança na voz; lesão traqueal; lesão esofágica; Fístulas (Fistula de Chyle) e síndrome de Horner (Drewry, Peterfreund e Lee, 2008; Wang et al, 2022)

Para Huy e Kania, (2005), são divididas em complicações precoces e tardias. Na precoces destacam-se para além da hemorragia, a dispneia inspiratória, que reflete paralisia bilateral do nervo recorrente. Embora seja pouco habitual mas grave, torna-se necessário efetuar traqueotomia imediata. A disfonia persistente também é referenciada e traduz lesão unilateral do nervo recorrente. O utente apresenta classicamente uma voz bitonal. Neste caso a recuperação normalmente é espontânea através da restauração nervosa ou da compensação da corda vocal contralateral. Por vezes a alteração surge ao nível do timbre, na ausência de potência sobretudo nos agudos ou de fadiga. Nestes casos deve ser reavaliada por ORL e se necessário efetuar reabilitação vocal.

A insuficiência paratiroideia aguda: após intervenções bilaterais observa-se frequentemente hipocalcemia sem manifestação clinicas; com menor frequência surgem manifestações clínicas de tetania paratiropriva como sejam parestesias nos membros, fasciculações musculares e contraturas das mãos ou pés. Os sinais de Chovostek e Trousseau costumam ser positivos. Neste caso deve efetuar-se o tratamento apropriado.

Na complicações tardias surgem a Paralisia permanente do nervo laríngeo inferior, que é difícil de quantificar pois não há estudos laríngeos pós cirúrgicos suficientes, sendo mais frequentes nas revisões de Tireoidectomias ou cirurgias muito extensas; Insuficiência da tiroide, que requer uma monitorização clínica e laboratorial até aos dois após a cirurgia e no caso de Hipoparatiroidismo crónico deve ter acompanhamento à posteriori pelo endocrinologista.

Uma revisão sistemática e diretrizes consensuais multidisciplinares da Sociedade de Via Aérea Difícil, da Associação Britânica de Cirurgiões Endócrinos e de Tiroide e da Associação de Otorringolaringologia e cirurgia da Cabeça e Pescoço, (2021), referem que existe o risco de comprometimento pré, intra e pós-operatório das vias aéreas por exemplo de obstrução, edema laríngeo, hemorragia e que são complicações que através da adoção de estratégia específicas podem ser monitorizadas precocemente ou prevenidas. Realçam a importância da experiência e qualidade dos profissionais como um fator importante bem como a categorização da abordagem vias aéreas difíceis (previstas ou imprevistas). Apontam ainda outras estratégias de gestão como a alocação do utente na UCPA/internamento, mais próximo dos profissionais, enfermeiros, para melhor vigilância a monitorização dos cuidados de enfermagem, Iliff et al, (2022).

Um estudo Italiano com 14.934 utentes submetidos a cirurgia da tiroide, sendo (21% lobectomias, 64% tireoidectomia total, 9% Tireoidectomia subtotal e 6% reintervenção), relatou que ocorreram:

- Hemorragia em 1,2%;

- Hipoparatiroidismo em 10% (8,3% transitória, 1,7% permanente);
- Lesão do nervo laríngeo superior em 3,4% (2% transitória, 1% permanente unilateral e 0,4% permanente bilateral)
- Disfagia em 1,4% (Wang et al., 2021).

As taxas das complicações relatadas no artigo referem que para cada complicação, variam de acordo com fatores por exemplo com a experiência do cirurgião em que se observa menos complicações das lesões nervosas, no hipoparatiroidismo e na disfagia; outro fator refere-se, por exemplo, na área geográfica onde os EUA apresentam uma menor incidência de complicações relativamente a outros países. Um estudo referenciado pelo autor refere que a probabilidade de sofrer complicações no pós-operatório foi menor quando o cirurgião fez de mais de 25 Tiroidectomias por ano. O Hematoma é uma complicação rara mas quando acontece é potencialmente fatal. Numa revisão retrospectiva de 150,012 utentes, 1,25% desenvolveram hematoma operatório.

Dando enfoque ao risco de morte por hematoma após cirurgia de tiroide e no sentido de se prestarem cuidados perioperatórios seguros foram criadas diretrizes consensuais multidisciplinares após uma revisão sistemática desenvolvidas por um Grupo de Trabalho com representação da Sociedade de Via Aérea Difícil (DAS), da Associação Britânica de Cirurgias Endócrinas e de Tiroide (BAETS) e da Associação Britânica de Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço (ENT-UK), representante de pacientes da British Thyroid Foundation, um representante de enfermagem entre outros. Delas resultam as seguintes recomendações na vigilância pós-operatória:

- Monitorização: frequência respiratória; frequência cardíaca; pressão arterial; temperatura; saturação arterial de oxigénio; Escala de Coma de Glasgow e avaliação da dor;
- Vigilância de sinais mais subtis como agitação; ansiedade; dispneia; desconforto;
- Monitorização e inspeção da ferida;
- Vigilância de hemorragia e hematoma nas primeiras 24 horas, (hora/hora nas primeiras 6 horas);
- Vigilância da drenagem, casos haja dreno aspirativo;
- Treino no reconhecimento e tratamento de hematoma após cirurgia;
- Visibilidade ideal do paciente para a equipe de enfermagem sempre que possível. Leito localizado próximo ao posto de enfermagem;

Relativamente a este parâmetro os autores acrescentam que a hemorragia secundária a hematoma compressivo é a complicação mais habitual e obriga a atuar imediatamente. Do ponto de vista analítico, no pós-operatório da Tiroidectomia total ou Subtotal deve fazer-se uma avaliação da calcémia. Geralmente nos primeiros dias pode surgir disfagia, febrícula de 38cº bem como alguns acessos de tosse. A disфонia pode surgir mas associa-se a traumatismo da intubação, (Huy Et Kania, 2005).

A literatura refere que dado as escassez de hematomas e hemorragias pós operatórias tem-se

optado pela não colocação do dreno. No entanto continua a ser recomendado em caso de eventos hemorrágicos durante o procedimento cirúrgico ou se se efetua esvaziamento cervical. A não colocação facilita o pós-operatório uma vez que melhora o conforto do utente e diminui a duração e o custo do internamento (Huy & Kania, 2005).

c) Pós-operatório

Com base na literatura consultada recomendam-se os seguintes cuidados pós-operatórios e considerações:

A- Cirurgia hospitalar versus cirurgia ambulatória: A cirurgia pode ser feita em regime de internamento onde o utente tem a possibilidade de uma melhor vigilância (controlar a dor, náuseas, hipocalcemia e para monitorização e vigilância de hematoma) ou em regime de ambulatório. Neste caso é necessário reunir critérios específicos avaliados previamente bem como a existência de profissionais experientes na técnica cirúrgica. Quase 20% das Tiroidectomias, foram realizadas como procedimentos de ambulatório na sua maioria por cirurgiões com grande experiência em centros com muita produção cirúrgica. Verifica-se a taxa de readmissão pós cirurgia ambulatória comparada a nível da cirurgia hospitalar (1,4 versus 2,4 por cento) (Wang et al, 2021).

B- Controle de dor: Após a tiroidectomia, a dor é geralmente relatada como mínimo nos doentes que recebem ensino e preparação pré-cirúrgica. O aconselhamento juntamente com terapias não opioides (não esteróides) e não farmacológicas deve ser uma estratégia de gestão de primeira linha, e se forem administrados opiáceos, deve ser prescrita a dose eficaz mais baixa de opiáceos de libertação imediata (<10 equivalentes de morfina peros). Num ensaio de 95 pacientes submetidos a cirurgia da tiroide, os tratados com analgesia não opioide (paracetamol e ibuprofeno) teve scores de dor semelhantes aos tratados com opiáceos até à primeira visita pós-operatória. Num outro estudo, mais de metade dos doentes não tomou medicamentos opióides após cirurgia endócrina cervical, embora a maioria os tenha prescrito (Wang et al, 2021).

C- Suplemento de hormona tiroideia: A necessidade de suplemento de hormona tiroideia após cirurgia depende do diagnóstico (doença benigna versus maligna) e da extensão da sua ressecção (tiroidectomia total versus lobectomia tiroidiana).

D- Doença benigna exceto hipertiroidismo: Nos utentes que se submeteram a uma tiroidectomia total por doença benigna são normalmente iniciadas com uma dose diária de levotiroxina aproximadamente 1,6 mcg/kg de peso corporal após a cirurgia. Os utentes com mais de 65 anos devem ser iniciados com uma dose mais baixa; os homens podem necessitar de doses mais elevadas do que as mulheres. Aproximadamente seis semanas após o início da levotiroxina. A hormona estimulante (TSH) deve ser analisada e a dose de levotiroxina ajustada para manter o TSH normal. Depois disso, a análise será anual ou até ficar suficiente para os

pacientes que se encontram clinicamente bem.

E- Suplemento de cálcio: O suplemento de cálcio pós cirurgia é efetuado através de carbonato de cálcio, 1250 a 2500mgr diários via oral, divididos em duas a quatro doses, a ajustar pelo nível sérico e de acordo com sintomatologia.

F- Acompanhamento e vigilância: Deve ser agendada uma visita de um acompanhamento entre uma a duas semanas pós cirurgia com objetivo; Avaliar e evolução da ferida cirúrgica; Avaliar alterações da voz menos usuais, sintomas hipocalcémicos subtis e recuperação geral; Ajustar doses medicamentosas incluindo a reposição da hormona tiroideia e bem como o suplemento do cálcio e da vitamina D e discutir plano de tratamento posterior.

Após o enquadramento teórico iremos passar para as seguintes fases do processo de enfermagem para a pessoa submetida a este procedimento invasivo.

Bibliografia

Almeida & Pacheco (2014). Posicionamentos em Cirurgia. In A. Duarte & O. Martins (Eds.), *Enfermagem em bloco operatório*. Capítulo 10 /pp.93-101). Lisboa: Lidel-edições técnicas ,Lda

Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesa (2006). *Enfermagem perioperatória -da Filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta.

Cauley, Brien D., & Pederson, Deborah S., (2008). Anestesia para Cirurgia de Cabeça e Pescoço. In Wilton C. Levine, *Manual de Anestesiologia Clínica Procedimentos do Massachusetts General Hospital* (Capitulo 25 /352-369)). Massachusetts : Guanabara Koogan.

Chin, Victor A. & Forman, Stuart A., (2008). Administração de Anestesia Geral. In Administração de Anestesia Geral Wilton C. Levine, *Manual de Anestesiologia Clínica Procedimentos do Massachusetts General Hospital* (Capítulo 14/ 170- 177). Massachusetts : Guanabara Koogan

de Paula Flauzino, VH, da Silva Vitorino, PG, de Oliveira Hernandez, L., Gomes, DM, & dos Santos Cesário, JM (2021). Os cuidados de enfermagem no posicionamento anestésico-cirúrgico. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento* , 10 (6), DOI:<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15>

Diário da República, (2018). Regulamento nº 429 2. série nº 135 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico -Cirúrgica <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Direção Geral da Saúde, (2022). Norma nº 020/2015, atualizada a 17/11/2022: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, Norma da direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0202015->

de-15122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx

Drewry, A. Peterfreund, R. et Lee, L. S., (2008). Considerações específicas na doença endócrina. In Wilton C. Levine, Manual de Anestesiologia Clínica Procedimentos do Massachusetts General Hospital (Capítulo 38/515-526). Massachusetts : Guanabara Koogan

Huy, P. et Kania, R., (2005). Tiroidectomia. Enciclopedia Médico-Quirúrgica-E-46-460. Paris: Elsevier.

Iliff, HA., El-Boghdady., Ahmad, K., Davis, J., Harris, A., Khan, S., Lan-Pak-Kee, V., O'Connor, J., Powell, L., Reis, G., Tatla, TS., (2022). Management of haematoma after thyroid surgery: systematic review and multidisciplinary consensus guidelines from the Difficult Airway Society, the British Association of Endocrine and Thyroid Surgeons and the British Association of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery. Revista Anaesthesia, nº77, 82-95

Wang, T. S., Lyden, M. L., Sosa, J. A., (2021). Thyroidectomy. (Recuperado de) https://www.uptodate.com/contents/thyroidectomy/print?search=tiroidectomia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Menezes et al., (2013). Lesões decorrentes do posicionamento para cirurgia: incidência e fatores de risco [Abstrato]. Acta Médica Portuguesa, 26(1):12-6 DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.4006>

Ordem dos Enfermeiros, (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Órfão, et al., (2016). Anesthesiology consensus in the management of the airway. Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia Vol. 25 - nº1

Silva, M., Vieira, M., (2011). As intenções dominantes nas concepções de Enfermagem - estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas. In XI Conferência Ibero-americana de Educação em Enfermagem - Revista Referência, III Série, Suplemento p. 68.

Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabólica (SPEDM), (2019). Recuperado de <https://www.spedm.pt/pt/noticias-spedm/as-doencas-da-tiroide-afetam-cerca-de-1-milhao-de-portugueses>

Souza, C., Bispo, D., et Acunã, A., (2018). A Criação de um manual para posicionamento cirúrgico: relato de experiência. Rev SOBECC, 23(3), 169-175.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 60 anos | Feminino

3.3. Medicação

| Início | Medicação | Fim |
|---------------------|-----------------------------------|-----|
| 2023-02-08 09:00:00 | Polielectrolítico, 1000ml EV | |
| 2023-02-08 09:00:00 | Propofol, 20mgr /ml emulsão EV | |
| 2023-02-08 09:00:00 | Remifentanil, 2mgr ev | |
| 2023-02-08 09:00:00 | Brometo de Rocurónio 10mgr /ml EV | |
| 2023-02-08 09:00:00 | Lidocaina 20mgr/ml EV | |

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

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

Segundo o Guia Farmacológico Para Enfermeiros (2009), no uso seguro do medicamento é necessário ter em consideração os seguintes aspetos: erros terapêuticos; a deteção precoce de reações adversas; considerações gerais sobre posologias especiais, entre outros. Nele são especificados os aspetos a ter em conta em cada fármaco administrado como sendo:

Classificação/Indicações/Ação/Farmacocinética/Absorção/Distribuição/Metabolismo e Excreção/semi-vida/ Contraindicações e precauções/ Reações adversas/Vias de administração/ Apresentação/Perfil de atuação.

Estes dados implicam intervenções como monitorização/avaliação contínua, quer nos procedimentos de preparação quer na avaliação do fármaco em concreto. Assim em todos os fármacos que foram prescritos o enfermeiro deve ter em consideração as boas práticas de preparação e administração do fármaco, do local, do material, prescrição/dose/ Vias de administração/Conservação e estar alerta para os medicamentos, "Look alike sound alike" (LASA).

Em seguida abordamos os fármacos administrados ao utente durante o perioperatório deste procedimento e alguns aspetos mais relevantes da sua ação, sendo que em todos eles se contempla uma preparação prévia e verificação dos todos os equipamentos necessários ao suporte anestésico através da realização da lista de verificação que se deve realizar diariamente e respetivo registo. Referimo-nos ao teste do ventilador, disponibilidade e operacionalidade dos seus acessórios, material de aspiração, material de intubação endotraqueal, ressuscitador manual, carro de medicação, medicação de emergência, carro de via área disponível e operacional conforme, as Recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2016). É imprescindível uma monitorização contínua e respetiva resposta aos seus efeitos esperados.

Os fármacos utilizados nesta sessão são:

Solução Polielectrolítica sem glucose cujo princípio ativo são electrólitos.

Modo de administração: Via intravenosa, solução para perfusão.

Composição Qualitativa e Quantitativa: Cloreto de sódio: 5,85 mg/ml; Cloreto de potássio: 0,30mg/ml; Cloreto de magnésio hexa-hidratado: 0,25 mg/ml; Cloreto de cálcio dihidratado:0.37 mg/ml; Acetato de sódio tri-hidratado: 5,17 mg/ml. Excipientes: Ácido clorídrico; Água para preparações injetáveis. Solução com pH de aproximadamente 6,5 e osmolaridade de aproximadamente 295 mOsm/L.

Indicações Terapêuticas: desidratação de predomínio extracelular, independentemente da causa(vómitos, diarreias, fístulas, etc.); hipovolémia independentemente da causa (choque hemorrágico, queimaduras, perda hídrica e eletrolítica no perioperatório); acidose metabólica ligeira.

A dosagem e a velocidade de administração depende, do peso mas no procedimento invasivo a prescrição varia conforme evolução da cirurgia sendo que o débito de perfusão vai sendo alterado sempre que necessário. Os cuidados a ter dizem respeito à manutenção da via endovenosa na permeabilidade, integridade e vigilância da perfusão.

Propofol (2,6-di-isopropilfenol): é um fármaco utilizado para a indução ou manutenção da anestesia geral e para sedação consciente. É preparado em emulsão isotônica a 1% de óleo em água que contém lecitina de ovo, glicerol e óleo de soja.

Mecanismo de ação: Facilita a neurotransmissão inibitória por ativação dos recetores do ácido Y-aminobutírico tipo A (GABAA) no SNC.

Farmacocinética: metabolismo hepático e extra-hepático em metabólitos inativos excretados pelos rins. A meia vida é curta (15m após infusão durante 2h), o que torna as infusões de propofol úteis para manutenção de anestesia.

Farmacodinâmica: SNC: as doses de indução produzem inconsciência (30 a 45 Segundos), seguida por rápido término do efeito decorrente da redistribuição. A recuperação é rápida e geralmente acompanhada por elevação do humor; Doses baixas provocam amnésia e sedação; Efeitos analgésicos fracos em concentrações hipotônicas; Diminuí a PIC e a PPC; O propofol é um anticonvulsivante; Há inibição da atividade do EEG proporcional à dose; Deprime potenciais evocados somatossensoriais e motores mas pouco nos auditivos; as náuseas e vômitos pós operatórios (NVPO), são menos frequentes quando se utilizam o propofol em doses sub hipnóticas tendo efeitos antieméticos.

Sistema cardiovascular: Diminuição da pré-carga, pós-carga e contratilidade proporcionais à dose levam a uma diminuição da pressão arterial e do débito cardíaco. O efeito na frequência cardíaca é mínimo e há depressão do reflexo barorreceptor.

Sistema Respiratório: Efeito na frequência respiratória e do volume corrente proporcionais à dose; Redução da resposta ventilatória à hipoxia e hiper carbia.

Dosagem e administração: Indução: 1-2mg/kg/Manutenção:100 a 150microgramas/kg/min/Sedação: 25 a 75microgramas /kg/min

As doses devem ser ajustadas a cada paciente e suas patologias. Na preparação a emulsão de propofol fomenta a proliferação de bactérias pelo que o fármaco deve ser preparado em condições estéreis, rotular com data e horário e descartar o propofol aberto não usado depois de 6 horas para evitar contaminação bacteriana.

Efeitos adversos: Irritação venosa podendo causar dor, pelo que pode ser administrado lidocaína à solução (20mg de lidocaína em 200 de propofol). Embora o método mais eficaz seja administração de lidocaína (0,5mg/kg/IV 1 a 2 min antes da injeção de propofol com torniquete proximal ao local de acesso IV.

Distúrbios lipídicos: Deve ser utilizado com precaução em doentes com distúrbios do metabolismo lipídico. Mioclonia e soluços podem ocorrer após a indução. Síndrome de infusão de propofol: distúrbio raro que pode ser fatal mais associada a pacientes crianças a fazer altas doses de infusão prolongado de propofol

Remifentanil: Opióide utilizado na anestesia intravenosa.

Indicação: Analgesia como complemento de outros fármacos durante a indução e/ou manutenção da anestesia geral. Em altas doses são usadas como principal anestésico.

Mecanismo de ação: ligação a receptores específicos no encéfalo, medula espinal e em neurónios periféricos.

Farmacocinética: Dose: 0,1 mg; efeito máximo em 1,5 a 2 minutos; Duração em horas 0,1 a 0,2 horas. O início de ação ocorre minutos após a administração. A eliminação ocorre principalmente no fígado. Os metabolitos são excretados basicamente na urina.

Farmacodinâmica: no SNC provocam sedação e analgesia proporcionais à dose. A euforia é comum. Doses muito altas podem provocar amnésia e inconsciência. Reduzem a concentração alveolar mínima (CAM) de anestésicos inalatórios e a necessidade de sedativos - hipnóticos IV

Sistema cardiovascular: Todos os opióides, à exceção da meperidina, provocam alterações mínimas da contratilidade cardíaca. Os reflexos baroreceptores estão preservados. Em geral há queda moderada da resistência vascular sistêmica em consequência da diminuição dos estímulos simpáticos bulbares. Os opióides provocam bradicardia proporcional à dose pela estimulação dos núcleos vagais centrais;

Sistema respiratório: Podem causar depressão respiratória proporcional à dose. Inicialmente há diminuição da FR. O efeito pode acentuar com presença de sedativos, ou outros fármacos e o estado pulmonar do doente. Diminui a resposta ventilatória hipercapnia e hipoxia. Os efeitos são muito acentuados caso o doente adormeça. Há diminuição do reflexo da tosse proporcional à dose. Em caso de maior dose fica comprometido o reflexo traqueal e brônquico necessário na ventilação mecânica.

Sistema gastrointestinal: Diminui o esvaziamento gástrico e as secreções intestinais. Aumentam o tónus no cólon e nos esfíncteres e diminuem as contrações propulsivas, com consequente obstipação;

Dosagem e administração: as doses clínicas devem ser personalizadas; Efeitos adversos: as reações alérgicas são raras.

Os efeitos secundários: Náuseas e vômitos; Rigidez muscular, sobretudo no tórax, abdómen e vias respiratórias superiores; Retenção urinária causada por aumento do tónus do esfíncter vesical e da inibição do reflexo do detrusor.

A naloxona é um antagonista opióide puro usado para reverter os efeitos imprevistos ou indesejados como a depressão respiratória ou do SNC. A dosagem para adulto na depressão respiratória pode ser tratada com 0,04mg EV a cada 2 a 3min, conforme a necessidade. Como tem uma curta ação pode ser necessário administrar mais que uma dose.

Efeitos adversos: início abrupto de dor que pode ser acompanhar por alterações hemodinâmicas como hipertensão e taquicardia. Em casos raros pode precipitar edema pulmonar e paragem cardíaca. Neste caso mais uma vez a monitorização continua é imperativa e a observação dos efeitos e registo bem como a comunicação com o anestesista é fundamental .

Lidocaína: É um anestésico local e um antiarrítmico do tipo amida de curta duração, da classe I (subgrupo 1B) usado no tratamento da arritmia cardíaca e da dor local.

O mecanismo de ação baseia-se na permeabilidade reduzida da membrana do neurónio para os iões de sódio. Como consequência, a despolarização é diminuída e o limiar de excitação é aumentado, resultando numa insensibilidade local reversível. Tem um início de ação rápido (cerca de 1 minuto após injeção intravenosa e 15 minutos após injeção intramuscular) distribuindo-se rapidamente pelos tecidos adjacentes. O efeito entre 10 a 20 minutos e entre 60 e 90 minutos após injeção intravenosa e intramuscular, respectivamente.

Administração: Vias subcutânea, intravenosa e cutânea.

Contra-indicações: Hipersensibilidade conhecida aos anestésicos do tipo amida; Bloqueio cardíaco completo; Hipovolémia.

A toxicidade sistémica envolve principalmente o sistema nervoso central e/ou o sistema cardiovascular.

Metabolismo: 90-95% da lidocaína é metabolizada no fígado originando o metabólito principal 4-hidroxi-2,6-dimetilanilina; Semi-Vida 109 minutos; Excreção Renal

Relaxantes Musculares: O efeito farmacológico principal do bloqueio Neuromuscular é interromper a transmissão sináptica de sinais na junção neuromuscular (JNM) mediante interação com o receptor nicotínico de acetilcolina (AChR).

Brometo de Rocurónio: Fármaco não despolarizante produzido por antagonismo competitivo reversível da ACh nas subunidades alfa dos AChR.

Dose: intubação: 0,6 a 1,2 mg/Kg; tempo para intubação 1 a 1,5 min; tempo de recuperação 30 a 150 min; velocidade de infusão 4 a 12 microgramas/kg/min; Eliminação: Principalmente pelo fígado.

Bibliografia

Bartels, K., & Rathmell, J. (2008). Dor. In Wilton C. Levine, Manual de Anestesiologia Clínica Procedimentos do Massachusetts General Hospital (Capítulo 38/515-526). Massachusetts : Guanabara Koogan.

Benkowitz, C., & Solt, K. (2008). Anestésicos Intravenosos e Inalatórios. In Wilton C. Levine, Manual de Anestesiologia Clínica Procedimentos do Massachusetts General Hospital (Capítulo 11/ 128-140). Massachusetts : Guanabara Koogan.

Deglin, J. Et Vallerand, A. (2009). Guia Farmacológico para Enfermeiros. Michigan: Lusociência
Indice.eu recuperado de <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/lidocaina/informacao-ger>
indice.eu

Infarmed – Wikipédia recuperado de pt.wikipedia.org

Sociedade Portuguesa de anestesiologia: Recomendações para verificação do equipamento
anestésico. Recuperado de
http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes_Equipamento_Anestesico.pdf

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Procedimento invasivo

08-02-2023 08:00

Procedimento invasivo

Tipo de procedimento invasivo: Tireoidectomia Total.

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

Potencial para melhorar conhecimento sobre cuidados corporais pré-operatórios

[RESOLVIDO] 08-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 08:00 - Ensinar sobre cuidados corporais pré-operatórios(banho e vestuário adequado) [FIM] 08-02-2023 09:00

08-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre cuidados corporais pré-operatórios (banho e vestuário adequado) [FIM] 08-02-2023 09:00

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

08-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 08:00 - Ensinar sobre jejum pré-operatório [FIM] 08-02-2023 09:00

08-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre jejum pré-operatório [FIM]

08-02-2023 09:00

Potencial para melhorar o conhecimento sobre a remoção de próteses/óculos/ lentes de contato/ adornos [RESOLVIDO] 08-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 08:00 - ensinar sobre a remoção de próteses/óculos/ lentes de contato/
adornos [FIM] 08-02-2023 09:00

08-02-2023 08:00 - Avaliar o conhecimento sobre a remoção de próteses/óculos/ lentes
de contato/ adornos [FIM] 08-02-2023 09:00

Potencial sobre conhecimento sobre o circuito perioperatório [RESOLVIDO]

08-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 08:00 - Ensinar sobre o o circuito perioperatório [FIM] 08-02-2023 09:00

08-02-2023 08:00 - Avaliar o conhecimento sobre o o circuito perioperatório [FIM]

08-02-2023 09:00

Potencial sobre conhecimento sobre o posicionamento cirúrgico [RESOLVIDO]

08-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 08:00 - Ensinar sobre o posicionamento cirurgico [FIM] 08-02-2023 09:00

08-02-2023 08:00 - Avaliar o conhecimento sobre o posicionamento cirúrgico [FIM]

08-02-2023 09:00

08-02-2023 09:00

Tipo de procedimento invasivo: Tireoidectomia Total.

Perda sanguínea

Pescoço: Sem perda sanguínea aparente.

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

Pulso de amplitude mediana e irregular.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 148 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 89 mm Hg.

Temperatura corporal central: 35.80 °C.

Atitudes terapêuticas

08-02-2023 09:00

Ventilação invasiva

Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume e regulada por pressão.

Ventilação invasiva - FiO2: 40 %.

Ventilação invasiva - volume corrente: 450 ml.

Ventilação invasiva - volume/minuto: 4 L/min.

Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 12 cr/min.

Ventilação invasiva - PEEP: 4 cm H2O.

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

08-02-2023 09:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão

08-02-2023 09:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão

08-02-2023 09:00 - Posicionar para prevenir a aspiração

Posicionamento cirúrgico

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Posicionar em decúbito dorsal com semi-Fowler

Sondas, Drenos e Cateteres

08-02-2023 09:00

Tubo endotraqueal

Cuff

Traqueia: Com cuff.

Pressão do cuff: 30 cmH2O.

Características do dispositivo: Tubo endotraqueal aramado Nº6,5.

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do nível de inserção

08-02-2023 09:00 - Otimizar tubo endotraqueal

08-02-2023 09:00 - Insuflar cuff

08-02-2023 09:00 - Manter cuff do tubo endotraqueal insuflado

08-02-2023 09:00 - Aliviar a pressão do cuff

08-02-2023 09:00 - Fixar tubo endotraqueal com nastro no nível de inserção adequado.

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: Catéter endovenoso calibre 20.

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

08-02-2023 09:00 - Otimizar cateter venoso periférico

08-02-2023 09:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico

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

1ª Sessão: Pré-Operatório imediato (8H)

Segundo o Diário da República (2018) a intervenção do Enfermeiro Especialista na área da Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória desenvolve-se em cinco áreas complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos e este período comporta as fases pré, intra e pós operatório, como foi referida anteriormente .

Segundo este documento a fase pré-operatória tem início quando a pessoa e o cirurgião decidem pela cirurgia e termina quando a pessoa é transferida para a mesa cirúrgica.

Considerando a especificidade das necessidades da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando -os para o autocuidado e reintegração familiar e social (DR, 2019).

Para Duarte e Martins (2014) “este é o período de preparação física e psicológica da pessoa para a cirurgia” cujo tempo pode variar de acordo com a tipologia da cirurgia, eletiva ou urgente

e onde as intervenções de enfermagem “são essencialmente de suporte, ensino e preparação para os procedimentos anestésicos e cirúrgicos” (Spry citado por Ferrito, 2014, p.).

Englobada nas competências do enfermeiro especialista e concretamente na fase do pré-operatório destacamos a visita de enfermagem, na medida em que constitui um importante momento para estruturar e conceber os cuidados de enfermagem juntamente com a pessoa/família/pessoa significativa, ao longo de todo o processo cirúrgico.

Neste caso, a visita pré-operatória não está implementada no serviço, pelo que o primeiro contato com o utente faz-se no momento da sua chegada ao Bloco Operatório.

Segundo Cambotas et al, (2014) o acolhimento deve respeitar a individualidade do utente, os seus direitos para além de reduzir a sua ansiedade e angústia caso esteja presente. Por outro lado é um momento que permite familiarizar o enfermeiro com o utente e com o serviço, avaliar as expectativas e conhecimentos face à cirurgia, conhecer utente, recolher os dados necessários para planear os cuidados individualizados, lembrar e esclarecer as informações recebidas inerentes ao procedimento bem como à preparação pré-operatória.

A comunicação com o utente deve ter por base a comunicação terapêutica isto é com intencionalidade, ser individualizada, permitir identificar as reais necessidades, ter valor terapêutico autónomo, como seja tranquilizar ou capacitar, para complementar uma intervenção bem como para a promoção de sentimentos na pessoa. Esta interação entre utente e enfermeiro deve estar assente num conjunto de competências e condutas próprias na mobilização de conhecimentos e estratégias para a seja possível uma comunicação eficaz (Sequeira, 2016).

Assim neste momento, isto é, depois do acolhimento do utente e se identificar e apresentar pelo nome e apelido e função, o enfermeiro especialista passa a verificar os seguintes dados para o preenchimento e validação seguindo a lista de verificação Pré- cirúrgica existente no serviço. Nomeadamente: Identificação do cliente, pelo menos no processo e na pulseira de Identificação, (DR, 2015); Consentimento Informado assinado, esclarecido e Livre para o Ato Anestésico e para Ato/Intervenção de Saúde. De acordo artigo 6º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO,2005), qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Pode ser expresso, quando apropriado e retirado a qualquer momento e por qualquer razão sem que tenha prejuízo. Assim o enfermeiro deve promover a validação do mesmo junto do utente; Jejum - Pelo menos 6 horas para sólidos e 2 horas para líquidos brancos; realização de micção pré cirurgia; medicação (efetuada/não efetuada); higiene corporal: banho com esponja com cloro-hexidina a 2% (na véspera e no dia); ausência de adornos jóias, ganchos, piercings, relógio); ausência próteses dentárias superior e inferior e ortóteses, óculos, lentes de contato; maquilhagem, verniz/gel de unhas; vestuário do BO (bata, cueca e touca); cateterização de acesso venoso

periférico e perfusão de fluidoterapia de acordo com protocolo da instituição; alergias e respetiva pulseira; Reserva de hemoderivados e respetiva pulseira; avaliação da temperatura e colocação de lençol quente ou manta de aquecimento para prevenção de hipotermia;

Após esta verificação e decorrente do acolhimento o enfermeiro deve acompanhar o utente para a sala da respetiva cirurgia. Após ter ingressado nesta e passado para a marquesa inicia-se a fase do Intra-operatório.

2ª Sessão: Intra-Operatório (9h)

Esta fase inicia-se com a passagem do utente para a marquesa cirúrgica e termina na chegada à UCPA.

O Intra-operatório vai ser dividido em duas sessões representativas do início da Cirurgia e no final da mesma por forma abranger o maior numero possível de Diagnósticos e outros como focos atenção de enfermagem.

Pretende-se assim neste momento identificar os procedimentos relativos ao procedimento invasivo, onde se inclui o posicionamento, ao procedimento anestésico bem como o início da cirurgia. São momentos onde as intervenções de enfermagem se distribuem pelas áreas de anestesia, circulação e instrumentação, constituindo assim juntamente com os cirurgiões, anestesiológista e auxiliar de ação médica, a equipe cirúrgica numa dinâmica interdisciplinar.

O enfermeiro especialista na conceção de cuidados à pessoa em situação Perioperatória tem como competência maximizar a segurança da pessoa e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica. Deste feita, considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, particularmente da ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, torna-se fundamental a mobilização dos conhecimentos e habilidades do enfermeiro especialista, sustentados na melhor evidencia científica, que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional (DR, 2018).

Assim os procedimentos identificados para a tiroidectomia, tendo por base todo este contexto são: Manter o procedimento invasivo, uma vez que a cirurgia vai dar início e identificar o diagnóstico de Hipotermia uma vez que surgiu o dado de Temperatura 35,8°C.

Nas Atitudes terapêuticas identificou-se a Ventilação Invasiva e o Posicionamento cirúrgico como foco pois abrange várias intervenções de enfermagem, interdependentes e que contribuem para a manutenção da segurança cirúrgica, minimização e prevenção de complicações, bem como a manutenção da via aérea e das trocas gasosas, que se encontram dentro do quadro de competências do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória. na fase do Intraoperatório.

Bibliografia

Diário da República, (2018). Regulamento nº 429 2. série nº 135 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico -Cirúrgica
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Direção Geral da saúde (2015). Norma nº 020: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>

Ferrito, C., (2014). Conceitos básicos de enfermagem perioperatória In A. Duarte et O. Martins (Eds.), *Enfermagem em bloco operatório*. Capítulo 1 /pp. 3-8. Lisboa: Lidel- edições técnicas, Lda

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, (2005). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por

Sequeira, C., (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lisboa: Lidel- edições técnicas, Lda

3.5. Domínios

| Início | Domínios | Fim |
|------------------|----------------------------|-----|
| 08-02-2023 08:00 | Procedimento invasivo | |
| 08-02-2023 08:00 | Termorregulação | |
| 08-02-2023 09:00 | Sistema respiratório | |
| 08-02-2023 09:00 | Sistema cardiovascular | |
| 08-02-2023 09:00 | Metabolismo | |
| 08-02-2023 09:00 | Atitudes terapêuticas | |
| 08-02-2023 09:00 | Sondas, Drenos e Cateteres | |
| 08-02-2023 09:00 | Procedimento Anestésico | |
| 08-02-2023 09:00 | Pele | |

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

1ª Sessão: Pré-operatório

Os domínios selecionados estão de acordo com a ontologia de enfermagem. No estudo de caso que apresentamos trata-se de uma intervenção cirúrgica ao qual a pessoa se vai submeter

nomeadamente a Tireoidectomia total, como referida no enquadramento teórico.

Especificamente neste período selecionamos o Procedimento Invasivo que engloba de uma forma geral todo o processo cirúrgico no pré, intra e pós-operatório e será o fio condutor de todas as intervenções de enfermagem.

Neste período consideramos o acolhimento do utente como o primeiro momento dos cuidados perioperatórios, identificamos o potencial para melhorar conhecimento sobre os vários cuidados pré-operatórios descritos para melhorar o conhecimento nessas áreas. Estas intervenções visam minimizar o impacto e os riscos aos quais a pessoa em situação perioperatória fica exposta durante a intervenção cirúrgica .

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

2ª Sessão: Intra-operatório

O período intraoperatório inicia-se no momento em que é recebido na sala cirúrgica e termina no momento em que entra na sala de recuperação anestésica (UCPA). A pessoa em situação de Tireoidectomia total no período intraoperatório requer cuidados especializados contínuos, através da monitorização e vigilância constante dos dados, traduzindo-se em diagnósticos de enfermagem cujas intervenções atempadas permitem identificar e intervir e avaliar, as potenciais complicações. Pretende-se com estes domínios focalizar os cuidados por forma a sistematizar as intervenções de enfermagem durante o procedimento invasivo.

Sistema respiratório: O sistema respiratório constitui um domínio relevante para as intervenções de enfermagem tendo em conta que o utente vai passar por uma ventilação mecânica invasiva como resposta à depressão respiratória e diminuir a resposta ventilatória decorrente dos fármacos anestésicos administrados na manutenção da anestesia que provoca diminuição da resposta ventilatória, hipercapnia e hipoxia. Há também diminuição do reflexo da tosse ficando comprometido o reflexo traqueal e brônquico. Assim a vigilância para o controle e manutenção das trocas gasosas é vital, bem como a manutenção da limpeza das vias aéreas. O enfermeiro deve considerar a abordagem da via aérea suscetível de ser uma abordagem da via aérea difícil pela patologia em si, como se refere no enquadramento, mas também deve considerar as possíveis complicações inerentes a esta cirurgia, como por exemplo a lesão do nervo Recorrente ou obstrução da via aérea por hematoma. As intervenções de enfermagem devem assim contribuir para a sua prevenção/minimização através da preparação pré-anestésica e cirúrgica de todos os materiais, equipamento e fármacos, garantindo assim através duma vigilância a segurança do utente ao longo do processo.

Sistema Cardiovascular: O sistema cardiovascular será provavelmente o domínio mais prioritário

nos cuidados de enfermagem perioperatório no período intraoperatório. Assim a determinação e avaliação constante de dados é requerida tendo em conta um conjunto de focos de atenção associados ao sistema cardiovascular. O utente apresenta efetivamente risco de apresentar complicações intra e pós cirúrgicas pelo que através desta vigilância é possível ao enfermeiro detetar e intervir precocemente. A obtenção de determinados dados é fundamental para orientar as decisões clínicas do enfermeiro especialista e também dos elementos médicos da equipa. A constante vigilância destes parâmetros e a referenciação à equipa cirúrgica, são intervenções da enfermagem perioperatória neste período crítico na assistência à pessoa submetida a Tiroidectomia total

Por outro lado a comunicação entre os elementos da equipa é fundamental para a segurança da pessoa em situação perioperatória. A constante troca de informações entre enfermeiros, anestesista e cirurgiões, sobre os dados do doente a evolução da cirurgia e da anestesia e a evolução do estado da pessoa torna-se uma prática essencial. A comunicação de alterações significativas do padrão hemodinâmico do utente, as estimativas das perdas sanguíneas, entre outras, são informações vitais que o enfermeiro especialista constantemente referencia à equipa médica numa partilha de informações vindo ao encontro com o regulamento de competências quando refere que "adequa estratégias facilitadoras da comunicação que contribuem para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos" (DR, 2018, p.19367).

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 (Organização Mundial da Saúde, 2018). A hiperglicemia está associada a um risco aumentado de infeção do local cirúrgico(ILC), conseqüentemente 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, como referido em Santos, 2018). Neste sentido o controlo da glicemia 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. O controlo da glicemia é recomendação do CDC e da OMS para a prevenção da infeção do local cirúrgico.

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

Relativamente ao Domínio das Atitudes Terapêuticas foi identificado a Ventilação Invasiva bem como o Posicionamento Cirúrgico tendo em conta o enquadramento teórico.

São procedimentos fundamentais, uma vez que a anestesia nesta cirurgia é geral portanto com apoio mecânico e o posicionamento correto é essencial na abordagem quer da via aérea quer no acesso à área cirúrgica, neste caso a face anterior do pescoço, cujas intervenções são transversais à equipe e onde o enfermeiro tem competências específicas e de extrema importância. Mais detalhadamente passamos a justificar cada um deles.

A ventilação mecânica invasiva: A ventilação mecânica invasiva é uma modalidade de via aérea avançada que no intraoperatório é necessária para manter as trocas gasosas durante a anestesia geral. A técnica da ventilação mecânica invasiva envolve ventilação com pressão positiva fornecida aos pulmões através de um tubo endotraqueal por ventilador (Fogagnolo et al, 2021). Este pode ser configurado para modos específicos que determinam como a máquina auxilia na respiração, de acordo com as necessidades do cliente. O modo refere-se às características da ventilação mecânica e inclui principalmente estímulo (como começa a inspiração), ciclo (como termina a inspiração) e limite (quando a inspiração deve ser interrompida). O modo mais frequentemente usado é ventilação assistida-controlada, que geralmente é seguida pela ventilação pressão-suporte para o desmame (Mexedo, 2013). A utilização da ventilação invasiva no perioperatório deve contemplar medidas profiláticas e estratégias de proteção das vias aéreas que visem à redução da incidência e do impacto de complicações na evolução pós-operatória, tais como pneumonia, insuficiência respiratória, broncoespasmo, atelectasias e hipoxemia (Fogagnolo et al., 2021).

Posicionamento Cirúrgico: Uma das competências do enfermeiro especialista é "assegurar o posicionamento cirúrgico" (DR, 2018, p.19367). Desta forma foi selecionado para planeamento dos cuidados de enfermagem. Para a pessoa submetida a Tiroidectomia Total o posicionamento cirúrgico é o Decúbito dorsal com semi-fowler (tipo cadeira de praia) com em extensão cervical. O posicionamento cirúrgico incorpora uma das grandes preocupações da equipe de enfermagem bem como a restante equipe multidisciplinar uma vez que as lesões provocadas pelo posicionamento inadequado representam um dos maiores comprometimentos à saúde do utente. Assim, a implementação de intervenções pautadas em evidências recentes é crucial para assegurar a realização do posicionamento cirúrgico com segurança, conforto e com

vista à prevenção de complicações nos sistemas tegumentar, neurológico, vascular e respiratório, (Lopes, 2016). Todas as intervenções devem ser efetuadas para que o objetivo do mesmo seja cumprido, como descrito no enquadramento. Para a sua aplicação foram planeadas várias intervenções específicas, no sentido de efetuar o posicionamento correto baseado nas melhores práticas.

Domínio das Sondas, Drenos e Cateteres:

Inerente a cada procedimento Invasivo a utilização destes dispositivos através de intervenções e técnicas baseadas na melhor evidência, constitui uma prática de base do enfermeiro especialista num contexto de perioperatório mais concretamente no Intra-operatório onde o controlo hemodinâmico e ventilatório é crucial de acordo com o enquadramento teórico. São de fato dispositivos necessários para o de suporte vital para o utente, que o enfermeiro especialista deve conhecer, manusear, aplicar e vigiar, utilizando as melhores evidências disponíveis acerca da técnica e dos materiais, como forma de minimização de complicações e na prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), como é o caso das infeções da corrente sanguínea.

Tubo endotraqueal: O tubo endotraqueal permite uma abordagem avançada da via aérea, e consiste num dispositivo que é introduzido na traqueia sob visualização direta. A sua colocação denomina-se por intubação endotraqueal e a sua utilização no contexto do intraoperatório está relacionada com a incapacidade de proteção da via aérea, por parte do utente devido aos fármacos anestésicos. A intubação endotraqueal é o melhor método de ventilar eficazmente mantendo uma via aérea permeável e segura (Huffstutler & Monahan, 2010). O procedimento inicia-se com a pré-oxigenação durante três minutos com O₂ a 100%. Após a visualização das cordas vocais por laringoscopia, o tubo é introduzido até que a parte proximal do cuff ultrapasse as cordas, procedendo-se de seguida à insuflação do mesmo (Mexedo, 2013). A boa prática na Intubação endotraqueal indica a necessidade de confirmar o correto posicionamento do tubo, através da observação da expansão torácica bilateral e simétrica, a auscultação do epigastro (não se devem ouvir sons de insuflação) e pulmonar ao nível das axilas (sons pulmonares simétricos). Por último conecta-se o sensor de capnografia que permite a deteção de CO₂ no ar exalado (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020). Todo este procedimento é realizado em equipe com o médico anestesiologia e enfermeiro da área de anestesia, que desenvolve assim as suas competências nesta aérea, tal como refere o Regulamento de Enfermagem (2018).

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

de complicações (Crozeta & Roehrs, 2012). A cateterização endovenosa é indicada no período perioperatório para a administração de fluidos, medicamentos e hemoderivados (Heydinger et al., 2022). O enfermeiro apresenta a responsabilidade de executar, avaliar e acompanhar o processo de cateterização venosa periférica e a manutenção do acesso para cumprimento dos objetivos previamente definidos (Arreguy-Sena & Carvalho, 2009). 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).

Foi identificado outro domínio referente ao procedimento anestésico visto que neste estudo de caso foi efetuada uma anestesia geral intravenosa, vindo ao encontro com o enquadramento teórico quando refere ser a técnica mais utilizada para esta cirurgia, embora não a única. A intervenção de enfermagem nesta área é altamente importante numa perspectiva de complementaridade com a equipe multidisciplinar, não só no momento na técnica, como na vigilância, preparação e manuseamento seguro dos fármacos, bem como prevenção do risco e de eventos adversos ao cliente. Assim foi identificado como foco a Sedação.

Neste período de anestesia são utilizados fármacos que, tal como foram referidos no enquadramento teórico provocam um estado de inconsciência reversível, sem qualquer sensação e simultaneamente, garante um estado de imobilidade e analgesia (Sousa & Marques, 2014).

A técnica anestésica para esta cirurgia foi a anestesia geral intravenosa na variante Anestesia Total Intravenosa (Total Intravenous Anesthesia - TIVA). É uma técnica de anestesia geral Intravenosa que utiliza uma combinação de fármacos administrados exclusivamente por via intravenosa sem recurso a agentes de inalação, utilizando apenas uma mistura gasosa de oxigénio (FiO₂) de 50%, (Sousa & Marques, 2014). Estes fármacos são utilizados tanto na fase de indução como na fase de manutenção. Esta técnica apresenta vantagens como a incidência reduzida de náuseas e vômitos no período pós-operatório, menor contaminação atmosférica, uma recuperação mais rápida e previsível, uma maior estabilidade hemodinâmica, a preservação da vasoconstrição pulmonar hipóxica, a redução da pressão intracerebral e uma redução no risco de toxicidade orgânica.

Nos últimos anos, a TIVA tem vindo a tornar-se mais popular, prática e possível devido a duas razões principais, em primeiro lugar, as propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas de medicamentos como o Propofol e de novos opióides de ação rápida que os tornam mais adequados para administração intravenosa. Em segundo lugar, os novos conceitos de

modelação farmacocinética em conjunto com os avanços da tecnologia de bombas de perfusão, que permitem a utilização de algoritmos como as Perfusões Controladas por Objetivo (TCI), como no caso em estudo.

A TIVA pode ser administrada com recurso a um único fármaco ou a uma combinação de fármacos. Os grupos de fármacos mais utilizados incluem hipnóticos e opióides de ação rápida, neste caso o Propofol e o Remifentanil. Segundo a literatura, verificou-se que a TIVA através de TCI combinada com Remifentanil e com Propofol controla de forma eficaz as respostas intraoperatórias ao mesmo tempo que permite uma recuperação rápida da anestesia nas cirurgias programadas.

Assim durante este processo anestésico devem estar assegurados uma vigilância hemodinâmica contínua através de critérios de monitorização, que pode ser básica ou avançada, para garantir a segurança do doente, como sejam: Monitorização do ECG contínua; pressão arterial; FR; saturação de oxigénio (SatO₂); capnografia e concentração de O₂ inspirado (Ormonde, 2013).

Oximetria de Pulso: O oxímetro de pulso fornece medidas contínuas não invasivas da saturação da hemoglobina. Avalia o oxigénio no sangue arterial durante o seu transporte até aos tecidos para a sua utilização nos processos oxidativos intracelulares. Uma saturação de O₂ entre os 96% e os 100% pressupõe, geralmente, que o oxigénio alcance o pulmão, atravesse a membrana alveolar e seja transportado para o local de monitorização, sendo aí detetada. No entanto, não indica por si só, o valor de O₂ distribuído. Uma saturação de O₂ abaixo de 95% reflete problemas com o cliente (Ormonde, 2013).

BIS: O Índice Bi-Espectral (BIS) é um sistema de monitorização neurofisiológica que analisa de forma contínua o eletroencefalograma para determinar o nível de consciência dos clientes submetidos a uma anestesia geral, tornando possível um melhor controlo e uma utilização de fármacos mais aferida (Ormonde, 2013).

Esta monitorização e a respetiva vigilância requer intervenções especializadas por parte enfermeiro especialista que deve dominar, compreender e estar treinado na sua operacionalização, daí ser importante incluir no plano de cuidados.

Pele: No sistema tegumentar, temos como foco de atenção a pele e os cuidados de enfermagem perioperatórios à ferida cirúrgica. A Tiroidectomia implica sempre uma ferida cirúrgica. A incisão é encerrada por planos e a pele é encerrada com cola biológica e não comporta penso oclusivo.

Bibliografia

Arreguy-Sena, C., & Carvalho, E. (2009). Risco para trauma vascular: proposta de diagnóstico e validação por peritos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), pp 71-8.

Crozeta, K., & Roehrs, H. (2012). O Cuidado de Pacientes com Dispositivos Venosos: uma Prática Baseada em Evidências. In W. Malagutti, & H. Roehrs (eds.), *Terapia intravenosa: atualidades* (pp.277-288). Martinari.

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: Conceção de cuidados em contexto de perioperatório intravenosos periféricos em adultos internados em hospitais da Amazônia Ocidental Brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 50(2), 263-271. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200012>

Diário da República, (2022). Norma nº 020/2015, atualizada a 17/11/2022: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, Norma da direção Geral da Saúde.

Diário da República, (2018). Regulamento nº 429 2. série nº 135 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico -Cirúrgica <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica (2020). Manual de suporte avançado de vida. Departamento de Formação em emergência médica.

Fogagnolo, A., Montanaro, F., Al-Husinat, L., Turrini, C., Rauseo, M., Mirabella, L., Ragazzi, R., Ottaviani, I., Cinnella, G., Volta, C. A., & Spadaro, S. (2021). Management of Intraoperative Mechanical Ventilation to Prevent Postoperative Complications after General Anesthesia: A Narrative Review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(12).

Inger, G., Shafy, S. Z., O’Connor, C., Nafiu, O., Tobias, J. D., & Beltran, R. J. (2022). Characterization of the Difficult Peripheral IV in the Perioperative Setting: A Prospective, Observational Study of Intravenous Access for Pediatric Patients Undergoing Anesthesia. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 13, 155-163.

Huffstutler, S. Y. & Monahan, F. (2010). Problemas das vias aéreas superiores. In F. Monahan, J. Sands, M. Neighbors, J. Marek & C. Green (Eds.), *Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença*, (pp. 603-637). Lusodidacta.

Mexedo, C. (2013). Via aérea e ventilação. In H., Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia*, (pp. 199-222). Lidel-- edições Técnicas, Lda

Lopes, C. M. M., Haas, V. J., Dantas, A. P. S., Oliveira, C. G. & Galvão, C. M. (2016). Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 24, (1-8). DOI: 10.1590/1518-8345.0644.2704

Ormonde, L. (2013). Monitorização e Equipamentos. In Machado, H., Manual de Anestesiologia

(capítulo 15, pp. 223 -234). Lidel - edições Técnicas, Lda

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

Sousa, H. & Marques, O. (2014). Anestesia. In A. Duarte et O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório* (capítulo 9, pp. 69 a 92). Lidel- edições Técnicas, Lda

3.6. Dados

Sistema respiratório

08-02-2023 09:00

Frequência respiratória: 12 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

Central: 98 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Não comunica falta de ar.

Reflexo da tosse: ausente.

Sons respiratórios: normais.

Dispositivo de promoção da limpeza das vias aéreas

Dispositivo: Aparelho de aspiração - => .

Limpeza da via aérea comprometida

Sistema cardiovascular

08-02-2023 09:00

Localização do Pulso

Tórax

Pulso de amplitude mediana e irregular.

Pulso arritmico.

Pulso simétrico.

Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 148 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 89 mm Hg.

Perda sanguínea

Pescoço: Sem perda sanguínea aparente.

Hemorragia

Arritmia

Pele

08-02-2023 09:00

Ferida cirúrgica

Localização da ferida cirúrgica

Pescoço Anterior

Comprimento da lesão tegumentar: 4.00 cm.

Largura da lesão tegumentar: 2.00 cm.

Metabolismo

08-02-2023 09:00

Glicemia capilar: 75 mg/dl.

Termorregulação

08-02-2023 08:00

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.20 °C.

08-02-2023 09:00

Temperatura corporal central: 35.80 °C.

Hipotermia

Procedimento Anestésico

08-02-2023 09:00

Anestesia Geral Intravenosa

sedação

3.6.1. Objetivos e prioridades no planejamento dos cuidados

1ª Sessão: Período Pré -operatório imediato

Os objetivos são :

- Promover o conhecimento sobre o jejum pré-operatório
- Promover o conhecimento sobre o banho pré operatório
- Promover o conhecimento sobre o circuito perioperatório

- Promover o conhecimento sobre a importância da remoção dos adornos e próteses amovíveis óculos/lentes de contato
- Promover o conhecimento sobre o posicionamento cirúrgico

Relativamente à termorregulação pretende-se manter e controlar a temperatura corporal de acordo o Regulamento 429/2018 nomeadamente : "Gere a manutenção da normotermia da pessoa no período perioperatório". Estas intervenções tem como base diretrizes emanadas pela DGS, através da Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022 relativa ao "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico, aplicada ao doente a ser submetido a intervenção cirúrgica. e que determina manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$) (Categoria IA).

2º Sessão: intra-operatório

- Sistema respiratório: Identificar precocemente sinais de comprometimento da ventilação;
- Sistema cardio respiratório:
- Identificar precocemente sinais de hemorragia,
- Quantificar perdas hemáticas;
- Identificar precocemente sinais de arritmia;
- Identificar precocemente sinais de perfusão tecidual inefetiva.

Termorregulação:

- Manter a temperatura central entre 36°C e 38°C durante todo o período intraoperatório e pós-operatório

Metabolismo:

- Manter glicemia $> 80\text{ mg/dl}$ e $\leq 180\text{mg/dl}$ durante a cirurgia e no pós-operatório.

Pele:

- Prevenir infecção do local cirúrgico
- Promover a cicatrização da ferida cirúrgica

Bibliografia

Diário da República, (2018). Regulamento nº 429 2. série nº 135 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico -Cirúrgica
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Direção Geral da Saúde, (2022). Norma nº 020/2015, atualizada a 17/11/2022: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, Norma da direção Geral da Saúde.
<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0202015-de-15122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>

3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

1º Sessão : Pré-operatório imediato

- O utente verbaliza o conhecimento sobre o jejum pré-operatório
- O utente verbaliza o conhecimento sobre o banho pré operatório
- O utente verbaliza o conhecimento sobre o circuito perioperatório
- O utente verbaliza o conhecimento sobre o a importância da remoção dos adornos e próteses amovíveis óculos/lentes de contato
- O utente verbaliza o conhecimento sobre o posicionamento cirúrgico

3.7. Diagnósticos

Sistema respiratório

08-02-2023 09:00

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da ventilação

Limpeza da via aérea comprometida

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea

08-02-2023 09:00 - Aspirar via aérea

08-02-2023 09:00 - Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea

08-02-2023 09:00 - Executar inaloterapia

Sistema cardiovascular

08-02-2023 09:00

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Hemorragia

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

08-02-2023 09:00 - Referenciar hemorragia ao médico

Arritmia

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

08-02-2023 09:00 - Referenciar arritmia ao médico

Pele

08-02-2023 09:00

Ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica

Metabolismo

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da glicemia

Termorregulação

08-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

08-02-2023 09:00

Hipotermia

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

08-02-2023 09:00 - Aplicar manta de aquecimento

08-02-2023 09:00 - Referenciar hipotermia ao médico

Procedimento Anestésico

08-02-2023 09:00

sedação

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Monitorizar a eletrocardiografia com 5 derivações

08-02-2023 09:00 - Monitorizar a pressão arterial

08-02-2023 09:00 - Monitorizar a Oximeria de pulso

08-02-2023 09:00 - Monitorizar o Índice Bi-Espectral (BIS)

08-02-2023 09:00 - Preparação, administração e avaliação de fármacos

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

As intervenções de enfermagem no perioperatório são fundamentais considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios. Tendo em conta a vulnerabilidade da pessoa, a possibilidade de ocorrência de eventos adversos e da complexidade do ambiente de fato o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória deve pautar-se pelo regulamento de Competências (2018) mobilizando os conhecimentos e habilidades para

garantir a segurança cirúrgica, através da maximização da segurança congruente com a consciência cirúrgica. Assim, desde intervenções de gestão materiais, equipamentos, serviço, recursos humanos, coordenação, liderança, acrescentando as áreas mais específicas da Instrumentação, Circulação e Anestesia, até as intervenções interdependentes todas constituem um trabalho multidisciplinar, desenvolvendo assim sua intervenção numa perspetiva interprofissional.

Assim as intervenções de enfermagem serão mais detalhadas em cada uma das Sessões:

1ª Sessão Pré-Operatório

O acolhimento deve ser efetuado através da utilização de estratégias facilitadoras da comunicação expressiva de emoções e promotoras de a redução de ansiedade caso seja necessário. As intervenções de enfermagem passam também pela relação de ajuda. É fundamental familiarizar o utente com ambiente do bloco operatório, avaliar as expectativas e conhecimentos no sentido de identificar as necessidades da pessoa para elaboração do plano de cuidados individualizado para o processo cirúrgico, promovendo a sua capacitação para a experiência cirúrgica. Nesta sessão as intervenções de enfermagem também passam pela certificação do cumprimento das listas de procedimentos, com vista à segurança cirúrgica, nomeadamente a Lista de verificação pré-cirúrgica que se refere a toda a preparação pré cirúrgica da pessoa, não só física como aborda também algumas questões legais.

Relativamente à temperatura corporal, a manutenção da normotermia perioperatória faz parte das recomendações da OMS e do Center of Disease Control (CDC), bem como do feixe de intervenções da norma da DGS para a prevenção da infeção do local cirúrgico (DGS, 2022). Durante um ato cirúrgico, grande parte das pessoas submetidas a anestesia ficam hipotérmicos devido às alterações na termorregulação provocados, não só pelo efeito anestésico, responsável por uma redução de 20% na produção metabólica de calor, mas também devido ao ambiente frio da própria sala operatória.

2ª Sessão : Intra-operatório

O intraoperatório constitui um momento de grande dependência. As intervenções de enfermagem centram-se na consciência cirúrgica e na promoção de um ambiente seguro para a equipe multidisciplinar, através de várias áreas como a gestão do risco, controlo da segurança perioperatória, preparação de todos os equipamentos e dispositivos e instrumentais necessários ao procedimento. Outras intervenções dão resposta a situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade. São de igual modo importantes efetuar uma observação e vigilância intensiva com capacidade de despiste de sinais e sintomas de complicações e a atuar em situações de emergência/urgência. Os cuidados de enfermagem perioperatórios asseguram igualmente o conforto, a dignidade e o controlo da exposição corporal do cliente durante este período.

De seguida abordaremos os contributos das intervenções de enfermagem associados aos domínios ou focos de atenção.

Sistema Cardiovascular

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).

A estimativa da perda de sangue intraoperatória é uma parte integrante de qualquer procedimento cirúrgico. Assim, 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, como citado em Couto, 2014).

As perdas sanguíneas devem ser designadas por perda de sangue estimada. Dado que são estimativas, não são rigidamente precisas, visto que dependem de uma combinação de fatores: 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).

Assim, o valor determinado depende do grau de rigor utilizado pela equipa do bloco operatório, nomeadamente o enfermeiro circulante e instrumentista. Esse rigor pode ser fundamental em determinados clientes com maior risco anestésico e cirúrgico e determinar gestão de medidas, como infusão de maior ou menor volume de fluidos ou recorrer a hemoderivados.

Sistema respiratório

O planeamento dos cuidados de enfermagem neste domínio passa por ações muito concretas de vigilância e despiste de complicações.

Para Grams et al., (2012), as intervenções de enfermagem no período intraoperatório centram-se, na vigilância dos parâmetros respiratórios, sendo que neste caso o utente encontra-se sob ventilação mecânica invasiva e na limpeza das vias aérea através da utilização dos dispositivos de promoção de limpeza das vias aéreas.

Termorregulação

A monitorização da temperatura intraoperatória torna-se imperativa, seja de forma continua ou intercalar, assim como o uso de dispositivos de aquecimento ativos e passivos e a gestão da temperatura ambiental. A exposição corporal deve mínima exclusiva à área cirúrgica considerando humanização do cuidado.

Intervenções como a monitorização da temperatura, aquecimento com mantas térmicas, aquecedores de fluidos e aquecimento ambiental tornam-se imperativos, devendo encontrar-se conjugados como referem Albergaria, Lorentz, Lima (2007), Mattia et al. (2013). Promovendo não só a otimização dos aspetos fisiológicos, mas também o conforto e bem-estar do utente.

Metabolismo

Ao nível do foco metabolismo, a atenção e planeamento dos cuidados de enfermagem perioperatórios, visam a avaliação dos valores de glicemia. Não parece existir evidência científica acerca do valor de glicemia, acima do qual acresce o risco de infeção do local cirúrgico, no entanto a DGS (2022), estabelece o valor de 180 mg/dl. A American Diabetes

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

Pele

O tratamento da ferida cirúrgica é um cuidado de enfermagem que releva para a cicatrização e a prevenção da ILC, como é referido na norma da DGS (2022), que recomenda no tratamento da ferida, no final da cirurgia: proteger a incisão neste caso com cola biológica dérmica.

Bibliografia

Albergaria, V., Lorentzs, M. & Lima, F., (2007). Tremores Intra e Pós-operatório. Prevenção e tratamento farmacológico. Revista Brasileira de Anestesiologia, 57(4), 431-444. American Diabetes Association (2017). 14. Diabetes Care in the Hospital. Diabetes care, 40(Suppl 1), 120-127.

Baldini, G., Bagry, H., Aprikian, A., & Carli, F. (2009). Postoperative urinary retention: anesthetic and perioperative considerations. Anesthesiology, 110(5), 1139-1157.

Cambotas, C. M., (2014). A prática baseada na evidência em contexto da enfermagem perioperatória. (Relatório de estágio de mestrado em enfermagem perioperatória, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal).

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 aberto.

Direção Geral da Saúde, (2022). Norma nº 020/2015, atualizada a 17/11/2022: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico, Norma da direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0202015-de-15122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>

Grams, S. T., Ono, L. M., Noronha, M. A., Schivinski, C. I., & Paulin, E. (2012). Breathing exercises in upper abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. Brazilian Journal of Physical Therapy, 16(5), 345-353

Lopes, C. M. M., Haas, V. J., Dantas, A. P. S., Oliveira, C. G. & Galvão, C. M. (2016). Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, 24, (1-8). DOI: 10.1590/1518-8345.0644.2704

Lopes, C. M. M., Haas, V. J., Dantas, A. P. S., Oliveira, C. G. & Galvão, C. M. (2016). Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, 24, (1-8). DOI: 10.1590/1518-8345.0644.2704

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 cuidados corporais pré-operatórios(banho e vestuário adequado)

- banho com clorexidina a 2%no dia anterior e ate 2 horas antes da cirurgia

Ensinar sobre jejum pré-operatório

- Jejum de 6horas para sólidos
- jejum de 2h para líquidos claros

ensinar sobre a remoção de próteses/óculos/ lentes de contato/ adornos

- retirar óculos, lentes, relógios, e aneis
- retirar próteses dentárias e/ou ortótese

Ensinar sobre o o circuito perioperatório

- Transfer, sala cirúrgica e UCPA e internamento ou outro

Ensinar sobre o posicionamento cirurgico

- posicionamento em semi-fowler

Avaliar evolução da glicemia

- Manter a glicemia >80 mgr/dl e < 180 mgr/dl no Intra e Pós-operatório

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Aplicar termómetro esofágico
- Aplicar manta de aquecimento
- Manter temperatura corporal central entre 36º C e 38º C no intra-operatório

Avaliar evolução de sinais de hemorragia

- Identificar precocemente sinais de hemorragia
- Quantificar perdas hemáticas

Avaliar evolução de sinais de arritmia

- Identificar precocemente sinais de arritmia

Fixar tubo endotraqueal com nastro no nível de inserção adequado.

- Confirmar o nível de fixação com o Anestesiologista

Posicionar em decúbito dorsal com semi-Fowler

- Providenciar dispositivos de posicionamento como: suporte de Braços, bandas de segurança, dispositivos de gel, almofadas , mantas térmicas)
- Aplicar acessórios de posicionamento nas áreas de maior pressão musculoesqueleticas

- Manter o alinhamento corporal
- Providenciar a exposição da área cirurgica
- Promover o acesso venoso
- Aplicar medidas conforto

4. ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA DIREITA

Homem de 63 anos de idade submetido a artroplastia total da anca direita por Artrose primária, unilateral, da anca direita.

4.1. Enquadramento teórico

A prática dos Cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa em situação perioperatória inscrevem-se num meio de grande complexidade e tecnologia e numa vasta e diferenciada equipa multidisciplinar.

Sendo a exigência cada vez maior e mais desafiante, centrado numa ótica de garantia de segurança e consciência cirúrgica, o enfermeiro do bloco operatório deve, de acordo com as suas competências e conhecimento, ter por base fortes pilares como a melhor evidência científica, as boas práticas e a responsabilidades legal, ética e moral, no cuidar da pessoa em situação perioperatória, Diário da República (DR, 2018).

A Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) define o enfermeiro perioperatório como “ o profissional capaz de identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do cliente/ família para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do indivíduo antes durante e após a cirurgia (AORN citado por AESOP, 2006, p.6).

Igualmente para a Ordem dos Enfermeiros, (2017) os cuidados de Enfermagem Perioperatórios exigem uma avaliação de necessidades de cuidados da pessoa em situação de vulnerabilidade e dependência ao longo do processo perioperatório bem como a respetiva implementação de um plano de instrução, ensino e treino, visando a recuperação da pessoa e o autocuidado.

As intervenções do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória desenvolvem-se em cinco áreas nomeadamente a Consulta Perioperatória, Anestesia, Circulação, Instrumentação e Cuidados pós Anestésicos em Unidade de Cuidados Pós Anestésicos, Diário da República, (2018). São assim cuidados abrangentes e muito diferenciados, em fases diferentes e complementares num continuum do Processo Invasivo, que requerem práticas seguras e individualizadas à pessoa em situação perioperatória.

A organização dos momentos do período Perioperatório corresponde às fases do Pré-Operatório, Intra-operatório e o Pós-operatório, sendo momentos distintos onde se evidencia a conceção de

cuidados à pessoa em situação perioperatória.

Entende-se por pessoa em situação perioperatória “qualquer pessoa, que ao longo de todo o seu ciclo de vida, necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos(. . .) aceita submeter-se a um estado de consciência alterado e aos riscos inerentes a esses procedimentos e ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional, tendo geralmente a expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida” (Ordem dos enfermeiros, 2017, sp).

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória caracteriza-se pela atitude antecipatória desses riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica e tem como princípios a atuação com responsabilidade profissional e prudência que exige uma tomada de decisão. Para Silva, (2011, p.30)) “tomar decisões é o final da etapa conduzida pelo raciocínio. Todos os enfermeiros tomam decisões na medida em que fazem julgamentos sobre as necessidades das pessoas, e tomam decisões sobre que intervenções implementar.

Nesta ótica e envolvimento os Cuidados de Enfermagem Perioperatórios desenvolvem-se num processo padronizado de boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa num contínuo, antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico. Assim, a sua conceção visa proporcionar à pessoa proteção na situação particular de vulnerabilidade, capacitá-la e promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados para a sua saúde, Ordem dos enfermeiros, (2017).

Através da realização deste Estudo de Caso pretende-se por um lado dar cumprimento a um objetivo do Estágio Módulo II e por outro aprofundar o conhecimento na conceptualização de cuidados de enfermagem através da elaboração de um plano de cuidados, baseado em dados e necessidades detetadas, para uma tomada de decisão autónoma, no planeamento de intervenções de enfermagem fundamentadas e baseadas na melhor evidência científica à pessoa em situação perioperatória, seguindo a ontologia de enfermagem. A realização deste estudo de caso visa o procedimento invasivo Artroplastia Total da Anca Direita, efetuada num Bloco operatório central, numa cirurgia de rotina cujos cuidados pós-operatórios se efetuarão na UCPA. Trata-se duma pessoa do sexo masculino, 63 anos de idade com diagnóstico de Artrose primária, unilateral, da anca direita com antecedentes de Hipertensão e transtornos do metabolismo dos lípidos, classificada com ASA II para o risco anestésico, na avaliação efetuada pelo médico anestesiológico. O contexto perioperatório vai contemplar duas sessões. Uma primeira, no Intra-operatório, no final da cirurgia e uma sessão no Pós-operatório, portanto na Unidade de Cuidados pós anestésicos designada por UCPA.

Seguidamente iremos efetuar um enquadramento teórico referentes à patologia, considerações sobre a abordagem cirúrgica, técnica anestésica e ao posicionamento cirúrgico, para melhor compreender o contexto do Estudo de Caso e os Domínios selecionados, disponíveis na

Ontologia de Enfermagem.

A artroplastia total da anca (ATA) é, segundo a Sociedade Portuguesa de Ortopedia e traumatologia (SPOT), a artroplastia mais comum em Portugal, sendo também, segundo a Agency for Healthcare Research and Quality (2012), aquela que atinge maior índice de sucesso entre as cirurgias de substituição articular.

Epidemiologia

De acordo com os dados do último relatório do registo português de artroplastias (RPA), criado pela referida Sociedade são realizadas por ano cerca de seis mil cirurgias. Segundo este relatório, a maioria dos procedimentos são intervenções primárias, e no caso da cirurgia de revisão aproximadamente 10% dos casos. Constatou-se um ligeiro predomínio do género feminino 55% e uma maior incidência na faixa etária entre os 60 e 80 anos. A maior parte dos doentes foi submetida a anestesia loco-regional, 85% dos casos, sendo a anestesia geral usada em apenas 15% das situações. Constatou-se simultaneamente, que o maior número de doentes submetidos a artroplastia da anca apresentavam obesidade mórbida, cerca 48%, e uma atividade física ligeira a moderada, 52%. Refere-se ainda que 86%, foi realizada cirurgia unilateral, sendo 60% não cimentada.

Etiologia e indicações cirúrgicas

Existe uma preponderância da artrose primária, com cerca de 60% dos casos, logo seguida das fraturas do colo do fémur, 24 % dos casos. Relativamente à etiologia das revisões, o descolamento assético da haste e do acetábulo são as principais causas da revisão da artroplastia da anca, seguido da luxação e infeção (RPA, 2013).

O objetivo da cirurgia é promover a qualidade de vida através do alívio da dor e/ou melhoria da função em doentes com artropatia da anca, na ausência de sucesso com o tratamento conservador ou outros tratamentos cirúrgicos prévios. Em Portugal, a norma 014/2020 da Direção-geral da Saúde, de 23/09/2013, elaborada por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite entre várias indicações, o seguinte:

As causas mais frequentes de dor e disfunção da anca e que estão na origem da maioria das indicações para ATA são: Osteoartrose primária ou secundária; Osteonecrose da cabeça femoral; Doença inflamatória da anca e Fratura do colo do fémur.

A ATA deve ser considerada em pessoas com artropatia da anca que mantenham dor ou limitação na realização das atividades de vida diárias, após tentativa de tratamento conservador ou de outras opções cirúrgicas prévias. Na fratura do colo do fémur pode ser considerada como tratamento de primeira opção. Na atualidade e na mesma linha de tendência mundial, procura-se privilegiar a artroplastia total cimentada nos doentes com idade avançada, Ranawat et al, 1997 citado por DGS (2013).

Anatomofisiologia

A articulação da anca forma-se pela porção acetabular do osso ílaco e a extremidade proximal do fémur. É uma articulação contraída e possui uma importante estabilidade óssea, sendo rodeada por uma cápsula, ligamentos e músculos que fornecem a estabilidade. O ligamento iliofemoral prende o ílaco ao fémur, anterior e superiormente, e os ligamentos isquiofemoral e pubo femoral prendem o ísquio e púbis ao fémur, respetivamente. O acetábulo é uma cavidade arredondada e profunda que se articula com a cabeça do fémur. A extremidade proximal do fémur consiste numa cabeça e um colo, a porção superior da diáfise e os grandes e pequenos trocânteres. O grande trocânter é um processo amplo que sobressai da porção superior da diáfise e projeta-se para cima a partir da junção do bordo superior do colo com a superfície externa da diáfise, servindo como ponto de inserção para os músculos abdutores e rotadores. O pequeno trocânter projeta-se a partir da porção posterior e inferior da base do colo do fémur na sua junção com a diáfise, funcionando como um ponto de inserção do músculo iliopsoas (Bowen, B., 2007).

Abordagem cirúrgica

Segundo a bibliografia podem ser utilizadas diferentes abordagens e técnicas cirúrgicas e difere principalmente quanto ao posicionamento cirúrgico, nomeadamente posição lateral ou supina e a existência ou não de descolamento da anca anterior ou posterior. A escolha da abordagem específica é uma questão de preferência pessoal, experiência e complicações (Harkess & Crokarell, 2021). Para estes autores porém, todos os componentes femorais e acetabulares podem ser devidamente implantados por meio de diferentes abordagens, com vantagens e desvantagens.

Ainda assim, e segundo a SPOT em (2013), o posicionamento do doente preferencial em Portugal permanece o decúbito lateral, constatando-se também a via de abordagem posterior como a mais utilizada. Quanto à fixação dos componentes, a mesma pode ser efetuada de duas formas já referidas anteriormente: "Cimentada" envolvendo a utilização de cimento que assegura a fixação do implante ao osso e "não-cimentada" baseiando-se numa fixação primária através de "press-fit" ou "interferente-fit" até à fixação secundária por crescimento ósseo através da superfície porosa do implante.

Quanto à escolha do implante conforme a norma 014/2013 da DGS, deve-se ter em consideração a qualidade óssea, o nível de atividade física, o estado geral, a expectativa de vida e a idade do doente, podendo essa escolha ser influenciada pela experiência do cirurgião e pelas normas de orientação e experiência do serviço em que está integrado. Existem assim, diferentes tipos de interfaces, em que os mais comuns são: metal/polietileno; metal/metal; cerâmica/polietileno; cerâmica/metal e cerâmica/cerâmica.

Ainda segundo esta norma, o tipo de interface a utilizar deve ser ajustado à especificidade de

cada doente, devendo, contudo, privilegiar-se a utilização metal/polietileno ou cerâmica/polietileno por apresentar resultados sobreponíveis com um custo inferior.

Principais complicações associadas a artroplastia total da anca

São de vária ordem e gravidade pelo com o objetivo de diminuir as complicações cirúrgicas, a DGS criou indicações para a realização da artroplastia total da anca, que passamos a nomear:

- É absolutamente indicada a profilaxia da infecção aquando da indução anestésica de acordo com a Norma n.º 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção, de 28-12-2012 da DGS;
- A profilaxia anti-trombótica é iniciada no pós-operatório imediato de acordo com a Norma n.º 026/2012 - Profilaxia do Trombo Embolismo Venoso em Ortopedia, de 27/12/2012 da DGS;
- O cumprimento da lista de verificação da Segurança Cirúrgica e APGAR Cirúrgico, nos termos da Norma n.º 2/2013 - Cirurgia Segura, Salva Vidas, de 12/02/2013 da DGS.

Apesar dos diferentes protocolos, programas e indicações, as complicações diretamente relacionadas com a ATA permanecem, merecendo as seguintes, no nosso entender, um maior foco de atenção por parte do enfermeiro peri-operatório: Infecção/ Lesão neurovascular/Luxação/Hipotensão relacionada com o cimento. De uma forma mais específica:

INFEÇÃO: a infecção é uma das complicações mais devastadoras após a artroplastia. A infecção superficial ocorre entre 1% e 3% dos casos, mas a infecção profunda ocorre em aproximadamente 0,5%, sendo mais comum após a revisão da artroplastia. Fatores como, o sexo masculino, o tabagismo, a artrite reumatoide, o uso de glicocorticoides e cirurgia articular prévia estão todos associados a um aumento risco de infecção. Os custos pessoais e sociais da infecção são imensos, com efeitos profundamente negativos na dor, função, bem-estar mental, e independência dos doentes. Os sinais clínicos de infecção são vermelhidão, edema, dor, e calor, muitas vezes acompanhados por sinais sistémicos de infecção, como a contagem elevada de glóbulos brancos e marcadores inflamatórios, como Proteína C-reativa. Desbridamento cirúrgico radical precoce e troca de componentes, também conhecidos como desbridamento e retenção do implante em conjunto com antibioterapia adequada pode erradicar a infecção na maioria de casos (Blom, 2019).

LESÃO NEURO-VASCULAR: as lesões neurológicas geralmente são complicações intraoperatórias e podem consistir em neuropatia. Os nervos mais lesionados são o ciático, femoral, obturador e glúteo inferior. A neuropatia tardia é muito menos comum, mas pode ocorrer com inchaço, deformidade progressiva ou cicatrizes. Estudos de condução nervosa para isolar a área de compressão seguido de exploração cirúrgica e libertação de qualquer área de compressão e interfascicular relatam melhoria dos sintomas (Blom, 2019).

HIPOTENSÃO RELACIONADA COM O CIMENTO: A inserção de cimento ósseo pode levar à queda da pressão arterial, o que tem sido relacionado à existência de metil metacrilato na superfície

do produto, podendo ser agravada se associada a uma hipovolémia. Essa queda na pressão arterial, além da hipotensão induzida acidental ou intencional, pode levar a arritmias cardíacas, hipoxia, paragem cardíaca ou a um miocárdio isquémico, resultando assim na síndrome da implantação do cimento ósseo. É uma importante causa de mortalidade e morbidade intraoperatória em pacientes submetidos à artroplastia de anca cimentada podendo ser observada no pós-operatório de forma mais branda, causando hipoxia e confusão (Vaishya, 2018).

LUXAÇÃO: a luxação é uma das complicações a longo prazo mais comuns após ATA. Fatores do paciente como alcoolismo, fragilidade óssea e obesidade, além de fatores cirúrgicos como abordagem posterior, menor tamanho da cabeça protésica e mau posicionamento dos componentes têm sido associados com maiores taxas de deslocamento. A luxação geralmente pode ser tratada por redução fechada sob anestesia geral ou sedação. Se isso falhar, a redução aberta é quase sempre possível. A luxação recorrente pode ser tratada cirurgicamente por vários métodos, incluindo reorientação de próteses, aumento do tamanho da cabeça, aumento do componente acetabular (Blom, 2019). De uma forma mais pormenorizada vamos abordar cada uma destas complicações .

Técnica Anestésica

Neste cliente foi utilizada técnica anestésica Loco regional através do Bloqueio subaracnoideu, combinada com sedação e anestesia Local. Não se pretende abordar aprofundadamente a técnica uma vez que não se enquadra nesta sessão. No entanto para compreensão de alguns domínios e diagnóstico considerou-se pertinente abordar alguns conceitos embora de uma forma genérica.

O bloqueio subaracnoideu é comumente utilizado para anestesia e/ou analgesia para procedimentos cirúrgicos dos membros inferiores, zona pélvica entre outros (Sousa & Ambrósio, 2013). Deve ser realizado ao 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).

Segundo Carvalho (2013), na cirurgia da ATA a dor no pós-operatório é de intensidade e duração moderada, como tal as técnicas anestésicas mais comuns são o bloqueio sub aracnoideu com administração intratecal de opioides ou bloqueio do nervo femoral associado a anestesia geral.

A anestesia locorregional é realizada em diferentes locais ou regiões do corpo, pode envolver o bloqueio num grande nervo periférico, num plexo nervoso, na região epidural ou subaracnoídea através de agentes anestésicos locais, impedindo desta forma a transmissão do estímulo nociceptivo. Neste tipo de anestesia o doente permanece consciente (Sousa & Marques, 2014). A anestesia local envolve o bloqueio dos nervos locais por infiltração de agentes anestésicos locais nos tecidos circundantes da área cirúrgica. A sedação e/ou a sedoanalgesia é uma técnica anestésica que envolve administração de fármacos como benzodiazepinas, indutores e/ou

analgésicos. Pode ser usada como complemento da anestesia regional ou local, permitindo manter o doente cooperante ou profundamente sedado sem resposta, dependendo do objetivo pretendido (Sousa & Marques, 2014). 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 conseqüentemente para o despiste de comorbilidades.

Os anestésicos locais utilizados no bloqueio subaracnoideu, distinguem-se pela sua farmacocinética em relação ao pH, 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 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, à hipotensão e a uma diminuição do retorno venoso. Estas alterações são mais acentuadas em doentes idosos e hipovolémicos, podendo ser minimizadas com o preenchimento dos doentes com a administração de vasopressores ou anticolinérgicos. Outra 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 opióide, 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 nervo neuroaxial deve-se à interrupção neural do reflexo da micção, bem como à hiperdistensão da bexiga.

Posicionamento cirúrgico

O posicionamento cirúrgico para a ATA é o Decúbito Lateral esquerdo, uma vez que a cirurgia faz-se no lado direito.

Posicionar consiste na capacidade de colocar, mover e manter o corpo do utente numa posição que permita a melhor exposição cirúrgica, associada a um mínimo de compromisso das funções fisiológicas, como objetivo de evitar lesões (Almeida & Pacheco, 2014).

O posicionamento cirúrgico é um procedimento executado pelos profissionais de enfermagem, em conjunto com as equipas anestésica e cirúrgica, durante o período intra-operatório. Devem ser consideradas a anatomia do paciente, suas limitações de movimento e a área de acesso para o cirurgião e seus assistentes, Souza, Bispo e Acunã, (2021).

Sendo um procedimento que envolve anestesiológista, cirurgião e enfermeiro perioperatório, depois de confirmado qual o posicionamento cirúrgico para a técnica a realizar, cabe a este providenciar todo o equipamento e acessórios necessários e adequados, por forma a garantir a segurança. Fazem parte a marquesa funcionante, suporte de braços, bandas de segurança, dispositivos de gel, colchões de polímero e protetores de proeminências ósseas, almofadas, lençóis térmicos e não térmicos, entre outros, Almeida & Pacheco (2014).

Para Souza, (2021) os dispositivos profiláticos recomendados são apoios visco elásticos específicos e espumas estando o uso de tecido contraindicado.

No posicionamento cirúrgico vários são os critérios e fatores a avaliar. Para além do procedimento cirúrgico também os antecedentes e condições pessoais do utente tem de ser tidas em consideração. Torna-se essencial efetuar previamente uma avaliação das condições gerais e do utente pelo que o seu planeamento deve ser individualizado por forma a que as intervenções de enfermagem conjuntamente com os demais profissionais evitem risco associados ao posicionamento. Há utentes com maior vulnerabilidade ao posicionamento em relação a outros.

Segundo Almeida & Pacheco (2014), o posicionamento cirúrgico deve atender aos seguintes aspectos:

- Proporcionar conforto promovendo o bem estar e segurança;
- Manter o alinhamento corporal protegendo o sistema musculoesquelético; □Otimizar a função respiratória e circulatória;
- Permitir acesso fácil à administração de fluidoterapia, fármacos e agentes anestésicos;
- Compromisso de estruturas neuromusculares e vasculares mantendo a integridade da pele;
- Promover contenção dos membros inferiores através de meias elásticas para facilitar o retorno venoso; Evitar lesões da córnea através dos cuidados ao olho como a aplicação da pomada oftálmica, compressa ou adesivo;
- Atender ao conforto da equipe (anestesiologista, cirurgião e enfermeiro);

Da mesma forma Souza, (2018), vêm ao encontro referindo os objetivos do posicionamento quando refere serem:

- Providenciar a exposição da área cirúrgica mantendo a dignidade durante a exposição corporal;
- Proporcionar ventilação e manutenção da via aérea;
- Promover o acesso venoso;
- Monitorizar e controlar as eliminações fisiológicas, de acordo com o posicionamento e fácil acesso para avaliação e mensuração de débito;
- Observar e proteger dedos e genitais; manter a circulação;
- Proteger músculos, nervos e proeminências ósseas;

Os fatores de risco relacionados com lesão no posicionamento anestésico/cirúrgico, são divididos em: intrínsecos, extrínsecos e superfície corporal. Os fatores extrínsecos são relacionados a humidade da pele (ocasionada pela antisepsia); fricção; cisalhamento; aquecimento; tempo anestésico/cirúrgico; agentes anestésicos; alterações hemodinâmicas; posicionamento; uso de mesa e colchão inapropriados, além de ambiente com temperatura inadequada [Trevilat et al.,(2018) citado por Flauzino et al, (2021)].

As complicações do posicionamento cirúrgico são descritas, principalmente, na forma de lesões por pressão, dor musculoesquelética, deslocamento de articulações, danos em nervos periféricos, comprometimento cardiovascular e pulmonar bem como síndrome compartimental, (Souza, 2018). No entanto Menezes, (2013), no seu estudo prospetivo conclui que “as evidências científicas para prevenção de lesões no período perioperatório, incluindo a neuropatia, são limitadas” considerando fundamental uma avaliação pós-operatória dos pacientes, pois permite o reconhecimento precoce das lesões e sua documentação e orientação.

Pelo exposto o enfermeiro tem no Posicionamento cirúrgico uma importante área de intervenção na equipe multidisciplinar .

Bibliografia

Agency for Healthcare Research and Quality. (2012). https://www-ahrq-gov.translate.google/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt-PT&_x_tr_pto=sc

Almeida & Pacheco (2014). Posicionamentos em Cirurgia. In A. Duarte & O. Martins (Eds.), *Enfermagem em bloco operatório*. Capítulo 10 /pp.93-101). Lisboa: Lidel-edições técnicas ,Lda Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesa. (2006). *Enfermagem Perioperatória Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures. Lusodidacta.

Blom, A. (2019). Long-term complications of total hip and knee replacement. In M. Hochberg et al (Eds), *Rheumatology* (seventh edition, pp. 467-471). Elsevier

Bowen, B. (2007). *CirurgiaOrtopédica*. In J. Rothrock. *Alexander Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª Edição, pp. 704-798). Lusodidacta. Abrunhosa, R. (2013). Avaliação pré-anestésica: avaliação global do doente para anestesia. In H. Machado, *Manual de Anestesiologia* (pp. 97-100). Lidel

Barbosa, M. et al. (2014). Avaliação da intensidade da dor e analgesia em pacientes no período pós-operatório de cirurgias ortopédicas. *Revista Escola de Enfermagem AnnaNery*, 18(1), 143-147.

Carvalho, R. (2013). Considerações relativas às especialidades: anestesia para ortopedia.In H. Machado, *Manual de Anestesiologia* (pp. 394-401). Lidel

de Paula Flauzino, VH, da Silva Vitorino, PG, de Oliveira Hernandes, L., Gomes, DM, & dos Santos Cesário, JM (2021). Os cuidados de enfermagem no posicionamento anestésico cirúrgico. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10 (6), DOI:<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15>

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

Direção Geral da Saúde. (2013). Norma nº24/2013: Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Norma da Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2013). Norma nº014/2013: Artroplastia total da anca, osteoartrose, prótese da anca. nysora.com

Menezes et al., (2013). Lesões decorrentes do posicionamento para cirurgia: incidência e fatores de risco[Abstrato].*Acta Médica Portuguesa*, 26(1):12-6 DOI:<https://doi.org/10.20344/amp.4006>

NYSORA, (2022). Técnicas neuroaxiais: anestesia espinhal

www.nysora.com/pt/técnicas/técnicas-neuroaxiais-e-perineuraxiais/anestesia

Ordem dos Enfermeiros, (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Registo Português de Artroplastias. (2010). Anca-Complicações das PTA's. <http://rpa.spot.pt/Main-Sections/Informacao-ao-doente/Anca.aspx>

Silva, M., Vieira, M., (2011). As intenções dominantes nas concepções de Enfermagem - estudo a partir de uma amostra de estudantes finaisistas. In XI Conferência Ibero-americana de Educação em Enfermagem- Revista Referência, III Série, Suplemento p. 68

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

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

Souza, C., Bispo, D., et Acunã, A., (2018). A Criação de um manual para posicionamento cirúrgico: relato de experiência. Rev SOBECC, 23(3), 169-175.

Tapadinhas M., (2013). Registo Português de Artroplastias. ISSN 2182-2247. Edição nº 3.

Vaishya, R., Maini, L., & Lal, H. (2018). A journey of the Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma. Journal of clinical orthopaedics and trauma, 9(4), 277-280. Registo Português de Artroplastias. (2010). Anca-Complicações das PTA's. <http://rpa.spot.pt/Main-Sections/Informacao-ao-doente/Anca.aspx>

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 63 anos | Masculino

4.3. Medicação

| Início | Medicação | Fim |
|---------------------|-------------------------------------|-----|
| 2023-05-31 10:00:00 | Polielectrolítico, 1000ml EV | |
| 2023-05-31 10:00:00 | Paracetamol, 1000mgr ev | |
| 2023-05-31 10:00:00 | Cetorolac, 30 mgr ev | |
| 2023-05-31 10:00:00 | Ropivacaína, 100 mgr (infiltração) | |

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

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

Segundo o Guia Farmacológico Para Enfermeiros (2009), no uso seguro do medicamento deve-se ter em consideração: erros terapêuticos; a deteção precoce de reações adversas bem como o conhecimento sobre posologias especiais entre outros dados do medicamentos.

Estes dados implicam intervenções como monitorização/avaliação contínua, quer nos procedimentos de preparação quer na avaliação do fármaco em concreto.

Assim em todos os fármacos que foram prescritos o enfermeiro deve ter em consideração as boas práticas de preparação e administração do fármaco, do local, do material, prescrição/dose/vias de administração/conservação e estar alerta para os medicamentos "Look alike sound alike" (LASA). Em seguida abordamos os fármacos administrados ao utente durante o perioperatório da ATA e alguns aspetos mais relevantes da sua ação, sendo que em todos eles se contempla uma preparação previa e verificação dos todos os equipamentos necessários ao suporte anestésico. Concretamente o ventilador e seus acessórios, material de aspiração ; material de intubação, ressuscitador manual carro de medicação etc. Conforme as Recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia.

É imprescindível uma monitorização continua e respetiva resposta aos seus efeitos esperados que inclui monitorização e avaliação continua da Oxigenação, pela oximetria de pulso, ventilação (capnografia e ventilação minuto, FR) se for necessário, circulação (electrocardiograma [ECG], pressão arterial e avaliação da perfusão) e temperatura, e se necessário acrescentar uma monitorização avançada através da monitorização do bloqueio neuromuscular e do sistema nervoso central (TOF, BIS) e monitorização Invasiva (arterial ou

venosa), no caso de ser necessário alterar a técnica anestésica. Como se tratam de fármacos de cariz anestésico, torna-se necessário, como já foi referido, uma verificação pré anestésica e pré cirúrgica, pelos enfermeiros de anestesia, circulação e instrumentação, seguindo a lista de verificação cirúrgica/anestésica para garantir a segurança, com consciência cirúrgica.

Em seguida abordamos os fármacos administrados ao utente durante o perioperatório da ATA e alguns aspetos mais relevantes da sua ação, sendo que em todos eles se contempla uma preparação prévia e verificação dos todos os equipamentos necessários ao suporte anestésico. Concretamente o ventilador e seus acessórios, material de aspiração; material de intubação, ressuscitador manual carro de medicação etc. Conforme as Recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. É imprescindível uma monitorização continua e respetiva resposta aos seus efeitos esperados.

Os fármacos utilizados dizem respeito apenas a esta fase do Intra operatório.

Solução Polielectrolitica sem glucose: Princípio Ativo Electrólitos com o excipiente Ácido clorídrico e Água para preparações injetáveis. Forma Farmacêutica: Solução para infusão. Composição Qualitativa e Quantitativa: Cloreto de sódio: 5,85 mg/ml; Cloreto de potássio: 0,30mg/ml; Cloreto de magnésio hexa-hidratado: 0,25 mg/ml; Cloreto de cálcio dihidratado: 0.37 mg/ml; Acetato de sódio tri-hidratado: 5,17 mg/ml pH de aproximadamente 6,5 e uma osmolaridade de aproximadamente 295 mOsm/L.

Indicações Terapêuticas: desidratação de predomínio extracelular, independentemente da causa (vómitos, diarreias, fístulas, etc.); hipovolémia independentemente da causa (choque hemorrágico, queimaduras, perda hídrica e eletrolítica no perioperatório); acidose metabólica ligeira.

A dosagem e a velocidade de administração depende, do peso mas no procedimento invasivo a prescrição varia conforme evolução da cirurgia sendo que o débito de perfusão vai sendo alterado sempre que necessário. Os cuidados a ter dizem respeito à manutenção da via endovenosa na permeabilidade, integridade e vigilância da perfusão.

Analgesia

A analgesia é feita no final da cirurgia ou no período pós-operatório ou seja na UCPA. A literatura apresenta vários modelos de analgesia na dor pós-cirúrgica como a analgesia multimodal, que já há algum tempo, é a base de analgesia utilizada na profilaxia e tratamento da dor pós-operatória. Consiste na administração de uma combinação de analgésicos opióides e não opióides que atuam em locais diferentes, ao nível do SNC e ao nível do sistema Nervoso Periférico. Este tratamento visa assim melhorar o controle da dor e simultaneamente eliminar os efeitos laterais indesejáveis do uso dos opióides.

Assim neste caso a analgesia prescrita foi a seguinte:

Ceterolac: anti-inflamatório não esteroide (AINEs) para dor moderada; Auxiliar na dor intensa quando associado a opióides parenterais ou peridurais.

Dosagem e via: EV, 30 a 60mg depois 15 a 30mg de 6/6H;

Efeitos adversos: Segundo a literatura são comuns aos outros AINEs como úlcera péptica; hemorragia, diminuição do fluxo renal.

Paracetamol: Indicações: propriedades analgésicas e antitérmicas semelhantes às do AINEs. Não inibe a produção periférica de prostaglandinas. Não leva a toxicidade sobre o trato gastrointestinal significativa nem disfunção plaquetária com poucos efeitos colaterais, nas doses habituais.

Metabolização: Totalmente no fígado; Metabólitos menores são responsáveis pela hepatotoxicidade associada à superdosagem. Na dor moderada a grave faz combinação com os opióides.

Dosagem: 500 a 1000 mg ; Intervalo de 4 a 6h; Dose máxima diária de 4000 mg

Ropivacaína: Os anestésicos locais são bases fracas cuja estrutura é constituída de uma porção aromática unida, por uma ligação éster ou amida a um grupo amina. Os valores de pH dos anestésicos locais aproximam-se do pH fisiológico; portanto, in vivo, há formas com carga (protonadas) e sem carga (não protonadas). O grau de ionização é importante porque a forma sem carga é mais lipofílica está apta a ter acesso ao axónio. As diferenças clínicas entre os anestésicos locais éster e amida estão associadas à possibilidade de provocarem efeitos adversos e aos mecanismos de metabolização.

Ésteres- São a Procaína, cocaína, cloroprocaína e tetracaína. A ligação éster é clivada pela colinesterase plasmática. A meia vida dos ésteres na circulação é muito curta (cerca de 1 minuto). O produto da degradação do metabolismo do éster é o ácido p-aminobenzoico.

Amidas: São a Lidocaína; mepivacaína, bupivacaína, etidocaína e ropivacaína. A ligação amida é clivada por N-dealquilação inicial seguida por hidrólise, principalmente no fígado. A semi vida de eliminação da maioria desses anestésicos locais é de 2 a 3 horas.

Mecanismo de ação:

Os anestésicos locais bloqueiam a condução nervosa pois interferem na propagação do potencia de ação nos axónios. Não afetam o potencial de repouso nem o potencial limiar mas diminuem velocidade de ascensão do potencial de ação e impedem que seja alcançado o potencial limiar.

Os anestésico locais interagem diretamente com recetores específicos no canal de Na⁺ inibem o fluxo de entrada de iões de Na⁺. A molécula de anestésico tem de atravessar a membrana celular por difusão passiva na formação ionizada no estado sem carga e depois de protonada e liga-se à superfície axoplasmática do canal de K⁺ e Ca²⁺.

A escolha do anestésico é feita segundo critérios que o anestesiológista define como sejam a técnica, duração, especificidade da técnica regional utilizada, a possibilidade de intoxicação local ou sistémica e eventuais restrições metabólicas e/ou cirúrgica.

No caso específico da Bupivacaína, foi utilizada para o bloqueio subaracnoideu, como técnica anestésica, no entanto dado não ter sido administrado nesta sessão, não foi mencionada. Todavia apresentamos de seguida, como se instala após administração, para melhor compreender a sua ação:

Início: lento; duração: intermédia/longa; toxicidade: alta; dose máxima recomendada 175mg;

Nota: o bloqueio sensorial é maior que o bloqueio motor (a variação depende da concentração); é utilizada para anestesia local e regional que necessitem de duração prolongada de tempo.

A Ropivacaína é um anestésico local para bloqueio de nervos periféricos utilizado neste caso através de infiltração local, na ferida cirúrgica, para uma duração de 2 a 6 horas, numa dose em média entre 1-40ml.

Bibliografia

Bartels, K., & Rathmell, J. (2008). Dor. In Wilton C. Levine, Manual de Anestesiologia Clínica Procedimentos do Massachusetts General Hospital (Capítulo 38/515-526). Massachusetts : Guanabara Koogan.

Deglin, J. & Vallerand, A. (2009). Guia Farmacológico para Enfermeiros. Michigan: Lusociencia

Indice.eu recuperado de <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/lidocaina/informacao-ger>
indice.eu

Infarmed – Wikipédia recuperado de pt.wikipedia.org

Jowza, M. & Minehart, R. Anestésicos Locais. (2008) In Wilton C. Levine, Manual de Anestesiologia Clínica Procedimentos do Massachusetts General Hospital (Capítulo 15/178-184). Massachusetts: Guanabara Koogan.

Santos, J. (2021, 05, 05) Dor no Perioperatório [Apresentação PowerPoint.] Recuperado

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Procedimento invasivo

31-05-2023 10:00

Procedimento invasivo

Tipo de procedimento invasivo: Artroplastia Total da anca direita.

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

Pulso de amplitude mediana e regular.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 100 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 63 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.60 °C.

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

31-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

31-05-2023 12:00 - manter aquecimento corporal externo

31-05-2023 12:00

Tipo de procedimento invasivo: Artroplastia Total da anca direita.

Perda sanguínea

Coxa Direita(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 85 pulsações por minuto.

Pulso de amplitude mediana e irregular [PIOROU].

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 98 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 62 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.00 °C.

Atitudes terapêuticas

31-05-2023 10:00

Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 31-05-2023 12:00

FiO2: 32 %.

Débito de oxigênio: 3.00 L/min.

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 10:00 - Manter oxigenoterapia [FIM] 31-05-2023 12:00

Posicionamento cirúrgico [RESOLVIDO] 31-05-2023 12:00

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 10:00 - Manter posicionamento em decúbito lateral esquerdo [FIM]

31-05-2023 12:00

31-05-2023 12:00

FiO2: 32 %.

Débito de oxigénio: 3.00 L/min.

Repouso no leito

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 12:00 - Manter repouso no leito

Sondas, Drenos e Cateteres

31-05-2023 10:00

Sonda de oxigénio [RESOLVIDO] 31-05-2023 12:00

Características do dispositivo: óculos nasais.

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 10:00 - Otimizar sonda de oxigénio [FIM] 31-05-2023 12:00

Dreno

Localização do dreno

Coxa Direita(o)

Tipo de dreno: fechado de sucção.

Características do dispositivo: Dreno aspirativo 12fr.

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da drenagem

31-05-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do dreno

31-05-2023 10:00 - Otimizar dreno

31-05-2023 10:00 - Executar tratamento ao local de inserção do dreno

31-05-2023 10:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do dreno ao médico

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: Catéter endovenoso calibre 18.

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

31-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

31-05-2023 10:00 - Otimizar cateter venoso periférico

31-05-2023 10:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

31-05-2023 10:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico

31-05-2023 12:00

Localização do dreno

Coxa Direita(o)

Tipo de dreno: fechado de sucção.

Características do dispositivo: Dreno aspirativo 12fr.
Localização do cateter venoso periférico
Mão Esquerda(o)

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

1ª Sessão: Intra-operatório

Esta sessão pretende representar o final da cirurgia.

Neste momento as intervenções de enfermagem, estão circunscritas à área restrita do Bloco operatório concretamente na sala cirúrgica. As intervenções estão distribuídas pelas áreas de Anestesia, Circulação e Instrumentação, constituindo assim juntamente com os cirurgiões, anesthesiologista e auxiliar de ação médica, a equipe cirúrgica numa dinâmica interdisciplinar. O Enfermeiro Especialista na conceção de cuidados à pessoa em situação Perioperatória têm entre muitas outras, como competência, maximizar a segurança da pessoa e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica. Deve ter de consideração, o elevado risco, associado aos cuidados perioperatórios, particularmente à ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, aos procedimentos realizados e à complexidade do ambiente e dos recursos, tornando-se fundamental que o Enfermeiro Especialista mobilize os conhecimentos e habilidades, sustentados na melhor evidencia científica, na garantia da segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional (DR, 2018). A promoção dum ambiente seguro com consciência cirúrgica está assim, prevista na lei como competência específica do Enfermeiro Especialista do perioperatório (DR, 2018). Partindo desta premissa, na elaboração do Plano de Cuidados torna-se imperativo para a segurança do doente, uma correta identificação e avaliação detalhada do risco, numa perspetiva de prevenção e vigilância antecipatória por forma a proporcionar uma reflexão e tomada de decisão ou ato, tendo por objetivo evitar um evento adverso e simultaneamente contribuir para melhoria ou mudança efetiva.

O Domínio dos "Procedimentos de Diagnósticos e Terapêutica" que foram tidos em consideração no presente Estudo de Caso, segundo a Ontologia de Enfermagem foram os seguintes:

"Procedimento Invasivo" uma vez que o Estudo de Caso se refere ao cliente submetido a uma intervenção cirúrgica, neste caso a ATA.

Nas "Atitudes Terapêuticas" identificamos a "Oxigenoterapia" uma vez que neste caso o cliente utiliza esta terapêutica no decurso da procedimento Invasivo, bem como o "Posicionamento Cirúrgico". Realça-se que em relação ao Posicionamento Cirúrgico, de fato ele foi efetuado antes da cirurgia, no entanto considerámo-lo nesta fase da sessão uma vez que as intervenções de enfermagem inerentes ao mesmo, são necessárias ao longo da cirurgia, daí estar referenciado.

Relativamente ao Domínio "Sondas, Drenos e Catéteres" enunciamos "Sonda de Oxigénio", utilizada como dispositivo para a administração de Oxigénio; o "Dreno" neste caso, dreno aspirativo, para monitorização do conteúdo de drenagem no Pós-operatório, e por fim o "Cateter

venoso periférico" essencial o Procedimento invasivo.

2ª Sessão: Pós-operatório

Nesta sessão matem-se o Procedimento Invasivo, o Dreno, bem como o Cateter Venoso periférico. Nas Atitudes Terapêuticas foram suspensas as intervenções inerentes à oxigenoterapia e ao posicionamento uma vez que já não está a ser aplicado e foi enunciada a intervenção "repouso no leito".

Bibliografia

Diário da República, (2018). Regulamento nº 429 2. série nº 135 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico -Cirúrgica

Ordem dos Enfermeiros, (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

4.5. Domínios

| Início | Domínios | Fim |
|------------------|----------------------------|------------|
| 31-05-2023 10:00 | Sistema respiratório | |
| 31-05-2023 10:00 | Sistema cardiovascular | |
| 31-05-2023 10:00 | Metabolismo | |
| 31-05-2023 10:00 | Termorregulação | |
| 31-05-2023 10:00 | Procedimento invasivo | |
| 31-05-2023 10:00 | Atitudes terapêuticas | |
| 31-05-2023 10:00 | Sondas, Drenos e Cateteres | |
| 31-05-2023 10:00 | Pele | |
| 31-05-2023 12:00 | Consciência | |
| 31-05-2023 12:00 | Força muscular | |
| 31-05-2023 12:00 | Sensibilidade | |
| 31-05-2023 12:00 | Dor | |
| 31-05-2023 12:00 | Digestão | |
| 31-05-2023 12:00 | Eliminação intestinal | |
| 31-05-2023 12:00 | Eliminação urinária | |

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

Os domínios selecionados neste Estudo de Caso, pretendem representar a fase final do procedimento invasivo da ATA, de acordo com a Ontologia de enfermagem e com o Quadro teórico.

1ª Sessão: Intra-operatório

O período intraoperatório inicia-se no momento em que é recebido na sala cirúrgica e termina no momento em que entra na sala de recuperação anestésica (UCPA). A pessoa em situação de ATA no período intraoperatório requer cuidados especializados contínuos, através da monitorização e vigilância constante dos dados, traduzindo-se em diagnósticos de enfermagem cujas intervenções atempadas permitem identificar e intervir e avaliar, as potenciais complicações. Pretende-se com estes domínios focalizar os cuidados por forma a sistematizar as intervenções de enfermagem durante o procedimento invasivo. São eles:

Sistema Cardiovascular e Sistema respiratório

O sistema cardiovascular e sistema respiratório são os domínios prioritários nos cuidados de enfermagem perioperatórios ao cliente em situação de artroplastia total da anca (ATA), no período intraoperatório. A observação e a execução e avaliação constante de dados é fundamental tendo em conta um conjunto de focos de atenção associados ao sistema cardiovascular e mais em concreto o foco, ventilação, no sistema respiratório.

Assim relativamente ao Sistema Respiratório e mais em concreto o foco de atenção, Ventilação, este deve ser identificado pelo enfermeiro perioperatório, como uma prioridade nos cuidados de vigilância e despiste de eventuais complicações. A lesão cirúrgica, a dor, a sedação e a imobilidade podem conduzir a alterações ventilatórias (Reeve, 2008; Grams et al., 2012).

As possíveis complicações da cirurgia, bem como efeitos secundários de fármacos associados à sedação / analgesia que por vezes os clientes submetidos a ATA fazem concomitantemente com a raquianestesia, podem induzir dificuldade ou depressão respiratória, pelo que emerge o foco hipoventilação. Por outro lado, o posicionamento em decúbito lateral durante a cirurgia, também afeta de forma importante a ventilação agravando a relação ventilação/perfusão. Este domínio requer um conjunto de intervenções de vigilância e avaliação continua ao longo do período intraoperatório e posteriormente no pós operatório, com o objetivo de detetar precocemente complicações e permitir intervir rapidamente.

Desta forma o planeamento e 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: O sistema cardiovascular será provavelmente o domínio mais prioritário nos cuidados de enfermagem perioperatório no período intraoperatório. Assim a determinação e avaliação constante de dados é requerida tendo em conta um conjunto de focos de atenção associados ao sistema cardiovascular. O utente apresenta efetivamente risco de complicações intra e pós cirúrgicas e através desta vigilância é possível ao enfermeiro detetar e intervir precocemente. A obtenção de determinados dados é fundamental para orientar as decisões clínicas do enfermeiro especialista e também dos elementos médicos da equipa. A constante

vigilância destes parâmetros e a referenciação à equipa cirúrgica, são intervenções da enfermagem perioperatória neste período crítico na assistência à pessoa submetida a ATA. Por outro lado a comunicação entre os elementos da equipa é fundamental para a segurança da pessoa em situação perioperatória. A constante troca de informações entre enfermeiros, anestesista e cirurgiões, sobre os dados do doente a evolução da cirurgia e da anestesia e a evolução do estado da pessoa torna-se uma prática essencial. A comunicação de alterações significativas do padrão hemodinâmico do utente, as estimativas das perdas sanguíneas, entre outras, são informações vitais que o enfermeiro especialista constantemente referencia à equipa médica numa partilha de informações vindo ao encontro com o regulamento de competências quando refere que "adequa estratégias facilitadoras da comunicação que contribuem para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos" (DR, 2018, p.19367).

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 (Organização Mundial da Saúde, 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 predis põem a uma maior incidência de complicações hospitalares, sendo a estabilização e prevenção da hipoglicemia importante para redução da mortalidade hospitalar (Jeon, et al., 2012, como referido em Santos, 2018). 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. O controlo da glicemia é recomendação do CDC e da OMS para a prevenção da infeção do local cirúrgico.

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

No Domínio dos "Procedimentos de Diagnósticos e Terapêutica" consideramos:

Procedimento Invasivo, uma vez que o Estudo de Caso se refere ao cliente submetido a uma intervenção cirúrgica, neste caso a ATA.

Relativamente ao "Domínio das Atitudes Terapêuticas" foi identificada a Oxigenoterapia bem como o Posicionamento Cirúrgico, visto este ser necessário manter até ao final da cirurgia. São procedimentos fundamentais, cujas intervenções são transversais à equipe e onde o enfermeiro tem competências específicas e de extrema importância. Mais detalhadamente passamos a justificar cada um deles.

Posicionamento Cirúrgico: Uma das competências do enfermeiro especialista é "assegurar o posicionamento cirúrgico" (DR, 2018, p.19367). Desta forma foi selecionado para planeamento dos cuidados de enfermagem. Para a pessoa submetida a ATA o posicionamento cirúrgico é o Decúbito lateral Esquerdo O posicionamento cirúrgico incorpora uma das grandes preocupações da equipe de enfermagem bem como a restante equipe multidisciplinar uma vez que as lesões provocadas pelo posicionamento inadequado representam um dos maiores comprometimentos à saúde do utente. Assim, a implementação de intervenções pautadas em evidências recentes é crucial para assegurar a realização do posicionamento cirúrgico com segurança, conforto e com vista à prevenção de complicações nos sistemas tegumentar, neurológico, vascular e respiratório (Lopes, 2016). Todas as intervenções devem ser efetuadas para que o objetivo do mesmo seja cumprido, como descrito no enquadramento. Para a sua aplicação foram planeadas várias intervenções específicas, no sentido de efetuar o posicionamento correto baseado nas melhores práticas.

Domínio das "Sondas, Drenos e Cateteres":

Inerente a cada procedimento Invasivo a utilização destes dispositivos através de intervenções e técnicas baseadas na melhor evidência, constitui uma prática de base do enfermeiro especialista num contexto de perioperatório mais concretamente no Intra-operatório onde o controlo hemodinâmico é crucial de acordo com o enquadramento teórico. São efetivamente dispositivos essenciais para o suporte vital, que o enfermeiro especialista deve conhecer, manusear, aplicar e vigiar, utilizando as melhores evidências disponíveis acerca da técnica e dos materiais, como forma de minimização de complicações, evitar riscos e na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), como por exemplo as infeções da corrente sanguínea.

Sonda de Oxigénio: A utilização de dispositivos que permitam a administração de uma fração de oxigénio aumentada ao cliente constitui também uma das intervenções do enfermeiro no pós-operatório, quer para manutenção de SatO2 fisiológicas, quer para conseguir uma hiperóxia controlada neste período.

Dreno: O uso de sistemas de drenagem de sucção em circuito fechado nas ATA, é uma prática comum. Está descrito na literatura que reduz os hematomas e o risco de infecção, e que deve permanecer cerca de 24h, pois é neste período que cerca de 95% da drenagem é obtida. Desta forma reduz o tempo de cicatrização e melhora o prognóstico geral, permitindo o retorno a atividade mais precocemente (Erceg et al., 2008).

A formação de maiores equimoses locais, bem como a maior necessidade de execução de tratamentos à ferida cirúrgica na ausência de dreno, são vistos como prováveis obstáculos à sua não colocação segundo alguns autores (Kumar et al., 2007), embora defendam que nas ATA não complicadas o risco/benefício ainda não está explícito na literatura. Bartos et al. (2022), referem que em média um cliente submetido a ATA com sistema de drenagem de sucção perde 700ml de Sangue, enquanto que outro cliente sem dreno perde cerca de 600ml. Segundo Laranjeira, et al. (2016), cerca de 30 a 40% de todos os clientes submetidos a ATA necessitam de transfusão de sangue. Assim o enfermeiro nos cuidados ao cliente submetido a ATA, deve recolher os dados relativos ao sistema de drenagem e otimizar o seu funcionamento enquanto dispositivo de sucção

Cateter Venoso Periférico: O processo de cateterização venosa periférica é um procedimento da prática de enfermagem, caracterizado pela introdução de um dispositivo (cateter venoso periférico), numa veia periférica de modo a obter um acesso à rede venosa. Por este motivo, é considerado um procedimento complexo, uma vez que se verifica a necessidade de cuidados específicos, no que respeita à escolha do calibre, manutenção, penso utilizado e na prevenção de complicações (Crozeta & Roehrs, 2012). A cateterização endovenosa é indicada no período perioperatório para a administração de fluidos, medicamentos e hemoderivados (Heydinger et al., 2022). O enfermeiro apresenta a responsabilidade de executar, avaliar e acompanhar o processo de cateterização venosa periférica e a manutenção do acesso para cumprimento dos objetivos previamente definidos (Arreguy-Sena & Carvalho, 2009). 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)

Pele: No sistema tegumentar, temos como foco de atenção a pele e os cuidados de enfermagem perioperatórios à ferida cirúrgica. A intervenção cirúrgica (ATA) implica sempre uma ferida cirúrgica. A incisão é encerrada por planos e maioritariamente a pele é encerrada com agrafes metálicos.

2ª sessão: Período Pós-operatório

O período pós-operatório decorre desde a admissão do cliente na Unidade de Cuidados Pós anestésicos até à alta e consulta de seguimento. Do ponto de vista do foco dos cuidados de enfermagem mantém-se os mesmo e acrescentam-se outros. No pós-operatório imediato o enfermeiro está mais centrado na manutenção dos processos e sistemas fisiológicos, e segundo a AESOP (2006), 50% das complicações anestésicas ocorrem durante a primeira hora de pós-operatório, este período requer habilitações específicas do enfermeiro aliadas à capacidade de diagnosticar e gerir eficazmente as mudanças do estado de saúde do cliente, sendo esse o período que nos reportamos neste trabalho (Silva, 2016). As complicações mais frequentes no período pós-operatório são: hipotermia, dor, hipertensão arterial, náusea, dispneia e arritmias (Cambotas, 2014). Silva, (2016) citando vários autores, define Unidade de Cuidados pós anestésicos (UCPA) como unidades altamente especializadas, dotadas de recursos humanos competentes e vocacionados para a monitorização, vigilância e cuidados intensivos, durante um período curto, mas critico que se segue imediatamente à intervenção cirúrgica, e equipadas com meios tecnológicos sofisticados. A prioridade dos cuidados de enfermagem na UCPA centram-se no cliente, promovendo uma avaliação sistematizada. Na passagem de informação isto é na comunicação de dados do processo, o Enfermeiro tem acesso ao relatório tipo de intervenção, da técnica anestésica, dos medicamentos utilizados, das intercorrências, das perdas hídricas ou sanguíneas. Simultaneamente, faz uma avaliação inicial e despiste de complicações respiratórias, cardiovasculares, termorreguladoras, gástricas, consciência e dor, tornando-se imperativo identificar diagnósticos, definir e executar um plano de cuidados e a sua reavaliação sistemática. As intervenções centram-se na avaliação da causa e prevenção de intercorrências, orientando o cliente e vigiando a sua ação, explicando os tratamentos e promovendo a recuperação da sua sequência temporal. A manutenção da normotermia, recorrendo aos meios disponíveis, da dor e da náusea, entre outros surgem como alguns dos focos de atenção/diagnósticos previstos para os cuidados Pós-operatório descritos na literatura e que são a prioridade na tomada de decisão do enfermeiro na UCPA.

Sistema Cardiovascular: No pós-operatório o enfermeiro dá continuidade às intervenções de vigilância e deteção precoce de complicações iniciadas no período intraoperatório.

Termorregulação: Relativamente à Hipotermia, temos que esta é também abordada no período anterior, mas assume particular relevância para o enfermeiro perioperatório nesta fase, conforme relevado no Regulamento 429/2018 “Gere a manutenção da normotermia da pessoa no período perioperatório” (DR, 2018, p.19367).

De acordo com Forren (2008), Santos & Caregnato (2010), citados por Silva (2016), a hipotermia continua a ser frequente nos clientes da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA). As complicações da hipotermia são descritas, por Poveda et al. (2011) como sendo o aumento da taxa de infeção da ferida operatória, aumento da demanda cardíaca e de oxigénio e prejuízos da função plaquetária com conseqüente sofrimento fisiológico, aumento do tempo de recuperação

e morbidade pós operatória, referindo ainda o conforto e o bem-estar do cliente como estando associados à normotermia pós-operatória.

Consciência: A sedação pode ser utilizada como complemento da anestesia local ou loco-regional, para diminuir a percepção do doente sobre o que se passa em redor. Muitas vezes esta técnica é utilizada durante o período intraoperatório, sendo que no período pós-operatório se torna evidente a necessidade de avaliar a sua evolução de forma a garantir que o retorno ao estado basal de consciência é conseguido no período de pós-operatório imediato.

Força Muscular: Avaliar evolução do bloqueio motor dos membros inferiores será uma avaliação crucial para o momento da alta da UCPA. São avaliados os movimentos de membros inferiores bilateralmente percebendo se o bloqueio motor induzido pelo bloqueio subaracnoideu, se encontra revertido na sua totalidade, ou parcialmente, podendo ser analisado com a escala de Bromage, esta escala foi desenvolvida pelo anestesista britânico Philip Raikes Bromage e trata-se de uma escala qualitativa/quantitativa, onde se solicita ao cliente que mova os membros inferiores e segundo a resposta apresentada, assinala-se a categoria correspondente. Esta escala para o enfermeiro perioperatório tem como principal função categorizar a reversão do bloqueio subaracnoideu, analisando de uma forma rápida e sistematizada a evolução da força muscular presente no cliente submetido a este tipo de técnica anestésica (Locks, et al., 2016).

Sensibilidade: Avaliar 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, especialmente no idoso. O cliente submetido a ATA permanece deitado sobre o lado oposto à intervenção cirúrgica, em decúbito lateral mantendo o apoio e alinhamento da cabeça e coluna cervical com o resto do corpo. As zonas de pressão são a orelha, acrómio, crista ilíaca, trocanter, joelho e maléolo. O posicionamento é outra preocupação do enfermeiro, pois é essencial o posicionamento neutro das articulações, pois os mecanismos de defesa do organismo estão inibidos (Silva, 2016).

Dor: A cirurgia é a principal razão para o cliente sentir dor em particular na cirurgia ortopédica. A evolução e desenvolvimentos de técnicas como a analgesia epidural e bloqueio de nervos periféricos (femoral) tem contribuído muito para o conforto e a diminuição do nível de dor à pessoa submetida a ATA. Atentos no foco percepção sensorial, os enfermeiros no intraoperatório avaliam e monitorizam constantemente os dados relativos ao diagnóstico dor, e em conjunto com o anestesista faz a gestão da analgesia à pessoa. A dor no período pós-operatório terá uma dimensão diferente dos cuidados de enfermagem. Realizar uma avaliação fidedigna da dor é essencial para o cliente cirúrgico, em particular no período pós-operatório. Essa avaliação deve ser realizada em períodos regulares, permitindo um planeamento atempado na gestão de medidas de controlo da dor (Smith, 2017), sabemos também que controlar a dor depois de uma PTA, melhora o conforto do cliente e a sua satisfação, e não menos importante, permite que participe no seu processo de reabilitação, levando a um mais rápido regresso ao domicílio, e a

uma diminuição dos recursos gastos pela instituição (Guay et al., 2017). Por sua vez, Potter & Perry (2013) salientam que há a considerar fatores que influenciam a dor como a idade, gênero, cultura, significado da dor, ansiedade, fadiga, experiência anterior e estilo de coping e apoio familiar. Acrescentam Barbosa et al. (2014) que a dor pode afetar diversos sistemas orgânicos e relacionar-se com o aumento da morbidade e mortalidade pós-operatória. O alívio da dor e a promoção do conforto deve ser prioritário, enfatizando Barbosa et al. (2014) que não é, apenas, devido a razões éticas e humanas, mas também, pela melhoria que produz no estado físico, mental e social do cliente.

Processo do sistema Digestivo: Consideramos o foco digestão com os diagnósticos “náusea e vomitar”, embora não tenhamos dados. No entanto tendo em conta a bibliografia torna-se importante na elaboração do plano de cuidados contemplar estes focos. As causas são complexas e multifatoriais, podem incluir fatores do paciente (p. ex., ansiedade, redução do tónus do esfíncter esofágico inferior, aumento da pressão gástrica, hiperatividade vagal, alterações hormonais); fatores cirúrgicos e outros fatores (por exemplo, opioides sistêmicos, antibióticos, movimento). A raquianestesia em si pode causar náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) por meio de vários mecanismos, incluindo hipotensão, medicamentos intratecais, bloqueio nervoso inadequado ou bloqueio nervoso alto. Os fatores de risco para as NVPO sob raquianestesia incluem altura de pico do bloqueio do nervo maior que T6, frequência cardíaca (FC) basal de 60 batimentos/minuto ou mais, história de enjoo e hipotensão prévia após bloqueio do nervo espinhal.

Uma variedade de medicamentos intratecais demonstrou aumentar as NVPO. Morfina intratecal, aumenta as náuseas e vômitos. O Fentanil intratecal, no entanto, reduz a NVPO, talvez melhorando a qualidade do bloqueio nervoso, diminuindo opióides suplementares ou diminuindo a hipotensão.

Assim neste período, pós-operatório imediato a intervenção do enfermeiro é sobretudo a deteção de fatores desencadeantes da náusea, gerindo medicação prescrita e contribuindo para uma ambiente favorável à recuperação, adequando luminosidade e ruído na UCPA, e reduzindo as mobilizações do cliente.

Eliminação Urinária: No foco eliminação urinária, uma das complicações pós-operatórias frequentes é a retenção urinária devido à anestesia (Bloqueio subaracnóideo) com utilização de fármacos opioides, e necessidade por vezes de administração de maior volume de líquidos. O Conselho Internacional de Enfermeiros (2016) define RU como um status urinário em que existe acumulação de urina na bexiga de forma involuntária, por esvaziamento incompleto da bexiga devido a perda da sua função muscular, como consequência da utilização de opioides ou ainda por lesão da bexiga. A retenção urinária pós-operatória, é de origem multifatorial. Os fatores de risco do utente incluem idade avançada, sexo masculino e disfunção urológica prévia. Os fatores de risco cirúrgicos incluem cirurgia pélvica ou prolongada. Os fatores anestésicos incluem

drogas anticolinérgicas, opioides e administração de fluidos a partir de 1000 ml. A retenção urinária, pode ocorrer tanto com anestesia geral como com anestesia neuroaxial (BSA). No bloqueio subaracnoideu, deve-se à interrupção neural do reflexo da micção, bem como à hiperdistensão da bexiga. O bloqueio parassimpático induzido pela raquianestesia deve terminar antes que ocorra o reflexo da micção. Isso geralmente corresponde ao retorno dos segmentos S2-S4. O tipo e a dose do anestésico local, bem como o uso de opioide neuro axial, influenciam no retorno da micção espontânea (NYSORA, 2022). O uso por rotina de cateteres urinários não é recomendado e, quando usado, deve ser removido assim que o paciente for capaz de urinar, idealmente dentro de 24 horas após o término da cirurgia. Um limiar de cateterismo de 800 ml deve ser usado para reduzir a necessidade de cateterismo urinário pós-operatório (Wainwright, 2020). No entanto, pode haver necessidade de cateterização vesical em alguns doentes com fatores predisponentes para retenção urinária como, sexo masculino, idade avançada, história anterior de retenção urinária, uso de opioides e analgesia controlada pelo utente (Fernandes et al., 2007), e também quantidade de fluídos e duração da cirurgia. A cateterização vesical também poderá estar indicada para avaliação do débito urinário em utentes com maior risco anestésico/cirúrgico. Neste caso não existem dados que suportem o diagnóstico por isso consideramos um foco de atenção tendo em conta o bibliografia consultada.

Bibliografia

Arreguy-Sena, C., & Carvalho, E. (2009). Risco para trauma vascular: proposta de diagnóstico e validação por peritos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), pp 71-8.

Barbosa, M. et al., (2014). Avaliação da intensidade da dor e analgesia em pacientes no período pós-operatório de cirurgias ortopédicas. *Revista Escola de Enfermagem Anna Nery*, 18(1), 143-147.

Cambotas, C. M. (2014). A prática baseada na evidência em contexto da enfermagem perioperatória. (Relatório de estágio de mestrado em enfermagem perioperatória, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal).

Crozeta, K., & Roehrs, H. (2012). O Cuidado de Pacientes com Dispositivos Venosos: uma Prática Baseada em Evidências. In W. Malagutti, & H. Roehrs (eds.), *Terapia intravenosa: atualidades* (pp.277-288). Martinari.

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

Erceg, M., & Becić, K. (2008). Poslijeoperacijska drenaza nakon aloartoplastike kuka i koljena: odstranjivanje drenaze nakon 24 ili nakon 48 sati? [Postoperative closed suction following hip and knee aloarthoplasty: drain removal after 24 or after 48 hours?]. *Lijecnicki vjesnik*, 130(5-6), 133-135

Guay, J., Johnson, R. L., & Kopp, S. (2017). Nerve blocks or no nerve blocks for pain control

afterelective hip replacement (arthroplasty) surgery in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews

Grams, S., T., Ono, L. M., Noronha, M. A., Schivinski, C. I., & Paulin, E. (2012). Breathing exercises in upper abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 16(5), 345-353.

Heydinger, G., Shafy, S. Z., O'Connor, C., Nafifiu, O., Tobias, J. D., & Beltran, R. J. (2022). Characterization of the Diffiffifficult Peripheral IV in the Perioperative Setting: A Prospective, Observational Study of Intravenous Access for Pediatric Patients Undergoing Anesthesia. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 13, 155-163.

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.

Locks MOH, Fernandez DLR, Amante LN, et al. (2016) Assistência de enfermagem segura equalificada: avaliação do risco cirúrgico no cuidado perioperatório ao idoso. *Cogitare Enfermagem*. Santa Catarina. v. 21. p.1-7.

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

Potter, P. & Perry, A. (2013). *Fundamentos de Enfermagem, conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência

Poveda, V.deB., & Galvão, C. M. (2011). Hipotermia no período intra-operatório: é possível evitá-la? [Hypothermia in the intraoperative period: can it be avoided?]. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 45(2), 411-417. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000200016>

Santos, S. C. (2018). Relatório de estágio: Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico na Pessoa Idosa Intervenção de Enfermagem. (Dissertação de mestrado, Escola superior de enfermagem de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/24219>

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>

4.6. Dados

Consciência

31-05-2023 12:00

Abertura dos olhos: espontânea.
Resposta verbal: orientada.
Resposta motora: obedece a ordens simples.

Consciência comprometida

Vômito em jato (Não).

Força muscular

31-05-2023 12:00

Força - contração muscular

Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

Sensibilidade

31-05-2023 12:00

Sensibilidade superficial

Dermátomo sensitivo - T10

Sensibilidade tátil inespecífica, comprometida (Não).

Sensibilidade térmica comprometida (Não).

Sensibilidade dolorosa comprometida (Não).

Sensibilidade profunda

Membro inferior Direita(o)

Sensibilidade propriocetiva comprometida (Não).

Sensibilidade vibratória comprometida (Não).

Sensibilidade discriminativa comprometida (Não).

Sensibilidade comprometida

Dor

31-05-2023 12:00

Dor

Localização da dor

Coxa Direita(o)

Intensidade da dor - 2.

frequência da dor - contínua.

duração da dor - aguda.

dor de tipo - lacerante.

Sistema respiratório

31-05-2023 10:00

Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular.

Movimento respiratório assimétrico.

Profundidade da ventilação: inspirações normais.

Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Saturação do oxigênio no sangue

Periférico(a): 98 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Não comunica falta de ar.

Reflexo da tosse: presente.

Expele as secreções das vias aéreas.

Sons respiratórios: normais.

Secreções em pequena quantidade.

Secreções normais.

Secreções esbranquiçadas.

Ventilação comprometida

31-05-2023 12:00

Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

Movimento respiratório simétrico [MELHOROU].

Profundidade da ventilação: inspições superficiais [PIOROU].

Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

Saturação do oxigênio no sangue

Periférico(a): 100 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Não comunica falta de ar [MANTEVE].

Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

Sons respiratórios: normais.

Secreções em pequena quantidade.

Secreções normais [MANTEVE].

Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

31-05-2023 10:00

Localização do Pulso

Tórax

Pulso de amplitude mediana e regular.

Pulso rítmico.

Pulso simétrico.

Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 100 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 63 mm Hg.

Coloração das extremidades

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

Perda sanguínea

Coxa Direita(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

Hemorragia

31-05-2023 12:00

Localização do Pulso

Tórax

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Pulso rítmico [MANTEVE].

Pulso simétrico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 85 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 98 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 62 mm Hg.

Temperatura das extremidades

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

Coloração das extremidades

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

Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

Perda sanguínea

Coxa Direita(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade [MANTEVE].

Localização da dor

Coxa Direita(o)

Intensidade da dor - 2.

frequência da dor - intermitente.

duração da dor - aguda.

Perda de 200ml de sangue na contagem dreno aspirativo.

Digestão

31-05-2023 12:00

Sem sensação de enjoo.

Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

Náusea

Vomitar

Eliminação intestinal

31-05-2023 12:00

motilidade intestinal

Eliminação urinária

31-05-2023 12:00

Retenção urinária

Pele

31-05-2023 10:00

Ferida cirúrgica

Localização da ferida cirúrgica

Anca Direita(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 25.00 cm.

Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

31-05-2023 12:00

Localização da ferida cirúrgica

Coxa Direita(o)

Metabolismo

31-05-2023 10:00

Glicemia capilar: 76 mg/dl.

31-05-2023 12:00

Glicemia capilar: 89 mg/dl.

Termorregulação

31-05-2023 10:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.60 °C.

Hipotermia

31-05-2023 12:00

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.00 °C.

4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

O planeamento de cuidados pressupõe estabelecer objetivos no sentido em que pretendemos que as nossas intervenções sejam eficazes e cumpram com a sua finalidade . Assim para os domínios selecionadas preconizamos como objetivos

Sistema respiratório:

- Identificar precocemente sinais de comprometimento da ventilação

Sistema cardiorespiratório:

- Identificar precocemente sinais de hemorragia,
- Quantificar perdas hemáticas;
- Identificar precocemente sinais de arritmia;
- Identificar precocemente sinais de perfusão tecidual inefetiva;
- Identificar precocemente sinais de lesão neurovascular;

Termorregulação.

- Manter a temperatura central entre 36 ° C e 38º C durante todo o período intraoperatório e pós-operatório

Metabolismo:

- Manter glicemia > 80 mg/dl e ≤ 180mg/dl durante a cirurgia e no pós-operatório,

Pele.

- Promover a cicatrização da ferida cirúrgica
- Prevenir infeção do local cirúrgico

2ª Sessão-Pós-operatório

Os Objetivos para esta Sessão serão manter os anteriores para os respetivos diagnósticos e

acrescentamos os seguintes:

Eliminação urinária:

- Identificar precocemente sinais de retenção urinária

Digestão:

Náusea

- Detetar precocemente a náusea do cliente /Minimizar fatores predisponentes da náusea.

Vomitar:

- Evitar vômito.

Percepção sensorial/dor :

- O cliente não manifesta dor, ou apresenta dor dentro de valores aceitáveis (dor ligeira, 1-3 na escala numérica da dor).

Atitudes Terapêuticas:

- Prevenir alterações da integridade da pele.

4.7. Diagnósticos

Consciência

31-05-2023 12:00

Consciência comprometida

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 12:00 - Avaliar evolução da consciência

Sensibilidade

31-05-2023 12:00

Sensibilidade comprometida

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 12:00 - Avaliar evolução da sensibilidade

31-05-2023 12:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

31-05-2023 12:00 - Executar estimulação da sensibilidade tátil

31-05-2023 12:00 - Referenciar compromisso da sensibilidade ao médico

31-05-2023 12:00 - Posicionar com almofada com abdução

31-05-2023 12:00 - Aplicar medidas de conforto

Dor

31-05-2023 12:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

- 31-05-2023 12:00 - Avaliar evolução da dor
- 31-05-2023 12:00 - Gerir analgesia
- 31-05-2023 12:00 - Aplicar restrição física da mobilidade
- 31-05-2023 12:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor
- 31-05-2023 12:00 - Posicionar para aliviar a dor

Sistema respiratório

31-05-2023 10:00

- 31-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea

Ventilação comprometida

Intervenções de Enfermagem

- 31-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da ventilação
- 31-05-2023 10:00 - Posicionar para otimizar a ventilação
- 31-05-2023 10:00 - Iniciar oxigenoterapia
- 31-05-2023 10:00 - Referenciar ventilação comprometida ao médico
- 31-05-2023 10:00 - Referenciar saturação do oxigénio no sangue ao médico

Sistema cardiovascular

31-05-2023 10:00

- 31-05-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia
- 31-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Hemorragia

Intervenções de Enfermagem

- 31-05-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia
- 31-05-2023 10:00 - Aplicar penso compressivo
- 31-05-2023 10:00 - Suturar ferida
- 31-05-2023 10:00 - Referenciar hemorragia ao médico

Digestão

31-05-2023 12:00

Náusea

Intervenções de Enfermagem

- 31-05-2023 12:00 - Avaliar evolução da náusea

Vomitir

Intervenções de Enfermagem

- 31-05-2023 12:00 - Avaliar evolução do vomitar

Eliminação intestinal

31-05-2023 12:00

motilidade intestinal

Intervenções de Enfermagem

- 31-05-2023 12:00 - avaliar a motilidade intestinal
- 31-05-2023 12:00 - Identificar o padrão intestinal pré-operatório
- 31-05-2023 12:00 - Auscultar o abdómen se necessário

Eliminação urinária

31-05-2023 12:00

Retenção urinária

Intervenções de Enfermagem

31-05-2023 12:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

Pele

31-05-2023 10:00

Ferida cirúrgicaIntervenções de Enfermagem

31-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

31-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

31-05-2023 10:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [FIM] 31-05-2023 12:00

31-05-2023 10:00 - Aplicar penso de ferida [FIM] 31-05-2023 12:00

Metabolismo

31-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da glicemia

Termorregulação

31-05-2023 10:00

31-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

HipotermiaIntervenções de Enfermagem

31-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

31-05-2023 10:00 - Aplicar manta de aquecimento

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

As intervenções de enfermagem no perioperatório são fundamentais considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios. Tendo em conta a vulnerabilidade da pessoa, a possibilidade de ocorrência de eventos adversos e da complexidade do ambiente de fato o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória deve pautar-se pelo Regulamento de Competências (2018) mobilizando os conhecimentos e habilidades para garantir a segurança cirúrgica, através da maximização da segurança congruente com a consciência cirúrgica. Assim, desde intervenções de gestão materiais, equipamentos, serviço, recursos humanos, coordenação, liderança, acrescentando as áreas mais específicas da Instrumentação, Circulação e Anestesia, até as intervenções interdependentes todas constituem um trabalho multidisciplinar, desenvolvendo assim a sua intervenção numa perspectiva interprofissional.

O Intra-operatório constitui um momento de grande dependência. As intervenções de enfermagem centram-se na consciência cirúrgica e na promoção de um ambiente seguro para a equipe multidisciplinar, através de várias áreas como a gestão do risco, controlo da segurança perioperatória, preparação de todos os equipamentos e dispositivos e instrumentais necessários ao procedimento. Outras intervenções dão resposta a situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade. São de igual modo importantes efetuar uma observação e

vigilância intensiva com capacidade de despiste de sinais e sintomas de complicações e a atuar em situações de emergência/urgência. Os cuidados de enfermagem perioperatórios asseguram igualmente o conforto, a dignidade e o controlo da exposição corporal do cliente durante este período.

De seguida abordaremos os contributos das intervenções de enfermagem associados aos domínios ou focos de atenção.

Sistema Cardiovascular: 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). A estimativa da perda de sangue intraoperatória é uma parte integrante de qualquer procedimento cirúrgico. Assim, 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, como citado em Couto, 2014). As perdas sanguíneas devem ser designadas por perda de sangue estimada. Dado que são estimativas, não são rigidamente precisas, visto que dependem de uma combinação de fatores como o 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). Assim, o valor determinado depende do grau de rigor utilizado pela equipa do bloco operatório, nomeadamente o enfermeiro Circulante e Instrumentista. Esse rigor pode ser fundamental em determinados clientes com maior risco anestésico e cirúrgico e determinar gestão de medidas, como infusão de maior ou menor volume de fluidos ou recorrer a hemoderivados.

Sistema respiratório: O planeamento dos cuidados de enfermagem neste domínio passa por ações muito concretas de vigilância e despiste de complicações. Para Grams et al. (2012), as intervenções de enfermagem no período intraoperatório centram-se na vigilância dos parâmetros respiratórios, sendo que neste caso o utente encontra-se sob ventilação espontânea da utilização dos dispositivos para a oxigenoterapia.

Metabolismo: Ao nível do foco metabolismo, a atenção e planeamento dos cuidados de enfermagem perioperatórios, visam a avaliação dos valores de glicemia, registo e se necessário a administração de fármacos como por exemplo a Insulina, conforme prescrição. Não parece existir evidência científica acerca do valor de glicemia, acima do qual acresce o risco de infeção do local cirúrgico, no entanto a DGS (2022), estabelece o valor de 180 mg/dl. A American Diabetes Association (2017), preconiza como objetivo no perioperatório, a manutenção da glicemia entre 80 e 180 mg/dl.

Termorregulação: A monitorização da temperatura intraoperatória torna-se imperativa, seja de

forma contínua ou intercalar, assim como utilização de dispositivos de aquecimento ativos e passivos e a gestão da temperatura ambiental. A exposição corporal do cliente deve ser mínima necessária à cirurgia, atendendo concomitantemente à humanização do cuidado. Assim, a monitorização da temperatura e aquecimento com mantas térmicas, aquecedores de fluidos e aquecimento ambiental tornam-se imperativos, devendo encontrar-se conjugados (Albergaria, Lorentz e Lima, 2007; Mattia et al., 2013). Promovendo não só a otimização dos aspetos fisiológicos, mas também o conforto e bem-estar do cliente. Neste caso foi criado o foco de Hipotermia embora nos dados neguem esse Foco. Sabemos porém que a Hipotermia contribui para o aumento do desconforto pós-operatório, hemorragia, alterações cardíacas (isquemia e taquicardia), comprometimento na cicatrização com o aumento do risco de infeção e permanência prolongada na UCPA (Sousa & Marques, 2014). Pelo que consideramos de extrema importância colocá-lo em plano de cuidados.

Pele: O tratamento da ferida cirúrgica é um cuidado de enfermagem que releva para a cicatrização e a prevenção da ILC, como é referido na norma da DGS (2022), que recomenda no tratamento da ferida: proteger a incisão com penso estéril e técnica asséptica, durante as primeiras 48 horas. Recomenda também não remover o penso antes das 48 horas, a não ser que seja absolutamente necessário (ex. penso repassado).

2ª Sessão: Pós-operatório

Considerando a UCPA como imperativa enquanto garantia de uma avaliação e vigilância adequadas, individualizadas e exigente de doentes críticos, este período de permanência ainda que limitado, confere aos cuidados de Enfermagem Perioperatórios uma extrema importância para a manutenção hemodinâmicas e global do cliente que foi submetido a todo o processo invasivo. São necessárias competências específicas, conhecimento e habilidades, que juntamente com a tecnologia e a aplicação de Protocolos e Escalas de avaliação específicas para cada área, se efetue uma monitorização e manutenção nos domínios respiratórios, cardiovascular, neurológico, controle e prevenção da dor, náusea e vômito, entre outros, promovendo uma recuperação segura e com conforto, evitando/minimizando complicações. Torna-se fundamental na transferência do cliente efetuar-se uma transmissão de informação o mais concisa e completa possível verbalmente e através dos sistemas de Informação existentes nos serviços para que juntamente com a observação direta e sistematizada, o enfermeiro possa efetuar a avaliação do cliente, dando continuidade ao planeamento de cuidados iniciado anteriormente, por forma a atingir os objetivos propostos para o cliente no momento da Alta para enfermagem (Xavier & Carrilho, 2014).

Assim de uma forma mais sistemática abordamos de seguida os aspetos a ter em consideração nas intervenções de enfermagem.

Consciência: Avaliar a consciência do cliente submetido a ATA com anestesia combinada, em que um dos componentes é a sedação, faz parte um conjunto de dados que no seu conjunto

tornam a vigilância pós operatória um período que permite ao enfermeiro prescrever intervenções no sentido de prevenir as complicações que estão diretamente relacionadas com o procedimento cirúrgico e anestésico, a alteração da consciência associada á alteração da sensibilidade, fazem com que este seja o momento em que ocorrem as complicações associadas ao posicionamento e à integridade dos tecidos. Resposta verbal, motora e a abertura ocular, são dados que permitem ao enfermeiro orientar a sua ação neste domínio.

Força Muscular. Para a avaliação da força muscular no momento da alta, consideramos reversão total a nível no bloqueio motor, o Grau I, e parcial o Grau II ou III na escala de Bromage, sendo que apenas o grau IV se mostra impeditivo do cliente abandonar a UCPA, para um serviço de internamento hospitalar. Clientes submetidos à anestesia no neuroeixo que permaneceram internados em unidade hospitalar, segundo Prates et al., (2022) devem ter bloqueio sensorial e motor regressão visível, não sendo necessário a reversão total.

A avaliação da força muscular surge também no sentido de analisar possíveis neuropatias decorrentes do procedimento invasivo e que, após a reversão do bloqueio induzido pela anestesia do neuro eixo, já é possível avaliar. A lesão do ciático sendo a mais comum, pode ser analisada com exame físico, sabendo que clientes com paralisia do nervo ciático podem apresentar pé caído, dor nas nádegas irradiando para a parte posterior da coxa e/ou parestesias na distribuição do nervo ciático (Hasija, et al., 2018). O mesmo autor refere um potencial para lesões por compressão dos nervos femoral e obturador quando os suportes de posicionamento da anca são usados inadequadamente e sem dispositivo de amortecimento adequado. A deteção de alterações na força muscular localizada nos músculos do quadríceps por lesões destas estruturas, pode significar uma intervenção atempada (de descompressão cirúrgica) e diminuir ou evitar lesões definitivas.

Sensibilidade: Para avaliar a sensibilidade, o enfermeiro perioperatório identifica alterações anatómicas e fisiológicas associadas ao tipo de anestesia e tipo/tempo do procedimento cirúrgico, bem como a acessibilidade e funcionamento de todos os equipamentos necessários para o eficaz posicionamento seguro e confortável do cliente, quer no período intraoperatório, quer no pós-operatório. Avaliar de uma forma sistemática a integridade dos tecidos nas áreas corporais abrangidas pelo bloqueio sensitivo, com especial atenção para o posicionamento no sentido de prevenir complicações articulação da anca, usando dispositivo (almofada abduzora), prevenindo a luxação da prótese, são intervenções de enfermagem que relevam para cliente submetido a ATA. As alterações sensitivas registadas neste período associadas a uma possível alteração da consciência induzida pela sedação intraoperatória, contribuem para que o cliente adote posicionamentos que podem comprometer o correto posicionamento dos componentes da ATA.

Dor: Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), o enfermeiro ocupa uma posição relevante para promover e intervir no controlo da dor visto ser um profissional privilegiado pela proximidade e

tempo de contato com o cliente. O diagnóstico e intervenções devem ser precedidos de avaliação da intensidade, qualidade e fatores que interferem com a dor experimentada pelo cliente. A dor é definida como a "sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento, perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa" (CIPE, 2011, p.50), pelo que o seu controlo é um objetivo prioritário, para os profissionais de saúde. A atuação no controlo da dor é pedra fundamental do desempenho do enfermeiro, como salienta Meeker (2009). O autor lembra que o idoso tem mais dificuldade em distinguir diferentes intensidades de dor, considerando-a um processo normal após a cirurgia. Como principio norteador da atuação perante a dor, deve estar a percepção do próprio cliente, sendo que o dado mais importante a recolher será aquele que nos é transmitido pela pessoa (Smith, 2017). O enfermeiro tem de ser perspicaz relativamente às manifestações verbais e não verbais da dor pelo cliente e intervir no seu controlo, de modo a evitar complicações fisiológicas que tenham maior impacto e por uma questão de dignificação do cuidar. A percepção sensorial de um cliente submetido a uma raquianestesia, vai sendo avaliada ao longo de toda a estadia na UCPA, analisando a reversão do bloqueio motor e sensitivo resultante da raquianestesia, estando esta reversão intimamente relacionada com a evolução da dor no período pós operatório. 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 a 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. Esta régua pode apresentar-se ao cliente na horizontal ou na vertical. 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). A classificação numérica indicada pelo cliente será assinalada no sistema de documentação de cuidados de enfermagem, sendo assim num instrumento de aferição da intensidade da dor no cliente, 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, quais são aquelas que tem surtido melhores resultados, assim como se há algum problema no tratamento, de acordo com o grau de melhoria ou piora da dor.

Sistema Cardiovascular: Deve haver estabilidade do sistema cardiovascular 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 contínua destes dados é uma prioridade para a equipa de enfermagem. No período pós-operatório, a vigilância das perdas hemáticas surge como parâmetro chave para o despiste de complicações cirúrgicas, assim, com a análise do conteúdo obtido pelo sistema de drenagem e também pelo controlo sistemático do penso da ferida cirúrgica.

Avaliar evolução de sinais de compromisso neurovascular, através de dados como perfusão dos tecidos periféricos do membro intervencionado permite detetar precocemente estas lesões, podendo ser determinante no sucesso da sua resolução, sabendo que este tipo de complicações está descrita na literatura como uma das mais comuns neste tipo de procedimento.

Sistema Respiratório: 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 SpO₂, acima de 90%. Se necessário, deve ser prescrita oxigenoterapia para o serviço de destino (Prates et al., 2022)

Digestão: um dos efeitos colaterais da raquianestesia reflete-se ao nível visceral, nomeadamente na náusea e vómito que geralmente são causadas pela hipotensão ou estimulação vagal. A sua vigilância, avaliação e tratamento faz parte das intervenções do enfermeiro que passa por restauração da pressão arterial, administração de O₂ e atropina EV, Lewis & Pian-Smith (2008)

O enfermeiro na UCPA poderá intervir gerindo o ambiente físico, quer com a manutenção do ruído em níveis reduzidos, diminuindo os estímulos luminosos e reduzindo ao essencial os movimentos dos clientes.

Eliminação intestinal: motilidade intestinal (complicação médica designada por íleon paralítico): A enunciação deste foco fundamentou-se na possibilidade de alteração transitória da motilidade gastrointestinal que se repercute na diminuição do peristaltismo intestinal, daí a necessidade de verificar a motilidade intestinal no utente, já que alguns dos fármacos utilizados na anestesia como os opióides aumentam a amplitude das contrações intestinais, contudo, diminuem a propulsão cólica (Goulart & Martins, 2010). Deste modo, é pertinente avaliar este foco durante o pré-operatório de forma a identificar o padrão intestinal normal do doente tal como no período pós-operatório, de forma a avaliar a motilidade intestinal.

Eliminação urinária: Quando avaliamos os sinais de retenção urinária, embora alguns clientes sejam assintomáticos, mais frequentemente há manifestações clínicas que incluem: incapacidade de urinar, dor suprapubica, distensão abdominal, bexiga palpável, agitação, arrepios, sudorese e cefaleia (Baldini et al., 2009). Esse exame físico deverá ser uma intervenção do enfermeiro perioperatório, de forma a identificar precocemente a retenção urinária e se for o caso, proceder à cateterização vesical.

Pele: A DGS (2013), que recomenda no tratamento da ferida: proteger a incisão com penso estéril e técnica asséptica, durante as primeiras 48 horas. Recomenda também não remover o

penso antes das 48 horas, a não ser que seja absolutamente necessário (ex. penso repassado). A utilização de compressão no penso visa diminuir a perda sanguínea através da ferida cirúrgica, pelo que a sua aplicação é da responsabilidade do enfermeiro no momento no final da cirurgia. No período pós-operatório, a vigilância das perdas hemáticas também se faz pelo controlo sistemático do penso da ferida cirúrgica.

Termorregulação: A monitorização da temperatura e aquecimento com mantas térmicas, aquecedores de fluidos e aquecimento ambiental tornam-se imperativos no período pós-operatório, devendo encontrar-se conjugados como mencionam Albergaria et al. (2007) e Mattia et al. (2013), promovendo não só a otimização dos aspetos fisiológicos, mas também o conforto e bem-estar do cliente.

Bibliografia

Albergaria, V., Lorentzs, M. & Lima, F. (2007). Tremores Intra e Pós-operatório. Prevenção e tratamento farmacológico. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(4), 431-444. American Diabetes Association (2017). 14. Diabetes Care in the Hospital. *Diabetes care*, 40(Suppl 1), 120-127.

Baldini, G., Bagry, H., Aprikian, A., & Carli, F. (2009). Postoperative urinary retention: anesthetic and perioperative considerations. *Anesthesiology*, 110(5), 1139-1157. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31819f7aea>

Cambotas, C. M. (2014). A prática baseada na evidência em contexto da enfermagem perioperatória. (Relatório de estágio de mestrado em enfermagem perioperatória, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal)

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). CIPE® Versão 2.0. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Tradução da Ordem dos Enfermeiros, coordenação. .

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 aberto.

Direção Geral da Saúde, (2022). Norma nº 020/2015, atualizada a 17/11/2022: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, Norma da direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0202015-de-15122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>

Grams, S. T., Ono, L. M., Noronha, M. A., Schivinski, C. I., & Paulin, E. (2012). Breathing exercises in upper abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 16(5), 345-353

Goulart, A., & Martins, S. (2010). Íleo Paralítico Pós-Operatório: Fisiopatologia, Prevenção e Tratamento. *Revista Portuguesa Coloproctologia*, 2(7), 60-67

Hasija, R. et al., (2018). Nerve injuries associated with total hip arthroplasty. *Journal of clinical orthopaedics and trauma*, 9(1), 81-86. <https://doi.org/10.1016/j.jcot.2017.10.011>

Meeker, M. H.; Rothrock, J. C. A. (2009). Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. *Rev.esc. enferm. USP vol.43 no.1 São Paulo*. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100002>

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

Paiva, L. M., Oliveira, K. M. A., Macedo Souto, D. R., Macedo Neto, S. L., Kircov, N. J. B., & Freitas, A. (2019). Tenotomy of the Gluteus Maximus in Total Hip Arthroplasty with Prevention of Sciatic Nerve Injury. *Revista brasileira de ortopedia*, 54(2), 206-209.

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>

Lopes, C. M. M., Haas, V. J., Dantas, A. P. S., Oliveira, C. G. & Galvão, C. M. (2016). Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 24, (1-8). DOI: 10.1590/1518-8345.0644.2704

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

Xavier, F., Carrilho, S., (2014). Cuidados Pós-operatórios. In A. Duarte & O. Martins (Eds.), *Enfermagem em bloco operatório*. Capítulo 1 /pp. 3-8). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.

4.8. Especificação das intervenções

Manter posicionamento em decúbito lateral esquerdo

- Manter dispositivos de posicionamento como : suporte de braços, bandas de segurança, dispositivos de gel, almofadas, mantas térmicas)
- Manter acessórios de posicionamento nas áreas de maior pressão musculoesqueléticas

- Manter a exposição da área cirúrgica
- Manter o acesso venoso
- Manter medidas conforto

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo serão abordados os contributos que pudemos adquirir, desenvolver e aprofundar durante este longo percurso, através duma descrição crítico reflexiva mais pormenorizada, orientados pelas competências definidas nos Regulamentos de Enfermagem nomeadamente o Nº 429/2018 e Nº 140/2019. Antecedendo à própria descrição e reflexão pareceu-nos importante aqui introduzir alguns conceitos para melhor compreensão do raciocínio.

A Enfermagem Perioperatória, assenta em pilares fundamentais que diariamente norteiam e referenciam a prática especializada do Enfermeiro Especialista. A conceção de cuidados é assim abrangente sendo que a dinamização de todo o processo de cuidados é assegurada pelo Enfermeiro perioperatório e de forma particular pelo Enfermeiro Especialista. Este, exerce o seu desenvolvimento de competências em cinco áreas complementares entre si, designadamente a Consulta Perioperatória, Anestesia, Circulação, Instrumentação e Cuidados pós anestésicos, num período que compreende as fases Pré, Intra e Pós-operatório de forma rotativa ou não, conforme as dinâmicas organizacionais e de gestão de Recursos Humanos de cada serviço e de acordo com as políticas Institucionais.

As intervenções de enfermagem no perioperatório são fundamentais considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios. Tendo em conta a vulnerabilidade da pessoa, a possibilidade de ocorrência de eventos adversos e da complexidade do ambiente. De fato o Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória deve pautar-se pelos vários referenciais, padrões, regulamentos, bem como a melhor evidência científica, mobilizando simultaneamente os conhecimentos e habilidades, por forma a garantir a segurança cirúrgica, através da maximização da segurança, congruente com a consciência cirúrgica.

Assim, desde intervenções inerentes às competências comuns do Especialista, acrescentando competências específicas, e entre intervenções interdependentes e autónomas, todas constituem um trabalho multidisciplinar, que se desenvolve numa perspectiva interprofissional.

Segundo Diário da República (1996) no seu artigo 9.º do REPE, as intervenções dos enfermeiros "são autónomas e interdependentes," considerando-se "autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem". No que diz respeito às intervenções interdependentes, refere-se a "ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para

atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas" Decreto-Lei nº 161/96 (Diário da República, 1996, sp).

Foi neste contexto de ambiente perioperatório real e concreto, que construímos uma base sólida para que tivéssemos a oportunidade de experienciar, aprofundar, investigar e inovar, a qual permitiu o nosso desenvolvimento enquanto especialista.

De seguida iremos, para melhor compreensão e estruturação do texto, abordar as competências desenvolvidas de forma individualizada, apresentadas em 2 subcapítulos, relativos às competências Comuns do Enfermeiro Especialista e às competências as específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

5.1.Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados em enfermagem. Estas conferem uma responsabilidade profissional, ética e legal e uma participação ativa na melhoria da qualidade, na gestão dos cuidados e no desenvolvimento das capacidades profissionais (OE, 2017).

O desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista vai-se construindo à medida em que é confrontado com as diferentes necessidades da pessoa, bem como a exigente necessidade de atualização decorrente da evolução socioprofissional, proporcionando uma valorização pessoal e profissional, visando uma enfermagem dotada de conhecimento subsidiário à tomada de decisão.

Dada a pertinência e a importância, parece-nos fundamental clarificar o conceito de "Competência", visto ser uma das pedras basilares que envolve o desenvolvimento da atividade do Enfermeiro.

Phaneuf, (2005, p.2) definiu competência como "o conjunto integrado de habilidades cognitivas, de nível de desempenho exigido à entrada no mercado de trabalho, um papel, uma função, uma tarefa ou uma atividade". Na mesma linha de pensamento, Gruendemann (1995) como citado em AESOP, (2006, p.1729), entende por competência "um conjunto de conhecimentos, capacidades de ação e comportamentos estruturados em função duma finalidade e numa determinada situação". A referida entidade acrescenta ainda, de forma mais específica que no BO, competência "representa o conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas necessárias para o desempenho global do conteúdo funcional do enfermeiro perioperatório" (AESOP, 2006, p.172). O mesmo conceito foi trabalhado por outros autores, entre os quais destacamos Nunes, (2006, p.103), que define competência por "reflexo do património individual (constituído pela reflexão, pela experiência, pelos saberes e habilidades) que se constrói em relação, quer seja com a pessoa a cuidar, com os pares ou com outros profissionais". O mesmo autor acrescenta

ainda que “a competência, enquanto capacidade para, enraíza-se e é suportada por um saber fazer, sendo por ela que se estabelecem os laços de confiança nas relações interpessoais e se enforma o poder-de-agir, no plano institucional” (Nunes, 2006, p.103). Assim, “é a competência que torna os profissionais capacitados e acreditados para agir, no interesse das pessoas” (Nunes, 2006, p.103).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nº 140/2019, o perfil de competências comuns e específicas “visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745).

Especificando concretamente cada uma das competências, entende-se por Competências comuns como: "as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (Regulamento nº140/2019, p.4745). Quanto às competências específicas, serão abordadas no ponto 5.2., mais adiante.

5.1.1-Responsabilidade profissional, ética e legal

Neste item apresentamos o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal através do qual emerge o desenvolvimento de uma prática profissional consciente, ética e legal, na área de especialidade, bem como na garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Neste âmbito estabelecemos como objetivo:

- Desenvolver a consciência na responsabilidade profissional, Ética e Legal.

A enfermagem está suportada por referenciais estruturantes no campo ético e deontológico, como seja o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

O Estatuto da OE estabelece os princípios orientadores que deverão nortear o exercício da profissão de enfermagem (lei nº 156/2015, de 16 de setembro, p.8102), que se concretizam nas seguintes áreas :

- a) a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;
- b) o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados;
- c) a excelência do exercício na profissão e na relação com os outros profissionais.

Numa perspectiva mais normativa, também o REPE tem referenciado no seu artigo 8º que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Decreto-Lei nº 161/96,

de 4 de setembro, p. 2961).

A natureza dos cuidados perioperatórios obriga a ter bem presente alguns conceitos que envolvem “o cuidar” naquele contexto. São conceitos como consciência cirúrgica por exemplo, que norteiam e dão fundamento à prática do cuidar da pessoa em situação perioperatória. Segundo o Regulamento nº429/2018, (2018, p. 19366), “A Consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável”. Conforme afirma Nunes (2013, p. 6), “os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações” acrescentando que “incluí assegurar que cuidados adequados são prestados, com os recursos disponíveis, de acordo com a ética”.

O termo responsabilidade encerra várias vertentes. Do ponto de vista profissional, “assume-se a noção de responsabilidade com sentido ético e ter a seu cargo, de cuidado face às pessoas à nossa guarda no sentido ético mais profundo, de que recorre o melhor agir, de acordo com as melhores evidências científicas; da proteção do outro, de que decorre um dever de garante, de evitar um resultado danoso, prejudicial; (. . .) porque se toma a cargo e se intenta proteger o outro, cabe aos que tenham obrigação de cuidado ao apresentarem real capacidade para agir, a que podemos chamar poder ou, em termos mais habituais, competência” (Nunes, 2021, p. 110). No entanto como refere Nunes, (2021) a partir do momento em que a responsabilidade é assumida como função, também pode ser necessário responder pelos atos de outros pelos quais somos responsáveis em virtude de pertencer a um território sobre o qual exercemos poder - é claramente o caso do responsável hierárquico. Acrescenta a autora que o alvo desta responsabilidade “costuma ser a medida em que ou pelo que somos responsáveis. Não se pode ser responsável por tudo, o que constituiria um fatalismo a que não poderíamos responder. Somos diretamente responsáveis por atos que não cometemos diretamente, nos quais podemos ter colaborado para que ocorressem, ou termos permitido que algo ocorresse ou deixasse de ocorrer, sendo imputáveis por isso” (Nunes, 2021, p. 111). Ainda para a autora (2021), p. 111) referindo-se a (Ricouer, 2007) afirma que “a responsabilidade estende-se tão longe quanto os nossos poderes no espaço e no tempo, acrescentando que os prejuízos da nossas ações, sejam possíveis, previsíveis, estendem-se igualmente tão longe quanto a nossa capacidade de provocar esses prejuízos, incluindo também a nossa responsabilidade pelos danos. Assim torna-se necessário ter uma visão retrospectiva e um sentido de projeção, por antecipação, para proteger a pessoa e garantir a excelência do cuidar”.

Esta visão retrospectiva e simultaneamente projeção por antecipação, vem ao encontro consubstancia a segurança. Considerado um terreno vasto e fértil a segurança do doente

assenta em diversos fatores. Duma forma global, assenta na identificação dos riscos, na gestão e prevenção dos incidentes e eventos adversos, admitindo e aceitando que a maioria podem ocorrer, mas igualmente também podem ser evitáveis conforme referencia a DGS (2011). Assim dia a dia dos cuidados de saúde importa sublinhar a relevância das questões de segurança da pessoa nessas vertentes.

No contexto de BO, confrontamo-nos com estas questões, da ética e da legalidade, diariamente, como foi referido anteriormente e que vinculam a nossa responsabilidade profissional. Destacamos por exemplo, quando efetuamos o preenchimento da Checklist, em que existe um item onde é necessário a validação/confirmação da assinatura no Consentimento Informado Cirúrgico e Anestésico. Embora não seja da nossa responsabilidade providenciá-lo, devemos validar que o mesmo está preenchido e assinado. De acordo artigo 6º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005, sp), "qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo". Este documento é importante tendo em conta que garante que o utente foi esclarecido de forma adequada e na sua globalidade. Na nossa experiência durante o estágio podemos observar na realidade que existem situações, nas quais as informações chegam à pessoa com alguma dificuldade, na sua percepção. Consideramos este domínio de extrema importância em que os profissionais de saúde, podem investir na capacitação da pessoa, através dum "alinhamento da informação de acordo com o perfil do doente, a centralidade no utente e um equilíbrio entre cada uma das partes - profissional e doente" (Garcia et al., 2021, p. 362).

A nossa atenção focou-se igualmente sobre no carácter da vulnerabilidade e fragilidade da pessoa no ambiente perioperatório. Referimo-nos à exposição corporal. Esta só deve ocorrer apenas no período necessário, disponibilizando o vestuário de imediato, para promover o conforto e não causar algum tipo de constrangimento ou sentimento de mal estar. No que respeita à privacidade e individualidade da pessoa, tivemos essa responsabilidade e atenção, sempre que possível, embora com algumas condicionantes, por vezes difíceis de contornar, pelas questões estruturais do próprio BOC.

Na atualidade, consideramos esta competência de extrema importância e fundamental na génese do cuidar da pessoa no vivenciar este período, sendo imprescindível no exercício profissional consciente, ético e legal, para garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos.

5.1.2 Melhoria contínua da qualidade

Cada organização de saúde tem diferentes desafios de acordo com os seus contextos, mas

partilham uma missão comum que é a de prestar cuidados de qualidade e em segurança, partindo da premissa que a Constituição da República Portuguesa, no artigo 64º consigna o direito à proteção da saúde enquanto um direito fundamental. A segurança do doente constitui uma das suas dimensões e componentes fundamentais alicerçada pela Lei de Bases da Saúde, (Lei nº 95/2019 de 4 de setembro), na base 1, respetivamente, com o direito da proteção da saúde, onde se reforça o papel do Estado, enquanto promotor e seu garante, através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e bem como de outras instituições públicas centrais regionais e locais (Despacho nº 9390/2021, p.96). Também na base 2, a lei determina que (. . .) "as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível, bem como seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde" (Despacho nº 9390/2021, p.96). Outros aspetos igualmente valorizáveis pelo SNS são o princípio da qualidade onde se imprimem conceitos como por exemplo a humanização e foco na individualidade (Despacho nº 9390/2021).

Historicamente a 55ª Assembleia Mundial de Saúde, aprovou a resolução WHA55.18 onde apelou aos Estados Membros que "prestassem mais atenção ao problema da segurança do doente e que estabelecessem e reforçassem a evidência científica necessária para melhorar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados" (DGS, 2011, p.4). Esta Assembleia instou a OMS a desenvolver normas e padrões globais e a apoiar os esforços dos Estados Membros no desenvolvimento de políticas e práticas de segurança do doente. Em outubro de 2004, a OMS lançou a World Alliance for Patient Safety. O projeto para desenvolver uma classificação internacional sobre segurança do doente foi identificado como uma das iniciativas chave do Programa para 2005 da World Alliance (Taxonomia de Segurança do Doente). Desta classificação surgiram vários conceitos e várias nomenclaturas por forma a não haver situações menos claras nas definições dos termos, DGS, (2011, p. 4). Assim a Segurança do utente tem sido um tema discutido mundialmente nas últimas duas décadas, tornando-se elemento essencial para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Desta classificação surgem conceitos importantes a destacar como sejam a Segurança do Doente como "redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (. . .) referindo-se ao mínimo aceitável como "noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo" (DGS, 2011, p. 14). Complementam também o conceito de doente como sendo "a pessoa que recebe os cuidados de saúde, em si definidos como serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorizar ou restabelecer a saúde. São referidos como doentes ao invés de clientes, utentes ou consumidores (. . .)" (DGS, 2011, p. 14).

A gestão da qualidade em saúde e da segurança, constituem uma problemática em destaque no SNS. Neste contexto a qualidade constitui então uma área cada vez mais atual e de grande

importância para os prestadores de saúde, não só para os políticos e gestores como equitativamente, para os profissionais de saúde. Sob este prisma surgiram assim grandes melhorias, através dos avanços tecnológicos, das práticas, das condições de trabalho, da resolução de problemas e das melhorias dos serviços prestados. Por outro lado, "temáticas como a acessibilidade, a equidade, a evidência clínica, a eficácia, a eficiência, a efetividade e a relação custo benefício terão de passar forçosamente por um denominador comum - a qualidade", tal como referem Reis e Silva (2014, p. 197).

Os vários programas de acreditação em saúde tornaram mais visível esta questão da segurança, como por exemplo os incidentes na área da saúde, bem como as oportunidades de melhoria, dando relevância aos fatores sistémicos, presentes nas instituições, mas destacando também fatores humanos. A necessidade de controlar esta problemática partiu da OMS que criou vários desafios, como referido anteriormente, definindo metas e soluções ao nível internacional para a segurança do utente. Estas foram transpostas para o enquadramento jurídico, nacional, através do Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro onde se aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, (PNSD 2015-2020). Este Plano como refere o documento, respeita a Recomendação do Conselho da União Europeia de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos doentes e decorre da Estratégia Nacional para a qualidade na Saúde, passando a estar integrada na mesma (Despacho nº 9390/2021, p. 96).

Ao nível da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE) houve um contributo intervindo ao nível da segurança do doente, agregando, tratando e publicando os dados e os relatórios, constituintes da referência mundial, com base nos debates e nas Cimeiras Ministeriais sobre a temática da Segurança do doente (Despacho nº 9390/2021, p.96). O documento faz também referência a um aspeto de extrema importância, quando refere que a promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança, tomando-a enquanto cultura, suportando-se numa lógica não punitiva mas de melhoria contínua.

Após ter terminado o PNSD 2015-2020, resultante da experiência na sua execução e avaliação, é criado um novo PNSD 2021-2026, com o claro objetivo de "consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde", não descurando a cultura de segurança, a comunicação e a implementação de práticas seguras em ambientes complexos (DGS, 2021, p.97). Portanto ocorrências como incidentes de segurança durante a prestação de cuidados são na atualidade uma realidade dos sistemas de saúde modernos. Segundo este documento a "implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida internacionalmente e nacionalmente, como conducente a ganhos de saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde" (Despacho nº 9390/2021, p. 96).

O enfermeiro especialista tem uma importante intervenção como "dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação

clínica" quando "desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua" e no garante de um ambiente terapêutico seguro DR, (2019, p. 4747). Estabelecemos para este subcapítulo os seguintes objetivos:

- Compreender os processos de melhoria contínua da qualidade num BO;
- Compreender a Cultura de segurança no serviço PNSD;
- Desenvolver competências na melhoria contínua da qualidade.

Durante o estágio planeamos alguns turnos no sentido de ter oportunidade de atingir os objetivos por nós estabelecidos. Assim procurámos colocar um olhar sobre a Gestão do serviço na vertente da qualidade. Por exemplo pudemos acompanhar o tutor na realização de notificações de risco.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda desde 2002, o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes na prestação de cuidados de saúde, para garantir a segurança do doente e a qualidade na prestação de cuidados, contribuindo para ganhos em saúde. A Norma "Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente", tem como objetivo "otimizar o processo de notificação e gestão de incidentes de segurança do doente", consubstanciado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, publicado através do Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. "As informações contidas na notificação devem ser utilizadas com o fim único e exclusivo de gestão e análise de incidentes de segurança do doente, mediante os princípios de anonimização" (norma 017/2022, 2022, p.1).

Os incidentes de segurança do doente são classificados, de acordo com a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, da Organização Mundial de Saúde (OMS), nos seguintes tipos de incidentes: a) acidentes do doente (quedas, úlceras por pressão, outros); b) comportamento (tanto da parte dos profissionais da instituição de saúde, como do doente); c) dieta/alimentação; d) dispositivos/equipamento médico; e) documentação (registos médicos ou de enfermagem, relatórios clínicos, outros); f) infeção associada aos cuidados de saúde; g) infraestrutura/edifício/instalações; h) medicação/fluídos intravenosos (medicamentos LASA*, dose, preparação, outros); i) Sangue/hemoderivados; j) oxigénio/gás/vapor; l) processo/procedimento clínico (diagnóstico, avaliação, procedimento/tratamento, outros); m) processo administrativo (admissão, marcação, referenciação, outros); n) recursos/gestão organizacionais; o)Infraestrutura/edifício/instalações, DGS, (2011, p. 32).

A notificação de incidentes de segurança do doente é voluntária e pode ser feita pelo cidadão ou pelo profissional de saúde, de forma anónima. As informações contidas na notificação devem ser utilizadas "com o fim único e exclusivo de gestão e análise de incidentes de segurança do doente, mediante os princípios de anonimização, confidencialidade e não punibilidade do notificador e das pessoas envolvidas no incidente (. . .) são notificados em sistema que deve ser facilmente acessível e amplamente divulgado entre os profissionais de saúde e os cidadãos" (Norma 017/2022, 2022). De modo a permitir o acesso a um sistema de notificação de

incidentes de âmbito nacional, a Direção-Geral da Saúde (DGS) disponibiliza o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA - Segurança do Doente, nos termos da presente norma.

Nesta área tivemos a possibilidade de participar numa notificação de risco. No caso concreto, tratou-se duma notificação de risco não cirúrgico, relativo a uma circunstância que comportava risco para os profissionais que aí desenvolviam a sua atividade e que claramente necessitava duma intervenção urgente. De fato, esta situação demonstra a responsabilidade do enfermeiro especialista, não só para prestar cuidados diretamente à pessoa em situação perioperatório, mas também mobilizar conhecimentos e estratégias que garantam a segurança dos profissionais e ambiente, como era o caso em conformidade com o Regulamento de Enfermagem nº 429/2018. As notificações são de fato estratégias importantes para a melhoria da qualidade. Por um lado, alertam para situações de potencial risco e por outro, consubstanciam uma necessidade de verificação através de auditorias cujo objetivo é implementar medidas corretivas. As notificações devem ser enfatizadas para a sua realização, embora haja o preconceito de que a sua realização poderá trazer efeitos punitivos. No entanto, os profissionais devem estar esclarecidos quanto a isso, pois na sua génese assenta o caráter de não punição. No contexto de estágio, portanto, observei e colaborei na sua participação.

Ainda no âmbito da qualidade foi solicitado ao Gestor do serviço uma observação participante das reuniões do Departamento da Qualidade. Todavia não houve oportunidade da sua concretização. Consideramos que teria sido uma mais valia para melhor compreensão do modelo, ou quais os programas, ou projetos, que o serviço/instituição tem em curso, assim como as dinâmicas de liderança e articulação com os diferentes órgãos, aspetos essenciais no conceito da melhoria contínua da qualidade em execução no departamento da qualidade, na cultura organizacional da instituição.

Destacamos ao nível da qualidade, o desenvolvimento de intervenções que fazem parte das recomendações para a segurança do utente. Refiro-me por exemplo aos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação perioperatória designadamente na correta identificação e confirmação da pessoa, no momento da admissão, e sempre que foi necessário através dos dados impressos na pulseira de Identificação, tendo por base o emanado pela Direção Geral da Saúde (orientação clínica nº 018/2011). Idealmente a identificação deve ser positiva ou seja, colocando perguntas diretas para que o utente responda ao que pretendemos confirmar. Outra forma de identificação implementada no contexto de estágio consiste na utilização de outras pulseiras, nomeadamente para o portador de alergias (pulseira lilás), que são identificadas já no momento da admissão, portanto na enfermaria. Além desta prática o serviço aderiu recentemente a outra prática de segurança, desta vez ao nível da segurança transfusional de fluidos como sangue e hemoderivados. São pulseiras identificativas para a transfusões sanguíneas. Este procedimento também é acompanhado por uma autorização prévia da pessoa com uma assinatura no documento para o efeito. Esta contém dados da pessoa e o número de identificação da colheita e outros dados, que carece de confirmação pelo

enfermeiro de anestesia no pré-operatório, com o Serviço de Hemoterapia. De fato verificamos que se trata duma prática de segurança que está perfeitamente incluída nas dinâmicas do serviço e que desde logo nos aporta cuidados seguros durante a administração e respetiva vigilância, não prescindindo de todas as confirmações necessárias pré administração.

Para além destas estratégias utilizamos igualmente a verificação da Checklist inicial pré-operatória com as confirmações de todos os itens inerentes a um procedimento cirúrgico e anestésico e igualmente a Lista de Verificação da Cirurgia Segura (LVCS), preenchida pelo enfermeiro de anestesia e registada no programa "Patient Care".

Considerando que o enfermeiro especialista deve aplicar práticas seguras ao nível da qualidade, deve também desenvolver e/ou colaborar na criação, e implementação de normas e procedimentos integrados em programas de melhoria contínua. Neste contexto surgiu-nos o interesse e a oportunidade de criar um documento descritivo e ilustrativo de suporte à equipe de enfermagem do BOC, direcionado para os enfermeiros instrumentistas e circulantes. No contexto do estágio como se lê na caracterização do serviço, são várias as especialidades cirúrgicas ali desenvolvidas, pelo que a variedade e diferenciação das técnicas cirúrgicas e instrumentais requerem uma organização e estrutura que dê resposta. Desenvolveu-se desta feita o interesse em criar um instrumento de trabalho ao qual denominámos "Ficha Técnica de Enfermagem Perioperatória na Área de Instrumentação/Circulação da Cirurgia da Tireoidectomia" (anexo I). Nesta Ficha técnica procuramos sintetizar a descrição da composição do Instrumental cirúrgico e não Cirúrgico, o circuito e a alocação do Instrumental no BOC, relativa a esta cirurgia, bem como a ilustração da composição da mesa Cirúrgica, no seu estado de base. A ficha tem a finalidade de identificar quais os instrumentos existentes na Caixa, a confecção da mesa cirúrgica, a gestão do material e o circuito da Caixa do instrumental antes e após a sua utilização. O mapeamento instrumental cirúrgico constitui uma ferramenta muito importante para a gestão das organizações, permitindo conhecer, avaliar, controlar, aplicar à prática tal como melhorar, de forma contínua, os processos de trabalho (Guimarães et al., 2016). Por estas razões, acredita-se que esta atividade também contribuiu para a gestão da qualidade da instituição. Este documento permite ainda aos enfermeiros, melhorarem a eficácia de gestão de tempos, minimização do risco, diminuição do erro, contribui simultaneamente para orientar na Integração de novos enfermeiros no Serviço ou na área de instrumentação. Neste momento, o documento produzido, encontra-se na fase de validação e implementação pela Gestora do Serviço.

Outra dimensão de competências para a melhoria contínua da qualidade, dizem respeito à documentação e registos de enfermagem, diretamente ligados ao planeamento dos cuidados individualizados da pessoa no perioperatório.

Como sabemos um dos aspetos na aplicação do processo de enfermagem é o registo sistemático na identificação de problemas, planeamento de cuidados assim como o registo dos

resultados sensíveis à intervenção do enfermeiro especialista. Neste sentido os sistemas de informação e documentação em enfermagem assumem um papel fundamental na transferência e na prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Florence Nightingale foi pioneira ao destacar a relevância dos registos de saúde e de enfermagem “nomeadamente como forma de assegurar a continuidade de cuidados, aliada à necessidade de produção de dados estatísticos para diferentes finalidades e utilizações” (Pereira et al., 2011, p.227). Os registos de enfermagem permitem partilhar informação, garantir a continuidade dos cuidados, analisar a qualidade dos cuidados, contribuir para a gestão, educação e investigação, entre outros objetivos, Pereira et al., (2011). Nos dias de hoje, são reconhecidos como imprescindíveis para assegurar a continuidade dos cuidados, sendo salientada "(. . .) a sua função de comunicação dos aspetos resultantes deste processo de cuidados” (Martins et al., 2008, p.52). Amendoeira et al., (2003) consideram ainda que a documentação produzida pelos enfermeiros, a partir do processo de cuidados, constitui um contributo para o desenvolvimento da disciplina e da profissão, e acrescenta-se que os registos de enfermagem permitem dar visibilidade à tomada de decisão autónoma dos enfermeiros (Martins et al., 2008).

Os sistemas de informação consistem em sistemas eletrónicos e processos de registo através dos quais os profissionais de enfermagem documentam com precisão todas as informações clínicas relacionadas com o utente em cada turno de trabalho. Para além disso os sistemas de informação facilitam a comunicação entre os pares e outros profissionais garantido que esses dados sejam acessíveis e ao mesmo tempo respeitando a proteção de dados. No momento atual encontramos-nos numa transição para o mundo digital, situação que não é alheia à documentação de enfermagem. Neste sentido criámos de raiz um documento de registo padronizado para intervenções de enfermagem específicas do pós-operatório na plataforma informática "Patient Care", que suporta parte dos registos clínicos do BOC.

A atividade consistiu na estruturação da documentação relativa aos cuidados de enfermagem através da criação de um plano de cuidados padrão para a pessoa submetida a Tiroidectomia total, denominado “Plano de Cuidados de Enfermagem Perioperatória - Padrão, no atendimento à pessoa submetida a Tiroidectomia Total no Pós-operatório” para aplicação na UCPA, seguindo como referencial a Ontologia de Enfermagem (anexo II). Tem como finalidade parametrizar este plano de cuidados na plataforma informática "Patient Care", permitindo registos de enfermagem em suporte eletrónico e individualizados. Assim elaborou-se um documento em suporte digital que foi enviado à Gestora do serviço, que por sua vez será enviado à empresa para a sua introdução de acordo com sua taxonomia e estruturação. Com esta atividade esperamos ter contribuído para mais um passo de inovação, no processo de registos de enfermagem, facilitando o método de trabalho no perioperatório, para uma tomada de decisão mais robusta, nas situações de maior complexidade, como referido na bibliografia apresentada do pós-operatório da tiroidectomia, como as complicações de carácter urgente ou emergente.

Enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, devemos pugnar por cuidados seguros, equitativos e de qualidade, enfatizando a documentação em enfermagem como preponderante na garantia de prestação de cuidados de excelência, suportadas, entre outros aspetos, nas informações clínicas registadas de forma precisa e acessível no processo clínico.

5.1.3 Gestão dos cuidados

Ao exercício profissional especializado crescem também competências relativas à gestão dos cuidados, garantindo a qualidade e a segurança, através duma adaptação do estilo de Liderança do contexto do bloco operatório ao clima organizacional favorecendo a melhor resposta à pessoa e família/pessoa significativa. Esta área, é assim de extrema importância pois ainda que não esteja ligada aos cuidados diretos, torna-se essencial no garante e na otimização das respostas, particularmente na gestão dos recursos humanos, adequando-os às situações e aos contextos. Relativamente aos recursos humanos pode acompanhar e colaborar em algumas atividades com o elemento responsável.

Nos blocos operatórios “as equipas de profissionais de saúde altamente treinadas e qualificadas exercem a sua atividade em complementaridade, interagindo com tecnologia avançada, em situações de alto risco, com responsabilidade em responder às necessidades do doente cirúrgico. As características dos ambientes perioperatórios colocam em risco de erro a equipe de saúde e a ocorrência de eventos adversos, sendo que o maior número de erros ocorre do resultado dos cuidados e tratamentos prestados no BO” (DGS, 2015, p.64). Torna-se essencial uma relação e articulação estreita e alinhada entre o BO com todos os serviços clínicos e não clínicos por forma a otimizar recursos de acordo com as “necessidades dos doentes, os objetivos dos serviços, os recursos existentes e os tempos de espera cirúrgica de cada especialidade, por forma a garantir a utilização eficaz e eficiente deste recurso” (DGS, 2015, p.64).

A equipa multidisciplinar do perioperatório constitui-se pelos médicos cirurgiões e anesthesiologista, enfermeiros do perioperatório, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica. Estes recursos humanos podem ser considerados como residentes e não residentes, sendo que os residentes são os profissionais que desenvolvem a sua atividade diária adstrita ao BO, como os enfermeiros, assistentes operacionais e pessoal restante. São os profissionais cuja atividade é desenvolvida de forma temporária como por exemplo os médicos cirurgiões e técnicos de diagnóstico e terapêutica” que não esgotam a totalidade do seu horário no BO e não dependem hierarquicamente da coordenação do mesmo, mas de um outro serviço clínico” (DGS, 2015, p.65).

Relativamente à constituição da equipa cirúrgica consideram-se “todos os profissionais afetos ao episódio cirúrgico com presença na sala de operações e funções e atividades específicas. A importância de ter definida esta equipa é de circunstanciar a responsabilidade do evento cirúrgico a um conjunto definido de elementos” (DGS, 2015, p.65).

Após este breve enquadramento passamos à descrição e reflexão crítica propriamente dita. Para o desenvolvimento deste domínio estabelecemos os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências de gestão de cuidados com o Enfermeiro Gestor, num BO;
- Desenvolver competências na gestão dos RH com o Enfermeiro responsável, num BO.

O Enf. Gestor da equipa de enfermagem do BOC, subdivide a Gestão do serviço, em gestão de materiais e gestão dos RH, com um elemento de enfermagem, em colaboração diária. Sendo que a primeira fica sob a sua responsabilidade e a segunda ao cargo desse elemento. Assim no decurso do estágio tivemos a oportunidade de acompanhar e participar com o Enf. Gestor nas suas atividades e com o Enf. responsável.

Esta experiência revelou-se muito interessante e construtiva permitindo-nos desenvolver competências comuns aos enf. Especialistas. Pudemos constatar através da observação e acompanhamento que é uma área delicada de extrema importância, possibilitadora de grandes desafios, sendo desgastante pela exigência que impõe à gestão dos cuidados de enfermagem que se pragmatizam na otimização da equipa, bem como na articulação da equipa multidisciplinar.

As atividades por nós experienciadas e desenvolvidas emergiram das várias áreas. Por exemplo, relativamente à gestão de stocks verificámos os diferentes artigos; realização do pedido de materiais em falta através de revisão e reposição dos Stocks e mais pormenorizadamente o Stock de Ortopedia (realizados 3X por semana). Tivemos uma situação particular, em que houve necessidade de rever um tipo de Fio de fixação (fios de Schanz), que são fixadores externos para osteossíntese. Tendo que decidir a sua manutenção no stock do serviço ou não. Para esta tomada de decisão foi necessário consultar alguns enfermeiros mais experientes na área de Ortopedia no sentido de analisar a melhor solução, pelo que foi muito enriquecedor com desenvolvimento de competências ao nível da gestão dos materiais.

Efetuamos uma visita para conhecer pessoalmente o Serviço de Aprovisionamento, que fica localizado no piso inferior do BO. Esta visita proporcionou perceber alguma dinâmica da prática e metodologia de trabalho destes profissionais e simultaneamente a comunicação e relação interpessoal, que consideramos de extrema importância para vinculação de papéis de diferentes equipas no sentido de cooperação e envolvimento, objetivando melhoria nos serviços prestados.

A gestão e manutenção dos variadíssimos materiais, sejam clínicos, hoteleiros ou outros, acarreta uma sobrecarga de tempo e responsabilidade, pois não depende diretamente da chefia, mas dos serviços complementares e que, portanto, imprimem uma outra responsabilidade e interdisciplinaridade. O enfermeiro especialista nesta área de gestão deve garantir a articulação entre estas diferentes valências e o BOC.

Assisti a reuniões de serviço, que normalmente se efetuam de acordo com reuniões dos

anestesiologistas, no sentido de minorar o impacto na atividade cirúrgica do dia. Existindo assim uma articulação entre as equipas, o que nos parece positivo dando valor a todas as classes profissionais, adequando os tempos e as estratégias de uma forma alinhada.

No acompanhamento dos processos de gestão, pudemos observar a atividade do Enf. Gestor, pautando-se pela exigência no dia a dia, pela assessoria constante aos diferentes elementos da equipe, bem como a outras equipas prestadoras de serviços, tendo em vista uma otimização dos cuidados ao nível da tomada de decisão, ou na resolução dos diferentes problemas com que se depara. Recorrendo sistematicamente a estratégias que visam a negociação, delegação e/ou referênciação.

Outra atividade em que pude estar presente, foi participar com o Enf. Gestor num Concurso Público para aquisição de Materiais clínicos e não clínicos, no papel de Vogal do Júri, na comissão de escolha, juntamente com outros elementos. Apesar de exercermos enfermagem há vários anos ainda não tínhamos experienciado esta área pelo que consideramos uma aprendizagem interessante e muito enriquecedora. Pudemos comprovar que esta atividade requer bastante concentração na análise do produto relativamente aos critérios de seleção para dar respostas ao tipo de artigo em concurso, e uma visão da relação qualidade/custo. A experiência e o conhecimento do enfermeiro especialista é de fato fundamental para a tomada de decisão. Incorporar o enfermeiro, como parte integrante do Júri neste tipo de Comissão, nos mais diversos produtos (clínicos e não clínicos) reveste-se de mais valias, pela capacidade de reconhecer, através da prática diária de utilização ou de supervisão, os melhores produtos, aliado pela responsabilidade de manter a qualidade de acordo com o melhor preço sendo que serão os utentes, serviços e as instituições o beneficiário final. Pensamos que estas oportunidades deveriam ser mais frequentes para o enfermeiro especialista, cujo conhecimento contribui para uma melhor gestão da qualidade na instituição onde desempenha as suas competências.

Ao nível da farmácia, por exemplo, providenciamos fármacos urgentes para o serviço. Nesta unidade de cuidados (BOC) a manutenção e gestão dos fármacos, é feita através do Serviço da Farmácia diariamente, exceto ao domingo em que será o enfermeiro responsável a providenciar a medicação necessária seguindo um protocolo específico. Os fármacos são armazenados na sua grande maioria num armário com varias gavetas, gerido por um sistema computadorizado, denominado "Pyxis". Não obstante o modelo de gestão descrito há necessidade diária de garantir a reposição de stocks.

Destacamos a importância das intervenções que o enfermeiro, assume nos diferentes papeis, seja na figura de Responsável de turno(RT), seja na figura de gestor ou enfermeiro especialista. Com efeito, estes papeis são fundamentais no seio da equipe multidisciplinar pois intervêm de acordo com as normas de serviço, garantindo 24h/dia, a segurança medicamentosa.

No domínio da gestão de recursos humanos propriamente dito, focámo-nos por exemplo nas

ferramentas utilizadas para a gestão diária e mensal do trabalho dos enfermeiros perioperatórios. Assim tivemos a oportunidade de conhecer o programa informático de Gestão que, entre outras funções cumpre o requisito de elaborar o horário seguindo os critérios pré-definidos, tal como a parentalidade, amamentação, rotatividade. Outra função do programa é efetuar o plano diário segundo os seguintes critérios:

Os enfermeiros Responsáveis de Turno (RT), devem ser preferencialmente os enf. Especialistas. Na sua ausência, por ordem de antiguidade; Preferências de áreas de especialidade; Competências; Exposição aos Riscos ocupacionais (em específico a exposição ao fumo cirúrgico). Este critério operacionaliza-se com a não atribuição de turnos seguido aos enfermeiros, por exemplo Manhã/Tarde (8h-20h ou 21H), em determinadas sessões e especialidades cirúrgicas.

A ciência dispõe já de estudos cujos resultados identificam múltiplos riscos associados ao local de trabalho dos enfermeiros perioperatórios. Estes são de várias ordens e advêm das várias exposições. Por exemplo: Danos sofridos ou frequência de exposição a agentes biológicos; alguns dos quais cancerígenos ou teratogénicos; o fumo cirúrgico, como já referimos, que afeta olhos e trato respiratório; exposição a poluentes químicos como os agentes anestésicos inalatórios, os desinfetantes os quais podem provocar dermatites de contato, tal como o látex (alergias). A exposição a radiações, segundo os estudos desencadeia aumento de doença da tireoide. Outros riscos associados à atividade são as alterações musculoesqueléticas, causadoras de absentismo, bem como Stress que poderão desenvolver situações de Burnout, podendo evoluir para depressão grave, alcoolismo e consumo de substâncias que interferem no Humor, Hipertensão e distúrbios crónicos, Ejarque, et al., (2021). Esta problemática está demonstrada, devendo sensibilizar os gestores a integrar uma política de saúde ocupacional ativa e atenta, para que os enfermeiros se mantenham saudáveis. Como enfermeiros especialistas temos a responsabilidade de gerir todos estes fatores, intervindo na gestão do risco por forma a minimizá-lo sempre que seja possível. Da nossa observação pensamos que o serviço poderá melhorar algumas das condições através de melhor equipamento, estruturas e mobiliário ergonómico. O Gestor deve ainda implementar procedimentos normativos na minimização do risco e promoção da segurança do trabalhador. Importa também melhorar a comunicação intra-equipa e promover mais formação, para capacitação e envolvimento ativo na autoproteção. Outra atividade a que pude assistir foi a atualização de trocas de turnos intra-equipa no programa informático de gestão.

Destas aprendizagens destacamos a elaboração do Plano de trabalho dos enfermeiros, atendendo aos critérios assinalados. Relevamos a estratégia de incorporar na estruturação deste, o conhecimento, as capacidades, as habilidades técnicas bem como a necessidade de colocar equipas eficazes e que tenham boa comunicação e relação interpessoal, enquanto garante da prestação de bons cuidados de enfermagem perioperatórios.

Destaco igualmente termos sugerido a reintrodução da função de “Enfermeiro Responsável de Sala Cirúrgica” que acresce às funções do enf. Circulante, à semelhança de anos anteriores mas que na atualidade não se encontrava em vigor. A proposta foi bem recebida, pelo que passou a fazer parte do Plano de Trabalho a partir daquele dia. Esta estratégia de gestão da Sala Cirúrgica permite que haja uma maior supervisão ao nível da segurança do utente, dos equipamentos bem como, assume-se Elo de ligação, Intra e Inter equipa, com o Gestor ou o RT, sempre que necessário. Ficamos com um motivo de satisfação, com este acolhimento da nossa sugestão ao ser implementada de imediato.

Também foi possível observar a verificação da assiduidade dos enfermeiros, a atualização dos documentos de apoio para a realização de atas nas reuniões de Serviço e a observação de “auditorias” às checklist de todos os utentes intervencionados no dia anterior.

5.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Os enfermeiros são diariamente confrontados com diversas dificuldades, situações problema, ou temáticas complexas, pela rápida e avassaladora evolução tecnológica e científica, incluindo a ciência da Enfermagem. A frequência de cursos como o Mestrado na área de enfermagem é uma oportunidade relevante para consolidar e aprofundar conhecimentos que de outra forma seria mais difícil. Por outro lado ainda sob uma perspectiva de aprendizagem, é fundamental realizarmos pesquisa, da qual emergem questões, cujas respostas/soluções fundamentam-se na evidência. Nesse sentido foram várias as preocupações no que respeita ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Os objetivos por nós propostos foram:

- A) Desenvolver competências na realização de revisão narrativa de literatura;
- B) Desenvolver competências na área da investigação;
- C) Desenvolver competências de Formação em serviço;

De seguida apresentamos crítica e reflexivamente as atividades que permitiram atingir os objetivos definidos e desenvolver as respetivas competências.

- A) Competências na realização de revisão narrativa de literatura.

O percurso por nós iniciado no estágio do Módulo I, tomou por base o nosso Projeto de estágio, cuja temática se centra na "Otimização da via aérea na pessoa submetida a Tiroidectomia no Intra e no pós-operatório: contributos do enfermeiros especialista". Para darmos consecução à temática em causa sentimos necessidade recorrer à investigação, essencial à obtenção do conhecimento. Das várias metodologias científicas possíveis, entendemos, neste caso, realizar uma revisão narrativa da literatura.

Ao longo do estágio demos enfoque aos conteúdos necessários para o desenvolvimento das atividades propostas pelo que efetuamos pesquisa nas bases de dados (EBSCO host Web, Scopus, web-of-science, Pub-Med), na biblioteca digital da Instituição (UpToDate e Clinical Key),

no RCCAP, pesquisa livre, livros e outros documentos de referência para a enfermagem enquanto especialidade do perioperatório, como sejam os Padrões de Enfermagem, documentos da OE, Diários da República, Direção-Geral da Saúde, entre outros. No início sentimos algumas dificuldades mas passo a passo, essas competências foram-se aperfeiçoando. Foi preocupação também conhecer e aprofundar os diversos documentos da DGS. Destes documentos relevo as Normas da DGS: Norma 022/2015 referentes ao "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção relacionada com o Cateter Venoso Central; Norma nº 020/2015, atualizada a 17/11/2022 do "Feixe de Intervenções" de Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico; Norma 029/2012 sobre "Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI); Norma 019/2015 sobre "Feixe de intervenções" de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical"; Norma 007/2019 sobre a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Das leituras efetuadas apresentamos de seguida de uma forma resumida os resultados mais significativos dando corpo, fundamentação e sustação ao desenvolvimento das atividades e intervenções realizadas.

A enfermagem especializada incorpora na prática diária o plasmado no Regulamento de competências, "considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, particularmente da ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o enfermeiro especialista (. . .) mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional" (Regulamento de competências, 2018, p.19367).

A questão da "Prudência e a gestão de risco" como um dos pilares estabelecidos pela OE, tem aqui o enfoque especial, uma vez que "a segurança da pessoa ou "patient safety" é um aspeto central e de dimensão mundial, pela complexidade e elevada imprevisibilidade que se suscitabiliza à ocorrência de incidentes, podendo causar danos não só para os clientes e profissionais bem como para o desempenho e credibilidade das instituições de acordo com Barroso et al., (2021).

Neste contexto de Bloco Operatório o risco é assim intrinsecamente, uma problemática atual, abrangente e prioritária na qual enfermeiro especialista do perioperatório tem também uma responsabilidade acrescida. Para Mota et al., (2021, p.1) o Bloco Operatório constitui o local onde ocorre o maior número de incidentes em cuidados de saúde, pelo que se torna fundamental implementar políticas de segurança para o doente perioperatório". São pois, preocupações transversais, inter e multidisciplinares, onde a enfermagem do perioperatório assume um lugar importante na área de gestão do risco e de liderança. Neste sentido torna-se imperativo, uma correta identificação e avaliação detalhada do risco, numa perspectiva de prevenção e vigilância antecipatória. Será essa visão que proporcionará uma reflexão e tomada de decisão ou ato, objetivando a possibilidade de evitar um evento adverso ou tomar medidas corretivas e simultaneamente contribuir para melhoria ou mudança efetiva, através da

preparação do ambiente para favorecer a segurança e eficiência bem como utilizar estratégias e medidas de segurança para evitar danos decorrentes de procedimentos anestésicos, Regulamento nº 429/2018, DR (2018).

Segundo o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) (2023), a garantia de cuidados de saúde com qualidade e bons resultados passa também pela busca de um elevado grau de Segurança do Doente. Assim o SINAS, enquanto sistema de avaliação da qualidade global dos cuidados de saúde prestados nesses estabelecimentos, inclui esta dimensão na avaliação dos estabelecimentos hospitalares realizada em duas óticas complementares: avaliação de procedimentos de segurança, por indicadores de estrutura, com base numa checklist de verificação da cultura e procedimentos relacionados com a segurança dos doentes na prestação de cuidados de saúde e avaliação de eventos adversos e por indicadores de resultados, que traduzem a incidência deste tipo de ocorrências na prestação de cuidados de saúde.

Esta entidade criou a seguinte categorização na avaliação de Procedimentos de Segurança através duma checklist com base em guidelines da Joint Commission International (JCI), da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) e do National Quality Fórum (NQF) as quais contemplam as seguintes áreas: Cultura de segurança, Identificação e alta dos doentes; Comunicação e informação; Segurança na Medicação que engloba Gestão da medicação/Reconciliação terapêutica/Armazenamento e rotulagem/ Medicação de alto risco/Dose individualizada de medicação/Gestão de ocorrências relacionadas com medicação; Cirurgias seguras como a avaliação pré-anestésica, onde se inclui entre muitas outras avaliações, a avaliação da Via aérea/Checklist Cirúrgica e por fim avaliação de riscos como Úlceras de pressão/Quedas/Tromboembolismo venoso/Insuficiência renal induzida por contraste/Gripe/Outros risco/Registo de ocorrências.

Com o foco na segurança da pessoa, especificamente na vertente da gestão ambiental e instalações nas Unidades de Saúde, "a abordagem da qualidade e segurança em torno da áreas do ambiente e das suas instalações e o seu impacto é uma temática de extrema importância", pelo que (. . .) "demonstrar que uma organização de saúde é um local seguro para os doentes, familiares e profissionais, nesta área é bastante complexo e uma das preocupações dos órgãos de gestão, implicando investimento e dedicação contínua" (Rocha & Ramos, 2021, p.329). Dos vários domínios de segurança na gestão ambiental, a Segurança das instalações físicas e equipamentos, está identificada como fator de risco. Estes riscos estão por regra associados a "risco não clínico", embora na opinião das autoras a diferenciação entre "risco clínico" e "risco não clínico", não seja consensual Rocha e Ramos, (2021).

A segurança relacionada com os equipamentos e instalações físicas, considera-se uma área muito vasta e com grande impacto, uma vez que, quer as instalações quer os equipamentos das organizações de saúde são áreas em funcionamento, por regra, 24 horas por dia, todos os dias da semana, pelo que o seu desgaste e exigência de manutenção é maior, Rocha e Ramos,

(2021). As autoras referem que, por outro lado é frequente a constante alteração de espaços, pela mudança das atividades ou pela mudança no seu layout bem como dos equipamentos. Todas estas questões, exceptuando a estrutura física que obedece as regras legalmente estabelecidas, devem ser tidas em consideração na segurança do utente, através de várias formas, destacando a existência de planos de manutenção preventivos dos equipamentos, bem como registos de manutenção. Acrescentam ainda que a aquisição de novos equipamentos sejam apresentados aos profissionais que aí exerçam a sua atividade, Rocha e Ramos, (2021).

Vários são os equipamentos com os quais o enfermeiro do perioperatório intervém. Centrandonos na nossa temática, destacamos aqueles equipamentos que estão diretamente ligados à manutenção da Via aérea, isto é, o equipamento anestésico como o ventilador, dispositivos, equipamentos e acessórios de monitorizações, os circuitos e equipamentos para os fluxos de gases, materiais necessários para a técnica anestésica segura, bem como o equipamento de VA Difícil, no caso, o equipamento Carro de Via Aérea Difícil.

Estes são equipamentos que requerem manutenção e verificação diária/mensal. Segundo o Conselho da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2010, sp) "a ausência de verificação do carro anestésico antes da sua utilização, tem sido associado ao aumento do risco de morbilidade e mortalidade pós-operatórias". Nas suas recomendações, para cada serviço e com o objetivo de "criar linhas de orientação na elaboração adaptada dos equipamentos e recursos", refere que:

- a) A verificação do equipamento, de acordo com uma lista de verificação validada é obrigatória no início do dia e imediatamente antes de qualquer procedimento anestésico;
- b) Os elementos da equipa, ou seja Anestesiologistas/Enfermeiros de anestesia, devem estar familiarizados com o procedimento de verificação do equipamento anestésico;
- c) A lista de verificação realizada no início deve ser assinada pelo(s) responsável (eis) pela verificação (Anestesiologistas e Enfermeiros de anestesia) e arquivada em dossier próprio;
- d) A lista de verificação antes de cada procedimento anestésico deve ser assinada pelos responsáveis, arquivada no dossier próprio e constar uma cópia no processo clínico do utente. Neste documento recomenda-se fazer o "Time Out" reportando-se aos seguintes itens: "Os monitores funcionam? Há capnometria disponível e a funcionar? A monitorização da saturação periférica de O₂ está disponível e funciona? Os debitómetros estão a funcionar e os parâmetros do ventilador são adequados? O ventilador está em modo manual? Os vaporizadores estão preenchidos?" (Conselho da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA), 2010, sp). São estes os passos que o anestesiologista e o enfermeiro de anestesia devem cumprir.

Mais recentemente Mourão, et al, (2018) no seu artigo de revisão refere que urge implementar indicadores de qualidade em anestesiologia, centrando a sua atividade no doente mas também na exigência dos sistemas de saúde e da sociedade, pretendendo para tal implementar

indicadores para o perioperatório, de forma a sistematizar este processo, estando considerados os três períodos Pré-operatório, Intra-operatório e Pós-operatório. Situando-nos no Intra-operatório, colocam como imprescindível o "Registo da verificação do equipamento de anestesia" e a "existência de unidades de via aérea difícil". Os autores apontam premissas importantes neste campo, como sendo que anestesiológista tem a responsabilidade de conhecer o funcionamento do equipamento de anestesia e verificá-lo antes da sua utilização; a existência duma lista de verificação para o equipamento de anestesia. Referem que a sua verificação não deve substituir a do fabricante, mas deve ser utilizada em conjugação. O equipamento de anestesia deve ser verificado por pessoal treinado e sempre de acordo com a lista de verificação local e as instruções do fabricante, em todos os locais que se pratiquem atos anestésicos. Outro aspeto importante é a existência de um registo dessa verificação. No equipamento anestésico é essencial a existência de analisador de gases respiratórios (oxigénio, dióxido de carbono, protóxido de azoto e halogenados), que permita a análise contínua dos gases administrados ao doente, com alarmes corretamente definidos e audíveis. Os dispositivos de administração contínua de fármacos e fluídos como seringas infusoras e bombas perfusoras, devem ser testados e definirem-se os limites das taxas de infusão e dos alarmes, antes da sua utilização. Os alarmes da monitorização anestésica devem ter valores adaptados ao utente. Durante o procedimento anestésico, todos os utentes devem ter o seu estado fisiológico e de profundidade anestésica continuamente monitorizados. É imprescindível a disponibilidade imediata do estetoscópio e dos seguintes equipamentos: oxímetro de pulso; dispositivo para avaliação da pressão arterial indireta (PNI); eletrocardiógrafo; analisador de gases (oxigénio, dióxido de carbono, halogenados); transdutor de fluxo para medir a pressão das vias aéreas. A SPA recomenda ainda que todos os utentes entubados ou sob sedação moderada/profunda sejam monitorizados com capnografia contínua. Acrescentam também a disponibilidade do equipamento de monitorização contínua da temperatura para todos os doentes submetidos a anestesia geral com duração superior a 30 minutos, bem como a monitorização do bloqueio neuromuscular. Portanto estes são os principais focos de intervenção do enfermeiro especialista em colaboração direta com anestesiológista e restante equipe na sala cirúrgica para a minimização do risco.

Por outro lado o artigo inclui, através dos Departamentos/Serviços de Anestesiologia, a existência de Unidades de Via Aérea de Rotina e Unidades de Via Aérea Difícil equipadas de acordo com o recomendado pelos Consensos de Via Aérea Difícil da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. De salientar que deverá ter um enfermeiro, com formação específica, sempre disponível para o auxiliar durante todo o ato anestésico, acrescentando que as instituições devem dispor de recursos adequados para contratar e formar um número suficiente de enfermeiros com estas competências sendo essencial formação para que quem auxilia o anestesiológista possa responder a todas as necessidades SPA, (2018).

Num estudo sobre a avaliação da segurança do doente no bloco operatório, os resultados

indicam oportunidades de melhoria na generalidade das dimensões de segurança do doente no BO. Destacam ainda a necessidade de "...operacionalizar as auditorias internas, incentivando a aprendizagem organizacional e a melhoria contínua de segurança". Concluem ainda que "(. . .) a prevenção de incidentes e a formação (. . .) constituem-se como áreas com necessidade de investimento urgente" (Mota, et al., 2021, p.8) .

Os autores von Vogelsang et al., (2019, sp) concluíram no seu artigo que "além dos enfermeiros do Bloco operatório, nenhum outro profissional de saúde tem educação formal, competências ou habilidades para realizar cuidados de enfermagem no bloco operatório durante o procedimento cirúrgico" concluindo que "a competência do enfermeiro do bloco operatório é portanto indispensável para garantir a segurança do paciente durante a cirurgia".

Por outro lado numa revisão da literatura, Wahr et al., (2021), referindo-se à segurança do paciente na sala cirúrgica, analisam a segurança na sala cirúrgica, incluindo abordagens gerais e específicas para redução dos vários riscos. No entanto dada a extensão e abrangência do tema, apenas focámos aqui alguns aspetos menos esbordados na literatura e que consideramos pertinentes. São eles os tipos específicos de erros: Erros baseados em ação (pensamento rápido), Erros baseados em decisão (pensamento lento); Erros técnicos e Erros baseados na comunicação. Para os autores as abordagens focadas no artigo face a esses fatores como elementos para a redução destes riscos são: Revisões do consentimento informado; Tempos limite; Listas de verificação de briefings; Checklist padronizado da equipe cirúrgica; Uma lista de verificação padronizada como a lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde (OMS); Verificação padronizada da máquina de anestesia; Ajudas cognitivas para emergências; Técnicas para minimizar distrações e interrupções; Comunicação estruturada/Debriefings/Handoffs. Na opinião destes autores torna-se importante através dum diagnóstico de necessidades, de monitorizações contínuas e de auditorias, apresentar um programa para implantação na área da segurança do utente na sala cirúrgica que envolva todos os elementos, através duma liderança capaz, que visem a promoção duma cultura de segurança.

Esta complexidade dos ambientes do BO foram igualmente estudadas por Olin, K. et al., (2020), revelando que existem três categorias genéricas onde incluem formas de proporcionar cuidados seguros na sala cirúrgica. Referem-se assim a pré condições e recursos; a planeamento e preparação para o esperado e o inesperado e a adaptação ao inesperado. Acrescentam ainda que em cada categoria genérica surgiu uma subcategoria comum aos três profissionais envolvidos (enfermeiras de centro cirúrgico, enfermarias anestesistas e cirurgiões), que foram: coordenação e confirmação de informações; a criação de um plano para utente e a preparação mental, priorizando e resolvendo problemas futuros, respetivamente.

Outros artigos consultados dão ênfase à utilização de listas de verificação para manter o ambiente terapêutico seguro, que duma forma cientificamente padronizada, orienta os cuidados

de enfermagem, bem como as suas intervenções promovendo o desempenho e a probabilidade de sucesso. Para além disso, as diretrizes e os protocolos podem padronizar os procedimentos de cuidados realizados. Os enfermeiros de anestesia referem que a aplicação de listas de verificação antes da indução anestésica, concomitantemente com a realização de testes de equipamentos e a avaliação da disponibilidade de apoio de materiais, contribui para melhorar o desempenho dos profissionais e o aumento da troca de informação, evitando os eventos adversos durante a indução, permitindo avaliar as condições do utente e riscos associados ao procedimento anestésico. Estas medidas, na opinião dos autores, compõe estratégias significativas na promoção da segurança nas intervenções como a falha dos profissionais na verificação do funcionamento dos dispositivos. É um importante meio também quando se trata de falhas na avaliação do risco do utente e na disponibilidade do equipamento, reduzindo os eventuais eventos adversos durante a indução. Acrescentam ainda que através destas listas de controlo promove-se a melhoria da comunicação entre os profissionais durante as transferências de cuidados do para a UCPA. Na sua conclusão advertem no entanto que a falta de pessoal e o tipo de organização, acrescentando o excesso de atividades e responsabilidades, limita as suas práticas. Sugerem mais legislação e regulamentação profissional dos enfermeiros de Santana Lemos et al., (2020).

Debruçando-nos agora na vertente da temática "Via Aérea, (VA)", vários foram os estudos encontrados na pesquisa efetuada, os quais evidenciaram essencialmente a falta de uma correta abordagem da VA, seguindo as normas estabelecidas na instituição, preparação/formação da equipa perioperatória envolvida e da necessidade de existirem os recursos materiais e de equipamentos operacionalizados nas 24H de preferência em Unidades próprias e necessidade de uma manutenção dos respetivos equipamentos.

Bjurström, (2019, sp) revela que "Incidentes críticos nas vias aéreas são indiscutivelmente as complicações mais graves e temidas na prática anestésica". Duma forma mais específica refere que o 4º Projeto de Auditoria Nacional (NAP4) do Royal College of Anesthetists e da Difficult Airway Society (. . .) fornece a análise detalhada mais atual das complicações das vias aéreas como sendo : no Reino Unido ao longo de um ano, de 2,9 milhões de anestésias gerais realizadas, foram encontradas 16 mortes relacionadas às vias aéreas e 133 complicações maiores; referem que análise de complicações relacionados com a manutenção da via aérea difícil confirmam o risco baixo, mas crítico, de dano cerebral e morte; Realçam ainda a importância de efetuar análises detalhadas de incidentes nas vias aéreas pois "demonstram que a maioria dos resultados catastróficos poderia ter sido evitada, se houvesse uma gestão melhorada e estruturada dessas emergências" (Bjurström, 2019, sp). No referido artigo acrescentam que "quando surge uma emergência nas vias aéreas, o acesso imediato a equipamentos de vias aéreas difíceis é fundamental para a implementação de estratégias de resgate (. . .) como também num "cenário imprevisto de via aérea difícil, é fundamental agir de forma estruturada e coordenada, sem atrasos desnecessários" (Bjurström, 2019, sp). Os

equipamentos essenciais para a manutenção da via aérea difícil devem ser de acesso rápido e essas ferramentas devem ser organizadas de forma lógica. Em contraste, a análise qualitativa dos dados do NAP4 mostra que muitas vezes houve atrasos no fornecimento de equipamentos para vias aéreas, mesmo para itens básicos como tubos endotraqueais, vias aéreas nasofaríngeas e dispositivos supraglóticos para vias aéreas. Uma vez que uma situação de via aérea difícil evolui, o risco de sobrecarga cognitiva e deterioração induzida pelo estresse na tomada de decisões e na consciência situacional aumenta, Bjurström, (2019, sp).

A Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) e outras organizações desenvolveram diretrizes para a gestão do paciente com uma via aérea difícil que incluem algoritmos para ajudar na tomada de decisões clínicas. Uma recomendação fundamental destas diretrizes "é a realização de uma avaliação exaustiva e pré-gestão das vias aéreas e de outros fatores atenuantes dos doentes, com o objetivo de identificar os doentes em risco. O reconhecimento avançado permite ao médico formular um plano de gestão específico que inclui a possibilidade de assegurar a via aérea antes da indução da anestesia geral (ou seja, intubação acordada). Os algoritmos que aparecem nas diretrizes procedem através de pontos de decisão específicos baseados no sucesso do plano inicial e na probabilidade de sucesso das técnicas de apoio" (Rosenblatt et al., 2022, sp). Acrescentam ainda que "o treino estruturado e a utilização destes algoritmos para vias aéreas difíceis podem diminuir a morbidade relacionada com as vias aéreas, pessoal experiente e equipamento especializado em vias aéreas são críticos quando a gestão das vias aéreas é difícil" (Rosenblatt et al., 2022 , sp).

A importância da avaliação, planeamento, e uma abordagem algorítmica das dificuldades com a gestão das vias aéreas foi demonstrada por uma análise das alegações de má prática fechada relacionadas com a intubação difícil de 2000 a 2012. A gestão das vias aéreas foi considerada inadequada em 73% das 102 reclamações avaliadas, e incluiu avaliação inadequada, não planeamento para intubação difícil, não utilização de uma via aérea supraglótica para salvamento, atraso no pedido de ajuda, e perseverança nas técnicas falhadas.

Da literatura consultada há uma concordância nos diferentes consensos e guidelines internacionais sobre a importância da avaliação da VA no sentido de se poder prever dificuldade na gestão clínica da Via aérea (SPA, 2016). É consensual também quão importante e fundamental é o conhecimento da sua anatomia, tal como do sistema respiratório, por parte dos profissionais de saúde. Este imperativo torna-se visível na prática clínica de gestão da VA, com maior relevância nas situações de maior complexidade. Esta gestão é necessária em vários momentos como por exemplo "no isolamento pulmonar durante a anestesia, nas patologias respiratórias, em procedimentos e cirurgias endoluminais respiratórias e otimização da estratégia de ventilação no período perioperatório" (Rocha, 2020, p.4).

A VA de uma forma muito sucinta, é constituída pelos órgãos do trato respiratório, que permitem o fluxo de ar durante a respiração e ventilação, desde as narinas e abertura bucal até

à extremidade cega dos sacos alveolares. Eles são subdivididos em diferentes regiões com diferentes tecidos com funções específicas. Divide-se em VA superior e VA inferior. A VA superior é responsável pela condução do ar até à via aérea inferior. Tanto a estrutura anatómica das vias respiratórias como as propriedades funcionais da mucosa, cartilagens e tecidos linfáticos e neurais influenciam o ar que é inalado. A VA superior é constituída pelo nariz, cavidade oral, faringe e laringe. A VA inferior é formada por uma série complexa de ramificações tubulares, que culminam na zona de trocas de gases e está dividida em traqueia, brônquios, bronquíolos e alvéolos (Rocha, 2020).

A avaliação e abordagem da VA é uma competência de anestesiologia e constitui um dos maiores desafios para os profissionais, sendo que "a sua correta abordagem pode fazer a diferença entre conseguir que o doente sobreviva ou morra" (Rocha, 2020, p.11). De acordo com o European Resuscitation Council (ERC) como citado por Rocha (2020) a manutenção da VA e a ventilação pulmonar, são os principais fatores preventivos de possíveis danos relacionados à hipoxia. A via aérea é abordada primordialmente no bloco operatório, pela necessidade de oxigenar o doente durante a anestesia geral. A obstrução da VA, pode ser completa ou parcial. No caso da "obstrução completa conduz rapidamente a uma paragem cardiorrespiratória (PCR), e as as obstruções parciais frequentemente precedem as obstruções completas e podem, por si só, condicionar lesões cerebrais, pulmonares, exaustão, apneia ou evoluir para PCR (Rocha, 2020, p.11).

Foram desenvolvidos vários scores e mnemónicas para ajudar a estratificar a dificuldade de abordagem da VA. Os scores classificam a VA em crescendo de dificuldade, embora seja mais prudente antecipar uma VAD. A propedêutica para avaliação prévia da VA é um dos meios mais fáceis e eficientes para este fim. A "classificação Mallampati avalia a visualização das estruturas da orofaringe com máxima abertura da boca e protusão da língua e relaciona-se com o score da classificação de Cormack-Lehane, que avalia a laringoscopia (Rocha, 2020, p.17). (Figura 1)

Figura 1- Classificação de Mallampati e de Cormack-Lehane

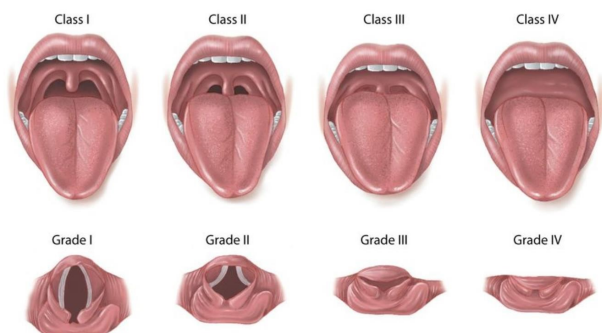


Tabela 2 - Classificação de Mallampati

| Classificação de Mallampati | |
|-----------------------------|--|
| I | Visualização dos pilares amigdalinos e de toda a úvula |
| II | Não se observam pilares amigdalinos |
| III | Apenas se observa base da úvula e palato mole |
| IV | Apenas se observa palato duro |

Tabela 3 - Classificação de Cormack-Lehane

| Classificação de Cormack-Lehane | |
|---------------------------------|---|
| I | Visualização de todo o orifício glótico |
| II | Visualização de parte das cordas vocais e aritenóides |
| III | Visualiza-se apenas epiglote |
| IV | Não se visualizam estruturas glóticas |

Fonte: Rocha, 2020.

Para classificação da VA, são utilizados ainda outras estratégias que ajudam nessa identificação e avaliação. Neste caso a avaliação física é essencial dado que pode sugerir uma possível dificuldade na ventilação por máscara facial, na laringoscopia e intubação traqueal, no uso de dispositivos supraglótico bem como na realização da cricotomia, (SPA, 2016). Foram assim criadas mnemónicas que ajudam a identificar os indicadores de previsível dificuldade de ventilação para a utilização das várias fases, neste caso para a adaptação da máscara facial. A saber a mnemónica MOANS:

- M** "mask seal"
- O** "obstruction"
- A** "age"
- N** "no teeth",
- S** "stiff"

Relativamente à dificuldade de laringoscopia e intubação, foi criada a mnemónica LEMON que permite uma ajuda rápida para uma situação de emergência. A saber:

- L** “look externaly”
- E** “evaluate the 3-3-2 rule”
- M** “mallampati score”
- O** “obstruction/obesity”
- N** “neck mobility”

Para a detecção de sinais sugestivos de dificuldade no uso de dispositivos supraglótico, foi criada a mnemónica RODS:

- R** “restricted mouth opening”
- O** “obstruction”
- D** “disrupted or distorted airway”
- S** “stif lungs or cervical spine”

Por fim e para a cricotomia também existem sinais sugestivos para a considerar difícil ou impossível, ou o tempo para a sua realização. Referimo-nos à mnemónica SHORT:

- S** “surgery”
- H** “hematoma”
- O** “obesity”
- R** “radiation distortion”
- T** “tumor” (SPA , 2016, p. 10, p. 11, p. 12).

Segundo a SPA, (2016) quanto maior for o número de indicadores preditores de dificuldade na abordagem da via aérea maior a possibilidade de estar perante um a situação problemática. Embora a evidência na literatura seja limitada, segundo esta, para a avaliação do impacto da história clínica e da consulta de registos prévios do doente e primordial. É através dela que se detectam fatores médicos, cirúrgicos ou anestésicos que ajudem na identificação de uma via aérea difícil com uma possível associação de problemas prévios na abordagem da via aérea. Dados do doente como: idade, obesidade, SAOS, roncopatia ou patologias congénitas ou adquiridas (:anquilose, artrite reumatóide, osteoartrite degenerativa), são de considerar. Acrescentam ainda que os registos clínicos que tenham informação sobre a abordagem da VA anterior, carta ou cartão de via aérea difícil que o doente possua são auxílio importante a uma

opção mais adequada. O mesmo se aplica a exames complementares de diagnóstico (ex: TAC e radiografia) anteriores ou atuais, que embora não haja evidência na literatura para o seu uso por rotina, podem identificar alterações com impacto na abordagem da via aérea. Contextos clínicos como risco de aspiração do conteúdo gástrico, tempo de tolerância à apneia, reserva cardiovascular, capacidade de entendimento e colaboração do doente, a competência e experiência do clínico envolvido, disponibilidade e capacidade do colega ou equipa que pode ajudar ou do material disponível para a estratégia ou plano delineado, tem que ser ponderados para além da cuidada avaliação da via aérea.

Existem vários algoritmos de abordagem da via aérea nomeadamente algoritmo da American Society of Anesthesiologists (ASA), Difficult Airway Society (DAS) e Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA), entre outras. Para a SPA, (2016) a abordagem da VA divide-se em três categorias:

- "Via Aérea Difícil": não existe uma definição standard e única de Via Aérea Difícil na bibliografia disponível". Assim considera-se a Via Aérea Difícil como "uma situação clínica em que um anestesiológista treinado e experiente se depara com dificuldades na ventilação com máscara facial ou dispositivo supraglótico, dificuldade na laringoscopia direta ou indireta, dificuldade na intubação traqueal ou na via aérea cirúrgica" (SPA, 2016, p.10). É importante ter em consideração de que: "Via Aérea Difícil é uma interação complexa entre fatores associados ao doente, ao cenário clínico específico e à capacidade do profissional, equipa e organização envolvida" (SPA, 2016, p.10). Podem ser descritas ou categorizadas como:
- "Via aérea difícil previsível": A avaliação da VA deve ser efetuada sob pena de trazer resultados nefastos. A avaliação pré-anestésica é fundamental bem como a necessidade de ter todo o equipamento operacional, neste caso os equipamentos anestésicos no interior da sala cirúrgica e um carro de Via aérea difícil deve estar operacional e disponível, bem como profissionais treinados para o mesmo. Nesta situação há a possibilidade de pedir ajuda e decidir pela opção tida como mais adequada: técnica não invasiva em que as opções são a realização de uma fibroscopia, videolaringoscopia ou outra com o nível de sedação, analgesia e/ou anestesia tópica adequados ao conforto e segurança do doente; ou ainda em última linha a realização de uma técnica invasiva como a cricotomia, acesso percutâneo, etc. SPA (2016).
- "Via aérea difícil não previsível": é um grande desafio e que muitas vezes pode evoluir para uma catástrofe tal como nos refere a SPA. Mesmo com uma avaliação de VA, podem não ser suficientes na sua categorização. Mesmo recorrendo a opinião multidisciplinar, o grau de previsibilidade é, ainda assim, falível pelo que o algoritmo deve sempre estar presente. Daí a necessidade imperativa de os serviços estarem treinados e com os equipamentos atualizados e verificados conforme as guidelines SPA (2016).

A abordagem da via aérea difícil abrange também o período pós-operatório onde se inclui a extubação. Torna-se imperativo a planificação em equipe duma estratégia adequada e segura para essa etapa tão importante. A avaliação contempla os domínios cardiovascular, respiratório

e neurológico, entre outros e fatores de risco específicos da VA, como as alterações identificadas, bloqueio neuromuscular residual, pelo que a existência duma equipa treinada, equipamento e monitorização adequados é fundamental na vigilância precoce de potenciais complicações e na prevenção de uma reintubação.

Existe outra forma de visualização e conceito da abordagem da VAD apresentado no British Journal of Anaesthesia, e mais atualizada em 2019 através do "The Vórtex Approach to airway management" (Chrimes, 2016). Falamos da abordagem Vórtex em que se baseia numa "ferramenta de implementação de alta acuidade", projetada especificamente para ser usado em tempo real, crítico e de alto risco de uma emergência em evolução das vias aéreas. Destina-se a ajudar as equipas a trabalhar sob pressão, fornecendo um modelo simples e consistente que pode ser ensinado a todos os médicos envolvidos na gestão avançada das vias aéreas, bem como a todos os intervenientes no procedimento (enfermeiro, entre outros profissionais). A ferramenta de implementação do Vórtex baseia-se na premissa de que existem apenas três 'linhas de vida' das vias aéreas superiores, pelas quais o fornecimento de oxigénio alveolar pode ser estabelecido e confirmado: máscara facial, via aérea supraglótica e tubo endotraqueal.

Relativamente à comunicação e registo de VAD, a SPA, (2016), defende que a sua sinalização é fundamental para uma próxima abordagem anestésica segura. A ausência de registo potencia complicações futuras e constitui uma falha na obrigação legal do anestesiológista. Deve ser feito portanto um relato no processo clínico acerca das dificuldades encontradas, as atitudes na resolução e o resultado intervenção, assim como a existência de consequências associadas ao evento. Deve ainda ser comunicado à pessoa ou familiar/pessoa significativa, explicando o evento fornecendo um documento explicativo (carta ou cartão de Via aérea difícil) de alerta para a situação de VAD. Em Portugal não existe um modelo uniformizado desse registo clínico, o que promove uma perda de informação importante e relevante para partilhar com os pares e prevenir de VAD não previsíveis. Por este fato, e segundo a associação, "a inexistência destes registos justifica o nosso desconhecimento acerca da morbilidade e mortalidade associadas à gestão clínica da Via aérea" (SPA, 2016, p.25).

Ainda assim a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA, 2016) refere que os eventos mais devastadores associados a morbilidade e mortalidade, na abordagem da VA são os respiratórios (17%). Releva ainda que as complicações na abordagem da via aérea ocorrem durante todo o período perioperatório: 67% na indução, 15% durante a cirurgia, 12% na extubação, e 5% durante a recuperação da anestesia. Acrescentam ainda que apesar de o número de mortes e lesões cerebrais na indução anestésica tenha diminuído de 62% (1985-1992) para 35% (1993-1999) o mesmo não se verificou relativamente às outras fases da anestesia e a probabilidade de morte/lesão cerebral acrescida nas emergências da via aérea associam-se a persistentes tentativas de intubação traqueal. Estes dados levaram à necessidade do desenvolvimento de estratégias de gestão da via aérea na indução, manutenção e recuperação da anestesia para melhorar a segurança dos doentes.

Segundo este autor (SPA, 2016, p.14), "existem estudos controlados randomizados e meta-análises que suportam o uso de determinadas técnicas e dispositivos, embora para outros não há grau de evidência elevado disponível e as recomendações para o seu uso são baseados em consensos de peritos"(SPA, 2016, p.14). Referem ainda que para uma abordagem da Via Aérea segura e correta é importante dispor de dispositivos que sejam fundamentais para aquele momento, bem como a escolha dos materiais seguindo os algoritmos e ou guidelines, o tipo de doente e de procedimento padrão, bem como treino e experiência obtida em meio controlado.

Nos Consensos na gestão clínica da via aérea em anesthesiologia, os autores entenderam classificar os materiais em unidades que devem ser familiares aos profissionais, que devem estar arrumados de forma semelhante, corretamente catalogados e objeto de controle periódico. Assim estas Unidades de Via Aérea são classificadas como Unidades de via Aérea de Rotina, que se destinam a locais onde se realiza abordagem da VA por rotina e agrupando o material considerado básico - Máscaras faciais, cânulas faríngeas (orais e nasais), laringoscópios, tubos traqueias, mandril estiletos e introdutores ou troca tubo ou adjuvantes como a pinça de Magil, e as Unidades de Via Aérea difícil que são equipamentos que se destinam a locais onde se a abordagem da VA é mais elevada, entre eles o BO, entre outros, onde se destacam os locais mais remotos. As primeiras deverão agrupar material diferenciado para abordagem de via aérea difícil previsível e não previsível como laringoscópios com lâminas especiais, videolaringoscópio, introdutores com capacidade de ventilação e oxigenação, dispositivos supraglótico com potencial de intubação, fibroscópio e material de acesso invasivo à via aérea; As Unidades de Via Área difícil deverão conter material para abordagem de via aérea difícil não previsível, de resgate de oxigenação como laringoscópios com lâminas especiais, videolaringoscópio, introdutores com capacidade de ventilação e oxigenação, dispositivos supraglótico com potencial de intubação e material de acesso invasivo à via aérea bem como material de resgate de intubação como videolaringoscópio que, pelas características específicas poderão e deverão ser de modelos mais ligeiros e menos onerosos.

Ainda na opinião desta associação, consideram importante reforçar a necessidade de uso periódico dos materiais das Unidades de Via aérea em situações clínicas controladas, com apoio e supervisão de colegas experientes no seu uso, o que permite adquirir experiência e estar mais preparado para tomar decisões para a sua utilização e o seu uso adequado em situações clínicas reais de necessidade de resolução de problemas no manuseio da via aérea.

No contexto de estágio existe um modelo de Carro de Via Aérea Difícil que, segundo o Diretor da equipa de anesthesiologia, irá ser substituído por outro modelo, cuja abordagem e filosofia é diferente do atual. Refere-se ao Difficult Airway Trolley (DAT). O DAT ideal é constituído por: Superfície de trabalho superior 4-5 gavetas; móvel; robusto; arrumado numa sequência lógica; claramente rotulado; facilmente limpo /documentação anexa com diretrizes locais modificadas; lista de verificação para reposição bem como um diário de bordo para sua verificação diária. Este, segundo as suas instruções deverá estar colocado num local de fácil acesso e operacional.

De fato a localização destes equipamentos é muito importante sendo considerada como o ideal uma localização de fácil acesso e que esteja operacional. A Associação de Anestesiologistas da Grã-Bretanha e Irlanda (AAGBI) na sua Diretriz de Segurança - Verificação de Equipamento Anestésico, afirma que "o equipamento para a gestão da via aérea difícil prevista ou inesperada deve estar disponível e verificado regularmente de acordo com as políticas departamentais" referem "a importância dada a um DAT adequadamente armazenado, disponível em TODAS as áreas necessárias e que, no mínimo, esteja em conformidade com um padrão local, se não nacional. A morte e a morbidade grave atribuíveis à anestesia estão comumente associadas à falha no manejo das vias aéreas difíceis. Quando surge uma emergência nas vias aéreas, o acesso imediato a equipamentos de vias aéreas difíceis é fundamental para a implementação de estratégias de resgate" (Bjurström et al., 2019,sp).

A dificuldade com a gestão das vias aéreas para anestesia tem implicações potencialmente graves, uma vez que a incapacidade de assegurar uma via aérea patente pode resultar em lesão cerebral hipóxica ou morte. O reconhecimento precoce de que a via aérea de um paciente pode ser difícil de gerir assim planejar a anestesia permite a minimizar o potencial de morbidade grave relacionada com as vias respiratórias, assim a preparação do equipamento é fundamental. Imediatamente antes da anestesia, tanto o equipamento de rotina como o de emergência das vias aéreas devem ser verificados quanto à sua disponibilidade e funcionalidade. Deve estar imediatamente disponível os equipamentos para as vias aéreas padrão e alternativos, incluindo máscaras faciais, tamanhos e tipos apropriados de laringoscópios (diretos, indiretos, flexíveis), vias aéreas orais e nasais, vias aéreas supraglóticas, bougies, e equipamento para acesso invasivo de emergência às vias aéreas. Para os autores consideram que se deve manter o material de emergência e o equipamento avançado de vias aéreas num carrinho móvel, que deve estar no local de anestesia antes da indução do paciente com uma via aérea potencialmente difícil, como recomendado pela Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA). Relativamente à preparação do doente: Antes da indução da anestesia, o cuidado do doente com uma via aérea prevista difícil inclui a pré-oxigenação e o posicionamento adequado. Os doentes submetidos a intubação acordados precisam de uma preparação especial no sentido de colaborarem na técnica (Rosenblatt, et al., 2022).

Num estudo sobre a avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção do enfermeiro concluiu que "(. . .) os resultados indicam oportunidades de melhoria na generalidade das dimensões de segurança do doente no BO". Destacam ainda a necessidade de "(. . .)operacionalizar as auditorias internas, incentivando a aprendizagem organizacional e a melhoria contínua de segurança". Concluem ainda que "(. . .) a prevenção de incidentes e a formação (. . .) constituem-se como áreas com necessidade de investimento urgente" (Mota et al., 2021, p.8) .

Incentivados por estes desafios, sob o prisma da promoção dum ambiente seguro, com consciência cirúrgica, justifica um olhar atento sobre a gestão e manutenção, na otimização na

abordagem da via aérea, pelo caráter de potencial imprevisibilidade e pela forma que se apresenta, rotina, urgência ou emergência. Situação que aporta preocupações não só no momento da intubação endotraqueal mas também durante a cirurgia, bem como no pós-operatório. Associamos esta problemática à motivação e interesse no domínio do sistema respiratório, concretizado na abordagem da via aérea, associada ao procedimento invasivo Tireoidectomia total, conforme premissas do estágio. A escolha assentou nesta cirurgia por vários fatores tais como: constituir parte do plano operatório da Cirurgia Geral, concretamente no grupo da Cabeça e Pescoço, semanalmente, cirurgia com caráter eletivo, urgência ou emergência, em qualquer das fases do perioperatório, como anteriormente descrito, pela abordagem cirúrgica, face anterior do pescoço; posicionamento cirúrgico (posição semi-Fowler); imprevisibilidade na abordagem da via aérea; pelas complicações pós operatórias, destacando-se as respiratórias e hemorrágicas, como pudemos apresentar no estudo de caso, colocou-se esse desafio o qual foi, exigindo por parte do enfermeiro especialista a mobilização de conhecimentos teórico prático atualizados.

Da observação pormenorizada, análise e reflexões com o tutor e pesquisa bibliográfica efetuada durante o estágio, pude compreender que a gestão e organização de equipamentos essenciais para a prevenção de complicações ou para otimização dos cuidados de enfermagem, afetos à anestesia seria uma oportunidade para desenvolver competências na promoção do ambiente seguro, através da padronização de práticas e na uniformização na gestão dos vários equipamentos para o suporte ventilatório (ventilador e todos os acessórios de suporte) na sala cirúrgica e do equipamento de apoio à abordagem da via aérea, nomeadamente o Carro de Intubação Difícil, através de procedimentos, seguindo as guidelines, sustentadas na melhor evidência científica e vinculados à equipe multidisciplinar do BOC e UCPA, contribuindo assim para a prevenção e promoção da segurança na conceção dos cuidados à pessoa em situação perioperatória.

O enfermeiro especialista no garante da segurança na conceção dos cuidados de enfermagem, tem aqui uma importância extrema, por um lado, através da preparação do ambiente como verificação e confirmação das checklists diariamente, como na manutenção/supervisão destes equipamentos, quer em sala cirúrgica, quer no equipamento de apoio à VA, isto é, ao Carro de Via aérea difícil, através da sua manutenção sempre que necessário. Por outro, os conhecimentos técnico científicos bem como no diagnóstico da situação, como a comunicação e liderança são neste contexto fundamentais para a tomada de decisão na interdisciplinaridade que é essencial nestas situações de emergência de grande stress.

B) Competências na área da investigação.

A enfermagem à pessoa em situação perioperatória deve desenvolver um corpo de saberes específicos onde a investigação tem um papel de destaque. Os cuidados de enfermagem

especializados sustentam-se na aplicação da melhor evidência científica assim como o contexto das práticas é o campo ideal para o desenvolvimento de estudos de investigação cujos resultados venham a contribuir para a disciplina do conhecimento e para melhores práticas.

Partindo do enquadramento teórico conceptual apresentado, bem como as oportunidades de melhoria no Serviço, propusemo-nos desenvolver dois procedimentos, uma Lista de Verificação e um documento de monitorização de equipamento, com a finalidade de contribuir para maior segurança cirúrgica. Assim enunciamos os referidos documentos:

- Procedimento para a manutenção do carro de via aérea difícil, no Bloco Operatório Central;
- Monitorização do carro de via aérea difícil do Bloco Operatório Central;
- Procedimento para a manutenção do equipamento anestésico na Sala Cirúrgica, no Bloco Operatório Central;
- Lista de verificação do equipamento anestésico na Sala Cirúrgica do Bloco Operatório Central.

A criação destes procedimentos tiveram como objetivos: contribuir para a segurança na gestão dos equipamentos carro de Via aérea difícil, na manutenção da via aérea, na pessoa submetida ao procedimento invasivo Tiroidectomia no Intra e no Pós-operatório e maximizar a segurança da sala cirúrgica e dos equipamentos anestésicos, na manutenção da via aérea à pessoa submetida ao procedimento invasivo tiroidectomia, no Intra operatório.

Assim seguindo a metodologia científica, vamos apresentar detalhadamente a concepção, construção e validação dos documentos referidos.

Numa primeira fase procedeu-se à construção das propostas de procedimentos e Listas de verificação com base na revisão da literatura, considerando as publicações do estado da arte, elaboradas várias versões as quais foram analisadas e melhoradas com o enf. Tutor, até obtermos a versão que consideramos a mais adequada dos documentos.

Posteriormente procedeu-se à validação dos documentos por meio do Grupo Focal sendo debatido cada item, consensualizado e votado.

A técnica de Grupo focal, de acordo com Krueger e Casey (2009, p. 2), é definida por “um tipo especial de grupo. É um tipo de meio para melhor entender o que as pessoas sentem ou pensam acerca de um assunto, produto ou serviço”. Em sintonia Morgan (1997, p. 5), afirma que “por meio dos grupos focais poderemos sumariar as prioridades dos entrevistados e efetuar sugestões com base nas suas próprias recomendações”.

Relativamente Grupo Focal, considerando o número de participantes, idealmente deve integrar 6 a 12 elementos (Krueger & Casey, 2009), tendo em conta os critérios de inclusão do nosso estudo, a nossa amostra foi constituída por 7 elementos. A amostra foi selecionada por um processo de amostragem não probabilística de escolha intencional (Fortin, Côte, & Fillion, 2009;

Gil, 2008). Com base no exposto na literatura, atendemos à homogeneidade do grupo, pelo que as pessoas com características adequadas ao estudo, foram recrutadas segundo os seguintes critérios:

- Enfermeiros com especialidade em Enfermagem Médico -cirúrgica a exercer funções de anestesia, no BOC de um Hospital do Norte do País;
- Enfermeiros a exercer funções de anestesia há pelo menos dois anos de prática, no BOC de um Hospital do Norte do País

Dos 7 Enfermeiros presentes na reunião, 57,1% (4) são do sexo feminino e 42,9% (3) do sexo masculino, onde a média de idades rondou os 44 anos, sendo que a idade máxima foi de 61 anos e a idade mínima de 31 anos constituindo uma média de 20,9 anos de serviço. A experiência profissional relativamente à prestação de cuidados especializados em enfermagem médico cirúrgica no doente crítico é, em média, de 12,9 anos. Dos 7 enfermeiros, 5 são especialistas em enfermagem Médico-cirúrgica no doente crítico, em média há 3 anos. Apesar de não haver enfermeiros especialistas do perioperatório, os enfermeiros selecionados, dado o conhecimento e experiência que detém no âmbito do Perioperatório, consideramos ter assegurado a constituição de um grupo de peritos cujos contributos são essenciais para a realização do nosso trabalho.

Tabela 4- Caracterização dos peritos

| CARATERIZAÇÃO DOS PERITOS n=7 | | | | | | |
|-------------------------------|---------|-----------|--------------|---|---|------------------------|
| Perito | Sexo | | Idade (Anos) | Especialidade em enfermagem médico-cirúrgica (Anos) | Experiência Profissional em Cuidados Especializados EMC ou Dente crítico ou Perioperatório (Anos) | Anos de serviço (Anos) |
| | Feimino | Masculino | | | | |
| P1 | 1 | | 37 | 7 | 14 | 14 |
| P2 | 1 | | 48 | 3 | 23 | 23 |
| P3 | 1 | | 61 | 2 | 28 | 40 |
| P4 | 1 | | 45 | 0 | 6 | 22 |
| P5 | | 1 | 42 | 3 | 9 | 18 |
| P6 | | 1 | 31 | 2 | 8 | 9 |
| P7 | | 1 | 44 | 0 | 2 | 20 |
| N | 4 | 3 | | | | |
| % | 57,1 | 42,9 | | | | |
| Média | | | 44 | 3 | 12,9 | 20,9 |
| Max | | | 61 | 7 | 28 | 40 |
| Min | | | 31 | 0,5 | 2 | 9 |

Os objetivos do nosso estudo são:

- Elaborar a proposta de procedimento para a verificação do carro de via aérea difícil, no Bloco Operatório Central;
- Elaborar a proposta de monitorização do carro de via aérea difícil no Bloco Operatório Central;
- Elaborar a proposta de procedimento para a manutenção do equipamento anestésico na Sala Cirúrgica, no Bloco Operatório Central;
- Elaborar a proposta de Lista de verificação do equipamento anestésico na Sala Cirúrgica do Bloco Operatório Central;

Face aos objetivos enunciados, consideramos o defendido por Vaughn et al. (1996, p.5) “a maioria dos pesquisadores concordam que é sensato realizar apenas um único grupo focal”.

No sentido de garantirmos a participação dos diferentes peritos, optamos por realizar a entrevista via zoom, conforme (Krueger e Casey, 2009). Por esta via garantimos a gravação das entrevistas. Associadas à gravação foram efetuadas notas de campo pelos investigadores presentes na reunião. Esta estratégia permitiu obter notas para posterior reflexão e validação aquando da transcrição e análise dos dados. Com efeito, de acordo com Krueger e Casey (2009), pode realizar-se a entrevista presencialmente, via telefone e ainda via Internet. O tempo despendido na entrevista foi de cerca de duas horas. Cumprindo o preconizado por diferentes autores, os quais referem que o tempo varia consoante o objeto da investigação e o número de elementos (Gomes e Barbosa, 1999; Kitzinger, 1995). Tal como previsto no guião da reunião do GF (anexo III), esta realizou-se no dia 29 de maio de 2023 e iniciou-se com uma apresentação da dinâmica da mesma e dos objetivos e metodologia do estudo.

De acordo com Gomes e Barbosa (1999, p.7) o investigador assume um papel multifuncional: “moderador, ouvinte, observador e eventual analista”. As questões obedecem a um plano prévio, o qual é designado por “rota de questionamento” ou “Guião de entrevista” ou ainda “roteiro de discussão” (Gomes e Barbosa, 1999, p.2). Considerando a moderação Goldman (1962) refere que o moderador deve ter um papel neutral e de facilitador, não concluindo, dominando ou polarizando a discussão. Segundo Gomes e Barbosa (1999) a moderação pode ser concretizada por duas pessoas. Uma coloca as questões e outra faz notas de campo, podendo trocar entre si as funções. Com efeito o Grupo Focal foi moderado pelo investigador, sendo coadjuvado pelo orientador, considerando um guião de entrevista previamente preparado. Procurou-se também, para salvaguardar a participação coletiva, que cada elemento do grupo falasse cerca de 10 minutos (Gomes e Barbosa 1999). Adotámos estas medidas dado que similarmente aos restantes métodos de investigação, os grupos focais encerram limitações, sendo estas: a impossibilidade de generalizar os achados dado o número limitado que o grupo congrega (Gibbs, 1997); o investigador ou moderador tem menor controlo sobre os dados produzidos (Morgan, 1998); impossibilidade de perceber o ponto de vista individual; o método não contempla o anonimato e pode ocorrer monopolização do tempo de participação (Gibbs,

1997).

Quanto à colheita de dados, atendemos a que os mesmos fossem colhidos com base no que os participantes dizem e na interação entre eles; garantimos a participação dos diferentes membros do grupo focal e o “processo de colheita de dados não pode interferir ou desvirtuar a coordenação do grupo e o método de registo de dados não pode possuir efeitos reativos sobre o grupo de participantes” (Sim, 1998, p.347).

Para a elaboração dos documentos a colocar em discussão, foi realizada previamente uma pesquisa da literatura, procurando incorporar o respetivo estado da arte. O guião da entrevista é composto por seis questões, as quais foram atendidas na análise dos quatro documentos, por parte dos peritos. Face aos contributos dos diferentes peritos passamos a descrever por documento.

Proposta de procedimento para a verificação do carro de via aérea difícil, no Bloco Operatório Central - Garantiram todos os itens. Relativamente aos intervenientes no processo, concordam que seja o enfermeiro especialista, mas coadjuvado por um enfermeiro generalista enquanto forma deste realizar treino e conhecimento sobre o material disponível.

Proposta de procedimento para a manutenção do equipamento anestésico na Sala Cirúrgica, no Bloco Operatório Central - Garantiram todos os itens. Considerando a descrição, três peritos propõem a estruturação deste procedimento em suporte eletrónico. Há dois peritos que alertam para a necessidade de perceber se a passagem para suporte eletrónico vai acrescentar custos para o serviço.

Proposta de Lista de verificação do equipamento anestésico na Sala Cirúrgica do Bloco Operatório Central - Após apreciação de todos os itens é proposta a remoção do item “Verificar a pressão de gases na rampa (igual ou superior a 50 psg)”, devendo este integrar outro procedimento/checklist que não este. No item “PNI/PA, um perito propõe acrescentar “manga de pressão”. No item “cabo e sonda de temperatura” três peritos propõem acrescentar “termómetro”. É ainda proposto que sejam acrescentados à checklist: “rolo de adesivo” (um perito). No domínio “Outros Equipamentos” três peritos propõem acrescentar “duas seringas infusoras, elétricas e uma Bomba perfusora”, para serem equipamentos permanentes na sala cirúrgica, de acordo com a literatura, nas recomendações para os equipamentos na sala cirúrgica e que foi abordada anteriormente.

Proposta de monitorização do carro de via aérea difícil no Bloco Operatório Central - foi proposto retirar itens e completar outros itens na avaliação do doente, na abordagem da VA bem com o registo da identificação do mesmo. O Grupo acordou em alterar o nome do documento na primeira pagina colocando "Carro de via Aérea difícil/ Monitorização do equipamento do BOC e no verso "Avaliação do doente e registo de VAD", afim de obter o maior numero de dados para uma correta identificação na utilização do equipamento bem como na

obtenção de dados do doente, características da VA, e como foi resolvida a situação.

Numa fase posterior a este projeto, com a implementação dos procedimentos e lista de verificação e monitorização, supracitados proceder-se-á à sua aferição caso necessária.

Para a realização deste estudo, foram seguidos todos os procedimentos éticos de uma investigação. Assim efetuamos o pedido de autorização para a realização do estudo à Comissão de Ética para a Saúde (CES), e ao Sr. Presidente do Conselho de Administração da Instituição, com o seu parecer favorável à sua realização em conformidade com o Parecer nº 33/2023 (anexo IV). Para além de cada membro do grupo focal ter assinado o termo de consentimento informado (anexo V), consideramos absolutamente necessário garantir a confidencialidade dos contributos apurados. A gravação da sessão de Grupo Focal foi eliminada após a análise de conteúdo dos discursos proferidos. Deste modo, garantimos que apenas os participantes e investigadores tiveram acesso à informação que os identificavam. Foi-lhes ainda assegurada a possibilidade de acederem aos resultados do estudo. Observamos ainda o respeito pelo princípio de fidelidade de autores, de integridade textual e a ausência de conflitos de interesses e éticos.

Relativamente à análise e discussão dos resultados, com base nos documentos apresentados aos peritos, foram realizadas cinco propostas de alteração, sendo que só uma retira um item de um dos documentos e as demais acrescentam itens em três destes documentos. Com efeito a inclusão destes documentos na dinâmica do bloco operatório vem consolidar a “segurança do doente” em consonância com o defendido pela DGS. Inferimos que são as metodologias de investigação que sustentam a melhores práticas contribuído para a segurança na melhoria continua dos cuidados designadamente à pessoa em situação perioperatória.

Os documentos referidos na sua versão final são os seguintes:

- Procedimento para a verificação do carro de via aérea difícil, no Bloco Operatório Central (anexo VI);
- Carro de via Aérea difícil/ Monitorização do equipamento do BOC e no verso Avaliação do doente e registo de VAD (anexo VII);
- Procedimento para a manutenção do equipamento anestésico na Sala Cirúrgica, no Bloco Operatório Central (anexo VIII);
- Lista de verificação do equipamento anestésico na Sala Cirúrgica do Bloco Operatório Central (anexo IX);

Seguidamente os documentos apurados, foram entregues ao gestor do serviço para ser introduzido no serviço e dado a conhecer à equipa de enfermagem numa sessão de formação conforme apresentamos adiante .

C) Competências de Formação em serviço

Inserida na Educação permanente, a formação é um processo contínuo que deve estar presente

no cotidiano do enfermeiro especialista como uma dicotomia teoria/prática. Considerada como uma importante e imprescindível estratégia de desenvolvimento de recursos humanos nos diferentes contributos, para o aperfeiçoamento profissional e segurança do utente, é simultaneamente uma forma de aquisição, atualização e partilha de conhecimentos que perspectiva uma melhoria da qualidade dos cuidados, no sentido de corresponder aos desafios atuais estabelecidos pelos utentes e sociedade.

Realizamos uma sessão de Formação em serviço, dirigida à equipa de Enfermagem para apresentação dos trabalhos resultantes do nosso estudo, com a temática: "Procedimentos de Enfermagem Perioperatória: Segurança do doente na abordagem da Via Aérea" (anexo XI).

Para a realização desta Sessão de formação em conjunto com o enf. Tutor, foi elaborado um guião de sessão formativa (anexo XII). Após contato com o grupo de Formação do serviço foi incluída no Plano de formação do serviço relativo ao mês de Junho, seguindo as normas do Departamento de Formação da Instituição, tendo por base as etapas preconizadas na elaboração de uma formação em serviço. Relativamente à avaliação da sessão foi efetuada através do questionário existente no serviço para o efeito. O resultado obtido foi de satisfação para grande maioria dos participantes (anexo XIII).

Esta atividade permitiu-nos consolidar a ideia de que a formação em serviço constitui uma mais valia para a capacitação da equipa mediante as necessidades identificadas no contexto de trabalho. Pelo exposto foram desenvolvidas competências no planeamento e realização de formação em serviço, assim como competências comunicacionais em ambientes educativos.

Ao longo estágio também estivemos presentes nas formações em serviço, que tanto contributo deram, pois permitiram criar um espaço de debate e reflexão sobre os assuntos apresentados. Assim como formanda participei nas seguintes formações:

05/05 - "Visita pré-Operatória";

31/03 - "Prevenção e Controle de Infecção do Local cirúrgico";

04/04 - "Eficácia da desinfeção com Robô UVDC- Apresentação de resultados de um estudo de investigação";

17/05 - "Revisão da PTA";

25/05 - "Considerações sobre Gestão do BOC".

No dia Mundial da criança (01/06) o serviço assinalou o dia sob a temática da Humanização dos cuidados no projeto: "Começar sem medos, acabar sem dores", onde tivemos a oportunidade de participar na organização do evento. Do ponto de vista profissional foi uma experiência muito interessante e muito educativa, uma vez que estiveram envolvidas equipas médicas, de enfermagem, assistentes operacionais, incluindo a equipa do INEM, e outros departamentos,

pelo que foi extremamente positivo observar a participação e adesão das crianças nas simulações propostas. Consideramos muito importante esta aproximação à comunidade por forma a esclarecer dúvidas, capacitando as pessoas e criando espaço para uma maior literacia em saúde.

Participamos ainda no evento NursID Spring School, 2023 no Seminário 9, dia 09/05 (anexo X), para apresentação do trabalho em desenvolvimento referente ao estágio Módulo II com a temática "Otimização da via aérea na Pessoa submetida a Tiroidectomia no Intra e Pós-operatório: Contributo do Enfermeiro Especialista", que decorreu na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Consideramos importante estes momentos de partilha/divulgação científica abertos à comunidade escolar, científica e profissionais, como forma de dar visibilidade aos desenvolvimentos de enfermagem efetuados neste ciclo académico, alertando para as diferentes temáticas que preocupam e são objeto de estudo, dos enfermeiros especialistas.

Como dissemos todas as estratégias, por nós utilizadas, são válidas para aprofundar o conhecimento, consciencializando os nossos limites tanto pessoais como profissionais. Para além disso, sem um elevado nível de conhecimento seria impraticável uma prática clínica baseada na evidência científica. Relativamente a este aspeto, de fato sentimos que tem havido uma grande evolução da profissão da enfermagem a qual está plasmada nos inúmeros trabalhos de teses/dissertações, artigos e demais estudos, que são realizados pelos enfermeiros que dão um enorme contributo para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina do conhecimento.

5.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória

Importa agora centrar a reflexão sobre o exercício das mesmas no contexto específico que é o período perioperatório. É desse exercício que emergem as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Definidas no Regulamento de Enfermagem nº 429/2018, de 16 de julho, nomeadamente no artigo 5º, constituem assim o fio condutor para a elaboração deste subcapítulo.

AS Competências específicas "decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas" (DR, 2019, p.4745).

A dinamização de todo este processo é assim assegurada pelo Enfermeiro de BO e de forma particular pelo EE que assume o desenvolvimento de competências tal como já referimos, nas cinco áreas que são complementares entre si, designadamente Consulta Perioperatória,

Anestesia, Circulação, Instrumentação e Cuidados pós anestésicos, num período que comporta as fases Pré, Intra e Pós-operatório, de forma rotativa ou não, conforme as dinâmicas organizacionais e de gestão de Recursos Humanos de cada serviço e das políticas de cada Instituição. Esta polivalência de funções permite não só uma melhor Gestão dos RH disponíveis, como fomenta a consciencialização de uma visão abrangente pela amplitude das suas competências, que valoriza a realização do trabalho em equipa.

Relativamente às dotações seguras cada sala cirúrgica contempla três enfermeiros, um por cada área de intervenção, e um enfermeiro para cada dois utentes, na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (imediatos) conforme o Regulamento de Enfermagem n.º 723, (2019).

Pautado pelo Regulamento e concretização do Projeto por nós elaborado no Módulo I, fomos, ao longo deste estágio paulatinamente, construindo e solidificando um corpo de conhecimento sólido e abrangente, no sentido de efetivamente cuidar de pessoas a vivenciarem processos cirúrgico e anestésico, incluindo o envolvimento da família ou pessoa significativa, tendo em conta as especificidades e práticas do contexto e acompanhados pelo Enf. Tutor.

De forma resumida, tivemos a oportunidade de cuidar da pessoa submetida a cirurgias de carácter urgente/emergente e de rotina, de várias Especialidades Cirúrgicas, nomeadamente: Cirurgia Geral donde se destacam as sub especialidades de cirurgia da mama; cabeça e pescoço, por exemplo a Tireoidectomia total e unilateral, como também cirurgias do foro oncológico e não oncológico, Colón e Reto e Pâncreas. Outras especialidades também foram experienciadas designadamente Cirurgia Ortopédica e Ortotraumatológica como as ATJ, ATA, cirurgia do Ombro, entre outras; áreas de Ginecologia e Obstetrícia, onde se realçam as cesarianas de carácter de eletivo, urgente e emergente; Urologia algumas das quais com carácter de "grande cirurgia" e por fim cirurgia da especialidade de ORL, entre outras, Timpanoplastia, Micro endo-cirurgia ou Septoplastia.

Conforme foi anteriormente referido, o perioperatório abrange as fase Pré, Intra e Pós-operatória, áreas com diferenças ao nível de cuidados de enfermagem, de acordo com as necessidades e situação clínica da pessoa. A fase pré-operatória tem início quando a pessoa e o cirurgião decidem pela cirurgia e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória. O período intraoperatório inicia-se no momento em que é recebida na mesa operatória e termina no momento em que é transferida para a sala de recuperação anestésica (UCPA). O período pós-operatório decorre desde a admissão do cliente na Unidade de Cuidados Pós anestésicos até à alta ou seja quando se considera que a pessoa está recuperada do processo cirúrgico e anestésico, DR, (2018, p.19366) sendo que cada sala cirúrgica contempla três enfermeiros, um por cada área de intervenção, e um enfermeiro para cada dois utentes, na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (imediatos) conforme o regulamento n.º 723 (2019). São assim cuidados abrangentes e muito diferenciados, em fases diferentes e complementares num continuum do Processo Invasivo, que requerem práticas seguras e individualizadas à pessoa em situação

perioperatória.

A enfermagem perioperatória inscreve-se em padrões de qualidade, onde a tomada de decisão do exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa e família/pessoa significativa e prescreve intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2001).

Atualmente os Cuidados de Enfermagem Perioperatórios desenvolvem-se num processo padronizado de boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa num contínuo, antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico. Visam proporcionar à pessoa proteção na situação particular de vulnerabilidade, capacitá-la e promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde Ordem dos Enfermeiros (2017).

Os Cuidados de Enfermagem Perioperatórios, fundamentam-se nos seguintes pilares (OE, 2017, p.17):

- O Reconhecimento do Outro e a Capacitação como base da intervenção e do processo de enfermagem. O enfermeiro perioperatório, estabelece uma relação interpessoal e Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório reconhece a pessoa como ser único, complexo e aprendente, capaz de desenvolver o conhecimento e a autoconsciência. Faz um plano conjunto do projeto de cuidados, reconhecendo a liberdade de escolha da pessoa, fomentando a sua autonomia e comportamentos ajustados à situação, atua promovendo, assim, a sua capacitação;
- A Vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória pode ser expressa como a impossibilidade de a pessoa responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a um procedimento cirúrgico e anestésico. A vulnerabilidade traduz a exposição aos riscos, a desproteção e a impossibilidade de defesa, exigindo que a pessoa em situação perioperatória, vulnerável e quando exposta a riscos, seja protegida por outra pessoa em sua substituição;
- A Responsabilidade de cuidado - o enfermeiro especialista na área da enfermagem perioperatória tem a responsabilidade de promover resultados positivos e ajudar a pessoa a atingir o seu melhor nível de função e bem-estar. Assegura um padrão de excelência no cuidar antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos e anestésicos de acordo com as necessidades da pessoa, atua com prudência face aos riscos e incertezas, respondendo pelas suas decisões, atos e consequências e influenciando positivamente a equipa, em benefício da pessoa em situação perioperatória;
- A Prudência e a gestão de risco - o enfermeiro especialista na área da pessoa em situação perioperatória tem competências na gestão dos riscos e das consequências que dele podem

decorrer. Atua com consciência cirúrgica, prudência e precaução, atento ao pormenor e aos comportamentos, numa atitude de prevenção e vigilância antecipatória, tomando decisões ajustadas à natureza, gravidade e probabilidade de ocorrência de riscos, com o objetivo de evitar um evento adverso prejudicial à pessoa ou à equipa;

- A Consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar da pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado.

Estes padrões norteiam e suportam as boas praticas na procura permanente da excelência no exercício profissional, alinhando-se nos mais elevados níveis de satisfação dos clientes (pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa), através dos seguintes pontos chave:

- Promoção da Saúde: ajuda os clientes (pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa) a alcançarem o máximo potencial de saúde na vivência da situação perioperatória.
- A Prevenção de Complicações: são elementos importantes face à prevenção de complicações, entre outros.
- Bem-estar e o autocuidado: maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente, sendo assim elementos importantes face ao bem-estar e ao autocuidado.
- A readaptação funcional: através da procura conjuntamente com o cliente no desenvolvimento de processos eficazes de adaptação funcional aos problemas de saúde.

São portanto nestes fundamentos que diariamente enfermeiro especialista se deve desenvolver e capacitar, objetivando o melhor no cuidado à pessoa em situação perioperatória.

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

Sendo uma das competências específicas do enfermeiro especialista pelo Regulamento (2018) disposto pelo nº 2 do artigo 5º (2018, p.19366), espera-se que dada a especificidade das necessidades da pessoa em situação perioperatória se impõe a necessidade de mobilização dos conhecimentos e habilidades, para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo simultaneamente através da capacitação para autocuidado pela compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-a para o autocuidado e reintegração familiar e social, Regulamento nº 429/2018, (2018).

Objetivo proposto: Desenvolver competências nos cuidados pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa.

O cuidar no perioperatório engloba uma panóplia de intervenções de enfermagem fundamentais, considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatório. Como já foi

referido a vulnerabilidade da pessoa, a possibilidade de ocorrência de eventos adversos e da complexidade do ambiente criam desafios ao enfermeiro especialista. Cuidar da pessoa, implica incorporar e mobilizar os conhecimentos e habilidades para garantir a segurança cirúrgica, através da maximização da segurança congruente com a consciência cirúrgica. Estas competências foram-se desenvolvendo com a ajuda da ferramenta Ontologia de enfermagem e da realização dos estudos de caso na plataforma e4nursing, que contribuíram para a organização dos planos de cuidados de acordo com as necessidades da pessoa, nas três fases do perioperatório e que nos orientou para um cuidado mais individualizado e concreto.

Partimos assim para o desenvolvimento desta competência através de intervenções de gestão materiais, equipamentos, serviço, recursos humanos, coordenação, liderança, acrescentando as áreas mais específicas da Instrumentação, Circulação e Anestesia, nas fases do Pré, Intra e Pós-operatório, sendo que todas constituem um trabalho simultâneo, multidisciplinar na sua perspectiva interprofissional.

A) Pré-operatório.

No desenvolvimento do estágio fomos observando e acompanhando as práticas e intervenções do enfermeiro tutor. De fato e tendo em conta as fases do perioperatório e a especificidade das necessidades da pessoa, pude constatar por exemplo, que a inexistência de Consulta perioperatória traz alguns constrangimentos por exemplo no estabelecimento duma relação de confiança com a pessoa e na dificuldade em estabelecer um plano de cuidados individualizado atempado e discutido com a mesma e ou família/pessoa significativa. O Pré-operatório é um período importante e o momento ideal para iniciar o processo de conceção de cuidados de enfermagem à luz do Processo de Enfermagem. É o "período de preparação física e psicológica da pessoa para a cirurgia" cujo tempo pode variar de acordo com a tipologia da cirurgia, eletiva ou urgente e onde as intervenções de enfermagem "são essencialmente de suporte, ensino e preparação para os procedimentos anestésicos e cirúrgicos" (Spry como citado em Ferrito, 2014, p. 3).

A visita pré-operatória é considerada como um momento importante de contato prévio à cirurgia e preparação da pessoa e família/pessoa significativa, no estabelecimento duma relação terapêutica imputando ao momento um importante fator na promoção dum ambiente de maior confiança e segurança no período perioperatório, Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações AESOP, (2006). A Visita Pré-Operatória (VPO) "assume-se como um momento decisivo para o planeamento" individualizado nos objetivos propostos. Segundo esta Associação, a intervenção cirúrgica é vivenciada pela pessoa de uma forma "intensa e dolorosa" e a perspectiva do ato cirúrgico, devido ao desconhecido do qual se sente medo preocupa mais do que a doença, provocando assim elevados níveis de ansiedade. A VPO "representa numa perspectiva de continuidade, o primeiro elo da cadeia do processo dos cuidados perioperatórios" (AESOP, 2006, p. 122). Referem ainda que deve ser realizada pelo

enfermeiro de anestesia no dia anterior à cirurgia, iniciando os cuidados perioperatórios. Sendo o primeiro contato, é muito importante para conjuntamente, encontrar as estratégias que promovam a diminuição da ansiedade relativa à nova realidade e facilitando a integração nos cuidados perioperatórios.

Segundo o estado da arte a VPO está ainda pouco implementada, embora já se encontram alguns estudos, que partilham os mesmos resultados considerando um importante momento para estruturar todo o processo cirúrgico, e conceção de cuidados de enfermagem juntamente com a pessoa/família/pessoa significativa. No seu artigo, Gonçalves, Pereira e Machado (2019) concluíram que relativamente à construção e implementação de um modelo de enfermagem no pré-operatório, para a de cirurgia geral programada, que "a consulta de enfermagem pode ser uma estratégia valiosa para o desenvolvimento da autonomia do enfermeiro e proporciona reconhecimento profissional, sustentando-se num processo de tomada de decisão que requer competências, conhecimentos, atitudes e habilidades" (Gonçalves et al., 2019, p.54).

Também outros autores (Pires e Rego, 2017, sp) concluíram no seu artigo que "A visita pré-operatória de enfermagem é uma mais-valia no desenvolvimento da vertente relacional dos cuidados de enfermagem no BO" e acrescentam ainda que é "através desta relação de ajuda que o enfermeiro desenvolve capacidades que irão ajudar o utente a ultrapassar os seus medos, resultando assim numa clara melhoria da qualidade dos cuidados prestados". Esta visita constitui assim uma atividade autónoma mas integrada na multidisciplinaridade com o objetivo de "melhor satisfazer as necessidades dos doentes e tendo como meta a Humanização dos cuidados no bloco operatório. Realizada pelo enfermeiro de Anestesia, concretiza o início de todo o processo dos cuidados perioperatórios; estabelece o contato prévio com a pessoa e família através da relação de ajuda e promove o autocuidado com base num programa de suporte e informação" (Jesus e Abreu, 2014, p.39).

Várias são as vantagens duma consulta pré operatória. Para Pettersson et al.(2018), referido por Breda e Cerejo (2021, sp) num artigo de investigação, "o enfermeiro conhece a história do doente, através de uma entrevista e, posteriormente adequa intervenções às necessidades identificadas". Acrescentam ainda que as evidências científicas identificam a importância da enfermagem na compreensão da experiência vivenciada pelo utente. O seu estudo conclui que "a consulta permitiu apostar na educação como ferramenta para avaliar, planear e intervir de acordo com a individualidade do utente (. . .) privilegia a transmissão de informações verbais e escritas importantes para a preparação da cirurgia bem como na promoção do autocuidado (. . .) é eficaz na construção da relação enfermeiro/doente, pois permite ao enfermeiro escutar atentamente os problemas e as dúvidas do doente para posteriormente planear intervenções autónomas" (Breda e Cerejo, 2021, sp). Acrescentam ainda que, com este estudo permitiu "momentos de reflexão entre enfermeiros de perioperatório para mudarem práticas e comportamentos que privilegiassem uma avaliação inicial detalhada e uma preparação para a alta eficaz" (Breda e Cerejo, 2021, sp). O estudo refere também que esta consulta é importante no envolvimento do doente no seu processo de cuidados através da educação pré-operatória e,

concomitantemente, na compreensão de toda a informação transmitida, essencial na minimização do risco de complicações pós-operatório. Outro estudo vem de encontro a estes resultados referindo que um momento pré-operatório de diálogo entre o doente e o enfermeiro perioperatório promove uma diminuição de ansiedade, melhoria dos outcomes do pós-operatório e uma maior satisfação nos doentes (Rocha et al., 2019).

Da nossa reflexão e da partilha com o tutor e alguns elementos da equipe, tomando por base o estado da arte, a realização da consulta perioperatória de enfermagem constitui um investimento de excelência, enquanto garante da capacitação da pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica, contribuindo assim para uma significativa melhoria dos cuidados.

Centrando-nos no pré-operatório imediato, como primeiro contato com a pessoa, pudemos desenvolver intervenções no momento do acolhimento da pessoa no BO, no contexto de estágio. A visita pré-operatória não está implementada no serviço, pelo que o primeiro contato com o utente faz-se no momento da sua chegada ao Bloco Operatório. Segundo Cambotas et al., (2014) o acolhimento deve respeitar a individualidade do utente, os seus direitos para além de reduzir a sua ansiedade e angústia caso esteja presente.

Por outro lado, é um momento que permite familiarizar o enfermeiro com o utente e com o serviço, avaliar as expectativas e conhecimentos face à cirurgia, conhecer o utente, recolher os dados necessários para planear os cuidados individualizados, lembrar e esclarecer as informações recebidas inerentes ao procedimento bem como à preparação pré-operatória.

A comunicação com o utente deve ter por base a comunicação terapêutica, isto é, com intencionalidade, ser individualizada, permitir identificar as reais necessidades, ter valor terapêutico autónomo, como seja tranquilizar ou capacitar, para complementar uma intervenção bem como para a promoção de sentimentos na pessoa. Esta interação entre utente e enfermeiro deve estar assente num conjunto de competências e condutas próprias na mobilização de conhecimentos e estratégias para que seja possível uma comunicação eficaz (Sequeira, 2016). A comunicação é extremamente importante, sendo uma competência crucial para a relação terapêutica estabelecida com o doente, bem como com a sua família e com a equipa multidisciplinar que o enfermeiro perioperatório integra, já que este não atua de forma isolada.

No momento do acolhimento a nossa apresentação (nome e categoria profissional) é fundamental na relação de ajuda. Favorece a empatia necessária para este momento de possível ansiedade e medos gerados através de vivências/experiências anteriores ou pelo desconhecido. É neste momento que desenvolvemos as necessárias intervenções ao nível da capacitação da pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica. Por outro lado e ao nível das disposições legais da segurança cirúrgica também é essencial, garantindo, entre outras intervenções, o preenchimento da Lista de Verificação Pré-operatória

(Check-list). No desenvolvimento do estágio, utilizámos a lista em vigor no serviço, com os seguintes ítems:

- Identificação positiva do cliente, pelo menos no processo e na pulseira, Diário da República (DR, 2015);
- Consentimento Informado assinado, esclarecido e Livre para o Ato Anestésico e para Ato/Intervenção de Saúde;
- Jejum de 6 horas para sólidos e 4 h para líquidos brancos;
- Estabelecida micção pré-cirurgia;
- Medicação (efetuada /não efetuada);
- Higiene: corporal, unhas e boca. (Banho com esponja de cloro-hexidina a 2% no dia anterior e, no dia da cirurgia com pelo menos 2 horas de antecedência) segundo a DGS (Norma 020/2015);
- Ausência de adornos (joias, ganchos, piercings, relógios);
- Ausência próteses dentárias superior e inferior e ortóteses, óculos , lentes de contato;
- Maquilhagem, verniz/ gel de unhas;
- Vestuário de BO (bata, cueca e touca);
- Cateterização de acesso venoso periférico e perfusão de fluidoterapia de acordo com protocolo;
- Alergias e respetiva pulseira de identificação;
- Reserva de hemoderivados e respetiva pulseira transfusional de identificação;
- Reserva de vaga na UCI/UC Intermédios;
- Protocolo pré-operatório específico cumprido

A literatura internacional bem como os sistemas de de notificação de incidentes de segurança confirmam que a identificação incorreta da pessoa pode resultar em vários incidentes, entre eles a troca de intervenções cirúrgicas ou troca de transfusões sanguíneas. Assim, as instituições de saúde devem confirmar sempre a identidade através de dados fidedignos como o nome, data de nascimento e o número único do processo clínico na instituição, sendo prática segura o recurso a pelo menos, dois destes dados. A identificação inequívoca do doente deve ser sempre efetuada antes de qualquer intervenção cirúrgica e a sua correspondência à intervenção, , bem como nas colheitas de sangue ou outros espécimes, sangue ou hemoderivados, transfusões sanguíneas, entre outros intervenções, segundo DR, (2015). A utilização da pulseira de identificação do doente, deve ser consultada antes de qualquer procedimento, sendo que também deve existir uma validação do doente relativamente aos seus dados, antes da sua colocação, DR, (2015).

Após esta verificação e decorrente do acolhimento acompanhamos a pessoa para a respetiva Sala cirúrgica, conforme a programação do dia e do procedimento cirúrgico. Após ter ingressado na sala e passar para a marquesa começa na fase do Intra-operatório.

Neste momento é importante efetuar a identificação das necessidades quer da pessoa quer familiar ou outra pessoa que lhe seja significativa (muitas vezes vizinhos ou, no caso de pessoas

institucionalizadas, o seu Tutor ou no caso de pessoa portadora de deficiência ou menor de idade), de acordo com as disposições legais. Essa necessidade de incluir mecanismos de suporte e acompanhamento e deve ser uma preocupação do enfermeiro especialista dada a maior vulnerabilidade face a outros. Desta identificação partimos para o planeamento das intervenções tentando sempre através duma comunicação terapêutica e eficaz atendendo às características da comunicação verbal e não verbal, que muito nos informa e às quais devemos estar atentos, garantido que a pessoa compreenda a informação fornecida para que seja possível o exercício da autodeterminação e tomada de decisão. No serviço estes aspetos são uma preocupação, pelo que foi possível desenvolver estas competências.

Outra problemática do perioperatório é a Termorregulação nomeadamente a prevenção da hipotermia, no período pré-operatório. No serviço ainda não existe o procedimento de enfermagem instituído, no entanto foi nossa preocupação intervir nesse sentido, isto é avaliar a temperatura e/ou aplicar medidas de aquecimento corporal externo à pessoa. Verificou-se que produziu sensibilização dos enfermeiros do Serviço, na medida em que se observou alguma mudança com alguma adesão na implementação das mesmas intervenções.

B) Período Intra-operatório.

Este período inicia-se desde que o utente é recebido na sala de operações e termina no momento em que entra na sala de recuperação anestésica (UCPA). A pessoa está totalmente dependente dos cuidados e da responsabilidade dos profissionais de saúde e necessita de cuidados especializados através dos diagnósticos de enfermagem identificados e nas intervenções atempadas tendo presente o conhecimento, a técnica e as habilidades, na vigilância das complicações que podem surgir.

Como estudante tive a oportunidade de exercer funções nas três áreas de competência ou seja, anestesia, circulação e instrumentação. São áreas complementares inseridas na equipe interdisciplinar, como já foi referido. Na área de anestesia, a mais frequente uma vez que o nosso tutor desenvolve as suas funções nesta área e como enfermeira generalista também, pudemos aprofundar e desenvolver o nosso conhecimento e habilidades técnicas no que respeita à segurança. Nesta função de anestesia várias são as competências e intervenções do enfermeiro especialista. Dizem respeito ao acompanhamento da pessoa e família ou pessoa significativa, visando a capacitação, a gestão da experiência cirúrgica, e com responsabilidade a preparação e controlo do ambiente terapêutico na gestão do risco e nas medidas de segurança. Assim neste âmbito, tivemos a oportunidade de aprofundar e aplicar as práticas diárias do serviço mas ir além e aplicar as medidas recomendadas pelas diversas entidades reguladoras como por exemplo a OE, a recomendações da SPA (2016), a ASA entre outras. Concretamente a verificação de todos os equipamentos afetos à técnica anestésica e cuidados de enfermagem inerentes. Para o efeito realiza-se um breve briefing com o anestesiológico de acordo com o procedimento cirúrgico, considerando a avaliação clínica inicial, recorrendo também à avaliação

feita pelo enfermeiro no internamento e que muito contribui para a transmissão de dados clínicos. É realizado também uma avaliação da Via aérea para caracterização e planeamento da abordagem à Via aérea, intubação endotraqueal se for o caso e para todos os procedimentos anestésicos e de enfermagem. Uma grande parte do cuidado de enfermagem nesta fase tem a ver com o conforto, integridade, privacidade e o cumprimento da vontade expressa até que a pessoa esteja capacitada para ela os assegurar. Nesta matéria pensamos ter pouco a pouco, influenciado as equipas a aplicar as medidas como maior preocupação e rigor com o conforto e integridade física, bem como o aquecimento do doente e posicionamento cirúrgico. Como sabemos o posicionamento cirúrgico, é um procedimento que faz parte das nossas competências juntamente com a restante equipa, anestésica e cirúrgica, durante o período Intra-operatório. Devem ser consideradas a anatomia do paciente, suas limitações de movimento e a área de acesso para o cirurgião e seus assistentes (Sousa et al., 2018). Nesta área do perioperatório existem vários estudos e recomendações por exemplo pela AORN, sobre posicionamentos cirúrgicos, especificidades e complicações que foram abordados nos estudos de caso apresentados no capítulo 2. Da nossa reflexão pensamos que é importante melhorar este procedimento, pelo que os serviços poderão ter que adquirir equipamentos e materiais e incorporar nas práticas a utilização de escalas utilização de instrumentos/escalas e/ou reestruturar os registos/documentação de modo a que permitam a obtenção de indicadores de melhoria de cuidados e ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Outras intervenções foram desenvolvidas e aprofundadas. O nosso "olhar" nomeadamente nas monitorizações de sinais e sintomas e a própria análise dos resultados, foi notório o avanço que sentimos na observação, vigilância, análise e interpretação dos resultados. Este conhecimento desenvolveu-se através de estratégias como a pesquisa bibliográfica ao longo do estágio conjuntamente com os conteúdos lecionados nas aulas teóricas. Sentimo-nos assim mais capacitados para uma resposta eficaz, nas situações de imprevisibilidade, maior complexidade e vulnerabilidade. Outra competência aprofundada foi na área da gestão da dor, visto que todos os procedimentos invasivos são geradores de dor. Conforme a literatura, a gestão da dor, neste momento, e com o avanço das técnicas anestésicas bem como dos fármacos, anestésicos e analgésicos, observa-se uma grande evolução ao nível da gestão da dor. Assim, tive a oportunidade de acompanhar, intervindo e compreendendo por exemplo a analgesia multimodal, acrescentando outros cuidados de enfermagem ao nível do conforto e bem estar. A própria preparação da medicação tendo em conta as recomendações para uma medicação segura, ao nível da preparação e administração e vigilância de fármacos aplicando a Norma 007/2019, da DGS, nomeadamente a correta preparação, sinalização, identificação, dosagens, vias, estabilidade, sem descorar a farmacocinética, farmacodinâmica, entre outros aspetos da preparação da terapêutica. Damos ainda ênfase a abordagens e técnicas anestésicas inovadoras, com novos equipamentos, ao fato de incluírem o enfermeiro no briefing pré anestésico, onde se colocam questões e opiniões em equipe. Estes aspetos são positivos na

avaliação da pessoa bem como do ambiente terapêutico na otimização da segurança cirúrgica, da equipa e das relações interpessoais e comunicacionais promovendo um ambiente terapêutico favorável.

Experenciámos uma situação muito interessante num procedimento cirúrgico concretamente Tireoidectomia total. O nosso objetivo para aquele dia era experienciar e colaborar na instrumentação mas como estava prevista a pessoa com VAD Previsível foi necessária colaboração da nossa parte. Assim tivemos a oportunidade de colaborar com a enf. de anestesia no período da indução. quer na manutenção da VA (ventilação e oxigenação com cânula nasal), quer na intubação, visto tratar-se de VAD. Foi necessário a utilização equipamentos acessórios e apoio VAD, já alocados na sala, como seja o carro de VAD mais o Videolaringoscópio, Frova e TOT mandrilado, que foi fixado com nastro, com êxito. Esta situação deu relevância às competências do enfermeiro especialista quer na mobilização do conhecimento, como nas habilidades e técnicas bem como na antecipação e gestão do risco, pois este momento exige muita concentração, comunicação eficaz Intra-equipa, bem com a utilização de estratégias e controlo da segurança no ambiente perioperatório.

Na área da instrumentação sentimos um enorme desafio dada a responsabilidade, competência e o lugar de destaque que o enfermeiro instrumentista ocupa na equipe perioperatória. Vamos dar destaque às áreas de intervenção principais e fundamentais para o garante da segurança cirúrgica e nas quais foi possível desenvolvermos competências.

A saber: Providenciar material e instrumental necessário para o procedimento e transportá-lo para a sala cirúrgica; efetuar a gestão do material cirúrgico e não cirúrgico verificando a disponibilidade e a operacionalidade dos equipamentos; Garantir a esterilização do mesmo (data e estado de conservação do material externamente bem como internamente). Efetuar a lavagem cirúrgica das mãos; conforme a norma 007/2019, (DGS, 2019). Proceder à montagem da mesa operatória. Esta montagem pode variar de acordo com o profissional mas orientado segundo alguns critérios importantes como por exemplo da direita para a esquerda ou vice versa, de acordo com a posição do cirurgião principal e tendo em conta alguma preferência do mesmo. O enfermeiro instrumentista coloca-se sempre em frente a este. Os instrumentos cirúrgicos dividem-se por funções e deverão ser agrupados e organizados segundo a natureza do procedimento cirúrgico. A literatura recomenda uma padronização de forma a que sejam atendidas as necessidades da maioria dos procedimentos, "um agrupamento inteligente dos instrumentos protege-os de uso inapropriado e desnecessário" (Serrano, 2014, p.165). "A mesa cirúrgica deve ser confeccionada de forma padronizada, lógica e funcional para que na rendição do enf. Instrumentista, este possa rapidamente adequar-se à mesa e responder de forma eficaz às solicitações (Serrano, 2014, p.175). De uma forma geral os instrumentos dividem-se nas seguintes categorias: "Instrumentos de Diérese; Instrumentos de Hemóstase; Instrumentos de Preensão; Instrumentos de Síntese; Instrumentos de Afastadores ou de Exposição (Serrano,

2014). O Instrumentista entre tantas funções deve garantir a assépsia durante o procedimento cirúrgico. O final da cirurgia é um momento de importância acrescida, pois a contagem das compressas e respetivo registo, bem como a contagem e registo de todos os materiais corto perfurantes (agulhas, bisturis entre outros) existentes na mesa operatória, são da responsabilidade do enfermeiro Instrumentista coadjuvado com o enfermeiro Circulante, cuja contagem terá de ser igual à do início da cirurgia. Cuidados à ferida cirúrgica: O tratamento da ferida cirúrgica é um cuidado de enfermagem que releva para a cicatrização e a prevenção da ILC, como é referido na norma da DGS (2022), que recomenda no tratamento da ferida: proteger a incisão com penso estéril e técnica asséptica, durante as primeiras 48 horas. No caso de pensos simples. Recomenda também não remover o penso antes das 48 horas, a não ser que seja absolutamente necessário (ex. penso repassado). No final da cirurgia há ainda intervenções a realizar relativamente à gestão dos materiais e equipamentos e no final os registo de enfermagem necessários para se poder fazer a transferência para a UCPA.

Ne área circulação, várias foram as competências desenvolvidas e efetuadas em total complementaridade com o instrumentista, visando a segurança do utente bem como a dos profissionais promovendo um ambiente terapêutico favorável. Consultamos o plano cirúrgico para analisar dados importantes para o procedimento importa saber: identificação da pessoa, o procedimento cirúrgico, tempo operatório, instrumental cirúrgico, equipamentos, dispositivos médicos e outras eventuais informações necessárias. Posteriormente providenciámos o material necessário para ser alocado à sala cirúrgica respetiva, e verificamos outros dispositivos como por exemplo os equipamentos para aspiração, fios de sutura, focos cirúrgicos de teto, bem como a verificação da sua operacionalidade e no caso dos instrumentais cirúrgicos a confirmação da esterilização. Se necessário efetuar a reposição de material em falta. Posteriormente iniciámos os procedimentos para a confecção da mesa cirúrgica que é feita pelo Instrumentista, como já foi referido anteriormente.

Todo este trabalho em equipe funciona por vezes com alguns constrangimentos, dada a complexidade do BO. Constatamos ser necessário um enorme e eficiente e coordenado planeamento Inter equipa para que resulte no cumprimento dos objetivos do serviço, enquanto parte integrante da instituição de saúde. As listas listas de verificação da sala cirúrgica são ferramentas muito úteis na organização, gestão e na manutenção da segurança na sala cirúrgica, podendo minimizar o risco e situações de stress ou situações complexas que a qualquer momento podem surgir.

Com estas experiências foi possível desenvolver um conjunto de competências na área de circulação, anestesia e instrumentação que requerem conhecimento aprofundado, bem como na gestão de materiais nas situações de grande stress pela responsabilidade inerente Assim o enfermeiro especialista através do conhecimento mais profundo de gestão, de liderança, da comunicação, das normas, recomendações, diretrizes e guidelines, constituem um grande contributo para as equipas ao promover a reflexão sobre as problemáticas.

C) Período Pós-operatório

O período pós-operatório decorre desde a admissão do utente na unidade de recobro até à alta e consulta de seguimento. Esta fase é muito importante e decisiva na recuperação das funções vitais e estado de consciência o mais célere possível considerando as peculiaridades fisiológicas de cada pessoa. É necessário uma vigilância rigorosa, muito centrada nos processos corporais. Segundo a AESOP (2006), 50% das complicações anestésicas ocorrem durante a primeira hora de pós-operatório. Assim neste período tivemos a oportunidade de desenvolver competências a este nível através do treino e aplicação, sempre que possível, utilizando a ferramenta da ontologia de enfermagem, enunciando intervenções especializadas após estabelecer os diagnóstico/focos de enfermagem. Silva, (2016) citando vários autores, define Unidade de Cuidados pós anestésicos (UCPA) como unidades altamente especializadas, dotadas de recursos humanos competentes e vocacionados para a monitorização, vigilância e cuidados intensivos, durante um período curto, mas crítico que se segue imediatamente à intervenção cirúrgica, e equipadas com meios tecnológicos sofisticados. O foco da atuação do enfermeiro na UCPA é o cliente, promovendo uma avaliação sistematizada e regular. O enfermeiro, ao acolher o cliente na UCPA, tem acesso a um relatório do tipo de intervenção, da técnica anestésica, dos medicamentos utilizados, das intercorrências, das perdas hídricas ou sanguíneas. Simultaneamente, faz uma avaliação inicial e despiste de complicações respiratórias, cardiovasculares, termorreguladoras, gástricas, consciência e dor, tornando-se imperativo estabelecer diagnósticos, definir e executar um plano de cuidados e proceder à sua reavaliação sistemática. A manutenção da normotermia, recorrendo aos meios disponíveis, da dor e da náusea, surgem como alguns dos pontos críticos na intervenção do enfermeiro no pós-operatório de qualquer cirurgia. A intervenção do enfermeiro especialista deve ter enfoque na avaliação da causa e prevenção de intercorrências, orientando a pessoa e vigiando a sua ação, explicando os tratamentos e promovendo a recuperação da sua sequência temporal.

Estas tão diversas e complementares intervenções especializadas proporcionaram-nos uma capacidade mais assertiva para a decisão e para a autonomia dos atos no cuidar da pessoa em situação perioperatória.

5.2.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação Perioperatória e da equipe pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

A complexidade da atividade cirúrgica coloca desafios para a segurança do doente neste contexto. São de vária ordem como já foi mencionada, aos quais o enfermeiro especialista tem de reconhecer, antecipar, intervir e avaliar. As preocupações vem de há alguns anos, se pensarmos na Assembleia Mundial da Saúde, em 2002 onde se "aprovou uma resolução (WHA55.18) exortando os países a aumentar a segurança dos cuidados de saúde e os seus sistemas de monitorização. A resolução também solicitou que a OMS assumisse a liderança no

estabelecimento de normas e padrões globais e apoiasse os esforços dos países na preparação de políticas e práticas de segurança" (OMS, 2009, p.2). Foi todo um processo organizacional entre vários países onde foram criados grupos de trabalho de peritos, para coordenar uma revisão das evidências científicas disponíveis, a redação de um documento de orientações e a discussão entre os autores. Neste contexto e após vários estudos, partindo dos dados dum estudo realizado a nível mundial, estimando-se atualmente que sejam "realizados cerca de mais de 281 milhões de procedimentos cirúrgicos resultando em 7 milhões de complicações significativas e 1 milhão de mortes, decorrentes da atividade cirúrgica, quase 7 milhões de doentes cirúrgicos terão complicações significativas em cada ano, 1 milhão dos quais morrerá durante ou imediatamente após a cirurgia" (OMS, 2009, p.3). A complexidade da atividade cirúrgica condiciona vários desafios nesta área da segurança, pela interação das várias equipas multidisciplinares que obviamente tem perspectivas diferentes do cuidar, entendendo que a segurança do doente é uma prioridade transversal à equipa multidisciplinar, verificando-se entre os vários problemas que: "as complicações de cuidados cirúrgicos tornaram-se uma das principais causas de morte e de incapacidade no mundo" (OMS, 2009, p.3). "Pelas razões expostas, a segurança cirúrgica, emergiu como um problema de saúde públicas significativo" (OMS, 2009, p.4).

Assim, surgiu o programa "Cirurgia Segura Salva-Vidas", o qual visa melhorar a segurança cirúrgica e reduzir o número de mortes e de complicações cirúrgicas. A utilização de uma lista de verificação seja qual for a área, segundo a OMS, (2009), tem várias vantagens tais com: "ajuda a sistematizar, a recordar, especialmente questões de rotina que são facilmente esquecidas em doentes graves que exigem toda a atenção. As listas clarificam as etapas mínimas esperadas num processo complexo. Ao ajudar o trabalho em equipa, as listas estabelecem um elevado nível de desempenho de base. São particularmente aplicáveis no contexto da sala de operações, onde as listas foram usadas com sucesso em todo o mundo, ainda que sem padrões claros ou orientação quanto ao seu conteúdo" (OMS, 2009, p.8). Surge assim a LVSC no reconhecimento da complexidade que a Segurança do doente envolve, sendo considerada como um desafio para a mesma. Assim promoveu-se a utilização desta lista, como estratégia para diminuir a ocorrência de eventos adversos, fomentar a operacionalização de práticas seguras e promover a comunicação e trabalho em equipa OMS (2009).

Baseado neste contexto, para desenvolvimento e cumprimento destas premissas, iremos abordar as nossas intervenções dando resposta às situações que nos foram surgindo ao longo do estágio. Assim propusemos como objetivos:

- Desenvolver competências na consciência cirúrgica direcionada à promoção de um ambiente seguro para a equipa multidisciplinar;
- Desenvolver competências na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS);
- Efetuar uma visita à Unidade de PPCIRA.

A Enfermagem especializada tem aqui um lugar de destaque e prementório nas suas competências. Já referido outras vezes, o ambiente perioperatório é complexo e exigente por vários motivos como por exemplo, stress pelo risco, pressão da produção, entre outros. A maximização da Segurança cirúrgica desenvolve-se em várias áreas, simultaneamente em pequenas intervenções que, sem dúvida contribuem para minorar todo o potencial risco associados aos cuidados ou aos equipamentos e estruturas do BO, como também já abordamos anteriormente. Os riscos de maior atenção são: a prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC); da Hemorragia; do tromboembolismo; da Hipotermia; das úlceras de pressão, das quedas, da retenção inadvertida de dispositivos médicos; de erros de medicação; da cirurgia do lado errado (OMS, 2009). Portanto foi este o ponto de partida das intervenções a desenvolver e aprofundar, na prestação de cuidados de enfermagem especializados, numa atitude, também de modelo de referência, contribuindo para a promoção duma cultura de segurança.

Duma forma geral todos estes itens constituíram o nosso foco de atenção, atendendo à gravidade dos riscos que acarretam. Ao nível da ILC, destacando o cumprimento da Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, integrada na equipe onde se inclui não só o tratamento e vigilância da ferida cirúrgica bem como a profilaxia antibiótica pré-operatória, conforme o protocolo e de acordo com prescrição do Cirurgião.

Relativamente à Hemorragia, como sabemos o sistema cardiovascular é um domínio prioritário nos cuidados de enfermagem perioperatórios principalmente no período intraoperatório onde a determinação e avaliação constante de dados monitorizados (FC; FR; PNI ou PI Sat.O2, Capnografia; temperatura, drenagens, entre outros sinais e sintomas), através dos equipamentos, e registos no programa informático, possibilitam avaliar em tempo real o estado hemodinâmico do doente. Esta avaliação é feita conjuntamente com a equipe para atuar em conformidade. É sem dúvida um domínio de base, no qual o enfermeiro deve saber intervir, seja numa situação dentro da normalidade, ou nos momentos de complexidade, urgentes ou emergentes, onde o conhecimento profundo e a técnica se sobrepõe de forma a promover a segurança e equilíbrio para a pessoa em tempo útil. Ao nível da segurança dos procedimentos anestésicos, fomos testando e aplicando as listas de verificação por nós criadas cujos resultados se mostraram positivos, visto que a utilização destas listas permite conferir todos aqueles itens que são absolutamente necessários estarem em conformidade para uma segurança total, não só do utente como dos profissionais, garantido portanto melhores condições do ambiente terapêutico. Além de desenvolver os procedimentos para a preparação da sala cirúrgica, para a abordagem da via aérea e ainda relativamente aos materiais afetos à técnica anestésica, procuramos implementá-los. Relativamente às medidas de segurança na preparação e administração de terapêutica foi aplicada as normas da DGS, (2011), ajustadas ao contexto.

No posicionamento cirúrgico foi outra área de intervenção importante nomeadamente, nos cuidados de enfermagem inerentes aos posicionamentos, nas cirurgias das várias

especialidades e técnicas cirúrgicas. Tendo por base as recomendações mais atualizadas, procurando para além da técnica, incorporar medidas de conforto e integridade física e da pele através dos equipamentos de proteção, bem como na exposição corporal, que necessitam de enfoque nos contextos, enquanto prática diária, servindo assim o enfermeiro especialista como um vetor de motivação, dinamização e transformação no trabalho em equipa de enfermagem. Senti que há oportunidades de melhorias nesta área e que através da observação das boas práticas e da dinamização do enfermeiro especialista, estimulando a equipa, por si própria, a tomar iniciativas e auto consciencializar-se para a necessidade de melhoria continua para a minimização das lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico.

Ao nível da Infeções do Local cirúrgico (ILC) foram cumpridas a Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022 "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, sempre que possível integrada na equipe não esquecendo da administração da antibioterapia Endovenosa profilática, conforme o protocolo e de acordo com prescrição do Cirurgião.

No domínio da termorregulação a manutenção da normotermia perioperatória está recomendada pela OMS e pelo Center of Disease Control (CDC), bem como pela DGS, através do "feixe de intervenções" da norma da DGS para a prevenção da infeção do local cirúrgico (DGS, 2022). A hipotermia perioperatória inadvertida é uma complicação frequente, capaz de ser prevenida e que está associada a piores outcomes. Está 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. A intervenção do enfermeiro é de extrema importância sendo que a prática de avaliação da temperatura (timpânica ou esofágica, maioritariamente) neste período e a aplicação de medidas de aquecimento corporal externo, seja através de lençóis quentes, seja através de mantas térmicas e respetivos equipamentos de aquecimento, foi uma prática constante de acordo com as necessidades da pessoa intervindo portanto na prevenção da hipotermia e na manutenção da normotermia, para valores recomendados. Neste domínio pareceu-nos que ao longo do estágio houve alguma adesão pelos colegas nesta intervenção, tal como tomada de medidas inerentes ao aquecimento corporal externo.

Ao nível da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados perioperatórios, a experiência foi interessante e as aprendizagens também. Sustentado na política e cultura de segurança do doente, as Unidades de Saúde têm o dever de prestar cuidados de saúde adequados, no tempo aceitável de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível, tendo em conta as boas práticas de qualidade (DR, 2021). Várias são as estratégias nacionais e internacionais através das quais as organizações se mobilizam por forma a

assegurar estes princípios tendo em conta que nas mais diversas áreas da saúde, os riscos associados aos cuidados de saúde são inúmeros, no entanto passíveis de serem minimizados e evitáveis em alguns casos. Os principais riscos "são os associados à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e infeções por microrganismos multirresistentes", representando " uma ameaça significativa devido ao impasse terapêutico que originam" (Pina, 2010, p.27). As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) "incluem-se hoje entre as complicações mais frequentes da hospitalização (. . .) afetam um grande número de indivíduos em todo o mundo tendo consequência negativas para os doentes, suas famílias e para os sistemas de saúde" (Pina, 2010, p.28). Segundo a OMS as IACS "constituem hoje uma epidemia silenciosa" (Pina, 2010, p.28). Os autores acrescentam que a "nível Europeu, os estudos apontam para uma prevalência de 5 a 10% de infeções em doentes hospitalizados" estima-se que na União Europeia "haverá aproximadamente 3 milhões de casos identificados anualmente 50000 mortes relacionadas (. . .) particularmente em Portugal segundo o artigo, no Inquérito Nacional de prevalência de Infeção de realizado em Março de 2009 pelo Programa Nacional de Controlo de Infeção (PNCI_DGS), foram estudadas 21459 doentes internados em 144 hospitais tendo-se observado uma prevalência de 11,03% IACS em 9,8% doentes hospitalizados. Sendo que as taxas de incidência geralmente são metade das taxas de prevalência observadas. Assim "constituem um problema de saúde devido à elevada mor-mortalidade e custos associados" (Pina, 2010, p.27). Segundo os autores, as IACS são classificadas segundo vários fatores de risco de acordo com a frequência, gravidade, mortalidade e os custos associados. Refere as mais frequentes como sendo as Infeções do Trato Urinário (ITU) mas no entanto as infeções da corrente sanguínea e as pneumonias como sendo as associadas a maior mortalidade e custos.

Segundo a norma da DGS 029/2012 de 2012 atualizada em 2013, as medidas de eficácia comprovada na prevenção/controladas IACS são suportados pelos seguintes critérios:

A - Na admissão à unidade de saúde (US), deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos "problema" e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção.

B - A aplicação das PBCI durante a prestação de cuidados é determinada pelo nível de interação entre o prestador de cuidados e o utente e, o grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos.

As precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI) objetivam a prevenção e controlo na transmissão cruzada de microrganismos, a infeção e a resistência aos antimicrobianos, de um doente para o outro, de um doente para um profissional de saúde, de um profissional de saúde para um doente ou de um profissional de saúde para outro. Aplicam-se a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos. O princípio subjacente às PBCI é de que "não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco". A ênfase é dada para as precauções a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos

inerentes. A aplicação das Precauções Baseadas na Via de Transmissão (PBVT) são aplicadas nos seguintes casos:

- Isolamento de contacto - “contact precautions” (Stafilococos aureus e MRSA; Enterococci resistentes à vancomicina; Pseudomonas aeroginosa; Streptococcus pneumoniae; Clostridium difficile; KPC).
- Isolamento de gotículas - “droplet precautions” (Meningites (Neisseria Meningitidis, Hemophilus influenzae, Streptococcus Pneumoniae, Adenovirus, Parotidite, Rubéola).
- Isolamento de partículas - “airborne precautions” Varicela, sarampo.

Inicialmente propusemos efetuar uma visita ao gabinete da PPCIRA da Instituição. A Unidade é constituída por três enfermeiros, um enf. generalista em tempo parcial dois especialistas, que estão divididos em duas grandes áreas: Vigilância Epidemiológica e Medidas de Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI), tendo como Competências para Liderar o processo de Prevenção e Controlo de Infecção Associada a Cuidados de Saúde. Foi uma experiência interessante e promotora de maior compreensão da temática. Constitui-se ainda por dois médicos infecciosistas e uma médica Coordenadora. Constituíam um objetivo pessoal conhecer esta unidade, que foi possível com a realização do estágio. Pudemos perceber as intervenções e dinâmicas, da unidade, sobretudo de enfermeiro dedicado ao controlo nas Precauções Básicas de Infecção, e quais os projetos em que se encontram envolvidos não só na Instituição bem como nos respetivos Centros de Saúde, através dos GCL-PPCIRA. Nestes locais são designados profissionais de saúde com formação e treino em controlo de infeção e em observação da Higiene das Mãos, para efetuar a monitorização da adesão dos profissionais de saúde, através do Formulário de Observação de Higiene das Mãos, DGS, (2019), realizando-se assim as estatísticas respetivas. Naquele turno pude acompanhar e observar as intervenções deste enfermeiro especialista nas suas funções diárias, tendo oportunidade de conhecer o programa "Hepic". Diariamente consultam, os alertas dados pelo laboratório diretamente para a PPCIRA com os respetivos dados do utente e quais as medidas adotadas, sendo posteriormente contactados os enfermeiros chefes gestores onde aquele utente se encontra internado para iniciar o seu controlo. As intervenções de enfermagem são entre outras a monitorização e introdução de dados para a produção de Indicadores na plataforma nacional quer nas PVCI quer na Higienização das Mãos.

Relativamente à Vigilância Epidemiológica infelizmente, não houve oportunidade de acompanhar o enfermeiro devido a incompatibilidades de horários. Considero que os contributos foram vários e enriquecedores. Enquanto futura enfermeira especialista considero que as suas competências são de máxima responsabilidade não só na detecção e monitorização dos processos, bem como na comunicação com os serviços, por forma a providenciarem medidas recomendadas para cada situação, tal como recomenda a Norma 029/2012, de 29/12/2012, atualizada em 31/10/2013 (DGS; 2013).

O serviço de BO não vive isoladamente. O hospital é um meio sistémico em que todos os

serviços se articulam de forma estruturada e em cadeia, neste sentido conhecer as realidades e funcionamento, políticas e visão deste serviços dar-nos-á uma visão alargada e integrada, fundamental para a intervenção daquilo que espera do enfermeiro especialista. Parece-me assim importante que durante o estágio sejam contemplados alguns turnos para efetivamente puder desenvolver e concretizar mais profundamente intervenções a este nível de vital importância.

A competência "Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório" está praticamente na base de todas as intervenções do enfermeiro especialista como atividade dominante. O BO como referido anteriormente, é um ambiente instrumentalizado e de total assepsia, com áreas de inúmeros equipamentos, dispositivos médicos e instrumentais para reprocessamento, condicionando as intervenções interdependentes e responsabilidades do enfermeiro especialista. Assim neste contexto propusemos os seguintes objetivos:

- Desenvolver o processo de gestão e controle dos dispositivos médicos utilizados;
- Efetuar observação no Serviço de esterilização e reprocessamento da instituição.

A gestão e controlo dos dispositivos médicos no perioperatório constitui como uma atividade de extrema importância e impacto no funcionamento do dia a dia dum bloco operatório.

O enfermeiro especialista tem por responsabilidade a gestão do risco ou delegação do mesmo. Por exemplo quando são utilizados estes equipamentos é necessário verificar a existência e disponibilidade, a operacionalidade e utilizá-los conforme as instruções do fabricante. Esta circunstância obriga a uma constante atualização/formação, dado que parte desses equipamentos são renovados frequentemente, pelo que a sua utilização difere de acordo com essas alterações o que exige bastante empenho e responsabilidade ao enfermeiro.

A rastreabilidade dos dispositivos médicos deve ser realizada de acordo com as normas do fabricante e da instituição que estão perfeitamente definidas no manual da Instituição.

A gestão dos tecidos e de fluídos orgânicos (colheita, análise e eliminação) é da responsabilidade do circulante. Estes são colhidos, na sua maior parte pelos enfermeiros, acondicionados nos respetivos recipientes (tubos, seringas, contentores, etc.) que serão tratados e enviados, conforme o objetivo dos mesmo (anatomia patológica, extemporâneo, serviço de hemoterapia, entre outros). O enfermeiro especialista providencia e gere, assim estes recipientes no pré ou no Intra-operatório, para assegurar todo o restante processo.

Todos os dias são recepcionados, no BOC material de Implantes de natureza vária. O enfermeiro RT tem aqui a responsabilidade de os receber e confirmar recepção, ficando registado em documento próprio. No Intra-operatório e para a sua implantação é o circulante e o instrumentista com o cirurgião que manuseiam o mesmo, de acordo com as suas instruções. Eles serão documentados no processo do utente, através do seu código, sendo que, antes de abrir a caixa desse implante para a mesa cirúrgica, são confirmados várias vezes os dados necessários afim de não haver erro.

No momento da contagem de materiais e retenção inadvertida, como já fizemos referência no ponto 5.2.1, quando falamos da necessidade de efetuar a contagem das compressas, antes de se colocarem na mesa, e no final, antes de se iniciar o encerramento, efetuando o respetivo

registro. Relativamente aos materiais a regra é a mesma, efetuar a contagem antes do encerramento e comunicar ao cirurgião.

Neste contexto de gestão e controle de dispositivos médicos foi por nós desenvolvido o interesse de efetuar uma visita ao serviço de Esterilização e reprocessamento da Instituição tendo sido autorizada. Foi uma experiência muito interessante e rica para a nossa aprendizagem.

O Serviço de Esterilização está situado contíguo ao BOC. A equipa é constituída por quatro enfermeiros sendo que um enfermeiro possui a especialidade médico-cirúrgica, sendo também o diretor do Serviço, e por dezesseis assistentes operacionais. A sua intervenção abrange toda a Instituição, bem como o Centro de Saúde e Extensões da área Distrital.

O material cirúrgico pode constituir um meio de transmissão de microrganismos na eventualidade da descontaminação e preparação não forem as recomendadas e adequadas. Os métodos de tratamento são lavagem, desinfecção e esterilização (Faia, 2014).

No final de cada cirurgia, o material cirúrgico, deve ser conferido pelo enf. Instrumentista e colocado nos contentores fechados e transportados de seguida para o Serviço de Esterilização, para o processo de descontaminação. Neste serviço e seguindo a respetiva Instrução de trabalho, os materiais passam pelo seguinte processo: pré-lavagem manual, lavagem mecânica, secagem e inspeção, embalagem e esterilização. O armazenamento do material esterilizado na sua maioria vai para o BOC, mas algum fica armazenado neste serviço.

Na descontaminação importa saber o nível de risco de transmissão de infeção do material e qual a sua utilização. Spaulding, 1968, como citado por Faia, (2014) propôs, uma classificação dos materiais em três categorias que ainda hoje, segundo a autora se utiliza. A saber:

- Material crítico: material que penetra nos tecidos sub epiteliais, sistema vascular e todos os órgãos normalmente estéreis ou a eles diretamente ligados;
- Material semicrítico: material que entra em contacto com membranas, mucosas ou pele não íntegra;
- Material não crítico: material que entra em contacto com a pele íntegra ou não contacta diretamente com o doente.

A manipulação deste material requer-se cuidada e com equipamento de proteção individual dos profissionais adequada.

As competências dos enfermeiros estão inseridas no regulamento interno. De uma forma global são intervenções de gestão, gestão do risco, e supervisão e enquadramento na área da qualidade com quem tem uma relação estreita, para concretização de normas e procedimentos no sentido da cumprimento dos objetivos do serviço.

A gestão torna-se a chave fundamental para que os instrumentais estejam operacionais a todos os níveis para dar cumprimento ao plano operativo dia a dia. Caso contrário a atividade cirúrgica fica alterada produzindo adiamentos ou não realização, que acarreta tanto para a pessoa como para os serviços constrangimentos, demonstrando incapacidade na manutenção dos mesmos.

Esta visita, enquanto futura especialista foi importante. Permitiu-me desenvolver as questões da

gestão dos materiais e risco e permitiu o contato com outras valências do perioperatório que são parte integrante do sistema. Esta visão permite também perceber que devemos estar atentos a todos os processo que possam causar dano ao utente, neste caso pela transmissão de microrganismos e a responsabilidade da supervisão nas fases constituinte do processo desde a lavagem até ao final, a esterilização, tendo como foco final a garantia de segurança e dos melhores cuidados à pessoa e família/pessoa significativa, neste no período perioperatório.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Na atualidade focarmo-nos em cuidados de saúde, seguros e de qualidade, exige considerar competências profissionais transversais e específicas, capazes de dar respostas às exigentes e complexas áreas do período perioperatório.

Durante este percurso, através das competências desenvolvidas, foi possível ampliar o olhar crítico sobre a pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória e as práticas clínicas aplicadas.

Assim apresentamos de seguida as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas.

Foram múltiplas as oportunidades de aprendizagens proporcionadas pelo contexto de estágio, veiculadas pelo enfermeiro Tutor, pelos Orientadores e restante equipa multidisciplinar, facilitadores de um processo de ensino-aprendizagem, centrada na aquisição de competências comuns e específicas de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, através da promoção de autoconhecimento e avaliação sistemática das intervenções por nós realizadas.

Foram adquiridas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, competências de natureza técnico científicas, éticas e humanas, que sustentaram a conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções especializadas à pessoa a vivenciar processos cirúrgicos e anestésicos. Para a consolidação destas competências foram realizadas diversas atividades desde da identificação de problemas, na minimização do risco e na segurança da pessoa, baseada nas referências mais atualizadas bem como a melhor evidência científica.

Salientamos ainda o desenvolvimento de competências na maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica através da elaboração dos Procedimentos de Enfermagem Perioperatória, reportados em dois instrumentos: Verificação do Equipamento Anestésico da Sala Cirúrgica do Bloco Operatório Central, complementado com uma Lista de Verificação de Equipamento Anestésico e o Procedimento de Enfermagem Perioperatória denominado: Verificação do Carro de Via aérea Difícil Bloco Operatório Central e respetivo documento de registo da sua utilização e dados do utente denominado “Monitorização do Carro de VAD”, ambos criados de raiz.

Foram ainda desenvolvidas competências comuns do enfermeiro especialista nas áreas da qualidade, investigação e formação.

No âmbito da aquisição de competências na área da qualidade, desenvolvemos a criação de uma “Ficha Técnica de Enfermagem Perioperatória: Área de Instrumentação e Circulação na

Cirurgia Tiroidectomia” e igualmente elaborado um plano de cuidados padrão para a pessoa submetida a Tiroidectomia total, denominado “Plano de Cuidados de Enfermagem Perioperatória - Padrão, no atendimento à pessoa submetida a Tiroidectomia Total no Pós-operatório” para aplicação na UCPA.

Relativamente as competências de Investigação procedemos à Validação dos Procedimentos através do método Grupo Focal como Técnica Investigação Qualitativa através da qual foi possível consensualizar aspetos determinantes e enriquecedores da documentação dos Procedimentos de enfermagem Perioperatória que elaboramos no decurso do estágio.

Para a aquisição de competências de formação em serviço, realizamos uma sessão de Formação dirigida à equipe de Enfermagem com a Temática: “Procedimentos de Enfermagem Perioperatória: Segurança do doente na abordagem à Via Aérea”, a qual permitiu a compreensão sobre o processo de formação em serviço assim como o desenvolvimento de competências quer no planeamento quer na realização da sessão formativa e habilidades comunicacionais em âmbito formativo.

Podemos então concluir que a conceção de cuidados perioperatórios, na ótica da promoção da segurança para pessoa em situação perioperatória, exige um investimento, atual e profundo na área do conhecimento, não apenas de forma individualizada mas também intervindo sobretudo na conceção, operacionalização e avaliação de programas, normas, procedimentos ou projetos, entre outros, em parceria com outros profissionais e articulados com unidades ou serviços interligados ao BO, na perspectiva duma efetiva melhoria contínua naquela que é cultura organizacional da instituição. Salientamos também que a comunicação, bem como a formação nos parece ser uma estratégia importante para a adesão dos enfermeiros que nem sempre estão motivados para o próprio desenvolvimento pessoal e profissional.

Neste contexto destacamos os contributos do enfermeiro especialista como agente dinamizador, para uma intervenção cada vez mais humana e profissional que responda eficazmente às necessidades da pessoa/família ou pessoa significativa, para uma enfermagem também ela mais significativa.

7. BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico. Formasau.

Amendoeira, J., Barroso, I., Coelho, T., Santos, I., Godinho, C., Saragoila, F., Marques, G., M. da S. et Domingos F. (2003). Os Instrumentos Básicos na construção da Disciplina de Enfermagem: Expressões e Significados. Santarém: Escola Superior de Enfermagem de Santarém. URI <http://hdl.handle.net/10400.15/88>

Assembleia da República. (2015). Lei 156/2015 - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República 1.ª série N.º 181, 8059-8105. Portugal. <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Assembleia da República. (2019). Lei 95/2019-de 4 de setembro-Lei de Bases da Saúde, Diário da República, 1.ª série, N.º 169, <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

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

Barroso, F., Sales, I., et Ramos, S. (2021). Segurança do Doente: Princípios e Conceitos. In F. Barroso, L. Sales, S. Ramos, Guia prático para a segurança do doente (Capítulo 1/ pp3-10). Lidel - Edições Técnicas Lda.

Barroso, F., Sales, L. et Ramos, S. (2021). Guia Prático para a Segurança do Doente. Lidel - Edições Técnicas.

Bjurström, M. F., Bodelsson, M., et Stureson, L. W. (2019). The Difficult Airway Trolley: A Narrative Review and Practical Guide. Anesthesiology research and practice, ID 6780254. doi.org

Breda, L., et Cerejo, M., (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. Revista de Enfermagem Referência, Volume V, N.º 5 recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/3882/388266931006/388266931006.pdf>

Cambotas, C., M. (2014). A prática baseada na evidência em contexto da enfermagem perioperatória. (Relatório de estágio de mestrado em enfermagem perioperatória, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal).

Chrimes, N. (2016). The Vortex: a universal 'high-acuity implementation tool' for emergency airway management. British journal of anaesthesia, 117 Suppl 1, i20-i27. <https://doi.org/10.1093/bja/aew175>

Conselho de Enfermagem. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). CIPE® Versão 2.0. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Tradução da Ordem dos Enfermeiros, coordenação.

de Santana Lemos, C., de Brito Poveda, V. (2020). Evaluation of Nursing Actions in Anesthesia Guided by the Patient Safety Checklist: Nursing in Anesthetic Procedure (PSC/NAP): A Cross-Sectional Study, *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.03.017>

Despacho Normativo n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). *Diário da Republica: 2ª Série*, n.º 28. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Despacho Normativo n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde.(2021). *Diário da Republica: 2ª Série*, n.º187. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Diário da República (1996). Decreto-Lei n.º 161/96: Regulamento do Exercício Profissional dos enfermeiros.1 série-A. 2959-2962 <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

Diário da República. (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, 2ª. série n.º 135 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Diário da República. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Diário da República. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências , Comuns do Enfermeiro Especialista. 2.ª série, N.º 26 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Diário da República. (2021). Despacho n.º 9390/2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Final.<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Direção Geral da Saúde. (2011). Orientação clínica n.º 018/2011. Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182011-de-23052011-jpg.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2012.) Norma n.º 029/2012 atualizada em 31/10/2013, 2013: Precauções Básicas do Controlo da Infecção <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>

Direção Geral da Saúde. (2013). Norma n.º 24/2013: Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Norma da Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0242013-de-2312>

2013-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde. (2015). Norma nº 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Direção Geral da Saúde. (2015). Norma nº 019/2015 atualizada a 29/08/2022: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 11: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. dgs.pt

Direção Geral da Saúde. (2011). Orientação clínica nº 018/2011. Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182011-de-23052011-jpg.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2012.) Norma nº 029/2012 atualizada em 31/10/2013

2013: Precauções Básicas do Controlo da Infecção <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>

Direção Geral da Saúde. (2013). Norma nº 24/2013: Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Norma da Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0242013-de-23122013-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015). Norma nº 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Direção Geral da Saúde. (2015). Norma nº 019/2015 atualizada a 29/08/2022: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 11: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. dgs.pt

Direção Geral da Saúde. (2011). Orientação clínica nº 018/2011. Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de

saúde<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182011-de-23052011-jpg.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2012.) Norma nº 029/2012 atualizada em 31/10/2013 (2013): Precauções Básicas do Controlo da Infecção <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>

Direção Geral da Saúde. (2013). Norma nº 24/2013: Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Norma da Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0242013-de-23122013-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015). Norma nº 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Direção Geral da Saúde. (2015). Norma nº 019/2015 atualizada a 29/08/2022: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 11: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. [dgs.pt](https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma_11_2017-de-19_12_2017-pdf.aspx)

Direção Geral da Saúde. (2019). Norma nº 007/2019: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção Geral da saúde. (2022). Norma 017/2022: Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma_017_2022-de-19_12_2022-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde. (2022). Norma nº 020/2015, atualizada a 17/11/2022: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico, Norma da direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circularesnormativas/0202015-de-15122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>

Ejarque, M. et al., (2021). Doenças ocupacionais e saúde percebida em enfermeiros de centro cirúrgico.

Faia, A. (2014). Descontaminação do Material Cirúrgico. In A. Duarte ft O. Martins, Enfermagem em bloco operatório.(Capítulo 20 /pp.191-194). Lidel - Edições Técnicas, Lda

Ferrito, C. (2014). Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In A. Duarte & O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório*. (Capítulo 1 /pp. 3-8). Lidel - Edições Técnicas, Lda

Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Garcia, P., Cortez, B., & Sales, L. (2021). Simulação para a Produção da Segurança do Doente. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos, *Guia Prático para a Segurança do Doente*. (Capítulo 29/ pp. 343-350). Lidel - Edições Técnicas, Lda

Gibbs, A. (1997). *Grupos Focais, Atualização de Pesquisa Social*, Edição 19, Guilford, 1997. <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU19.html>

Gil, A. C. (2002). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. SÃO PAULO: Editora Atlas S. A.

Goldman, E. (1962). A entrevista em profundidade em grupo. *Revista de Marketing*. v. 26, pág. 61-68.

Gomes, M. E. S. & Barbosa, E. F. (1999). A técnica educativa de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. *Educativa*.

Gonçalves, M., Pereira, M. A., & Machado, N. (2019). Construção e implementação de um modelo de consulta de enfermagem no pré-operatório de cirurgia geral programada [Abstract]. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*; 42(11-12). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35495/1/resumo_p.54.pdf

Olin., K., Nilsson, C., U., Göras, C., Nilsson, U., Unbeck, M., Ehrenberg, Anna., Pukk-Härenstam, K. & Ekstedt, M. (2022). Mapping registered nurse anaesthetists' intraoperative work: tasks, multitasking, interruptions and their causes, and interactions: a prospective observational study. *BMJ Open* 2022;12:e052283. doi:10.1136/bmjopen-2021-052283

Iliff, HA., El-Boghdadly., Ahmad,K., Davis, J. , Harris, A., Khan, S., Lan-Pak-Kee, V., O'Connor, J., Powell, L., Reis, G., Tatla, TS., (2022). Management of haematoma after thyroid surgery: systematic review and multidisciplinary consensus guidelines from the Difficult Airway Society, the British Association of Endocrine and Thyroid Surgeons and the British Association of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery. *Revista Anaesthesia*, nº77, 82-95.

Jesus & Abreu, (2014). Humanização em Bloco operatório In A. Duarte & O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório*. (Capítulo 5/pp39-45). Lidel - Edições Técnicas, Lda

Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups. *BMJ - British Medical Journal*. Vol. 311.

Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *Focus Groups - A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2009. ISBN: 978-1-4129-6947-5.

Martins, A., Pinto, A., Lourenço, C., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M. J., Almeida, M. P., Mendes,

O. S., Santos, R. M. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12 (2) 52-61.

Morgan, D. L. (1997). *Focus group as qualitative research*. London: Sage.

Morgan, D. L. (1998). *The Focus Group Guidebook*. Thousand Oaks: Sage.

Mota, A., S., Castilho, A. F., Et Martins, M., M. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6), e 20134, 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20134>.

Mourão, J., Pereira, L., Alves, C., Andrade, N., Cadilha, S., Et Perdigão, L., (2018). Indicadores de Segurança e Qualidade em Anestesiologia - Quality and Safety Indicators in Anesthesia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia VOL. 27 - Nº 2* <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia>

Nunes, L. (2006). Ética das Profissões de Saúde. Ética das Profissões - Actas do Colóquio Luso-Espanhol de Ética das Profissões (pp. 99-116). Braga: ALETHEIA - Associação Científica e Cultural.

Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

Nunes, L. (2021). Segurança do Doente e Responsabilidade Profissional. In F. Barroso, L. Sales, S. Ramos, *Guia prático para a segurança do doente*. Capítulo 11 (pp 107-121). Lidel - Edições Técnicas Lda.

Ordem dos Enfermeiros, (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem-Enquadramento conceptual- Enunciados Descritivos <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros, (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, (2005). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por

Organização Mundial da Saúde (2009). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas . Direção geral da Saúde. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>

Pereira, D., Nascimento, J. C., Et Gomes, R. (2011). *Sistemas de Informação na saúde: perspectivas e desafios em Portugal*. Edições Silabo

Phaneuf, M. (2005) - Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência. ISBN-10: 9728383843; ISBN-13: 9789728383848

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>

Pires, M. A. G., et Rego, A. (2017). Visita pré-operatória de enfermagem: importância da sua implementação. *Servir*, 59(5-6), 54-59. <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23467>

PORDATA (2022). Censur 2021. (Recuperado de) <https://www.pordata.pt/censos/>

Reis, A. P., et Silva, A. (2014). In *Enfermagem Perioperatória: Gestão de Risco*. In A. Duarte, O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório (Capítulo 21/ pp195-205)*. Lidel - Edições Técnicas, Lda

Rocha, C., N., et Ramos, S. (2021). Segurança na Gestão Ambiental e das Instalações das Unidades de Saúde. In F. Barroso, L. Sales, S. Ramos, *Guia prático para a segurança do doente. (Capítulo 28/pp329-342)*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Rocha, P., Fanton, C., Demartines, N., Hubner, M., (2019). O impacto do diálogo pré-operatório do enfermeiro perioperatório na ansiedade e na satisfação do doente submetido a uma cirurgia eletiva: revisão de literatura. Universidade de Hospital of Lausanne

Rocha, T., (2020). Via aérea difícil: revisão da abordagem. (Tese de mestrado em medicina Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina da Universidade da Beira Interior). Recuperado de ubibliorum.ubi.pt

Rosenblatt, W., H., MD. et Artime, C. MD. (2022). Management of the difficult airway for general anesthesia in adults <https://medilib.ir/uptodate/show/90615>

Sales, L., Barroso, F. et Ramos, S. (2021). Identificação Inequívoca do doente. In F. Barroso, L. Sales, et S. Ramos, *Guia prático para a segurança do doente. (Capítulo 19/ pp195-204)*. Lidel - Edições Técnicas Lda.

Saxena, S., Krombach, J., Nahrwold, D., Pirracchio, R. (2019.) Anaesthesia-specific checklists: A systematic review of impact. *Anaesth Crit Care Pain Med* (2019), <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2019.07.011>

Sequeira, C., (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel - Edições Técnicas Lda.

Serrano, I. (2014). Instrumentos Cirúrgicos. In A. Duarte et O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório. (Capítulo 18/pp. 151-182)*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Silva, M. A. P. (2011) - As intenções dominantes nas concepções de Enfermagem - estudo a

partir de uma amostra de estudantes finalistas (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8685>

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>

Sim, J. (1998). Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 28 (2).

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2010). Recomendações verificação do equipamento anestésico.http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes_Equipamento_Anestesico.pdf

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2016). Recomendações verificação do equipamento anestésico. (recuperado de) http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes_Equipamento_Anestesico.pdf

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017). Recomendações da SPA para manutenção de normotermia no período perioperatório.<http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabólica (SPEDM), (2019). Recuperado de <https://www.spedm.pt/pt/noticias-spedm/as-doencas-da-tiroide-afetam-cerca-de-1-milhao-de-portugueses>

Sousa, C. S., Bispo, D. M. & Acunã, A., A. (2018). Criação de um manual para posicionamento cirúrgico : relato de experiência. *Revista SOBECC*, 23(3) 169-175. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800030009>

Vaughn, Sh., R., Schumm, J. S. & Sinagub, J., M. (1996). *Focus Group Interviews in Education and Psychology* . Thousand Oaks: Sage Publications, 1996. ISBN: 0-8039-5892-7.

von Vogelsang, A. C., Swenne, C. L., Gustafsson, B. Å. & Falk Brynhildsen, K. (2019). Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper. *Nursing open*, 7(2), 495-502. <https://doi.org/10.1002/nop2.424>

Wahr A, J., MD & Faha. (2021). Patient Safety in the operating room. <https://www.uptodate.com/contents/safety-in-the-operating-room?search=nursing%20...> 04/03/2023

8. ANEXOS

Anexo I

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA**

Estágio de Natureza Profissional com Relatório -Módulo II

BOC

FICHA TÉCNICA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

ÁREA DE INSTRUMENTAÇÃO/ CIRCULAÇÃO

Cirurgia: Tiroidectomia

Elaborado por: Lúcia Marques

Fernando Sousa

Junho, 2023

Documento descritivo da listagem do material Cirúrgico, não Cirúrgico e Dispositivos Médicos; composição do Instrumental Cirúrgico; Circuito para o Serviço de Esterilização e Reprocessamento.

Tiroidectomia: Consiste no procedimento cirúrgico de exérese da glândula da tiroide, unilateral (parcial) ou bilateral (total).

LISTAGEM DO MATERIAL

- ✧ Batas cirúrgicas esterilizadas, standard/ reforçadas
- ✧ Caixa do instrumental cirúrgico (descrito à frente)
- ✧ Caneta Cirúrgica estéril dermatográfica
- ✧ Cápsula redonda média de inox
- ✧ Cola biológica cirúrgica para sutura
- ✧ Compressas esterilizadas não tecido com contraste 10x10cm
- ✧ Compressas esterilizadas não tecido com contraste 20x40cm
- ✧ Dissetor/ hemostático aberto, garra pequena, curvo ("Ligasure")
- ✧ Fios de Sutura Cirúrgica :
 - Sutura cirúrgica entrançada sintética, estéril e absorvível, AG 1/2 L 31mm, 70cm (Vicryl)- 3-0
 - Sutura cirúrgica monofilamento, estéril, absorvível e sintética incolor AG 3/8L.19mm, 45cm, (Monocryl)-3-0
 - Sutura cirúrgica de Seda natural, multi filamentar, entrançada., com revestimento, estéril e não absorvível, AG 3/8L 24mm, 75cm, (Seda)- 2-0
- ✧ Lâmina de Bisturi nº 10 ou 15
- ✧ Lixa Cirúrgica Estéril
- ✧ Luvas cirúrgicas esterilizadas
- ✧ Placa dispersiva (simples ou dupla)
- ✧ Punho para focos de iluminação cirúrgica móvel de teto (2)
- ✧ Sistema de eletrocirurgia de radiofrequência : Gerador, Elétrodo, Bisturi. (Monopolar / Bipolar)

- ✧ Trougha cirúrgica universal descartável (dois campos laterais, um campo superior e um campo inferior)
- ✧ Tubo de aspiração e cânula Yanker
- ✧ Sutura Cutânea esterilizada
- ✧ Cola biológica cirúrgica para sutura
- ✧ Caneta Cirúrgica estéril dermográfica
- ✧ Tubo de aspiração e cânula Yanker

NOTA: As quantidades dos materiais são variáveis de acordo com a equipe cirúrgica e as necessidades pontuais.

COMPOSIÇÃO DA CAIXA DO INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa em inox com 37 instrumentos cirúrgicos para as fases de: Diérese/ Hemóstase/ Prensão e Síntese.

Composição e confecção da Mesa Cirúrgica

A mesa cirúrgica deve ser confeccionada de forma padronizada, lógica e funcional, que obedece a critérios específicos e técnicos. A orientação dos Instrumentos Cirúrgicos depende da posição do instrumentista face ao cirurgião. Neste caso encontra-se direita para esquerda e está dividida em duas áreas principais: inferior e superior, abaixo descritas (Ver Figura 1).

Figura1: **Composição e confecção da Mesa Cirúrgica**



Área inferior da Mesa Cirúrgica

- ✧ Cabo de Bisturi para lâmina nº 10 ou nº 15 - 1
- ✧ Pinça dissecação DeBakey reta - 2
- ✧ Pinça Adson com dente - 2
- ✧ Pinça Adson serrilhada - 2
- ✧ Tesoura cirúrgica: Mayo-stille (fios) -1 / Metzenbaum reta(tecidos)- 2
- ✧ Pinça Kelly curva - 4
- ✧ Pinça Kelly reta - 1
- ✧ Pinça Mosquito - 4
- ✧ Pinça Mixer - 1
- ✧ Pinça Dissetor - 1
- ✧ Pinça Allis - 2
- ✧ Pinça de Anel - 1
- ✧ Pinça Babcock - 1
- ✧ Porta-agulhas - 2

Área superior da Mesa Cirúrgica

- ✧ Material para a assépsia da pele: Cápsula e Pinça Pean longa - 1
- ✧ Afastadores Manuais: Roux - 2 /Army Navy - 2 /Farabeuf - 2
- ✧ Compressas esterilizadas não tecido com contraste 20x40cm e 10x10cm

Nota : Os materiais discriminados referem-se a materiais que constituem a base para a cirurgia, aos quais se vão acrescentando outros Instrumentos Cirúrgicos ou Dispositivos Médicos, necessários ao longo do procedimento cirúrgico.

A caixa do Instrumental Cirúrgico está acompanhada pelos Dispositivos de Controlo da Qualidade da esterilização, adoptados na Instituição, bem como um Folheto Informativo, (Ver figura 2). Este deve ser preenchido, Serviço de Esterilização, no momento da Preparação e no BOC nos momento pré e pós cirurgia, com os seguintes conteúdos:

- ✓ Dados preenchidos no Serviço de Esterilização: data de esterilização; identificação; número de instrumentos cirúrgicos; confirmação dos mesmos; assinatura do responsável.

- ✓ Dados preenchidos no BOC: data de utilização; confirmação dos instrumentos; número de instrumentos cirúrgicos; faltas ; assinatura do responsável.

Figura 2- Folheto Informativo que acompanha o Instrumental Cirúrgico.

| | |
|---------------------------|--------------|
| Esterilização | Data: / / |
| Caixa: | |
| Certo: Sim Não Bloco Amb. | |
| Falta: | |
| Nº Peças: | MECº: |
| Bloco | Data: / / |
| Conforme: Sim Não | Nº de peças: |
| Falta: | |
| SALA: | MECº: |

CIRCUITO E REPROCESSAMENTO

Os Instrumentos Cirúrgicos e outros Dispositivos Médicos de uso múltiplo (DMUM) após utilização, são transportados em carro ou contentor fechado, através do Circuito dos Sujos para o Serviço de Esterilização, contíguo ao BOC, onde vai passar pelas seguintes áreas:

1. Área de Receção/ Descontaminação(Lavagem Manual/Lavagem Mecânica)
2. Área de Inspeção e Preparação (Secagem, Reparação, Lubrificação)
3. Área de Empacotamento /Embalamento
4. Área do Reprocessamento (esterilização)
5. Armazenamento

Os Dispositivos Médicos e as caixas do Instrumental Cirúrgico, depois de esterilizados são transportados e distribuídos através de carros limpos para o Armazém respetivo.

A caixa do Instrumental da Tireoide fica armazenada na Sala de Stock de Esterilizados do BOC. (Ver figura 3)

Figura 3- Caixa do Instrumental da Tireoide



Atualmente existem 4 caixas de Instrumentais da Cirurgia da Tireoide no BOC.

Bibliografia

Contreiras, B., (2014). Material de sutura. In A. Duarte et O. Martins (Eds.), *Enfermagem em bloco operatório* (Capítulo 19 /pp. 183-190). Lisboa: Lidel

Faia, A., (2014). Descontaminação do material Cirúrgico. In A. Duarte et O. Martins (Eds.), *Enfermagem em bloco operatório* (Capítulo 20 /pp. 191-194). Lisboa: Lidel

Lang, Sigmund., (2020).Catálogo geral de instrumental cirúrgico recuperado de <https://lang.com.br/wp-content/uploads/2020/11/lang-01-catalogo-geral-de-instrumentais.pdf>

Serrano, I., (2014). Instrumentos Cirúrgicos. In A. Duarte et O. Martins (Eds.), *Enfermagem em bloco operatório* (Capítulo 18 /pp. 151-182). Lisboa:Lidel

Unidade Local De Saúde Alto Minho.Regulamento do Serviço de Esterilização, (2023). recuperado de <http://portal.cham.min-saude.pt:7778/portal/page/portal/CHAM/Regulamento%20Interno%20do%20Servi%E7o%20de%20Esteriliza%E3o.pdf>

Anexo II

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 – Mod-II

UCPA-BOC

Domínios/ Focos/ Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem Padrão

Tiroidectomia Total

Pós-operatório

Elaborado por: Lúcia Marques

Junho, 2023

Domínios/ Focos/ Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem Padrão

Cirurgia: Tiroidectomia Total

Pós-operatório - UCPA

Nota Introdutória

A Conceção de Cuidados apresentado pretende representar de uma forma geral os Domínios, Focos e/ou Diagnósticos potenciais, de forma a estruturar Intervenções de Enfermagem, no Programa Patient Care, para o período Pós-operatório do procedimento Invasivo : Tiroidectomia Total, na Unidade de Cuidados Pós-operatório (UCPA) do BOC.

| DOMÍNIOS FOCO/ DIAGNOSTICO | DADOS | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM TIPO: Executar/Observar/ Gerir |
|--|---|---|
| PROCESSO NEUROMUSCULAR Consciência DX: Consciência comprometida | <ul style="list-style-type: none">▪ Resposta: abertura dos olhos/ verbal/ motora ▪ Reflexo Pupilar▪ Vômito em jato | <ul style="list-style-type: none">a) Avaliar evolução da consciênciab) Referencia compromisso da consciência ao médicoc) Manter a cama / maca elevada a 30º |
| Percepção Sensorial DX: DOR | <ul style="list-style-type: none">▪ Intensidade da dor (expressão facial; movimento dos membros; Choro /vocalização; atividade; consolabilidade▪ Localização da dor | <ul style="list-style-type: none">a) Avaliar evolução da dorb) Gerir analgesiac) Executar técnica não farmacológica de alívio da dord) Posicionar para aliviar a dor |

| | | |
|--|--|---|
| <p>PROCESSO CARDIOVASCULAR Sistema respiratório <u>Ventilação</u> FOCO/DX: HIPOVENTILAÇÃO</p> <p>FOCO/ DX: DISPNEIA</p> <p>FOCO/DX: LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS COMPROMETIDA</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência respiratória ▪ Ritmo respiratório ▪ Saturação do Oxigênio no sangue ▪ Coloração das mucosas ▪ Profundidade da ventilação ▪ Utilização dos músculos acessórios da ventilação ▪ Comunicação de Falta de ar ▪ Simetria do movimento respiratório ▪ Dispositivo de promoção da Ventilação | <ul style="list-style-type: none"> a) Avaliar evolução da Ventilação b) Posicionar para otimizar a ventilação c) Iniciar Oxigenoterapia d) Executar exercícios de controlo respiratório e) Executar hiperinsuflação manual f) Referenciar ventilação comprometida ao médico <ul style="list-style-type: none"> a) Avaliar a dispneia ao médico DX b) executar exercícios de controlo respiratório c) Posicionar para otimizar a ventilação <ul style="list-style-type: none"> a) Avaliar a limpeza das vias aéreas b) Aspirar a via aérea c) Posicionar para facilitar limpeza da via a aérea |
| <p>Sistema cardiovascular DX: HEMORRAGIA</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Localização do Pulso ▪ Local da avaliação da pressão sanguínea ▪ Temperatura das extremidades ▪ Coloração das extremidades ▪ Tempo de preenchimento capilar ▪ Perda sanguínea ▪ Localização da dor | <ul style="list-style-type: none"> a) Avaliar evolução de sinais de hemorragia b) Aplicar penso compressivo c) Aplicar material de sutura cutânea adesiva d) Referenciar hemorragia ao médico |
| <p>PROCESSO GASTROEINTESTINAL DX: NÁUSEA</p> <p>DX: VOMITAR</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensação de enjoo ✓ Quantidade mensurável/ não mensurável do vômito ✓ Tipo de vômito ✓ Vômito em jato | <ul style="list-style-type: none"> a) Avaliar a evolução da náusea b) Referenciar náusea ao médico c) Executar cuidados de Higiene oral d) Gerir o ambiente Físico para aliviar a náusea e) Avaliação evolução de Vomitar f) Referenciar o Vomitar ao médico g) Posicionar para |

| | | |
|---|---|---|
| | | prevenir a aspiração h) Executar cuidados de higiene oral |
| PROCESSO DO SISTEMA URINÁRIO Eliminação urinária DX: RETENÇÃO URINÁRIA | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Presença de Globo Vesical | a) Avaliar evolução de retenção urinária b) Referenciar retenção urinária ao médico |
| PROCESSO DO SISTEMA TEGUMENTAR PELE: DX: FERIDA CIRÚRGICA | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Localização da ferida cirúrgica | a) Avaliar a evolução da ferida b) Avaliar evolução da temperatura corporal c) Efetuar tratamento da ferida cirúrgica d) Aplicar penso na ferida cirúrgica |
| PROCESSO DO SISTEMA REGULADOR: FOCO: METABOLISMO TERMORREGULAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Glicemia capilar ▪ Temperatura corporal periférica | a) Avaliar a glicemia capilar |
| PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA MÉDICA: DX: PROCEDIMENTO INVASIVO FOCO : HIPOCALCEMIA | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de procedimento Invasivo ▪ Perda sanguínea ▪ Localização do Pulso ▪ Local de avaliação da pressão sanguínea ▪ Temperatura corporal | a) Avaliar sinais de hemorragia: Perda sanguínea b) Frequência de pulso c) Amplitude do pulso d) Avaliar evolução da temperatura corporal a) Efetuar colheitas de espécimens para doseamento da PTH b) Observar sinais de parestesias/ contraturas musculares c) Efetuar teste de Chvostek e) Efetuar teste de Trousseau |
| ATITUDES TERAPÊUTICAS: DX: REPOUSO NO LEITO DX: OXIGENOTERAPIA | <ul style="list-style-type: none"> ▪ FiO2 ▪ Débito de O2 | a) Manter repouso no leito b) Manter Oxigenoterapia |
| SONDAS, DRENOS E CATÉTERES DX: CATÉTER VENOSO | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Localização do catéter venoso periférico | a) Avaliar evolução de sinais de complicação no local de inserção do cateter venoso periférico |

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| <p>PERIFÉRICO</p> <p>SONDAS, DRENOS E CATÉTERES (cont.)</p> <p>DX: DRENO</p> | <p>✓ Localização do dreno</p> | <ul style="list-style-type: none"> b) Avaliar a evolução da administração pelo cateter venoso periférico c) Otimizar o catéter venoso periférico d) Executar tratamento ao local de inserção do catéter periférico e) Trocar catéter periférico f) Referenciar sinais de complicações no local de inserção do catéter ao médico. g) Avaliar a evolução da drenagem h) Avaliar evolução de complicações na local inserção do dreno i) Otimizar dreno j) Executar tratamento ao local de inserção do dreno k) Referenciar sinais de complicações no local de inserção do dreno ao médico |
|---|-------------------------------|--|

Anexo III

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Guião de sessão do Grupo Focal

Equipa de Investigação: ` Lúcia Marques; Fernando Sousa; Paulo Machado

TEMA: Otimização da via aérea, na pessoa submetida ao procedimento invasivo tiroidectomia no intra e pós-operatório: Contributo do enfermeiro especialista

Questões de partida do estudo:

Qual o modelo de estruturação do Procedimento de Verificação do Equipamento Anestésico da Sala Cirúrgica do Bloco Operatório Central?

Qual o modelo de estruturação do Procedimento Verificação do carro de Via Aérea Difícil?

DURAÇÃO: 60 minutos (\pm 15 minutos)

LOCAL: Via Zoom: <https://videoconf-colibri.zoom.us/j/96062171947>

DATA: 29 de maio de 2023 às 21h

PARTICIPANTES: Colegas que aceitaram integrar o estudo (nome e categoria profissional dos participantes)

Participante A - Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Participante B - Enfermeira com especialidade Médico-Cirúrgica

Participante C - Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Participante D - Enfermeiro com especialidade Médico-Cirúrgica

Participante E - Enfermeiro com especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica

Participante F - Enfermeiro com especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica

Participante G - Enfermeiro com especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica

MATERIAL NECESSÁRIO: Computador, acesso ao ZOOM®.

| MOMENTOS | CONTEÚDO | DURAÇÃO |
|-----------------|---|---------------|
| Introdução | -Apresentação dos intervenientes -Apresentação dos objetivos do estudo -Explicação da metodologia do estudo | 5-10 minutos |
| Desenvolvimento | -Apresentação da questão de partida do estudo -Discussão | 50-55 minutos |
| Encerramento | -Conclusão -Agradecimentos | 5-10 minutos |

QUESTÕES A SER RESPONDIDAS:

1. Qual a opinião sobre as etapas do procedimento?
2. Qual a opinião sobre a ordem das etapas?
3. Qual a opinião sobre a frequência de realização de verificação?
4. Qual a opinião sobre onde efetuar os registros?
5. Qual a opinião sobre os itens que constituem a grelha de verificação?
6. Tem mais alguma sugestão para o procedimento?

SERÁ CONSIDERADO DESVIO E IMPLICARÁ REFOCALIZAÇÃO:

1. Discussões relacionadas com outras temáticas do Perioperatório.

Anexo IV

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

| | |
|--|---|
| <p>Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 33 – 19-04-2023</p> <p>Assunto:</p> <p>“No âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Estudo de Investigação - Validação dos procedimentos: Verificação / Monitorização do Carro de Via Aérea Difícil do Bloco Operatório Central e Verificação do Equipamento Anestésico da Sala Cirúrgica do Bloco Operatório Central”.</p> | <p>Solicitado pelo Conselho de Administração</p> <p>Em nome do(s) investigador(es):</p> <p>“Lúcia Maria Álvaro Marques, aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Enfermagem do Porto”.</p> |
|--|---|

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

“A temática: Cuidados de enfermagem na otimização da via aérea, na pessoa submetida ao procedimento invasivo tiroidectomia no intra e pós-operatório: visão do enfermeiro especialista. Objetivo Geral: Desenvolver e aprofundar competências dos domínios da prática profissional, ética e legal, bem como na prestação e gestão de cuidados da via aérea, na pessoa submetida ao procedimento invasivo tiroidectomia, no Intra e no Pós-operatório.

Objetivo específico 1: Contribuir para a segurança na gestão dos equipamentos carro de Via aérea difícil, na manutenção da via aérea, na pessoa submetida ao procedimento invasivo Tiroidectomia no Intra e no Pós-operatório.

Objetivo específico 2: Maximizar a segurança da sala cirúrgica e dos equipamentos anestésicos, na manutenção da via aérea à pessoa submetida ao procedimento invasivo tiroidectomia, no Intra operatório.

Objetivo específico 3: Desenvolver registo padronizado para intervenções de enfermagem específicas do pós-operatório imediato da pessoa submetida tiroidectomia, na plataforma informática *Patient Care*.

Método do estudo: Grupos Focais; Técnica de recolha de dados: entrevista coletiva; Amostra: Enfermeiros do Bloco Operatório. Período de colheita de dados maio e junho de 2023.

2. Fundamentação

“A conceção de cuidados à pessoa em situação peri operatória constitui um enorme desafio e responsabilidade para o enfermeiro especialista.

A enfermagem peri operatória inscreve-se em padrões de qualidade, onde a tomada de decisão do exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática.

Na tomada de decisão o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa e família/pessoa significativa e prescreve intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2001). Atualmente os Cuidados de Enfermagem Peri operatórios desenvolvem-se num processo padronizado de boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa num contínuo, antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico. Visam proporcionar à pessoa proteção na situação particular de vulnerabilidade, capacitá-la e promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde Ordem dos Enfermeiros (2017). Para Mota, A., Castilho, A., Martins, M., (2021) o Bloco Operatório constitui o local onde ocorre o maior número de incidentes em cuidados de saúde, pelo que se torna fundamental implementar políticas de segurança para o doente.

Vários são os equipamentos com os quais o enfermeiro do peri operatório intervém. Destacamos os mais diretamente ligados à manutenção da Via aérea como sejam o equipamento anestésico (ventilador e acessórios) ou mais especificamente o carro de Via Aérea Difícil. Estes são equipamentos que requerem manutenção e verificação diária/mensal. Segundo o Conselho da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2016) a ausência de verificação do carro anestésico antes da sua utilização, tem sido associado ao aumento do risco de morbilidade e mortalidade pós operatórias.

A pesquisa bibliográfica efetuada vem de encontro a estes dados quando a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2016) refere que os eventos mais devastadores associados a morbilidade e mortalidade, na abordagem da VA são os respiratórios (17 %). Releva ainda que as complicações na abordagem da via aérea ocorrem durante todo o período peri operatório: 67 % na indução, 15 % durante a cirurgia, 12 % na extubação, e 5 % durante a recuperação da anestesia e apesar de o número de mortes e lesões cerebrais na indução anestésica tenha diminuído de 62 % (1985-1992) para 35 % (1993-1999) o mesmo não se verificou relativamente às outras fases da anestesia e a probabilidade de morte/lesão cerebral acrescida nas emergências da via aérea associam-se a persistentes tentativas de intubação traqueal. Estes dados levaram à necessidade do desenvolvimento de estratégias de gestão da via aérea na indução, manutenção e recuperação da anestesia para melhorar a segurança dos doentes.

O enfermeiro especialista de facto tem um lugar na equipe de enorme responsabilidade no garante da segurança na conceção dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação peri operatória. Por um lado, através da preparação do ambiente como verificação e confirmação dos checklists diariamente, como na manutenção destes equipamentos, quer em sala, quer no Carro de Via aérea difícil, no sentido de se encontrar operacional sempre que necessário. Por outro, os conhecimentos técnico científicos bem como no diagnóstico da situação, como a comunicação e liderança são neste contexto fundamentais para a tomada de decisão na interdisciplinaridade e essencial nestas situações de emergência de grande stress."

3. Conclusão/parecer

O pedido de estudo apresentado cumpre os requisitos exigidos pela CES da ULSAM, no Mod. Q741, reiteramos, ainda, a obrigatoriedade de entrega do trabalho final e esta Comissão, conforme consta no compromisso dos investigadores plasmados no mesmo documento.

O tempo de autorização para a colheita de dados é da data desta autorização até ao dia 30 de junho de 2023. Propomos, por isto, a emissão de um parecer favorável.

Nota: Referências bibliográficas:

ICN (2011). Classificação Internacional para a prática de enfermagem. Versão 2 Diário da República, (2018). Regulamento nº 429 2. série nº 135 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico –Cirúrgica <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf> Diário da República, (2019).

Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040> Diário da República, (2021).

Despacho nº 9390/2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. (recuperado de) <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Dispositivos de la via aérea difícil. (Recuperado de). <https://arydol.com/temas/secciones/Viaaerea/via-aerea-dificil/dispositivos-de-la-via-aerea-dificil/> Drewry,A.Peterfreund,R. Et Lee,L S.(2008).

Considerações específicas na doença endócrina In Wilton C. Levine, *Manual de Anestesiologia Clínica Procedimentos do Massachusetts General Hospital* (Capitulo38/515-526). Massachusetts : Guanabara Koogan. Iliff, HA, El-Boghdadly., Ahmad,K., Davis, J., Harris, A., Khan, S., Lan-Pak-Kee, V., O'Connor, J., Powell, L., Reis,G., Tatla, TS. (2022). Management of haematoma after thyroid surgery: systematic review and multidisciplinary consensus guidelines from the Difficult Airway Society, the British Association of Endocrine and Thyroid Surgeons and the British Association of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery. Revista Anaesthesia, nº77, 82-95

Mariscal, M., Pindado, M.L., Duro, E., Caro, M., Engel,W., Arrázola, B. (s.d.)

Mota, A., Castilho, A., Martins, M. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros *Revista de Enfermagem Referência*. Nº 6, 1-10 Ordem dos Enfermeiros, (2017).

Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroesqualidade-emc_rev.pdf

PORDATA (2022). Censur 2021. (Recuperado de) <https://www.pordata.pt/censos/> Ramos , S. Sales, I.,& Barroso,f.(2021).
Segurança do doente: Princípios e Conceitos. In F, Barroso, L. Sales & S. Ramos, *Guia Prático para a segurança do doente* (Capítulo(3-10). Lidel Rocha,T.,(2020).
Via aérea difícil: revisão da abordagem . (Tese de mestrado em medicina Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina da Universidade da Beira Interior). Recuperado de https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/10792/1/7741_16249.pdf Sociedade Portuguesa de Anestesiologia.(2010).
Recomendações de verificação do equipamento anestésico. http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes_Equipamento_Anestesico.pdf 39 Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2016).
Recomendações de verificação do equipamento anestésico. (recuperado de) http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes_Equipamento_Anestesico.pdf
ULSAM, (2022). Relatório e contas – Unidade Local de saúde do Alto Minho, E.P.E. Wang,T.S., ;Lyden, M.L., Sosa, J.A. (2022). Thyroidectomy. (Recuperado de) https://www.uptodate.com/contents/thyroidectomy/print?search=tiroidectomia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

| | |
|----------------------------------|--------------------|
| Relator(es) | Rosa Olívia Mimoso |
| Ratificado em reunião do dia | 18-05-2023 |
| Enviado parecer: ___ / ___ / ___ | |

18/05/2023

O Presidente da CES



DR. CARLOS RIBEIRO
Presidente da CES

Rosário Barros
Enfermeira Diretora
2023

Anexo V

Consentimento Informado

Encontramo-nos a realizar um estudo intitulado “Otimização da via aérea, na pessoa submetida ao procedimento invasivo tiroidectomia no intra e pós-operatório: contributos do enfermeiro especialista”, no qual desenvolvemos dois procedimentos, designadamente: PROCEDIMENTO: Verificação do Carro de Via Aérea Difícil do Bloco Operatório Central e o PROCEDIMENTO: Verificação do Equipamento Anestésico da Sala Cirúrgica do Bloco Operatório Central. Com o objetivo de validar os procedimentos elaborados com peritos, com recurso à técnica de Grupos Focais, solicitamos a sua participação, tendo por base os seguintes princípios e condições:

1. A participação neste estudo prevê a realização de um encontro via Zoom com a finalidade de realizar uma entrevista.
2. A data, hora e local deste encontro será definida de acordo com a sua disponibilidade.
3. A participação neste estudo é voluntária, podendo a qualquer momento, interromper a sua participação quer de uma forma temporária quer de uma forma definitiva.
4. Para salvaguardar a exatidão da informação, as entrevistas serão gravadas em formato vídeo e posteriormente identificados com códigos para preservação do anonimato. Após este procedimento o vídeo será destruído.
5. A identidade dos participantes e todas as informações recolhidas no decurso da participação serão mantidas sob confidencialidade, registadas num ficheiro ao qual apenas terá acesso o investigador.

Com a assinatura deste documento, fica o mestrando autorizado a utilizar exclusivamente para fins do seu estudo no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em situação Perioperatória da Escola Superior de Enfermagem do Porto e publicações e/ou apresentações decorrentes, os dados fornecidos pelos participantes assegurando o seu anonimato.

Para quaisquer questões relacionadas com este estudo, poderá contactar-nos diretamente através do telefone 962768719 ou do endereço de correio eletrónico luciajuin@gmail.com.

Confirmo que me foi explicado o âmbito da minha participação neste estudo e que aceito participar nele, de acordo com as condições atrás referidas.

Data: / / .

O participante: _____

O investigador: _____

Anexo VI

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA**

Estágio de Natureza Profissional com Relatório -Módulo II

BOC

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

VERIFICAÇÃO DO CARRO DE VIA AÉREA DIFÍCIL DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

Elaborado por: Lúcia Marques

Fernando Sousa

Junho, 2023

DEFINIÇÃO:

A verificação do Carro de Via Aérea Díficil do Bloco Operatório Central consiste numa estratégia de segurança na abordagem da via aérea, através da gestão do equipamento Carro de Via aérea Díficil, a efetuar mensalmente pelo Enfermeiro Especialista em conjunto com Enfermeiro Generalista.

FINALIDADE:

Contribuir para manutenção do Carro de Via Aérea Díficil do Bloco Operatório Central equipado e operacional nas 24H /dia em local próprio.

OBJETIVOS:

- ✓ Uniformizar procedimento de Verificação do Carro de Via Aérea Díficil;
- ✓ Colocar como Instrução de trabalho em plano de trabalho uma vez por mês;
- ✓ Prevenir falta de material/ outros;
- ✓ Identificar anomalias e proceder à sua resolução;
- ✓ Verificar mensalmente os materiais e quantidades;
- ✓ Manter o carro operacional 24horas por dia;
- ✓ Registrar e assinar o procedimento em documento próprio ;
- ✓ Criar um registo de monitorização para identificar e analisar semestralmente os dados da sua utilização, para introduzir melhorias.

INTERVENIENTES: Enfermeiro Especialista do Bloco Operatório Central e Enfermeiro Generalista em conjunto em dupla verificação.

DESCRIÇÃO:

Verificar o carro de Via Aérea Díficil mensalmente seguindo a Lista de Verificação existente no Serviço;

Providenciar e ou alocar os materiais em falta;

Sempre que identificada anomalia proceder à sua resolução ou se necessário comunicar ao Enfermeiro Responsável de Turno / Enfermeiro Chefe/ Anestesiata;

Registar a verificação em folha própria (até ser criado acesso a registo informático);

Colocar a Lista de Verificação preenchida em pasta própria/ ficheiro próprio

Sempre que utilizado repor o material gasto e verificar a operacionalidade;

Preencher e registar o motivo da utilização do Carro de Via Aérea Difícil, dados do doente e abordagem da Via aérea, através da folha de Monitorização do Carro de Via aérea Difícil, em suporte de papel até ser criado registo informático;

Garantir a selagem do Carro de Via Aérea Difícil;

BIBLIOGRAFIA

Órfão, J., Aguiar, J., Carrilho, A., Ferreira, A., Leão, A., Mourato, C., Mexêdo, C., Pereira, C., Vaz, F., Lança, F., Paiva, G., Pires, I., Carvalhas, J., Mourão, J., Bonifácio, J., Miranda, L., Guinot, M., Gacio, M., Moinho, N., ... Moreira, Z. (2016). Consensos na Gestão da Via Aérea em Anestesiologia. *Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, vol 25, 7- 47.

http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Revista_Spa_volume_41_1_Arte_FINAL_web.pdf

Anexo VII

CARRO DE VIA AÉREA DIFÍCIL

MONITORIZAÇÃO do EQUIPAMENTO do BOC

Data ____/____/____

Hora ____:____

| |
|---|
| MOTIVO DE UTILIZAÇÃO |
| <input type="radio"/> Verificação |
| <input type="radio"/> Utilização: <input type="radio"/> Adulto <input type="radio"/> Pediátrico |
| TEMPO DE OCUPAÇÃO |
| <input type="radio"/> < 30 min <input type="radio"/> 30 min a 60 min <input type="radio"/> 60 min a 120 min <input type="radio"/> > 120 min |
| TIPO DE CIRURGIA |
| <input type="radio"/> Eletiva <input type="radio"/> Urgente <input type="radio"/> Emergente |
| SALA CIRÚRGICA |
| <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> Recobro |
| MOTIVO DE UTILIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO |
| <input type="radio"/> Via aérea Difícil Previsível |
| <input type="radio"/> Via aérea Difícil Não Previsível |
| <input type="radio"/> Ensino/ Treino/ Formação |
| <input type="radio"/> Outros |
| SELAGEM DO EQUIPAMENTO: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO |

v.s.f.f.

AValiação DO DOENTE e REGISTO DE VAD

Etiqueta de Identificação

| AValiação DO DOENTE | | | | |
|---|----------------------------------|--|------------------------------------|---|
| ASA: | <input type="radio"/> I | <input type="radio"/> II | <input type="radio"/> III | <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V |
| Mallampati: | <input type="radio"/> I | <input type="radio"/> II | <input type="radio"/> III | <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> Ns/A |
| Distância T-M: | <input type="radio"/> < 6,5cm | <input type="radio"/> > 6,5cm | <input type="radio"/> Ns/A | |
| Abertura boca: | <input type="radio"/> > 4cm | <input type="radio"/> < 4cm | <input type="radio"/> Ns/A | |
| Mobilidade do pescoço: | <input type="radio"/> > 90 Graus | <input type="radio"/> < 90 Graus | <input type="radio"/> Não mobiliza | |
| <input type="radio"/> Obesidade | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> DPOC | | |
| <input type="radio"/> Patologia da articulação Temporo-Mandibular | | | | |
| <input type="radio"/> SAOS ou roncopatia | | <input type="radio"/> Instabilidade Cervical | | |
| Outros dados: | | | | |
| | | | | |
| ABORDAGEM DA VIA AÉREA: | | | | |
| GRAU DE DIFICULDADE VENTILAÇÃO SOB MÁSCARA FACIAL | | | | |
| <input type="radio"/> G-1 Fácil <input type="radio"/> G-2 Fácil com adjuvante <input type="radio"/> G-3 Inadquada requerendo 2 pessoas | | | | |
| <input type="radio"/> G-4 Impossível <input type="radio"/> Ns/A / Não tentada | | | | |
| VENTILAÇÃO POR DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ns/a | | | | |
| CLASSIFICAÇÃO CORMARCK-LAHENE da LARINGOSCOPIA: | | | | |
| <input type="radio"/> Grau 1 <input type="radio"/> Grau 2 <input type="radio"/> Grau 3 <input type="radio"/> Grau 4 <input type="radio"/> Não aplicável | | | | |
| ENTUBAÇÃO TRAQUEAL CONSEGUIDA: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ns/a | | | | |
| Se conseguida n. de tentativas: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> > 5 | | | | |
| Dispositivo: <input type="radio"/> MF <input type="radio"/> DSG <input type="radio"/> ET <input type="radio"/> Laringoscopia direta <input type="radio"/> Videolaring. <input type="radio"/> Fibrosc. | | | | |
| Entrega de cartão de VAD ao utente: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não Porquê _____ | | | | |
| Enf Anestesia: _____ | | Anestesista: _____ | | |
| Observações: | | | | |
| | | | | |

Anexo VIII

Escola Superior de Enfermagem do Porto

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA**

Estágio de Natureza Profissional com Relatório -Módulo II

BOC

PROCEDIMENTO de ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

VERIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO ANESTÉSICO DA SALA CIRÚRGICA

DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

Elaborado por: Lúcia Marques

Fernando Sousa

Junho, 2023

DEFINIÇÃO:

A verificação do equipamento anestésico na sala cirúrgica do Bloco Operatório Central consiste numa estratégia de manutenção da segurança na otimização da Via Aérea/ minimização do risco, que consiste na verificação de todos os equipamentos afetos ao ato anestésico, tendo por base as recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, (2016), através duma verificação detalhada, em cada início do dia, com o respetivo registo em folha própria.

FINALIDADE: Contribuir para maior segurança na manutenção da Via Aérea da pessoa submetida ao procedimento Invasivo no Intra Operatório (na sala cirúrgica).

OBJETIVOS:

- ✓ Uniformizar procedimento de verificação dos equipamentos anestésicos, na sala cirúrgica;
- ✓ Prevenir anomalias/avarias/ falta de material/ outros;
- ✓ Identificar anomalias e proceder à sua resolução;
- ✓ Verificar diariamente, antes do início da atividade os equipamentos anestésicos na sala cirúrgica;
- ✓ Registrar e assinar diariamente o procedimento em folha própria;
- ✓ Analisar os dados de 2 em 2 meses para identificar ocorrências e introduzir melhorias.

INTERVENIENTES: Enfermeiros de anestesia do Bloco Operatório Central

DESCRIÇÃO:

Verificação diária, no início do turno da manhã (8H) dos equipamentos anestésicos, antes do início da atividade cirúrgica seguindo a lista de verificação cirúrgica (anexo 1).

Providenciar e/ou alocar os materiais em falta;

Sempre que identificada anomalia proceder à sua resolução ou se necessário comunicar / ao responsável de turno / Enfermeiro Chefe/ anestesista;

Registrar a verificação em suporte informático (Nota: registrar em lista própria em suporte de papel até ser criado o acesso informático);

Colocar a Lista de Verificação preenchida em pasta própria, criada para o efeito que se encontra no local X;

Nota: este procedimento prevê-se ser alargado, posteriormente, às restantes salas cirúrgicas.

BIBLIOGRAFIA

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2016). Recomendações verificação do equipamento anestésico. (recuperado de) http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes_Equipamento_Anestesico.pdf

Anexo IX

Anexo X

NursID Spring School 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Lúcia Maria Álvaro Marques** participou no evento **NursID Spring School 2023**, realizado de 8 a 12 de maio de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Atividades em que participou:

Seminário 9 - Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem a Pessoa em Situação Perioperatória - 8h

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Anexo XI

Procedimentos de Enfermagem Perioperatória

Segurança do doente na abordagem à Via Aérea

Autor: Lúcia Marques
Fernando Sousa

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em situação
Perioperatória
Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II,BOC
Junho, 2023

Sumário

- ❖ Justificação da problemática
- ❖ Objetivo e Finalidade
- ❖ Conceitos Chave
- ❖ Metodologia
- ❖ Resultados
- ❖ Conclusão

Justificação da problemática

- A conceção de cuidados à Pessoa em situação perioperatória, constituem um enorme desafio e responsabilidade para o enfermeiro, em concreto o Enfermeiro Especialista;
- Os cuidados de enfermagem perioperatórios inscrevem-se num contexto de trabalho muito específico, como é o BO, onde a **tecnicidade e a complexidade**, coexiste com a **Vulnerabilidade** da pessoa (OE, 2017);
- Bloco Operatório constitui o local onde ocorre o **maior número de incidentes** em cuidados de saúde, pelo que se torna fundamental implementar políticas de segurança para o doente (Mota, Castilho e Martins, 2021);

Justificação da problemática

- A promoção dum ambiente seguro, com Consciência Cirúrgica **está prevista na lei**, como Competência Específica do Enfermeiro Especialista do Perioperatório, Diário da República (2018).
- A segurança da pessoa são uma prioridade para a saúde ao nível mundial. A DGS criou o Plano Nacional para a Segurança do Doente (**PNSD**) **2021-2026**, com objetivo de(...) **consolidar e promover a segurança** na prestação de cuidados (...), alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da Organização Mundial da Saúde (Diário da República, 2021).

Justificação da problemática

- A Tiroidectomia :
 - abordagem/ área cirúrgica;
 - posicionamento cirúrgico;
 - imprevisibilidade da abordagem da via aérea;
 - complicações pós-operatórias (respiratórias e hemorrágicas),
 acrescentam preocupações, não só no momento da intubação endotraqueal, mas também no Intra operatório e no Pós-operatório (Iliff et al., 2021);
- Entre 2014-2021 realizaram-se 78 Tiroidectomia/ano, (Total de 546), numa Unidade hospitalar do Norte segundo Departamento de Cirurgia (2022);
- Os eventos de morbilidade e mortalidade mais frequentes na abordagem da VA são os respiratórios (17 %) (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2016).
- Outras complicações na abordagem da VA ocorrem durante todo o período perioperatório: 67% na indução, 15% durante a cirurgia, 12% na extubação e 5% durante a recuperação da anestesia, SPA (2016).

Justificação da problemática

- A segurança do utente, considera-se muito vasta e com **grande impacto** quando relacionada com os Equipamentos e Instalações físicas. Instalações os Equipamentos de Organizações de Saúde, são áreas em funcionamento, 24 horas por dia, todos os dias da semana, pelo que o seu **desgaste e exigência de manutenção é maior**, Rocha et Ramos, (2021);
- Vários são os Equipamentos e Dispositivos Médicos com os quais o Enfermeiro do Perioperatório intervém na sua prática diária;
- Destacam-se os Equipamentos relacionados com a Gestão da Via Aérea:
 - **Equipamentos anestésico (Ventilador e Acessórios) ;**
 - **Carro de Via Aérea Difícil;**
- Equipamentos que requerem manutenção e verificação diária/ mensal;

Justificação da problemática



- Segundo o Conselho da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, (2016), a **ausência de verificação** dos Equipamentos anestésicos, antes da sua utilização, tem sido associado a **aumento do risco de morbilidade e mortalidade pós-operatória**.
- Numa Revisão Sistemática mostrou-se que o uso de Listas de Verificação em anestesia, pode **diminuir o erro humano, melhorar a segurança e aumentar a qualidade do atendimento(...)** refere-se ainda que(...) **são úteis para as transições dos profissionais, emergências e procedimentos anestésicos de rotina**, no entanto refere que a **literatura é ainda limitada e muito heterogénea**, Saxena et al., (2019).

Justificação da problemática



- Esta realidade coloca **desafios** à Equipa de Saúde, na Gestão da Otimização na abordagem da Via Aérea, e por conseguinte ao Enfermeiro nela inserido, numa ótica de Interdisciplinaridade, visando a melhoria da Qualidade dos Cuidados.
- Neste contexto o Enfermeiro Perioperatório experiencia, diariamente, a necessidade de se atualizar baseando-se nas **melhor evidência**, como por exempo em **Guidelines** emanadas pela comunidade científica, para a garantia da segurança, congruente com a **Consciência Cirúrgica**.
- Tendo por base estes pressupostos, com o contributo das observações e análise efetuadas no decurso do estágio, e pela experiência profissional na Área de funções de Anestesia, verificou-se a **oportunidade de melhoria ao nível da Gestão de Equipamentos**.
- Assim procedemos à construção de Procedimentos de Verificação de Manutenção de Equipamentos afetos à abordagem da Via Aérea da pessoa submetida a Tiroidectomia, nomeadamente ao Equipamento anestésico na Sala Cirurgica e no Carro de Via Aérea Difícil, do BOC.

Objetivo e Finalidade

Objetivo:

Maximizar a segurança da sala cirúrgica dos equipamentos anestésicos e do Carro de VAD, na manutenção da via aérea à pessoa submetida ao procedimento invasivo Tireoidectomia, no Intra operatório.

Finalidade:

Contribuir para Intervenções de Enfermagem Perioperatória, mais seguras

Conceitos centrais

- **Enfermeiro perioperatório:** A Association of perioperative Registered Nurses (AORN) define o como “o profissional capaz de identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do cliente/ família para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do indivíduo antes durante e após a cirurgia, (AORN citado por AESOP, 2006).
- **Segurança do doente:**“(...) redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (Direção Geral da Saúde, 2017).
- **Pessoa em situação operatória**
(...) qualquer pessoa, que ao longo de todo o seu ciclo de vida, necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos(...) aceita submeter-se a um estado de consciência alterado e aos riscos inerentes a esses procedimentos e ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional, tendo geralmente a expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Conceitos centrais

- **Consciência cirúrgica** é um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado.
- É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável DGS (2017).

Metodologia

Revisão da Literatura

Construção dos Documentos

Validação através da Técnica de Investigação Qualitativa: Focus Group

Análise de conteúdo e elaboração final dos Documentos

Envio para Chefia para processo de Autorização /Implementação

Resultados

1. Procedimento de Enfermagem Perioperatória:

Verificação do Equipamento Anestésico na Sala Cirúrgica no Bloco Operatório Central

- Lista de Verificação do Equipamento Anestésico

2. Procedimento de Enfermagem Perioperatória:

Verificação do Carro de Via Aérea Difícil do Bloco Operatório Central

- Carro de VAD: Monitorização do Equipamento no BOC e Registo da avaliação do doente e da VAD

1. Procedimento de Enfermagem Perioperatória

Verificação do Equipamento Anestésico da Sala Cirúrgica do Bloco Operatório Central

| MESA CIRURGICA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Testar a marcação na posição de emergência (Trendelenburg). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verificar a possibilidade do posicionamento necessário à cirurgia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MATERIAL DE APOIO À VIA AÉREA (carro de anestesia) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Insuflador manual operacional e disponível: (um) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cabo de laringoscópio com luz estável: (dois) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lâminas de laringoscópio: 3 e 4 (duas de cada) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tubos endotraqueais: 1 de cada, tamanhos de 6 a 8,5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dispositivos supraglóticos: 1 de cada, tamanhos 3, 4 e 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cânulas orofaríngeas: 2 de cada, tamanhos 2, 3 e 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Máscaras faciais: 2 de cada, tamanhos 3, 4 e 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pinça de Maguill: 2 tamanho grande e pequeno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mandril maleável : (um) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Introdutor frova: (um) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lidocaína spray e bocal disponível: (um de cada) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lubrificante à base de água: (um) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Filtros bacteriano e antiviral com humidificador: 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Filtros bacteriano e antiviral com humidificador: 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Traqueia com cotovelo: 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estetoscópio: (um) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OUTROS EQUIPAMENTOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desfibrilhador disponível (no corredor do serviço) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carro Via Aérea Difícil disponível (no corredor do serviço) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Videolaringoscópio disponível (no corredor do serviço) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bomba Perfusora (1 na sala) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seringas elétricas infusoras (2 na sala) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RUBRICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N.º ORDEM ENFERMEIROS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Elaborado por: Lúcia Marques ; Fernando Sousa.
 Estágio de Natureza Profissional com Relatório-ModII.
 BOC
 Junho de 2023



2. Procedimento de Enfermagem Perioperatória

Verificação do Carro de Via Aérea Difícil
 Bloco Operatório Central



DEFINIÇÃO:

A verificação do Carro de Via Aérea Dificil do Bloco Operatório Central consiste numa estratégia de segurança na abordagem da via aérea, através da gestão do equipamento Carro de Via aérea Dificil, a efetuar mensalmente pelo Enfermeiro Especialista em conjunto com Enfermeiro Generalista.

FINALIDADE:

Contribuir para manutenção do Carro de Via Aérea Dificil do Bloco Operatório Central equipado e operacional nas 24H /dia em local próprio.

OBJETIVOS:

- ✓ Uniformizar procedimento de Verificação do Carro de Via Aérea Dificil;
- ✓ Colocar como Instrução de trabalho em plano de trabalho uma vez por mês;
- ✓ Prevenir falta de material/outros;
- ✓ Identificar anomalias e proceder à sua resolução;
- ✓ Verificar mensalmente os materiais e quantidades;
- ✓ Manter o carro operacional 24 horas por dia;
- ✓ Registrar e assinar o procedimento em documento próprio;
- ✓ Criar um registo de monitorização para identificar e analisar semestralmente os dados da sua utilização, para introduzir melhorias.

INTERVENIENTES: Enfermeiro Especialista do Bloco Operatório Central e Enfermeiro Generalista em conjunto em dupla verificação.

DESCRIÇÃO:

Verificar o carro de Via Aérea Dificil mensalmente seguindo a Lista de Verificação existente no Serviço;

Providenciar e ou alocar os materiais em falta;

Sempre que identificada anomalia proceder à sua resolução ou se necessário comunicar ao Enfermeiro Responsável de Turno / Enfermeiro Chefe/ Anestésista;

Registrar a verificação em folha própria (até ser criado acesso a registo informático);

Colocar a Lista de Verificação preenchida em pasta própria/ ficheiro próprio

Sempre que utiliza do repor o material gasto e verificar a operacionalidade;

Preencher e registar o motivo da utilização do Carro de Via Aérea Dificil, dados do doente e abordagem da Via aérea, através da folha de Monitorização do Carro de Via aérea Dificil, em suporte de papel até ser criado registo informático;

Garantir a selagem do Carro de Via Aérea Dificil;

BIBLIOGRAFIA

Órfão, J., Aguiar, J., Carrilho, A., Ferreira, A., Leão, A., Mourato, C., Mexêdo, C., Pereira, C., Vaz, F., Lança, F., Paiva, G., Pires, I., Carvalhas, J., Mourão, J., Bonifácio, J., Miranda, L., Guinot, M., Gacio, M., Moíno, N., ... Moreira, Z. (2016). Consensos na Gestão da Via Aérea em Anestesiologia. *Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, vol 25, 7- 47.

http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Revista_Spa_volume_41_1_Arte_FINAL_web.pdf

CARRO DE VIA AÉREA DIFÍCIL

MONITORIZAÇÃO do EQUIPAMENTO do BOC

Data ____/____/____

Hora ____:____

| |
|---|
| MOTIVO DE UTILIZAÇÃO |
| <input type="radio"/> Verificação |
| <input type="radio"/> Utilização: <input type="radio"/> Adulto <input type="radio"/> Pediátrico |
| TEMPO DE OCUPAÇÃO |
| <input type="radio"/> < 30 min <input type="radio"/> 30 min a 60 min <input type="radio"/> 60 min a 120 min <input type="radio"/> > 120 min |
| TIPO DE CIRURGIA |
| <input type="radio"/> Eletiva <input type="radio"/> Urgente <input type="radio"/> Emergente |
| SALA CIRÚRGICA |
| <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> Recobro |
| MOTIVO DE UTILIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO |
| <input type="radio"/> Via aérea Dificil Previsível |
| <input type="radio"/> Via aérea Dificil Não Previsível |
| <input type="radio"/> Ensino/ Treino/ Formação |
| <input type="radio"/> Outros |
| SELAGEM DO EQUIPAMENTO: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO |

AValiação DO DOENTE e REGISTO DE VAD

Etiqueta de Identificação

| |
|---|
| AVAlIAÇÃO DO DOENTE |
| ASA: <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V |
| Mallampati: <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> Ns/A |
| Distância T-M: <input type="radio"/> < 6,5cm <input type="radio"/> > 6,5cm <input type="radio"/> Ns/A |
| Abertura boca: <input type="radio"/> > 4cm <input type="radio"/> < 4cm <input type="radio"/> Ns/A |
| Mobilidade do pescoço: <input type="radio"/> > 90 Graus <input type="radio"/> < 90 Graus <input type="radio"/> Não mobiliza |
| <input type="radio"/> Obesidade <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> DPOC |
| <input type="radio"/> Patologia da articulação Temporomandibular |
| <input type="radio"/> SAOS ou roncopatia <input type="radio"/> Instabilidade Cervical |
| Outros dados: |
| ABORDAGEM DA VIA AÉREA: |
| GRAU DE DIFICULDADE VENTILAÇÃO SOB MÁSCARA FACIAL |
| <input type="radio"/> G-1 Fácil <input type="radio"/> G-2 Fácil com adjuvante <input type="radio"/> G-3 Inadquada requerendo 2 pessoas |
| <input type="radio"/> G-4 Impossível <input type="radio"/> Ns/A / Não tentada |
| VENTILAÇÃO POR DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ns/a |
| CLASSIFICAÇÃO O Cormarck-Lahene da LARINGOSCOPIA: |
| <input type="radio"/> Grau 1 <input type="radio"/> Grau 2 <input type="radio"/> Grau 3 <input type="radio"/> Grau 4 <input type="radio"/> Não aplicável |
| ENTUBAÇÃO TRAQUEAL CONSEGUIDA: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ns/a |
| Se conseguida n. de tentativas: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> > 5 |
| Dispositivo: <input type="radio"/> MF <input type="radio"/> DSG <input type="radio"/> ET <input type="radio"/> Laringoscopia direta <input type="radio"/> Videolaring. <input type="radio"/> Fibrosc. |
| Entrega de cartão de VAD ao utente: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Porque |
| Enf Anestesia: _____ Anestésista: _____ |
| Observações: |

Elaborado por: Lúcia Marques ; Fernando Sousa.
Estágio de Natureza Profissional com Relatório, Mód.II
BOC
Junho, 2023

Conclusão

O Enfermeiro Especialista ocupa um lugar de enorme responsabilidade, na equipe Interdisciplinar na promoção da Cultura de Segurança.

Através de intervenções de enfermagem autónomas, baseados na melhor evidência científica, deve fomentar a segurança e eficiência dos cuidados perioperatórios intervindo na Gestão do risco e Controlo da Segurança.

A utilização de Procedimentos e de Listas de Verificação para a Gestão de Equipamentos devidamente validados, constituem um importante instrumento de trabalho e método na uniformização de práticas, para melhorar a Qualidade dos cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória.

Assim, esperamos poder contribuir para minimização do risco e na maximização da segurança na abordagem da VA à pessoa submetida a Tiroidectomia.

Bibliografia

- Diário da República, (2018). Regulamento n.º 429 2. série n.º 135 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico -Cirúrgica <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Diário da República, (2021). Despacho n.º 9390/2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. (recuperado de) <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Drewry,A.Peterfreund,R.ét Lee,L S.(2008).Considerações específicas na doença endócrina In Wilton C. Levine, Manual de Anestesiologia Clínica Procedimentos do Massachusetts General Hospital (Capítulo38/515-526). Massachusetts : Guanabara Koogan.
- Iliff, HA., El-Boghdady., Ahmad,K., Davis, J , Harris, A., Khan, S., Lan-Pak-Kee, V., O'Connor, J., Powell, L., Reis,G., Tatla, TS. (2022). Management of haematoma after thyroid surgery: systematic review and multidisciplinary consensus guidelines from the Difficult Airway Society, the British Association of Endocrine and Thyroid Surgeons and the British Association of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery. Revista Anaesthesia, n.º77, 82-95
- Mota, A., Castilho, A.,ét Martins, M., (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros . Revista de Enfermagem Referência. N.º 6, 1-10
- Ordem dos Enfermeiros, (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ramos , S. Sales, I.,ét Barroso,f.(2021). Segurança do doente: Princípios e Conceitos. In F, Barroso, L. Sales ét S. Ramos, Guia Prático para a segurança do doente (Capítulo(3-10). Lidel
- Rocha, T. (2020). Via aérea difícil: revisão da abordagem. (Tese de Mestrado em medicina não Publicada.)Universidade da Beira Interior
- Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina da Universidade da Beira Interior). Recuperado de https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/10792/1/7741_16249.pdf
- Saxen,S.,Krombach, J., Nahrwold,D., Pirracchio.(2019.) Listas de Verificação específicas para anestesia:Uma revisão do Impacto. Societé Francese d'Anesthésie et de Réanimation.
- Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2016). Recomendações verificação do equipamento anestésico. Secção de qualidade e segurança. Conselhos da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (recuperado de) http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes_Equipamento_Anestesico.pdf
- Unidade Local de saúde do Alto Minho, E.P.E. (2022, Julho). Serviço de Cirurgia Geral [Apresentação PowerPoint]

Procedimentos de Enfermagem Perioperatória

Segurança do doente
na Abordagem da Via Aérea

OBRIGADA

Lúcia Marques
Fernando Sousa
Junho, 2023

Anexo XII

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA
Estágio de Natureza Profissional com Relatório -Moll-BOC**

PLANEAMENTO DA SESSÃO FORMATIVA

FORMADORES: Lúcia Marques; Fernando Sousa

TEMA: Procedimentos de Enfermagem Perioperatória - Segurança do doente na Abordagem à Via Aérea

DURAÇÃO: 50 minutos (±10 minutos)

LOCAL: Bloco Operatório Central (sala do recobro)

DATA: 20 de Junho de 2023 às 8horas

DESTINATÁRIOS: Equipa de Enfermagem do Bloco Operatório Central

MATERIAL NECESSÁRIO: Computador, retroprojektor.

| MOMENTOS | CONTEÚDO | DURAÇÃO |
|-----------------|---|---------------|
| Introdução | -Apresentação dos intervenientes -Apresentação dos objetivos -Explicação da metodologia da apresentação | 5-10 minutos |
| Desenvolvimento | -Apresentação do sumário Apresentação dos conteúdos Apresentação dos Procedimentos: 1-Verificação do equipamento anestésico na sala cirúrgica e respetiva Lista 2-Verificação do Carro de via aérea Difícil Monitorização do Carro de via aérea Difícil e registo da avaliação do doente e da abordagem da VAD | 50-55 minutos |
| Encerramento | -Conclusão Espaco para comentários Agradecimentos | 5-10 minutos |

AValiação

Preenchimento do questionário em uso no serviço

Anexo XIII

Procedimentos de Enfermagem Peri operatória - Segurança do doente na abordagem da via aérea

17 respostas

[Publicar estatísticas](#)

Duração: 60 minutos

Local da Formação: UCPA

Destinatários: Equipa de Enfermagem

Recursos: Retroprojektor e tela

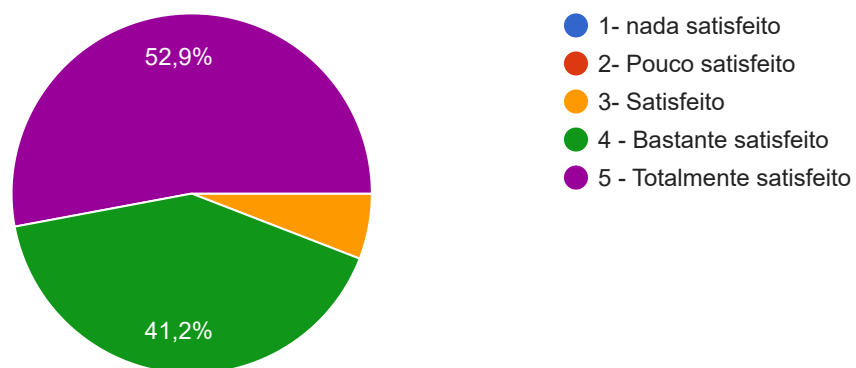
Sem título

Conteúdos programáticos e métodos

 Copiar

1. Conteúdos da ação de formação

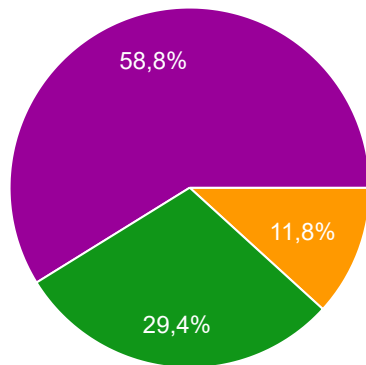
17 respostas





2. Estrutura dos conteúdos

17 respostas

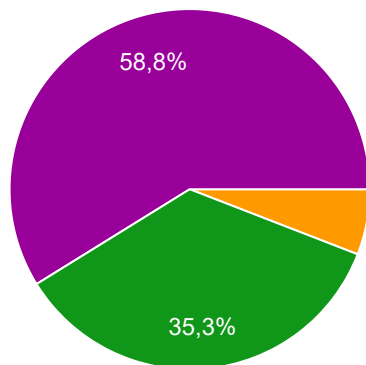


- 1- nada satisfeito
- 2- Pouco satisfeito
- 3- Satisfeito
- 4 - Bastante satisfeito
- 5 - Totalmente satisfeito



3. Interesse/utilidade dos conteúdos

17 respostas

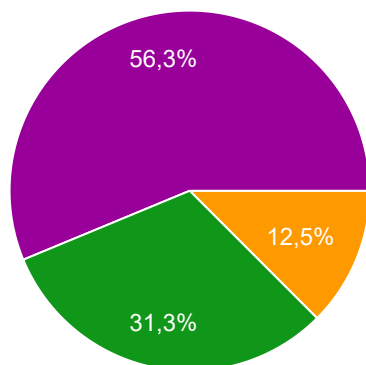


- 1- nada satisfeito
- 2- Pouco satisfeito
- 3- Satisfeito
- 4 - Bastante satisfeito
- 5 - Totalmente satisfeito



4. Adequação dos métodos utilizados aos temas abordados

16 respostas



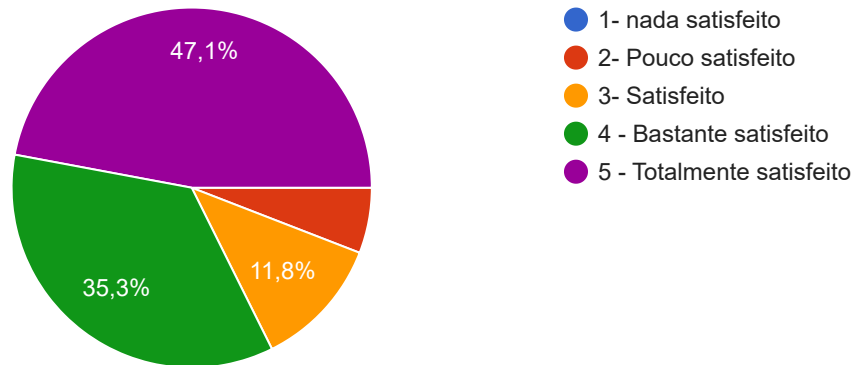
- 1- nada satisfeito
- 2- Pouco satisfeito
- 3- Satisfeito
- 4 - Bastante satisfeito
- 5 - Totalmente satisfeito





5. Equilíbrio entre exposição teórica/prática

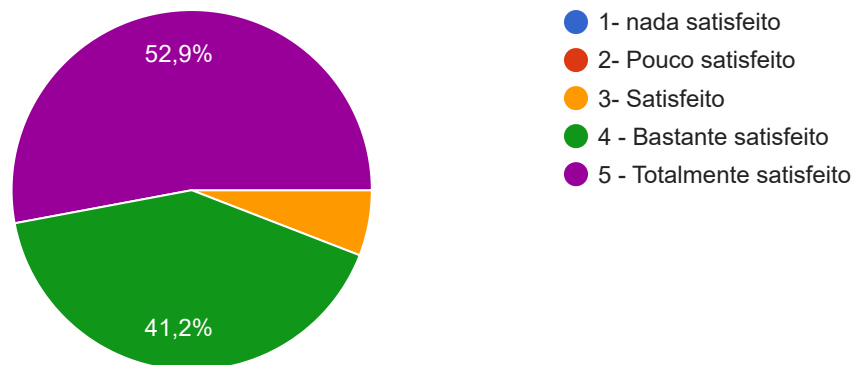
17 respostas



6. Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)



17 respostas

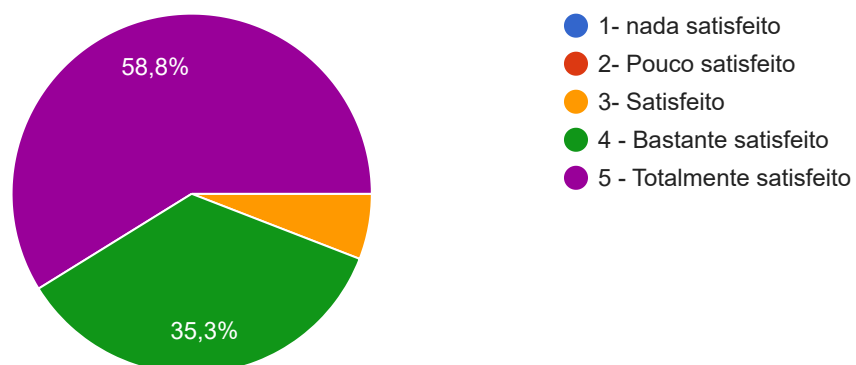


Formador/a



7. Domínio e clareza na exposição da(s) matéria(s) tratada(s) na ação de formação

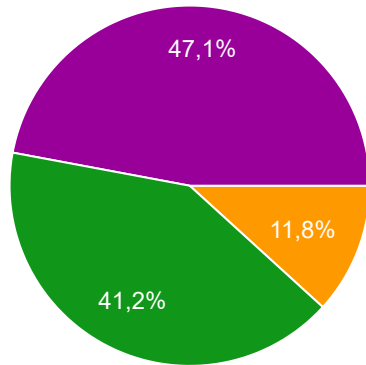
17 respostas





8. Estímulo à participação do/as formando/as nas sessões

17 respostas

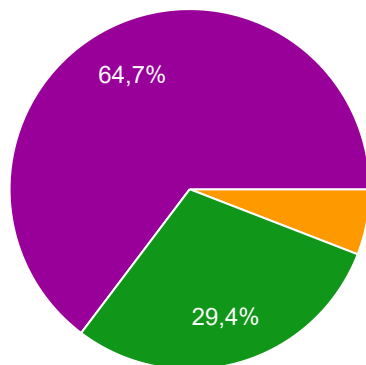


- 1- nada satisfeito
- 2- Pouco satisfeito
- 3- Satisfeito
- 4 - Bastante satisfeito
- 5 - Totalmente satisfeito



9. Relacionamento com os/as formando/as

17 respostas

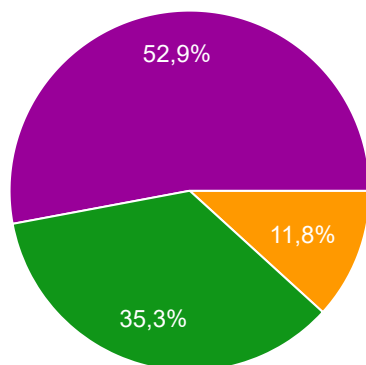


- 1- nada satisfeito
- 2- Pouco satisfeito
- 3- Satisfeito
- 4 - Bastante satisfeito
- 5 - Totalmente satisfeito



10. Capacidade para motivar para o tema

17 respostas



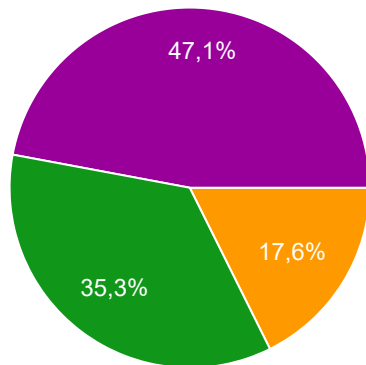
- 1- nada satisfeito
- 2- Pouco satisfeito
- 3- Satisfeito
- 4 - Bastante satisfeito
- 5 - Totalmente satisfeito





11. Documentação fornecida e bibliografia

17 respostas

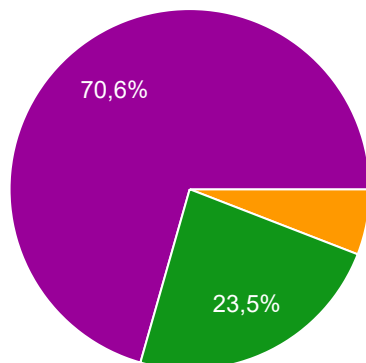


- 1- nada satisfeito
- 2- Pouco satisfeito
- 3- Satisfeito
- 4 - Bastante satisfeito
- 5 - Totalmente satisfeito



12. Pontualidade/cumprimento do horário da sessão

17 respostas



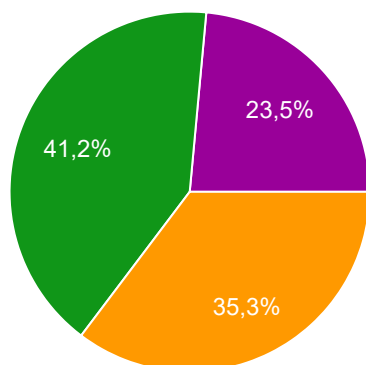
- 1- nada satisfeito
- 2- Pouco satisfeito
- 3- Satisfeito
- 4 - Bastante satisfeito
- 5 - Totalmente satisfeito

Organização



13. Qualidade e adequação das instalações e equipamentos

17 respostas



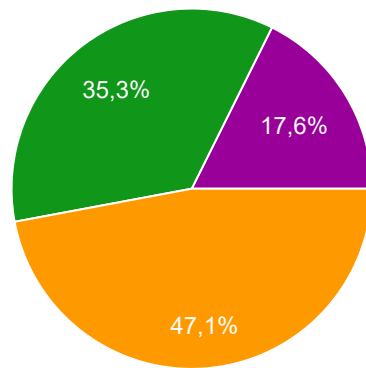
- 1- nada satisfeito
- 2- Pouco satisfeito
- 3- Satisfeito
- 4 - Bastante satisfeito
- 5 - Totalmente satisfeito





14. Condições físicas (sala, acessibilidade,...)

17 respostas

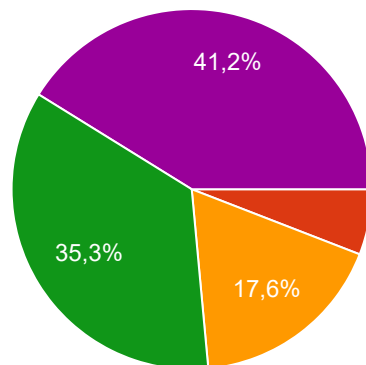


- 1- nada satisfeito
- 2- Pouco satisfeito
- 3- Satisfeito
- 4 - Bastante satisfeito
- 5 - Totalmente satisfeito



15. Horário da sessão

17 respostas



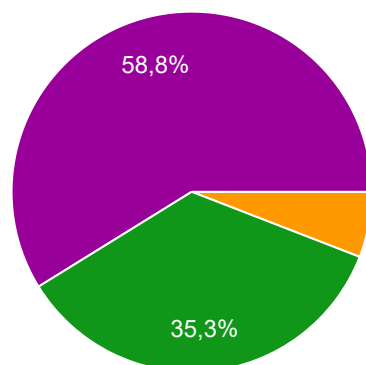
- 1- nada satisfeito
- 2- Pouco satisfeito
- 3- Satisfeito
- 4 - Bastante satisfeito
- 5 - Totalmente satisfeito

Avaliação global da ação de formação



16. Concretização dos objetivos propostos

17 respostas



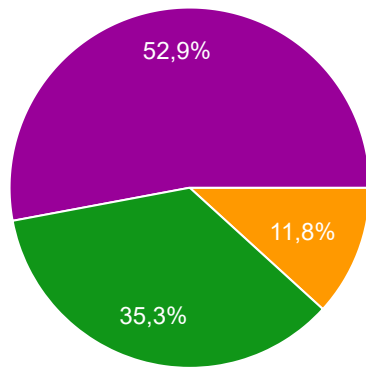
- 1- nada satisfeito
- 2- Pouco satisfeito
- 3- Satisfeito
- 4 - Bastante satisfeito
- 5 - Totalmente satisfeito





17. Aquisição de novos conhecimentos

17 respostas

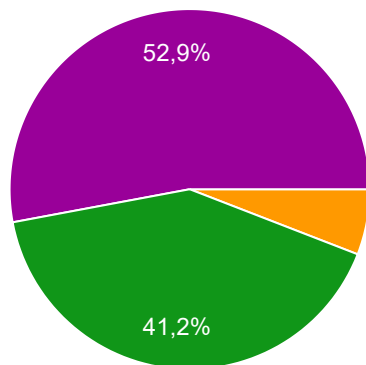


- 1- Nada satisfeito
- 2- Pouco satisfeito
- 3- Satisfeito
- 4 - Bastante satisfeito
- 5 - Totalmente satisfeito



18. Adequação ao seu nível de conhecimento

17 respostas



- 1- Nada satisfeito
- 2- Pouco satisfeito
- 3- Satisfeito
- 4 - Bastante satisfeito
- 5 - Totalmente satisfeito

Críticas/Sugestões /comentários

0 respostas

Ainda não existem respostas a esta pergunta.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



