

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**PREVENÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE LESÕES NA
PELE DECORRENTES DO POSICIONAMENTO
CIRÚRGICO EM DECÚBITO VENTRAL E POSIÇÃO
LITOTÓMICA**

**PREVENTION OF THE DEVELOPMENT OF SKIN
INJURIES RESULTING FROM SURGICAL
POSITIONING IN THE PRONE POSITION AND
LITHOTOMY POSITION**

Autor

Carla Maria Pereira Teixeira

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

**PREVENÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE LESÕES NA PELE DECORRENTES DO
POSICIONAMENTO CIRÚRGICO EM DECÚBITO VENTRAL E POSIÇÃO LITOTÓMICA**

**PREVENTION OF THE DEVELOPMENT OF SKIN INJURIES RESULTING FROM SURGICAL
POSITIONING IN THE PRONE POSITION AND LITHOTOMY POSITION**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Maria de Fátima Segadães Moreira
Professor Adjunto, Mestre

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

Autor

Carla Maria Pereira Teixeira

Porto, 2023

RESUMO

O presente documento foi elaborado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional integrado no plano de estudos do Primeiro Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no período letivo 2022/2023. Pretende documentar, descrever e analisar, as atividades desenvolvidas e o contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional, no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas, tanto no que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista como às competências de enfermagem especializadas na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, nomeadamente nos domínios da prática profissional, ética e legal, prestação e gestão de cuidados, bem como no da investigação, analisando o nível de concretização dos objetivos e as competências desenvolvidas.

O Estágio de Natureza Profissional desenvolveu-se em contexto clínico no Bloco Operatório Central e Bloco Operatório de Especialidades de um Hospital da Região Norte. Foi neste contexto que se foram aprofundando competências, nomeadamente clínicas, num quadro de aplicação e de partilha de experiências e de conhecimentos, num percurso contínuo de aprendizagem. Este contexto foi escolhido, principalmente, pela oportunidade de vivenciar experiências da prática profissional diferentes do contexto de trabalho habitual, que é a área da cirurgia oncológica. Procurou-se, ao longo deste percurso, a concretização do máximo de experiências clínicas através das quais houve oportunidade de desenvolvimento de aprendizagens profissionais diferenciadas.

Refletindo sobre a segurança e qualidade dos cuidados, nomeadamente a segurança da pessoa em situação perioperatória, na realização de um posicionamento seguro e no estabelecimento de procedimentos relativos à mobilização e ao posicionamento cirúrgico que garantam o conforto e previnam complicações, foi desenvolvido o projeto na área da “Prevenção de lesões na pele decorrentes do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral e posição litotómica”. Concretizou-se através da avaliação dos clientes que necessitavam destes posicionamentos para a realização dos procedimentos cirúrgicos, com recurso à aplicação da Escala de Avaliação de Risco Para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico ELPO-PT, e implementação de intervenções de enfermagem mediante essa avaliação. No que diz respeito à componente de investigação, foi realizada uma “*scoping review*”, de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute*, sobre esta temática, que permitiu aumentar o conhecimento baseado na melhor evidência nesta área, assim como inferir dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem, e efetuar um padrão de documentação dos cuidados para

clientes submetidos a estes posicionamentos cirúrgicos.

Palavras-Chave: Competências especializadas em enfermagem; Posicionamento cirúrgico em decúbito ventral ou posição litotômica; Prevenção de lesões na pele; lesão por pressão.

ABSTRACT

This document was prepared within the scope of the Professional Internship integrated into the study plan of the First 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, in the academic period 2022/2023. It aims to document, describe and analyze the activities developed and the contribution of the clinical component to personal and professional development, within the scope of the acquisition and development of specialized nursing skills, both with regard to the common skills of the specialist nurse and the skills of specialized nurses in the area of Nursing for People in Perioperative Situations, namely in the areas of professional, ethical and legal practice, provision and management of care, as well as research, analyzing the level of achievement of objectives and the skills developed.

The Professional Internship took place in a clinical context in the Central Operating Room and Specialties Operating Room of a Hospital in the Northern Region. It was in this context that skills were deepened, particularly clinical ones, within a framework of application and sharing of experiences and knowledge, in a continuous learning path. This context was chosen mainly for the opportunity to experience professional practice experiences that are different from the usual work context, which is the area of oncological surgery. Throughout this journey, we seek to achieve as many clinical experiences as possible, through which there was an opportunity to develop differentiated professional learning.

Reflecting on the safety and quality of care, namely the safety of the person in the perioperative situation, in carrying out safe positioning and in establishing procedures related to mobilization and surgical positioning that guarantee comfort and prevent complications, the project was developed in the area "Prevention of skin injuries resulting from surgical positioning in the prone position and lithotomy position". It took place through the assessment of clients who needed these positions to carry out surgical procedures, using the Risk Assessment Scale for the Development of Injuries Resulting from Surgical Positioning ELPO-PT and implementing nursing interventions based on this assessment. With regard to the research component, a "scoping review" was carried out in accordance with the Joanna Briggs Institute methodology on this topic, which allowed increasing knowledge based on the best evidence in this area, as well as inferring data, diagnoses and nursing interventions and provide a standard of care documentation for clients undergoing these surgical placements.

Keywords: Specialized nursing skills; Surgical positioning in prone position or lithotomy position; Prevention of skin injuries; pressure injury.

ABREVIATURAS

AESOP- Associação Enfermeiros Salas de Operações Portugueses

AORN- Association of Operating Room Nurses

ASA - American Society Anesthesiology

BO- Bloco Operatório

BOC- Bloco Operatório Central

BOE- Bloco Operatório Especialidades

CEEMC- Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica

DGS - Direção-Geral de Saúde

ELPO-PT - Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico- Portuguesa

ENP - Estágio de Natureza Profissional

EORNA- European Operating Room Nurses Association

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC- infeção Local Cirúrgico

ISBAR- Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation

ITU - Infecção do Trato Urinário

LASA - Look-alike Sound-alike

LPP- Lesão por Pressão

LVSC - Lista de Verificação Segurança Cirúrgica

MEMCPSPE - Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

MIBC - Cancro da Bexiga Invasivo do Músculo

NMIBC - Cancro da Bexiga Não Invasivo do Músculo

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSD- Plano Nacional segurança Doente

REPE- Regulamento Exercício Profissional do Enfermeiro

RTU-V - Ressecção Trans Uretral Vesical

TNM - T - tumor primário; N - presença de tumor linfonodal; M - se há metástases

UADC - Unidade de Admissão de Doentes Cirúrgicos

UCA - Unidade Cirurgia Ambulatório

UCPA- Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

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

URT - Unidade de Recobro Tardio

UPP- Úlcera por pressão

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. RTU- TV BEXIGA	23
3.1. Enquadramento teórico	23
3.2. Clientes	31
3.3. Medicação	31
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	32
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	38
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	42
3.5. Domínios	51
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	52
3.6. Dados	60
3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	65
3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	66
3.7. Diagnósticos	67
3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	70
3.8. Especificação das intervenções	81
4. HEMORROIDECTOMIA	87
4.1. Enquadramento teórico	87
4.2. Clientes	99
4.3. Medicação	100
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	100
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	106
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	109
4.5. Domínios	115
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	116
4.6. Dados	120
4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	126
4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	127
4.7. Diagnósticos	128
4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	131
4.8. Especificação das intervenções	140
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	145
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	199

7. BIBLIOGRAFIA	203
ANEXOS	213

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1- Canal anal cirúrgico	88

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente documento, elaborado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP) integrado no plano de estudos do Primeiro Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCPSPE) da Escola Superior Enfermagem do Porto no período letivo 2022/2023, pretende documentar, descrever e analisar reflexivamente, baseadas na evidência, as atividades desenvolvidas e o contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas, passando pelo desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e destacando o desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, nomeadamente nos domínios da prática profissional, ética e legal, prestação e gestão de cuidados, assim como na investigação, analisando o nível de concretização dos objetivos e as competências desenvolvidas.

O ENP desenvolveu-se em contexto clínico, numa unidade direcionada para o acompanhamento da pessoa em situação perioperatória, Bloco Operatório Central (BOC) e Bloco Operatório de Especialidades (BOE). O Bloco Operatório (BO) “é considerado uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico-cirúrgicos especializados a clientes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” (Martins & Duarte, 2021, pág. 11). Foi nos contextos de BOC (na área de cirurgia geral), e BOE (nas áreas cirúrgicas de ortopedia, urologia e ginecologia), que se foram aprofundando competências clínicas especializadas, num quadro de aplicação e de partilha de experiências e transferência de conhecimentos, num percurso contínuo de aprendizagem e de cariz reflexivo. Este ENP desenvolveu-se em dois módulos: ao ENP módulo I correspondem um total de 420 horas com 180 horas de estágio presenciais e 25 horas de seminário, e ao ENP módulo II correspondem um total de 840 horas, com 340 horas presenciais e 50 horas de orientação tutorial, todas as restantes horas foram para trabalho do aluno.

As atividades foram desenvolvidas em articulação com os supervisores clínicos, de acordo com as expectativas pessoais e o cumprimento dos objetivos estabelecidos no plano de estudos:

- Expandir e consolidar uma consciência profissional sobre o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no particular da área da assistência à pessoa em situação perioperatória;
- Aprofundar competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados, em particular

aqueles de especial complexidade, no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, face à pessoa em situação perioperatória;

- Desenvolver competências de suporte ao exercício profissional de outros enfermeiros, numa lógica de promoção e desenvolvimento de aprendizagens profissionais significativas;
- Situar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, em particular no contexto da enfermagem médico-cirúrgica, no âmbito do exercício profissional avançado;
- Consolidar a capacidade de suportar e incorporar na prática clínica, em particular no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, face à pessoa em situação perioperatória, a melhor evidência disponível;
- Aprofundar e consolidar competências clínicas diferenciadas e avançadas, face a necessidades (complexas) em cuidados aos clientes, no contexto da enfermagem médico-cirúrgica, na área da assistência à pessoa em situação perioperatória.

Este documento está organizado em quatro partes: na primeira parte será efetuado um breve enquadramento teórico do projeto delineado anteriormente no Módulo I - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na Área de Enfermagem Médico-cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória “Prevenção de lesões na pele decorrentes do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral e posição litotômica” - e que reflete a relevância e o especial interesse de abordagem e desenvolvimento de competências desta área em particular. Ao longo deste relatório será reportado o trajeto do seu desenvolvimento a par com a descrição e análise do desenvolvimento das competências clínicas de enfermagem especializadas, quer no desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista no que concerne à melhoria contínua da qualidade e ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, quer específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação perioperatória, tanto no cuidado à pessoa em situação perioperatória como na maximização da segurança congruente com a consciência cirúrgica, nos dois critérios de operacionalização: o posicionamento seguro e o estabelecimento de procedimentos relativos à mobilização e ao posicionamento cirúrgico que garantam o conforto e previnam complicações.

Numa segunda parte será efetuada uma caracterização do contexto clínico onde se desenvolveu o ENP. Na terceira parte, será feita uma descrição e análise reflexiva dos contributos do ENP para o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem. Por fim será efetuada uma conclusão procedendo-se a uma síntese objetiva das ideias e dados apresentados no trabalho bem como uma reflexão sobre o nível de eficácia e eficiência em relação aos objetivos definidos.

Em relação à componente de investigação optou-se pelo desenvolvimento de uma *Scoping*

Review - Prevenção de desenvolvimento de lesões na pele decorrentes do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral e posição litotômica- segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e *PRISMA-ScR*. A opção pela *Scoping Review* prende-se com o facto de estas servirem para mapear os principais conceitos que sustentam uma área de pesquisa, bem como para esclarecer as definições de trabalho, e/ou os limites conceituais de um tópico (Arksey e O'Malley, 2005; Peters et al., 2020). Desta forma, pretendeu-se efetuar uma síntese da evidência, sendo esta:

“uma interpretação de estudos individuais dentro do contexto de conhecimento global para um determinado tópico, estas sínteses fornecem uma base de conhecimento rigorosa e transparente para traduzir resultados de pesquisas em tomadas de decisão. Dessa forma, as sínteses de evidências podem ser consideradas a unidade básica de conhecimento usada em ferramentas como um resumo de política ou uma diretriz de prática clínica” (Amendoeira, 2022, Pág. 3).

O resumo da *Scoping Review* será apresentado em anexo (ANEXO I).

No decorrer do Estágio de Natureza Profissional foram desenvolvidos planos de cuidados baseados em casos clínicos reais, foram efetuados na plataforma “*e4n-Educational Support to Enhance the Potencial of Nursing*”, esta é uma plataforma *Web-based* bilingue que se encontra orientada para o processo de conceção de cuidados de enfermagem com uma arquitetura assente nas principais etapas do processo de tomada de decisão clínica e com uma estrutura de conteúdos alinhada com a ontologia de enfermagem, aprovada pela Ordem dos Enfermeiros (OE) . Permitiram o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em conceção de cuidados ao cliente no âmbito do perioperatório, nomeadamente na admissão e acolhimento, no período intraoperatório e no pós-operatório imediato, pensando nos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória como um ser único, com dignidade própria, com a sua individualidade e direito à autodeterminação (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica, 2017). Esta conceção de cuidados a partir do cenário clínico, “é um processo cognitivo que resulta na seleção de uma opção entre várias alternativas” (Professor Abel Paiva, aula de conceção de cuidados, 2022), otimizando o processo de cuidados ao nível do processo de tomada de decisões suportada em juízo baseado no conhecimento e experiência, suportando a prática clínica baseada em evidência científica e normas, e pretende promover a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho. Os casos clínicos RTU-TV bexiga e Hemorroidectomia foram escolhidos tendo por base o desenvolvimento do projeto de competências clínicas especializadas delineado, porque são dois procedimentos que necessitam de posicionamentos cirúrgico em posição litotômica e decúbito ventral.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO PROJETO

Guedes (2013) refere que cerca de 48% de todos os eventos adversos que ocorrem em saúde estão relacionados com a cirurgia e a anestesiologia, tendo lugar em blocos operatórios, e que afetam dois por cento de todos os internamentos hospitalares, eventos esses que seriam evitáveis em cerca de 30 a 50% dos casos.

É função do enfermeiro perioperatório planejar e realizar intervenções de enfermagem que minimizem ou possibilitem prevenir complicações decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico, que visem a segurança, conforto e individualidade do cliente (Lopes & Galvão, 2010).

A promoção da segurança do cliente requer um esforço coordenado e persistente e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança, e a adoção de uma cultura de segurança, assente numa lógica de melhoria contínua da qualidade (Despacho n.º 9390/2021).

De acordo com o Plano Nacional Segurança do Doente 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, pág. 102), devem ser desenvolvidas práticas seguras em ambientes seguros. O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, daí a reconhecida importância que estes representam para os resultados em saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança. Os recursos existentes, as dotações, a formação dos profissionais, a organização do trabalho, a existência de ferramentas e instrumentos de registo que facilitem a comunicação entre profissionais, são algumas das condicionantes dos ambientes seguros.

Para a realização de procedimentos cirúrgicos e anestésicos seguros e eficientes, o posicionamento cirúrgico é fundamental. Este tem como objetivo oferecer a melhor exposição anatómica para a realização da cirurgia, no entanto todos os posicionamentos apresentam riscos que podem estar exacerbados, visto o cliente se encontrar sob anestesia facto que, na maioria das vezes, impossibilita o alertar a equipa sobre o seu desconforto (Menezes et al., 2013). O posicionamento cirúrgico do cliente é um procedimento importante na assistência de enfermagem perioperatória (Nascimento & Rodrigues, 2020).

Lopes et al. (2016) salientam que o posicionamento cirúrgico é um procedimento relevante, executado por todos os profissionais envolvidos no atendimento do cliente no período intraoperatório. Para tal, devem ser consideradas as especificidades do cliente, preferências do cirurgião para a melhor exposição do local cirúrgico, técnica cirúrgica a ser realizada e o acesso necessário para a administração de medicamentos, monitorização e ventilação do cliente pelo anestesista. A implementação de intervenções baseadas 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. Nesse contexto, a atuação do enfermeiro perioperatório é fundamental. Este profissional deve

ter conhecimento das alterações anatómicas e fisiológicas decorrentes do posicionamento cirúrgico no organismo dos clientes, bem como dos equipamentos e dispositivos disponíveis para auxiliar a execução do procedimento, possibilitando o planejamento e implementação de intervenções efetivas para garantir a prevenção de complicações que podem ocorrer em virtude da permanência prolongada do cliente em cada tipo de posição cirúrgica. Entre as principais complicações relacionadas com o posicionamento cirúrgico, citam-se a dor músculo-esquelética, lesões de pele e nervos periféricos e síndrome compartimental (Lopes et al., 2016).

Lopes e Galvão (2010) referem que o posicionamento fixo associado ao tempo cirúrgico prolongado pode ocasionar pontos de pressão óssea com a mesa cirúrgica e acarretar danos temporários ou até mesmo permanentes ao cliente. As lesões por pressão decorrentes do posicionamento cirúrgico são consideradas complicações e têm etiologia multifatorial e, apesar dos avanços tecnológicos, ainda se configuram como um desafio para a prática clínica.

Tendo como premissa promover cuidados seguros e de qualidade, que assegurem o conforto e a individualidade de cada cliente, o enfermeiro perioperatório deve proporcionar o posicionamento cirúrgico adequado com recurso a equipamentos e dispositivos disponíveis e apropriados à execução desse procedimento, de modo a implementar intervenções efetivas (Nascimento & Rodrigues, 2020).

A adoção de medidas de proteção adequadas pode ficar comprometida pela dificuldade que a equipa cirúrgica tem na avaliação precoce do risco em clientes cirúrgicos (Peixoto et al., 2019). A avaliação precoce do risco, incluindo o uso da combinação de um instrumento de avaliação de risco validado, avaliação da pele e julgamento clínico, é crucial (Sving et al., 2014).

Pelo exposto foi desenvolvido e consolidado durante o ENP o Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória intitulado “Prevenção de lesões na pele decorrentes do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral e posição litotômica”. Considerada como uma área relevante para a segurança do cliente, que atua no sentido de prevenir eventos adversos e complicações, o que se poderá traduzir num indicador de qualidade para as próprias instituições prestadoras de cuidados, com redução de custos e tratamentos derivados dessas complicações que se poderá traduzir em ganhos em saúde para a pessoa em situação perioperatória.

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

O estágio de natureza profissional (ENP) foi desenvolvido numa Unidade Hospitalar da Região Norte, nomeadamente no serviço BO. No sentido de dar a conhecer o contexto de cuidados, será efetuada uma caracterização da referida unidade de cuidados perioperatórios.

No dia 15/11/2022, frequentei a Sessão de Boas Vindas, realizada no centro de formação. Constatou-se uma sessão de caracterização da unidade hospitalar, onde foi dada a conhecer a missão, a visão e os valores da instituição (ANEXOII).

A Unidade Hospitalar da Região Norte onde se desenvolveu o ENP tem como Visão a excelência na prestação de cuidados de saúde integrados, assumindo-se como modelo de referência para outros prestadores de cuidados de saúde.

A sua Missão baseia-se em identificar as necessidades em saúde da população da sua área de influência, prestando um serviço global, personalizado e integrado, com acesso em tempo útil, de excelência técnica e científica ao longo do ciclo vital, criando um sentido de vinculação e confiança nos colaboradores e clientes.

A Unidade Hospitalar apresenta como Valor primordial a vida e dignidade da pessoa humana, atitude de serviço, competência, eficiência, equidade, acessibilidade, integridade, qualidade e responsabilidade.

Recursos físicos

O Bloco Operatório (BO) da Unidade Hospitalar, situa-se no piso um, na Ala Este, numa área bem delimitada do Hospital. Possui dez salas operatórias, distribuídas de acordo com as especialidades cirúrgicas existentes nesta instituição. As especialidades cirúrgicas são: cirurgia geral, ortopedia, otorrinolaringologia (que inclui a pediatria), urologia, ginecologia, cirurgia plástica e estomatologia. O BO situa-se numa cadeia de cuidados em interface com Serviços de internamento, Urgência, Esterilização, Radiologia, Laboratório de Anatomia Patológica, Hemoterapia, entre outros, considerando-se por isso um local de cuidados diferenciados.

Estruturalmente, o BO divide-se em três Alas (Anexo III):

- A Ala Norte, com cinco salas de operações, armazéns de material consumível clínico e esterilizados (urologia, cirurgia geral, otorrinolaringologia e outra com outro material de apoio às cirurgias), sala de Anatomia Patológica (onde são colocadas as peças cirúrgicas que depois serão levantadas por funcionários do laboratório de anatomia patológica), sala de registos médicos, vestiários e zona social que inclui a sala de reuniões bem como gabinete da receção administrativa, da enfermeira gestora, outros gabinetes de trabalho e sala de refeições.

- A Ala Central, é o local de recepção dos clientes, é composta por um gabinete de enfermagem onde se encontra a responsável de turno, “parque” de camas, e dois transferes (um para a entrada dos clientes e passagem para as respetivas marquesas operatórias, e outro para passagem dos clientes para as suas camas e destas para a unidade de cuidados pós anestésicos).

- A Ala sul, com cinco salas de operações, como a Ala Norte, com sala de registos médicos, armazéns de material consumível esterilizado de ortopedia e de material clínico consumível de anestesia, farmácia, sala com material de posicionamento bem como uma sala designada de sala nove e meio, local de armazenamento de material específico esterilizado de ortopedia, e a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), onde os clientes recuperam completamente a consciência, retomam os reflexos protetores e estabilizam hemodinâmica e fisiologicamente. A UCPA é dotada de dez unidades, individualizadas com cortinas, cada uma equipada com a monitorização necessária. Para além destes aparelhos, uma das unidades encontra-se dotada com ventilador. Ainda possui uma central, com monitores ligados a todas as dez unidades de clientes e onde se encontra o anestesista, e três computadores distribuídos pela unidade para facilitar a execução de registos de enfermagem, e duas salas anexas (sala de enfermagem com material clínico de apoio de anestesia e máquina de gasometria, e sala de sujos). Nesta unidade existe um carro de emergência. A UCPA tem acesso ao exterior para a saída dos clientes após a sua alta.

Nestas salas estão bem delimitados os circuitos com corredores para limpos e sujos.

Cada sala de operações é composta por uma sala de indução anestésica (com material esterilizado e soros para apoio à anestesia) e partilha com a sala contígua uma sala de lavabos para desinfeção das mãos com exceção das salas um (esta é preferencialmente a sala usada para clientes infetados com SARSCov-2) e dez. Aqui encontram-se os lavatórios do centro cirúrgico, as escovas, os desinfetantes para a lavagem cirúrgica das mãos e as máscaras cirúrgicas que a equipa coloca antes de entrar na sala de operação. Há também um carro com material esterilizado de aprovisionamento que dá apoio ao carro do enfermeiro circulante.

A sala sete é usada pela gastroenterologia.

O acesso de pessoal autorizado ao BO é feito, exclusivamente, pelos vestiários que se situam entre o secretariado e a porta de acesso dos clientes.

Circuito dos clientes

Os clientes ingressam no BO com proveniência de cinco locais: da Unidade de Admissão do Doente Cirúrgico (UADC) situada na Ala O no piso quatro, da Unidade de Recobro Tardio (URT), dos internamentos, da sala de emergência e da Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA). Na UCA, são admitidos pelo recobro, vão para o bloco e, depois de intervencionados, regressam novamente para esta unidade onde fazem o recobro, podendo ou não fazer pernoita, e de onde

mais tarde têm alta para o domicílio.

Recursos Humanos

O Bloco Operatório Central (BOC) é constituído pelos seguintes profissionais: Diretor do BO e Enfermeira Gestora. A restante equipa é formada por médicos das diversas especialidades, 97 enfermeiros, distribuídos pelo BOC e pela UCA. Destes últimos, um tem a especialidade de pediatria, um de reabilitação e nove são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, dois dos quais na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Ainda encontramos alguns enfermeiros a frequentar atualmente formação na área de Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, o que é demonstrativo da importância de formação especializada nesta área. Os elementos da equipa de enfermagem do BO estão divididos em equipas de rotina, que trabalham de segunda a sexta-feira, e em equipas de urgência, compostas por cinco equipas, que asseguram as cirurgias nas 24h, sendo cada equipa constituída por cinco enfermeiros. A equipa multidisciplinar é ainda constituída por 22 assistentes operacionais e por quatro assistentes técnicos. Para além destes elementos, são contratualizados a uma empresa externa profissionais para realizar serviços de limpeza.

Modelo de organização e métodos de trabalho

Os enfermeiros são distribuídos pelos postos de trabalho tendo em conta o que está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para as dotações seguras (Regulamento n.º 743/2019, pág. 128).

Nas salas de operações de cirurgia programada ou urgente, considera-se a existência dos seguintes postos de trabalho: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia. O plano de trabalho é efetuado no dia anterior, pela enfermeira gestora, tendo em conta as cirurgias programadas, mediante as competências e áreas de intervenção de cada enfermeiro do serviço. É assessorada por um enfermeiro especialista. Nas salas de ortopedia e urgência, está destacado um assistente operacional por cada uma. Para as salas operatórias das outras especialidades, dependendo do tipo de cirurgia, ficam um ou dois assistentes operacionais para cada duas salas. No caso de outros técnicos necessários ao desenvolvimento da cirurgia, como os técnicos de radiologia, existe um plano semanal e são chamados momentos antes da entrada do cliente na sala cirúrgica. Na UCPA, no turno da manhã, estão destacados quatro enfermeiros, no turno da tarde três e dois no turno da noite (um destes enfermeiros é o responsável do turno).

O serviço encontra-se organizado por áreas de especialidades cirúrgicas, com um enfermeiro responsável para articular com os profissionais médicos o pedido e manutenção de materiais consumíveis e/ou equipamentos, e, portanto, existe um responsável da Especialidade de Otorrino, Urologia, Ginecologia/Obstetrícia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Ortopedia, Anestesia e UCPA.

Projetos em desenvolvimento

O serviço tem em curso a candidatura ao Processo de Idoneidade Formativa da Ordem dos Enfermeiros e, em desenvolvimento, um projeto de melhoria contínua da qualidade na área da prevenção de complicações decorrentes dos posicionamentos cirúrgicos. O desenvolvimento do projeto delineado para o desenvolvimento de competências durante o ENP mostrou-se ser uma mais-valia para a continuidade do referido projeto. De acordo com a metodologia de organização do trabalho, os enfermeiros responsáveis de área ou especialidade desenvolvem funções específicas durante a sua atividade profissional, atribuídas pela enfermeira gestora, assim como projetos de melhoria contínua e/ou propostas de melhoria na sua área de intervenção.

Têm ainda vários grupos de trabalho a desenvolver projetos na área da normotermia, prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC), reprocessamento de material e transmissão da informação através da implementação da nomenclatura Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation (ISBAR).

3. RTU- TV BEXIGA

10364_2_e4nusing_1

3.1. Enquadramento teórico

Cliente género masculino, 70 anos, por recidiva de carcinoma vesical foi planeado para realizar resseção transuretral de tumor vesical (RTU- V) sob anestesia geral balanceada.

Antecedentes Clínicos

Cardiovascular: HTA;

Respiratório: Hábitos tabágicos de longa data (há 50 anos) de cerca de 10 cigarros /dia;

Hepático: Hábitos etílicos de cerca de uma garrafa vinho /dia;

Endócrino: Diabetes mellitus tipo II e patologia nodular da tiroide;

Metabólico: Obesidade e Gota;

Neurológico: Tremor essencial;

Nega alergias.

Antecedentes Cirúrgicos

RTU TV em 2015 e 2017 sob anestesia geral balanceada;

Cirurgia coluna lombar para correção de hérnia discal há mais de 12 anos;

Fistulectomia anal há cerca de 10 anos;

Anestesias gerais sem intercorrências.

Medicação habitual

Bisoprolol 5 mg - manhã;

Amlodipina 5 mg- manhã;

Alopurinol 300 mg -manhã;

Nexium 40 mg - noite;

AAS 100 mg suspendeu seis dias por indicação médica.

Dados sociodemográficos

Cliente autônomo, vive com a esposa.

Tumores da bexiga

No que respeita ao cancro das vias urinárias a bexiga é o órgão onde mais vulgarmente ele se desenvolve. O cancro da bexiga ocorre três vezes mais nos homens que nas mulheres, e são vulgares os tumores múltiplos. Cerca de 25% dos doentes têm mais do que uma lesão na altura do diagnóstico. Este número aumenta para cerca de 50% nas pessoas com um carcinoma do tipo papiloma de estágio I, durante um período de cinco anos, aproximadamente 40% dos tumores implicam o trígono, e mais 45% envolvem as paredes posterior e lateral da bexiga (Farley, 1995).

Epidemiologia

O cancro da bexiga é uma doença altamente prevalente e está associada a morbilidade, mortalidade e custos substanciais. Em 2018, foram contabilizados cerca de 549.000 novos casos de cancro da bexiga e 199.900 mortes por cancro da bexiga em todo o mundo. Foi considerado o 12º tipo de cancro mais comum e a 12ª causa mais comum de morte por cancro em todo o mundo (Wild et al., 2020).

Estudos epidemiológicos clássicos confirmaram uma incidência marcadamente aumentada de cancro da bexiga em trabalhadores expostos a várias aminas aromáticas usadas nas indústrias de tingimento, química e borracha. Além dessas exposições ocupacionais, o fumo inalado do tabaco é o carcinogénico ambiental mais conhecido e apontado como responsável pelo seu aparecimento (Wild et al., 2020).

A exposição ao arsénico por meio de fontes de águas subterrâneas contaminadas e também por meio de alimentos (como arroz e frutos do mar) é um problema de saúde pública em muitos países. Estima-se que mais de 200 milhões de pessoas em 70 países estejam cronicamente expostas ao arsénico em níveis acima do limite permitidos pela OMS de 10 µg/L, levando a doenças cardiovasculares, pulmonares e de pele, e também a diferentes tipos de cancro, incluindo cancro da bexiga e cancro do trato urinário (Wild et al., 2020).

Estudos epidemiológicos têm mostrado diferenças entre os sexos na incidência e progressão do cancro da bexiga, sugerindo uma associação com as vias das hormonas esteroides; portanto, o papel dos esteroides sexuais é uma área de pesquisa emergente no desenvolvimento e progressão do cancro da bexiga (Wild et al., 2020).

Fatores de risco

O fator de risco apontado como mais comum para o aparecimento do cancro da bexiga é o

tabagismo, é responsável por aproximadamente dois terços dos câncros da bexiga em homens e um terço em mulheres. Os fumadores têm um risco quatro vezes mais elevado de desenvolvimento de cancro da bexiga em comparação com não fumadores. O número de cigarros fumados, a longevidade como fumador e a idade em que começou a fumar, são fatores que contribuem para o aumento do risco de cancro da bexiga de um indivíduo, tendo a ver com o fato da função da bexiga de armazenar a urina, dando tempo suficiente para os carcinógenos na urina afetarem a bexiga. Os carcinógenos associados ao fumo permanecem em contato constante dentro do sistema geniturinário até serem eliminados, daí a alta taxa de câncros uroteliais (Farling, 2017).

O segundo fator de risco mais comum para cancro da bexiga é a exposição ocupacional a corantes de anilina, aminas aromáticas e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos. Esses produtos químicos são frequentemente usados na indústria têxtil, de tintas, de plástico, de impressão e de borracha, o que coloca esses indivíduos em maior risco para desenvolvimento de cancro da bexiga (Farling, 2017).

Outro fator de risco descrito por Farling (2017) é a inflamação, embora o mecanismo de ação seja desconhecido, clientes com infecções crônicas do trato urinário (ITUs), uso crônico de cateteres urinários e pedras na bexiga apresentam risco aumentado de desenvolvimento de cancro da bexiga.

Clientes infetados com o parasita *Schistosoma haematobium* têm um risco aumentado de desenvolver cancro de células escamosas, uma forma virulenta e mórbida de cancro da bexiga (Farling, 2017).

Clientes tratados com radiação pélvica para cancro geniturinário e ginecológico, como cancro da próstata e cervical, têm uma taxa mais elevada de desenvolvimento de cancro da bexiga, porém, com os avanços da radioterapia, espera-se que esse número diminua (Farling, 2017).

Ainda segundo o mesmo autor (Farling, 2017) a quimioterapia é também um fator de risco, clientes tratados com ciclofosfamida para cancro e doenças autoimunes têm maior risco de desenvolver cancro da bexiga, aumentando esse risco com doses cumulativas e duração do tratamento.

Anatomia e fisiologia da bexiga

A bexiga faz parte do sistema urinário inferior e está situada atrás da sínfise púbica, na região pélvica e serve de saco coletor para a urina. Composta por uma membrana mucosa está disposta em pregas, chamadas rugas que juntamente com a elasticidade das paredes musculares, podem distender a bexiga consideravelmente para conter grandes quantidades de urina. Uma camada de músculo esquelético rodeia a base da bexiga, formando o esfíncter urinário externo. A bexiga é innervada pelos sistemas nervoso simpático e parassimpático (Farley, 1995).

O esfíncter uretral, agindo sob controlo voluntário, deixa passar a urina para a uretra. A uretra serve de saída da urina da bexiga. A uretra masculina tem cerca de 20 cm de comprimento e a feminina cerca de quatro centímetros. O meato urinário é a abertura através da qual a urina é excretada do organismo (Farley, 1995).

A bexiga do adulto é uma víscera muscular oca que atua como um reservatório para a urina até à micção. Possui uma camada adventícia externa e uma urotelial interna. O trígono, uma área triangular, forma a base da bexiga. Os três ângulos do trígono correspondem aos óstios dos ureteres e ao colo vesical (abertura da uretra). Os óstios ureterais, no trígono proximal na crista interuretérica, estão afastados 2,5 cm. O colo vesical (esfíncter interno) é formado por fibras musculares convergentes do detrusor da bexiga que seguem distalmente para formar a musculatura lisa da uretra. Fisiologicamente, a bexiga enche-se de urina e expande-se para a cavidade abdominal. A localização extraperitoneal é vantajosa porque pode ser realizada uma incisão suprapúbica (acima do arco do púbis) sem violar o peritoneu e potencialmente causar complicações intraperitoneais (Nagle, 1997).

O principal suprimento arterial da bexiga compreende as artérias vesicais superior, média e inferior. Estes vasos são derivados da artéria ilíaca interna (hipogástrica), das artérias obturadora e glútea inferior, e, em mulheres, das artérias uterina e vaginal. A bexiga possui um rico suprimento venoso que drena para a veia ilíaca interna (hipogástrica). O sistema linfático é servido pelos linfonodos vesical, ilíacos externo e interno e ilíaco comum (Nagle, 1997).

O tamanho, a posição e a relação entre a bexiga e o intestino, reto e órgãos da reprodução variam de acordo com a distensão vesical. Na mulher, a vagina situa-se dorsal à base da bexiga e paralela à uretra. No homem, a próstata está interposta entre o colo vesical e a uretra. Estas relações anatómicas influenciam os sintomas que o cliente apresenta antes da operação e são importantes pontos de reparo durante a cirurgia pélvica (Nagle, 1997).

O processo de evacuação vesical parece ser iniciado por células nervosas da divisão sacral do sistema nervoso autónomo. Estes centros reflexos sacrais são controlados por centros voluntários superiores no encéfalo. A estimulação dos centros sacrais resulta em contração dos músculos vesicais e relaxamento dos esfíncteres de saída vesical. Os músculos no interior e adjacentes à parede uretral, e do assoalho pélvico, mantêm o encerramento dos esfíncteres vesicais, assim possibilitando a continência (Nagle, 1997).

Fisiopatologia

Os tumores da bexiga vão desde pequenos papilomas benignos a grandes carcinomas invasivos (Farley, 1995). O tipo mais comum de cancro da bexiga é o cancro urotelial (também chamado de carcinoma de células transicionais) (Farling, 2017). A maior parte das neoplasias é do tipo de célula estratificada, visto que as vias urinárias estão cobertas com um epitélio estratificado, estas neoplasias começam por ser papilomas, por isso, todos os papilomas da bexiga são

considerados pré-malignos e devem ser removidos quando identificados (Farley, 1995). O carcinoma das células escamosas (epidermoide), assim como o adenocarcinoma (que muitas vezes é inoperável), ocorrem com menos frequência e têm um prognóstico pior, estão ambos associados a um estágio avançado e a uma mortalidade mais alta do que o cancro urotelial (Farley 1995, Farling, 2017,).

O cancro da bexiga pode ser categorizado como cancro da bexiga não invasivo do músculo (NMIBC) ou cancro da bexiga invasivo do músculo (MIBC) (Farling, 2017). Além da distinção entre NMIBC e MIBC, é importante entender o estadiamento e o grau do cancro da bexiga. O estadiamento do cancro da bexiga é determinado pelo sistema TNM. O TNM identifica o tumor primário (T), a presença de comprometimento linfonodal (N) e se há metástase (M). A agressividade do cancro da bexiga é determinada pelo grau da doença, com alto grau (pouco diferenciado) com maior probabilidade de progredir e se espalhar em comparação com cancro de bexiga de baixo grau (bem diferenciado) (Farling, 2017).

Os carcinomas da bexiga estão assim divididos por graus e estadios. Os tumores da bexiga dos Graus I e II são geralmente superficiais, enquanto os tumores dos Graus III e IV são geralmente de natureza invasiva (Farley, 1995).

Os pacientes com NMIBC são tratados com estratégias de preservação da bexiga, como a ressecção transuretral do tumor da bexiga, seguida de imunoterapia ou quimioterapia intravesical. Os clientes com MIBC são tratados com quimioterapia neoadjuvante e remoção cirúrgica da bexiga (Farling, 2017).

Manifestações clínicas

A hematúria indolor é o primeiro sinal na maioria dos tumores da bexiga (Farley, 1995). A hematúria pode ser microscópica (sangue visível ao microscópio) ou macroscópica (sangue visível na urina). Os clientes podem apresentar hematúria contínua ou intermitente, todos os clientes com hematúria devem ser encaminhados a um urologista para descartar cancro da bexiga, especialmente se tiverem história atual ou passado de tabagismo (Farling, 2017). É geralmente intermitente, o que faz com que os indivíduos se atrasem em procurar o médico. A hematúria nem sempre é causada por cancro da bexiga, pode ser causada por outras condições, tais como cancro renal, cancro da próstata, cistite intersticial, cálculos renais, hiperplasia prostática, benigna e trauma (Farling, 2017).

A cistite poderá provocar os mesmos sintomas de um tumor na bexiga, visto que o tumor pode atuar como um corpo estranho na bexiga. Os sintomas de insuficiência renal resultantes da obstrução dos uréteres são, por vezes, o motivo que leva as pessoas ao médico. A presença de insuficiência renal proporciona um mau prognóstico, pois verifica-se geralmente depois de o tumor já se encontrar amplamente infiltrado (Farley, 1995).

Sinais e sintomas irritativos do trato urinário, tais como polaquiúria, urgência, hesitação e

disúria, são menos comuns, afetando 30% dos clientes com cancro da bexiga, como os sinais e sintomas urinários irritativos mimetizam os de uma infeção do trato urinário (ITU), os clientes podem ser inicialmente diagnosticados com uma ITU, atrasando o diagnóstico de cancro da bexiga. Sinais e sintomas tardios relacionados ao cancro da bexiga invasivo ou metastático incluem dor no flanco, plenitude pélvica, retenção urinária, edema de membros inferiores, perda de peso e dor óssea (Farling, 2017).

Diagnóstico

Como os sinais e sintomas do cancro da bexiga imitam os de uma ITU, é vital descartar esse diagnóstico em qualquer cliente com queixas de micro-hematúria macroscópica e/ ou sinais miccionais irritativos (Farling, 2017). Devem ser efetuadas culturas de urina para descartar infeção, avaliação urológica para avaliar causas benignas e deve ser efetuada citologia de urina. O exame citológico poderá identificar células malignas antes de a lesão poder ser observada por cistoscopia (Farling, 2017).

O diagnóstico é estabelecido por observação cistoscópica e biópsia da bexiga. O urologista realizará uma cistoscopia para visualizar diretamente a bexiga quanto à presença de um tumor. Durante uma cistoscopia, o urologista insere um endoscópio flexível na uretra com o auxílio de anestesia tópica para inspecionar a uretra e a bexiga à procura de pedras na bexiga, tumores ou lesões (Farling, 2017).

Se um tumor na bexiga for identificado, o cliente deverá ser agendado para efetuar uma biópsia da bexiga ou uma resseção transuretral vesical (RTU-V) em bloco operatório para remover o tumor e enviá-lo para diagnóstico patológico. Ao obter amostras de tecido para biópsia, é imperativo que a biópsia ou espécime de RTU-V inclua o músculo detrusor, pois isso diferencia entre NMIBC e MIBC (Farling, 2017).

A determinação clínica da invasão do tumor é importante para o estabelecimento de um regime terapêutico e na previsão do prognóstico. Uma vez que os papilomas têm tendência para recidivar sem sintomas e até já estarem em fase de tumor bastante avançado. Clientes a quem foram extraídos papilomas deverão periodicamente fazer um exame cistoscópico (Farley, 1995).

Intervenção cirúrgica

Os tumores pequenos, com uma camada mínima de tecido afetado, podem ser tratados por excisão transuretral.

Cirurgia endoscópica é habitualmente feita quando é diagnosticado um tumor na bexiga e é a forma mais eficaz e adequada de tratamento de tumores superficiais. A cirurgia endoscópica é realizada frequentemente, com tumores superficiais, sendo esta técnica designada de resseção transuretral vesical (RTU-V). A intervenção permite a colheita de fragmentos do tumor. Os fragmentos removidos são avaliados, de forma a saber se o tumor é superficial (atingindo

apenas o revestimento superficial da bexiga) ou invasivo (atingindo a parede muscular da bexiga) (Nagle, 1997).

O procedimento cirúrgico não implica nenhuma incisão cirúrgica, uma vez que é feita através da uretra com um equipamento endoscópico muito fino, chamado ressectoscópio. As lesões vesicais podem ser removidas utilizando-se um ressectoscópio padrão, elemento operador, e um telescópio Foroblique, que é passado através da uretra até à bexiga. Uma bainha de cistoscópio 24 Fr com uma ponta de cateterismo e pinça para biópsia pode ser usada para remover tumores vesicais localizados no topo ou na cúpula da bexiga. O carcinoma de células de transição da bexiga é uma das lesões mais difíceis de acompanhar porque pode ocorrer onde quer que haja revestimento do trato urinário por células de transição. O cancro vesical tem uma tendência de reaparecer noutras áreas da bexiga mesmo após a ressecção completa das lesões originais. Geralmente o cirurgião remove não apenas a lesão vesical, mas também uma porção do músculo da bexiga subjacente à lesão, de forma que se possa determinar se o tumor invadiu o músculo. Também, são feitas biopsias aleatórias do revestimento vesical normal porque o carcinoma in situ de células de transição pode ser encontrado ao exame microscópico. As lesões que invadem profundamente o músculo devem ser tratadas com um procedimento cirúrgico aberto, como cistectomia parcial ou cistectomia total (Nagle, 1997).

Quando existe penetração do cistoscópio na bexiga é usado líquido de irrigação destilado estéril para distender a bexiga, para permitir visualização efetiva. Soluções de irrigação estéreis são usados com dispositivos de administração fechados, apropriados. Estes sistemas fechados evitam os riscos inerentes de contaminação cruzada. Frequentemente são usados grandes volumes de solução de irrigação, particularmente durante os procedimentos endoscópicos mais extensos (Nagle, 1997).

Quando estas soluções estão à temperatura ambiente, representam um choque para a temperatura corporal interna do cliente e podem causar hipotermia. Devem ser usadas unidades de aquecimento de solução pois são úteis para ajudar a reduzir este risco, a sua desvantagem pode ser que o calor provoque atraso na coagulação, aumentando assim a perda sanguínea (Nagle, 1997).

As soluções de irrigação estéreis são encontradas em bolsas flexíveis, não dependem de ar, podendo ser pendurados em série proporcionando assim irrigação continua sem interrupção, estes sistemas permitem a eliminação de bolhas de ar que são um problema que distorce a visibilidade durante o procedimento (Nagle, 1997).

A água destilada estéril é recomendada como uma solução de irrigação na ressecção transuretral de tumores vesicais. Como poucos vasos são descobertos durante o procedimento, não ocorre absorção de água com hemólise e complicações sistêmicas como hiponatremia. Além disso, há uma tendência de células cancerosas libertadas durante este procedimento de

absorver água, causando a sua ruptura e lise em vez de permanecerem viáveis e capazes de se implantar na superfície desnuda da bexiga criada pela cirurgia. Após a conclusão do procedimento, um grande cateter vesical, é introduzido na bexiga e colocado em drenagem (Nagle, 1997).

O conhecimento das possíveis complicações durante a cirurgia transuretral é extremamente importante. Embora as complicações sejam mais prevalentes no estágio pós operatório, a observação cuidadosa durante a cirurgia é essencial. Sintomas como agitação súbita, apreensão, irritabilidade, pulso lento e pressão arterial crescente podem sugerir síndrome de ressecção transuretral, um deslocamento de líquidos e eletrólitos corporais causado por uma diminuição do sódio extracelular. Devendo ser administradas quantidades mínimas de líquidos, o líquido de irrigação deve estar sobre a mínima pressão possível, a bexiga deve ser esvaziada para evitar pressão intravesical. Devem ser realizados exames laboratoriais fundamentais durante a cirurgia e se houver uma diminuição de sódio sérico deve ser administrado cloreto de sódio hipertônico ou podem ser usados diuréticos como a furosemida, no caso de sintomas graves pode ter de ser interrompida a cirurgia (Nagle, 1997).

A orientação posterior do cliente é totalmente diferente consoante se trate de um tumor superficial ou já invasivo.

Posicionamento cirúrgico

O posicionamento cirúrgico de forma que se proporcione acesso ótimo ao órgão envolvido é a posição litotômica que pode por vezes ser exagerada para permitir o melhor acesso. Deve ter-se especial cuidado para que a posição do cliente não interfira com a respiração e a circulação. É essencial evitar deslocamento das articulações e tensão indevida sobre feixes neurovasculares ou ligamentos , particularmente em clientes obesos ou debilitados (Nagle, 1997).

Segundo a AESOP (2012) a posição de litotomia é uma variante do decúbito dorsal, com indicação na cirurgia urológica, ginecológica e rectal. É importante identificar os clientes portadores de próteses/ implantes de anca ou joelho. A parte superior do cliente é posicionada em decúbito dorsal (cliente deitado de costas na marquesa operatória, com a cabeça alinhada com o tronco, os membros superiores podem estar apoiados ao longo do corpo ou em abdução , com uma amplitude inferior a 90º), sendo as pernas ligeiramente fletidas e mantidas suspensas com equipamento específico. Para este posicionamento, e só para a colocação das pernas são necessárias duas pessoas. Existem potenciais zonas de pressão neste posicionamento como região occipital, região escapular, região sacro, região popliteia e calcaneos pelo que devem ter-se em conta procedimentos relativos à posição litotômica: depois do cliente corretamente posicionado em decúbito dorsal, levantar lentamente as pernas com ligeira rotação externa das anca com o objetivo de prevenir desequilíbrio hemodinâmico e luxação da anca, almofadar corretamente os apoios dos membros inferiores bem como o material de fixação e verificar a não existência de compressão da região popliteia com objetivo

de prevenir a lesão do nervo peroneal e vasos popliteais, monitorizar o grau de abdução e flexão das coxas e avaliar pulsos femorais e pediosos com o objetivo de prevenir a disfunção respiratória e compromissos vasculares (artéria femoral), proteger a região sacro coccígea com um apoio almofadado com o objetivo de prevenir a compressão da região.

Bibliografia

Associação dos Enfermeiros de sala de Operações Portuguesas (2012). Posicionamentos. In Enfermagem Perioperatória, Da Filosofia à Prática dos Cuidados. (Capítulo V, pag.69- 89).

Farley, F. H. (1995). Avaliação da função urinária. In Phipps W. J., Long B.C., Woods N.F., Cassmeyer V.L. Enfermagem Medico-cirúrgica conceitos e prática clínica (capítulo 47, pp.1427-1430). Lusodidata.

Farling K. B. (2017). Bladder cancer: Risk factors, diagnosis, and management. The Nurse practitioner, 42(3), 26-33. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000512251.61454.5c>.

Nagle, G. M. (1997). Cirurgia Genitourinária. In Meeker, M. H. & Rothrock, J. C. (10ª Edição), Alexander Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico (pp.416-483). Guanabara Koogan.

Wild C. P., Weiderpass E., Stewart B. W. (2020). World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <http://publications.iarc.fr/586>. Licence: CC BY-NC-ND 3.0 IGO.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 70 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-03-09 15:00:00	Soro polieletrolítico 1000 ml EV	
2023-03-09 15:15:00	Fentanil 0,15 mg EV	2023-03-09 16:15:00
2023-03-09 15:15:00	Lidocaína 40 mg EV	2023-03-09 16:15:00
2023-03-09 15:15:00	propofol 100 mg Ev	2023-03-09 16:15:00
2023-03-09 15:15:00	Rocurônio 50 mg EV	2023-03-09 16:15:00
2023-03-09 15:15:00	Desflurano com concentração alveolar mínima de 6	2023-03-09 16:15:00
2023-03-09 15:15:00	Cefazolina 2000 mg EV	2023-03-09 16:15:00
2023-03-09 16:15:00	Sugamadex 200mg Ev	2023-03-09 16:30:00
2023-03-09 16:15:00	Paracetamol 1000mg EV	2023-03-09 16:30:00
2023-03-09 16:15:00	Ceterolac 30 mg EV	2023-03-09 16:30:00
2023-03-09 16:15:00	ondasetron 4 mg Ev	2023-03-09 16:30:00
2023-03-09 16:30:00	soro fisiológico solução irrigação 3000 ml	
2023-03-09 16:30:00	Sorbitol Manitol solução para irrigação urológica	
	Purisole durante o procedimento cirúrgico	

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Cliente veio do internamento com soroterapia em perfusão, é uma condição nos clientes que vão ser submetidos a um procedimento cirúrgico e anestésico ter uma veia puncionada e permeável para administração de medicação para a indução anestésica, para administração de medicação antiemética, analgésica e/ou anti-inflamatória, antibioterapia, hemoderivados ou outra em caso de complicação cirúrgica ou anestésica.

A administração de fármacos acarreta dupla responsabilidade, a de garantir a segurança dos clientes e de maximizar o efeito terapêutico dos medicamentos. Para ir ao encontro dessas responsabilidades o enfermeiro deve ter conhecimentos da medicação que vai administrar, as suas indicações, a sua dosagem normal, as contraindicações, efeitos terapêuticos e adversos e potenciais interações com outras medicações. Deve estar ainda familiarizado com a farmacocinética: como o medicamento é absorvido, distribuído, metabolizado e excretado.

Devem ser observadas as regras básicas de administração de medicamentos nomeadamente o cliente correto, o fármaco correto, a dosagem correta, via de administração correta, hora e intervalos corretos, o cliente deve ter conhecimento do que se vai passar quando se administra determinado medicamento, o que é esperado que aconteça, e de preferência quem prepara o fármaco deve ser a pessoa que o vai administrar.

- **Solução polieletrolítica, solução para perfusão** (Infarmed, 2022).

Grupo farmacológico: Corretivos das alterações hidroeletrólíticas;

Indicações terapêuticas: desidratação; hipovolémia (choque hemorrágico, queimaduras); correção das alterações de fluídos e eletrólitos;

Posologia: dependente da idade e peso do cliente;

Efeitos adversos: sobrecarga hídrica e edema.

Neste caso foi efetuada uma anestesia geral balanceada, ou seja é utilizada uma combinação de fármacos para que se atinja perda de consciência (hipnose), analgesia (arreflexia) e relaxamento muscular. Os fármacos mais usados na anestesia geral são os anestésicos intravenosos, opioides e agentes inalatórios, obedecendo a uma ordem de administração:

- **Analgésicos opioides: Fentanil** (Morujão , 2013):

Os opioides são mais utilizados para obter analgesia nos procedimentos anestésicos e, na anestesia geral, são usados na indução anestésica e durante a fase de manutenção.

O fentanil é o fármaco mais usado como analgésico morfinomimético e na sedação.

Grupo farmacológico: analgésico opióide;

Início de ação: o seu início de ação é de 30 segundos e o seu pico plasmático entre três a sete minutos. Tem uma duração de ação de vinte a trinta minutos;

Indicações terapêuticas: suplemento analgésico para a indução de anestesia, adjuvante na manutenção de anestesia geral;

Mecanismo de ação: liga-se a recetores opióides no SNC inibindo a libertação de neurotransmissores nociceptivos, tais como a substância P, o GABA, dopamina, acetilcolina e noradrenalina. Inibem também a libertação de insulina e glucagon® preserva a estabilidade cardíaca e inibe alterações hormonais derivadas de altas doses de stress e ansiedade;

Reações adversas: confusão, excitação/delírio paradoxal, sonolência pós-operatória, visão turva, arritmia, bradicardia, hipotensão, depressão respiratória, broncoespasmo, laringospasmo, apneia, náuseas e vômitos, rigidez muscular;

Metabolismo: o seu metabolismo é hepático (70%);

Eliminação: a sua eliminação é renal (90%).

- **Lidocaina** (Weinberg et al., 2015):

Grupo farmacológico: Anestésico local e antiarrítmico;

Indicações terapêuticas: necessidade de produzir insensibilidade local;

Mecanismo de ação: diminui a permeabilidade da membrana celular para o sódio, que leva ao

aumento do limiar de excitação e diminuição da despolarização da membrana. Pode auxiliar no controlo de broncoespasmos e facilitar intubação;

Reações adversas: visão turva; sonolência, confusão, convulsões, náuseas, vômitos, bradicardia, hipotensão.

- **Propofol** (Morujão, 2013):

O propofol é o hipnótico mais usado na indução e manutenção da anestesia e na sedação, sendo contraindicado em pessoas com alergia ao fármaco ou derivados do ovo.

Grupo farmacológico: anestésico geral;

Indicações terapêuticas: sedação para procedimentos de diagnóstico e cirúrgicos, isoladamente ou em associação com anestesia local ou regional, em adultos e crianças > 1 mês;

Início de ação: O seu início de ação é de trinta a cinquenta segundos e tem uma duração de ação de cinco a dez minutos;

Mecanismo de ação: agonista recetores GABA (neurotransmissor inibidor no sistema nervoso central que causa relaxamento, sonolência...);

Reações adversas: hipotensão, excitação mínima, cefaleias durante a fase de recobro, bradicardia, dor no local de aplicação, febre, depressão respiratória;

Metabolismo: O seu metabolismo é hepático e a sua eliminação urinária.

- **Bloqueadores neuromusculares : Rocurónio** (Sousa & Marques, 2014).

Grupo farmacológico: relaxante muscular não despolarizante;

Indicações terapêuticas: adjuvante na anestesia geral para facilitar a intubação endotraqueal e para proporcionar um relaxamento da musculatura esquelética durante a cirurgia; bloqueio muscular de longa duração;

Mecanismo de ação: agente bloqueador neuromuscular que atua como antagonista nos recetores de acetilcolina, impedindo que os músculos despolarizem e se contraíam. Tem início de ação rápida (nos 2 minutos seguintes à administração obtém-se paralisia geral dos músculos adequada para qualquer tipo de cirurgia) e uma ação intermédia (30-40 minutos);

Efeitos adversos: Efeito prolongado do bloqueio neuromuscular;

- **Cefazolina** (Infarmed, 2022)

Grupo farmacológico: Antibacteriano (cefalosporina);

Indicações terapêuticas: infeções dos tecidos moles e pele; infeções articulares e ósseas; profilaxia de infeções peri-operatórias;

Mecanismo de ação: liga-se a proteínas que, por sua vez, se ligam às penicilinas localizadas no interior da parede celular bacteriana (PLP), inibindo a sua síntese;

Efeitos secundários: náuseas e vômitos, diarreia e dificuldade respiratória, associada frequentemente à tosse;

A cefazolina não é metabolizada e é excretada de forma ativa na urina.

- **Desflurano** (Tavares, 2013)

Grupo farmacológico: anestésico geral inalatório;

Indicação: indução e manutenção da anestesia geral;

Mecanismo de ação: o desflurano induz uma redução na condutância juncional, pela diminuição dos hiatos de tempo de abertura da saída e a crescente brecha nos tempos de encerramento dos canais de junção; ativa a ATPase dependente do cálcio no retículo sarcoplasmático aumentando a fluidez da membrana lipídica; também parece ligar-se à subunidade D da ATP sintase e NADH desidrogenase; liga-se e agoniza o receptor de GABA, a grande condutância do Ca^{2+} activa os canais de potássio, os receptores de glicina, e antagoniza os receptores de glutamato;

Efeitos adversos: depressão sistema nervoso central, aumento da pressão intracraniana por aumento do fluxo sanguíneo cerebral, depressão respiratória, depressão cardiovascular, hipertermia maligna.

- **Paracetamol** (INFARMED, 2002):

Grupo farmacológico: analgésico e antipirético;

Indicações terapêuticas: Indicado para tratamento de dor ligeira a moderada e pirexia;

Mecanismo de ação: inibição da síntese das prostaglandinas ou de outras substâncias que sensibilizam os recetores da dor para os estímulos mecânicos e químicos. A ação antipirética exerce-se por ação a nível central do centro termorregulador hipotalâmico produzindo vasodilatação periférica, o que causa aumento de sudação e do fluxo sanguíneo através da pele e perda de calor;

Efeitos adversos: hipotensão, náuseas e vômitos, cefaleias, sonolência;

Metabolismo: O paracetamol é metabolizado maioritariamente no fígado seguindo duas vias hepáticas principais;

Eliminação: os metabolitos do paracetamol são excretados principalmente pela urina.

- **Cetorolac** (Infarmed, 2018)

Grupo farmacológico: anti-inflamatório não esteróide;

Indicações terapêuticas: diminuir inflamação (dor, edema e rubor) pós-operatória;

Mecanismo de ação: inibe a ciclo-oxigenase, que é responsável pela produção de prostaglandinas (mediadores inflamatórios);

Reações adversas: náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, dor abdominal, retenção urinária, cefaleias, aumento de frequência urinária;

Distribuição: mais de 99 % do ceterolac no plasma encontra-se ligado às proteínas;

Metabolismo: o ceterolac é metabolizado em grande parte no fígado;

Eliminação: A principal via de eliminação do ceterolac e seus metabolitos é renal.

- **Ondansetrom** (INFARMED, 2022):

Grupo farmacológico: antiemético;

Indicações terapêuticas: prevenção e tratamento de náuseas e vômitos do pós-operatório;

Mecanismo de ação: antagonista dos recetores 5HT₃;

Reações adversas: aumento do tempo do trânsito no intestino, podendo resultar em obstipação, sensação de rubor e calor, cefaleias e soluços;

Distribuição: O ondansetrom não se liga fortemente às proteínas;

Biotransformação: O ondansetrom é eliminado da circulação sistémica predominantemente por metabolismo hepático através de múltiplas vias enzimáticas;

Eliminação: Menos de 5% da dose absorvida é excretada na forma inalterada pela urina. O tempo de semivida terminal é de cerca de 3 horas.

- **Antagononista do Rocurónio** : sugamadex (Esteves, 2013)

Grupo farmacológico: Antídoto dos relaxantes musculares;

Indicações terapêuticas: reversão do bloqueio neuromuscular induzido por rocurónio e vecurónio em anestesia geral;

Mecanismo de ação: no plasma, forma um complexo com os agentes bloqueadores neuromusculares rocurónio ou vecurónio, reduzindo a quantidade de agente bloqueador neuromuscular disponível para se ligar aos recetores nicotínicos da junção neuromuscular, revertendo, assim, o bloqueio neuromuscular por ele induzido. Este efeito de reversão acontece cerca de 1,3 a 1,9 minutos após administração;

Efeitos secundários: Diminuição do efeito anestésico.

- **Sorbitol Manitol solução para irrigação urológica Purisole durante o procedimento cirúrgico**

Indicação: em irrigações trans e pós-operatórias da bexiga em intervenções urológicas, tais como ressecção transuretral da próstata ou tumores da bexiga, prostatectomia suprapúbica (ressecção da próstata acima do púbis), exames cistoscópicos e litotricia.

Sorbitol e manitol são álcoois não eletrolíticos. Esta solução é, portanto, adequada para irrigação urológica em procedimentos eletrocirúrgicos. Uma concentração total de aproximadamente 3% de Purisole SM contém soluto suficiente para minimizar o risco de hemólise intravascular (destruição da membrana dos glóbulos vermelhos dentro da circulação sanguínea), que pode ocorrer durante a ressecção transuretral através da absorção de água nas veias prostáticas abertas. Qualquer solução que seja absorvida intra vascularmente (dentro da circulação sanguínea) durante a cirurgia transuretral da próstata ou da bexiga, embora em quantidade variável dependendo principalmente da extensão da cirurgia, vai ser excretada pelos rins. Quando absorvido intravascularmente (dentro da circulação sanguínea), sorbitol e manitol agem como diuréticos osmóticos. A absorção intravascular de sorbitol demonstrou elevar os níveis séricos de lactato após a ressecção transuretral acima dos valores pré-operatórios, devido ao favorecimento do seu metabolismo para lactato a partir de piruvato. O aumento de lactato não foi suficiente para produzir evidências de acidose metabólica. Manitol é pouco metabolizado e rapidamente excretado pelos rins.

Deve ter-se em atenção à condição cardiovascular, especialmente dos clientes com doença cardíaca, deve ser cuidadosamente observada antes e durante a ressecção transuretral da próstata, devido à quantidade de fluidos absorvidos, através da circulação sistêmica, pelas veias prostáticas abertas, o que pode causar significativa expansão do fluido extracelular e levar a insuficiência cardíaca congestiva fulminante. Passagem do sódio livre do fluido intracelular para o compartimento extracelular seguido de absorção sistêmica da solução pode diminuir a concentração sérica de sódio e agravar hiponatremia pré-existente. Perda excessiva de água e eletrólitos pode levar a sérios desequilíbrios. Com irrigação contínua, a perda de água pode acarretar em excesso de eletrólitos, levando à hipernatremia. Diurese sustentável que resulta da irrigação transuretral com Purisole SM pode mascarar e, conseqüentemente, intensificar a hidratação inadequada ou hipovolémia (diminuição do volume de sangue).

Reações adversas: podem ocorrer devido à absorção intravenosa de sorbitol e manitol; incluem distúrbios eletrolíticos e de fluido tais como acidose (pH sanguíneo diminuído), perda eletrolítica, diurese (secreção abundante de urina), retenção urinária, edema, boca seca, desidratação e sede, distúrbios cardiovasculares tais como hipotensão, taquicardia e dor tipo angina, distúrbios pulmonares tal como congestão pulmonar. Além disso, podem ocorrer: visão turva, convulsão, náusea, vômito, diarreia, rinite, calafrios, tonturas, dores nas costas e urticária. Reações alérgicas a sorbitol e manitol foram também relatadas.

- **Soro fisiológico Solução irrigação**(Mymedfarma acedido internet)

Indicação: pode ser usado como solução de irrigação/lavagem de tecidos, em que se pretende uma irrigação estéril, como no caso da bexiga;

Mecanismo de ação: o cloreto de sódio é o principal sal envolvido na manutenção da pressão osmótica do sangue e dos tecidos, assegurando um meio tecidual fisiológico;

Reações adversas: acidose metabólica, desidratação cerebral, sonolência, confusão mental, convulsões, coma, insuficiência respiratória e morte; outros sintomas são sede, diminuição da salivação e lacrimação, febre, taquicardia, hipotensão ou hipertensão, cefaleia, vertigem, irritabilidade, fraqueza muscular, e rigidez muscular.

Referências Bibliográficas

Campos, R. S. (2013) Analgésicos Não Opioides e Anestésicos Locais. In H., Machado (Ed.), Manual de Anestesiologia (pp.266). Lidel.

DGS (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. dgs.pt/de-15122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx

Esteves, S. (2013). Bloqueadores neuromusculares- A sua utilização, monitorização e reversão. In H., Machado (Ed.), Manual de Anestesiologia (pp. 254- 258). Lidel.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

<https://www.mymedfarma.com/pt/principios-ativos/459-cloreto-de-sodio/71-solucao-para-perfusao/855-cloreto-de-sodio-09-viaflo-sol-p-perf>.

Morujão, N. (2013). Anestésicos intravenosos opioides e agentes inalatórios. In H., Machado (Ed.), Manual de Anestesiologia, (pp. 235-258). Lidel.

Seixas, M. (2013). Anestesia para cirurgia geral. In H., Machado (Ed.), Manual de Anestesiologia, (pp. 379). Lidel.

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

Tavares, J. (2013) Farmacologia Essencial para Anestesiologia. In H. Machado, Manual de Anestesiologia (capítulo 4, pp. 74-81). Lidel.

Weinberg, L., Peake, B., Tan, C., Nikfarjam, M.(2015). Farmacocinética e farmacodinâmica da lidocaína: uma revisão. World J Anesthesiol 2015 27 de julho; 4(2): 17-29 DOI: 10.5313/wja.v4.i2.17.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Procedimento invasivo

09-03-2023 15:00

Procedimento invasivo [RESOLVIDO] 09-03-2023 16:30

Tipo de procedimento invasivo: RTU- TV bexiga programada para 9/3/2023.

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.50 °C.

O cliente verbaliza o seu nome e data de nascimento

O cliente verbaliza que cumpriu o jejum pré operatório de 6 horas

O cliente verbaliza que não tem alergias conhecidas

O Cliente verbaliza ter realizado banho pré-operatório com clohorexidina no dia anterior e no dia da cirurgia

O cliente removeu próteses e adornos

O cliente verbaliza os seus antecedentes clínicos e cirúrgicos

O Cliente verbaliza sobre a sua medicação domiciliária

O cliente verbaliza que não tomou nenhuma medicação domiciliária no dia da cirurgia

O Cliente verbaliza que parou a toma da aspirina cinco dias antes da cirurgia

O cliente que está informado e esclarecido sobre o procedimento invasivo

O cliente verbaliza que está informado e esclarecido sobre o procedimento anestésico

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 16:15 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [FIM] 09-03-2023 16:30

09-03-2023 15:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 09-03-2023 16:30

09-03-2023 15:00 - Vigiar temperatura corporal [FIM] 09-03-2023 16:30

09-03-2023 15:00 - Avaliar conforto térmico do cliente [FIM] 09-03-2023 15:15

Posicionamento cirúrgico [RESOLVIDO] 09-03-2023 15:15

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 15:00 - Avaliar conhecimento sobre preparação pré operatória para realização de procedimento invasivo [FIM] 09-03-2023 15:15

09-03-2023 15:00 - Efetuar verificação pré operatória [FIM] 09-03-2023 15:15

Conhecimento sobre procedimento invasivo [RESOLVIDO] 09-03-2023 15:15

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 15:00 - Avaliar conhecimento sobre procedimento invasivo [FIM] 09-03-2023 15:15

Conhecimento sobre procedimento anestésico [RESOLVIDO] 09-03-2023 15:15

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 15:00 - Avaliar conhecimento sobre procedimento anestésico [FIM]

09-03-2023 15:15

09-03-2023 15:15

Tipo de procedimento invasivo: RTU- TV bexiga.

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

Pulso de amplitude mediana e regular.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 140 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 71 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.20 °C.

09-03-2023 16:15

Tipo de procedimento invasivo: RTU- TV bexiga.

Perda sanguínea

Bexiga: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 130 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 68 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.20 °C.

Atitudes terapêuticas

09-03-2023 15:15

Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 09-03-2023 16:15

Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por pressão.

Ventilação invasiva - FiO2: 45 %.

Ventilação invasiva - volume corrente: 420 ml.

Ventilação invasiva - volume/minuto: 6 L/min.

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

Ventilação invasiva - ajuda inspiratória: 18 cmH2O.

Ventilação invasiva - PEEP: 5 cm H2O.

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 15:15 - Avaliar evolução da ventilação invasiva [FIM] 09-03-2023 16:15

09-03-2023 15:15 - Comunicar ao médico anestesista alterações da ventilação invasiva [FIM] 09-03-2023 16:15

Posicionamento cirúrgico [RESOLVIDO] 09-03-2023 16:30

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 15:15 - Avaliar integridade dos tecidos [FIM] 09-03-2023 16:30

09-03-2023 15:15 - Avaliar risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico [FIM] 09-03-2023 16:15

09-03-2023 15:15 - Posicionar utilizando equipamentos e superfícies de suporte [FIM]

09-03-2023 16:15

09-03-2023 15:15 - Avaliar pulsos poplíteos e pediosos [FIM] 09-03-2023 16:30

09-03-2023 16:15

Oxigenoterapia

FiO₂: 24 %.

Débito de oxigênio: 2.00 L/min.

Simetria dos movimentos respiratórios- movimentos respiratórios simétricos

Saturação de oxigênio-99%

Coloração das pele e mucosas- pele e mucosas coradas

Frequência respiratória - 12 ciclos por minutos

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 16:15 - Manter oxigenoterapia

09-03-2023 16:15 - Observar simetria dos movimentos respiratórios [FIM] 09-03-2023 16:30

09-03-2023 16:15 - Vigiar SatO₂

09-03-2023 16:15 - Vigiar coloração da pele e mucosas

09-03-2023 16:15 - Vigiar frequência respiratória

09-03-2023 16:30

FiO₂: 24 %.

Débito de oxigênio: 2.00 L/min.

Sondas, Drenos e Cateteres

09-03-2023 15:00

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: Abocath 20 G.

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 15:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

09-03-2023 15:00 - Otimizar cateter venoso periférico

09-03-2023 15:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico

09-03-2023 15:15

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: Abocath 20 G.

Máscara laríngea nº 4 [RESOLVIDO] 09-03-2023 16:15

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 15:15 - Otimizar máscara laríngea [FIM] 09-03-2023 16:15

09-03-2023 15:15 - Avaliar evolução do nível de inserção da máscara laríngea [FIM]

09-03-2023 16:15

09-03-2023 15:15 - Fixar máscara laríngea [FIM] 09-03-2023 16:15

09-03-2023 16:15

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: Abocath 20 G.

Presença de dor- Não

Presença de calor- Não

Presença de rubor -Não.

Presença de tumefação -Não.

Presença de exsudado -Não.

Presença de infiltração -Não.

Sonda de oxigénio

Características do dispositivo: Canula nasal.

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 16:15 - Otimizar sonda de oxigénio

09-03-2023 16:15 - Vigiar SatO2

09-03-2023 16:15 - Vigiar Frequência respiratória

Cateter urinário

Características do dispositivo: Cateter urinário de silicone de 3 vias Dufour, número 20..

Vigiar eliminação urinária

Vigiar perda sanguínea

Vigiar permeabilidade do cateter urinário

Monitorizar balanço hídrico

Comunicar ao médico alterações significativas nas características da urina

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 16:15 - Otimizar cateter urinário

09-03-2023 16:30 - vigiar eliminação urinária

09-03-2023 16:30 - Vigiar permeabilidade do cateter urinário

09-03-2023 16:30 - Referenciar ao médico alterações significativas das características da urina

09-03-2023 16:30

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: Abocath 20 G.

Localização do cateter venoso periférico

Mão Direita(o)

Presença de dor (Não).

Presença de calor (Não).

Presença de rubor (Não).

Presença de tumefação (Não).

Presença de exsudado (Não).

Presença de infiltração (Não).

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

Procedimento invasivo

Ferrito (2021) destaca o conceito de enfermagem perioperatória definido pela Association of Operating Room Nurses (AORN), como o conjunto das atividades de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante os períodos pré, intra e pós-operatório da experiência cirúrgica do cliente. Refere que, segundo a AORN, o enfermeiro na sala de operações é o profissional que identifica as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais da pessoa, para além disso desenvolve e implementa um plano individualizado de intervenções de enfermagem, com base no conhecimento das ciências naturais e do comportamento, com o objetivo de manter a saúde e o bem-estar do cliente antes, durante e após a cirurgia. Segundo este autor a prática da enfermagem perioperatória corresponde a todas as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro para dar resposta às necessidades do cliente nas fases pré, intra e pós-operatória.

A fase do pré-operatório inicia-se quando o cliente e o médico decidem pela cirurgia e termina quando o cliente é transferido para a mesa operatória. Durante este período, as intervenções de enfermagem são essencialmente de suporte, ensino e preparação para os procedimentos anestésicos e cirúrgicos.

O hospital é um ambiente gerador de ansiedade nos clientes, principalmente naqueles que vão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica. O enfermeiro perioperatório deve ter um papel não só centrado nas técnicas mas também para a relação de ajuda nomeadamente a empatia, o respeito, a compreensão, a escuta ativa, o encorajamento a exprimir emoções no sentido de ajudar o cliente a ultrapassar a situação geradora de crise e de stress. São de relevar no acolhimento do cliente todas estas dimensões do cuidar (AESOP, 2012).

A cirurgia prevista RTU-V pressupõem uma preparação prévia com realização de consulta pré-operatória e anestésica onde são transmitidas um conjunto de informações com o objetivo de efetuar a preparação do cliente para a intervenção e para os cuidados no pós-operatório.

O foco dos cuidados pré-operatórios incide na preparação do cliente para a cirurgia próxima e implementação do regime terapêutico. Grande parte das preocupações do cliente depende do tipo de cirurgia, e do diagnóstico. Dado que a cirurgia irá alterar, temporariamente a eliminação urinária, a pessoa estará preocupada com o grau de modificação que se verificará (Farley & Roberts, 1995). Neste caso em particular já é a terceira cirurgia e o receio do diagnóstico e prognóstico foi demonstrado pelo cliente.

As orientações pré-operatórias incluem uma conversa sobre o tipo e duração da cirurgia, tipo de anestesia e necessidade de medicação intravenosa, algália ou outros drenos. As instruções sobre a tosse e respiração profunda são cruciais, pois a ventilação é um problema frequente no pós-operatório. O cliente é informado da terapêutica medicamentosa para tratamento da dor fazendo-se uma descrição dos métodos para reduzir as dores (Farley & Roberts, 1995).

O cliente refere que teve uma consulta pré-operatória na semana anterior com o intuito de

efetuar a preparação pré operatória , onde lhe foram transmitidos conhecimentos, nomeadamente no que diz respeito a jejum , tricotomia e banho pré operatório, refere que lhe foi ainda entregue um folheto informativo onde se encontravam expressos esses cuidados.

Na admissão no bloco operatório ao fazer o acolhimento do cliente, o enfermeiro vai identificar as necessidades fisiológicas e psicológicas do cliente, implementando um plano de cuidados de intervenções de enfermagem, com o objetivo de manter o seu bem estar antes do procedimento cirúrgico (Ferrito, 2021). Neste contexto devem ainda ser prestados os cuidados necessários proporcionando segurança; incentivar o cliente a questionar sobre as suas dúvidas e estabelecer uma relação de confiança; orientar o cliente sobre o que vai acontecer; prestar apoio, promovendo ajuda e conforto ao cliente e identificar as necessidades de informação; estabelecer um vínculo orientando o cliente sobre os tratamentos e/ou procedimentos (Baleizão, 2018).

No acolhimento são avaliados o conhecimento sobre as informações transmitidas nas consultas e se foram cumpridos os critérios preconizados para a realização do procedimento cirúrgico, para que este possa ser realizado com segurança. Efetuada a identificação inequívoca do cliente envolvendo-o na validação dos seus dados , confirmando com este o seu nome completo e data de nascimento, e o nome pelo qual prefere ser tratado, respeitando a sua individualidade, interpretando a sua expressão verbal e não verbal. Neste momento deve ser verificada a identificação do processo clínico e exames de diagnóstico, assim como a pulseira de identificação do cliente (DGS, 2011). O enfermeiro deve já ter um conhecimento prévio de alguns parâmetros para que possa antecipar necessidades do cliente e da equipa cirúrgica.

No regulamento nº 429/2018 que define as Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória está definido que um dos critérios para capacitar a pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica é assegurar que a pessoa compreende a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão, bem como garantir o cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com o consentimento informado. A validação do consentimento informado para o procedimento cirúrgico e anestésico assinado pelo cliente deve ser efetuada no momento do acolhimento. O enfermeiro deve estar disponível para responder a questões e esclarecer dúvidas.

São avaliados dados sobre o conhecimento pré operatório como o jejum pré operatório, O cumprimento do banho pré cirúrgico conforme orientações da DGS (2013). Remoção de próteses e adornos. Verificado com o cliente a cirurgia a que vai ser submetido, e efetuada a lista de verificação pré operatória. Após avaliação do conhecimento e recolha de dados é efetuado o término dos diagnósticos relacionados com o conhecimento perioperatório.

A manutenção da temperatura corporal deve ser promovida no acolhimento e em todas as fases

do perioperatório avaliando-se a temperatura corporal assim como o conforto térmico do cliente (AESOP, 2017), para prevenir complicações decorrentes de hipotermia inadvertida, bem como prevenir a infecção do local cirúrgico (DGS, 2015). O pré aquecimento é fator determinante na manutenção da normotermia perioperatória, assim como o aquecimento do cliente durante a cirurgia (Williams, 2018). Este aquecimento pode ser feito através do recurso a manta de aquecimento ou a dispositivos de aquecimento de ar forçado, mantendo-se o cliente coberto, protegendo os membros com dispositivos de aquecimento, colocando a manta térmica de acordo com a abordagem cirúrgica e o campo operatório (AESOP, 2012). Mantendo avaliação da evolução da temperatura (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$) conforme preconizado pela norma da DGS (2015) com um feixe de intervenções obrigatórias para a prevenção de infecção do local cirúrgico. Assim como a prevenção de eventos cardiovasculares adversos; alterações da coagulação; alterações hidro-eletrolíticas; alterações endócrino metabólicas; stress emocional do cliente; desconforto e insatisfação (Azenha et al., 2017).

O cliente é encaminhado à sala operatória que já se encontra preparada com todo o material/dispositivos necessários para a intervenção cirúrgica bem como para o procedimento anestésico. A preparação prévia da sala operatória deve ser efetuada antecipadamente tendo em conta a segurança do ambiente e gestão de riscos.

O papel do enfermeiro perioperatório deve ter em conta um conjunto de atividades tais como as que se relacionam com a segurança e a prevenção da infecção, o controlo da dor, a manutenção da temperatura corporal, a adequação dos procedimentos cirúrgicos, as quais são consideradas observáveis, mensuráveis, visíveis e demonstráveis através de resultados e estão relacionadas com a tomada de decisão (AESOP, 2012).

Na sala operatória é importante a comunicação entre a equipa para a manutenção da segurança durante todo o procedimento.

É efetuada vigilância de parâmetros hemodinâmicos no sentido de antecipar eventos adversos e prevenir complicações: a monitorização de parâmetros hemodinâmicos cardiorrespiratórios para a prevenção de complicações é essencial. Está preconizada a monitorização standard básica que compreende a monitorização eletrocardiográfica, a avaliação da pressão arterial, de saturações de oxigénio, da respiração, capnografia, parâmetros ventilatórios, nível de sedação e o nível de relaxamento muscular.

Atitudes terapêuticas

- Ventilação invasiva

A ventilação invasiva durante a anestesia geral é necessária pois ocorre um estado de ausência de movimentos em resposta à anestesia, resultante da depressão generalizada do sistema nervoso central induzida por fármacos.

O objetivo da ventilação é gerar fluxo e volume que permita uma ventilação alveolar adequada

com o menor esforço respiratório e melhorando as trocas gasosas. A entrega de gases pelo ventilador pode ser regulada para entregar fluxo, volume e pressão. O ventilador faz ciclos entre inspiração e expiração baseado num tempo pré definido ou num nível de fluxo/pressão com limite (Mexedo, 2013). As três variáveis que podem ser definidas no ventilador interferem com três variáveis fisiológicas envolvidas na respiração são elas o drive ventilatório quando inicia a inspiração, os requisitos ventilatórios como a quantidade de fluxo ou volume necessário para satisfazer a demanda metabólica, a temporização dos circuitos integrados que vão gerar o ritmo respiratório como medido pela duração e proporção do tempo inspiratório em relação à total duração do ciclo de respiração (Mexedo, 2013).

A monitorização respiratória inicia-se de forma clássica pela visualização dos movimentos respiratórios e auscultação dos sons respiratórios com um estetoscópio.

A capnografia é um indicador em tempo real da função ventilatória, possibilita a confirmação de entubação endotraqueal correta e a deteção de episódios de depressão respiratória nas suas fases mais precoces como por exemplo em procedimentos com sedação ou situações de apneia (Ormonde, 2013).

O oxímetro de pulso é um monitor que fornece medidas contínuas não invasivas da saturação de hemoglobina (Sat Hb). Avalia o oxigénio no sangue arterial durante o seu transporte até aos tecidos, para sua utilização nos processos oxidativos intracelulares. Uma SatO2 alta (96 a 100 %) pressupõe geralmente que o oxigénio alcance o pulmão, atravesse a membrana alveolar e seja transportado para o local de monitorização, sendo aí detetada. Não indica, no entanto, problemas com o cliente ou com o monitor ou ainda presença de artefactos (Ormonde, 2013).

- oxigenoterapia

A anestesia geral balanceada provoca uma alteração propositada do estado de consciência de modo a que o cliente não sinta a agressão cirúrgica. Mesmo após a descurarização pode prolongar-se o efeito de hipoventilação ou de alteração do gradiente alvéolo-arterial no pós-operatório imediato. Esta situação ocorre sobretudo por uma obstrução da via aérea, por ação residual dos anestésicos, opióides, sedativos, efeito residual do bloqueio neuromuscular, bem como dor não controlada (Martins, 2013).

A hipoxemia é uma intercorrência comum na pessoa em pós-operatório imediato e é provocada principalmente por atelectasia, incompatibilidade ventilação/perfusão ou edema pulmonar (Liu et al., 2021). Segundo Maciel et al. (2017) das complicações respiratórias, é uma das mais frequentes na unidade de cuidados pós anestésicos,. Pelo que todos os clientes necessitam de vigilância contínua através monitorização constante do nível respiratório do cliente, principalmente através do oxímetro de pulso. Ela é definida como redução do conteúdo arterial de oxigênio e é diagnosticada por baixos níveis de pressão de oxigênio no sangue arterial (abaixo de 60 mmHg) ou por diminuição da SpO2 (abaixo de 95% ou decréscimo maior do que

5% do valor inicial). Considera-se a hipoxemia como intensa quando a SpO2 está abaixo de 85%. O tratamento da hipoxemia com oxigênio por máscara facial ou cateter nasofaríngeo é efetivo para a manutenção de níveis adequados de pressão alveolar de oxigênio na maioria dos casos. Essa medida não trata a hipoxemia, mas alivia os sintomas enquanto não são feitos o diagnóstico e a terapêutica. A prevenção da hipoxemia é desejável e pode ser minimizada com a oxigenoterapia no pós-operatório imediato, o que pode melhorar o desfecho, reduzindo o risco de infecção da ferida operatória e a incidência de náuseas e vômitos. Pelo que o enfermeiro cumpre a prescrição de manter a oxigenoterapia e vigiar respiração e evolução da ventilação no final da cirurgia e no período pós operatório.

- Posicionamento cirúrgico, avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões com ele relacionadas e sua prevenção.

Almeida e Pacheco (2021) referem que “Posicionar consiste na capacidade de colocar, mover e manter o corpo do cliente numa posição que permita a melhor exposição cirúrgica, associada a um mínimo de compromisso das funções fisiológicas, com o objetivo de evitar lesões”.

Lopes et al. (2016) salientam que o posicionamento cirúrgico é um procedimento relevante executado por todos os profissionais envolvidos no atendimento do cliente (equipa de enfermagem, anestésica e cirúrgica), no período intraoperatório. Para tal, devem ser consideradas as especificidades do cliente, preferências do cirurgião para a melhor exposição do local cirúrgico, técnica cirúrgica a ser realizada e o acesso necessário para a administração de medicamentos, monitorização e ventilação do cliente pelo anestesta. Assim, a implementação de intervenções baseadas 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.

Nesse contexto, a atuação do enfermeiro perioperatório é fundamental. Esse profissional deve ter conhecimento das alterações anatômicas e fisiológicas, decorrentes do posicionamento cirúrgico no organismo do cliente, bem como dos equipamentos e dispositivos disponíveis para auxiliar a execução do procedimento, possibilitando o planeamento e implementação de intervenções efetivas para garantir a prevenção de complicações que podem ocorrer em virtude da permanência prolongada do cliente em cada tipo de posição cirúrgica. Entre as principais complicações relacionadas com o posicionamento cirúrgico, citam-se a dor músculo-esquelética, lesões de pele e em nervos periféricos e a síndrome compartimental (Lopes et al., 2016).

Lesões/alterações relacionadas com posicionamento incorreto incluem alterações fisiológicas (respiratórias e cardiovasculares), úlceras de pressão, alopecia, lesões de nervos periféricos e cegueira. Os mecanismos de lesão que aparentemente contribuem para estas lesões, incluem: mecanismos de pressão, fricção e forças de cisalhamento (Menezes et al., 2013).

A Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do

Posicionamento Cirúrgico (ELPO) em clientes adultos, de Lopes et al. (2016) , foi adaptada para a cultura portuguesa e validada por Guimarães (2021) , a utilização da referida escala poderá ser uma mais valia para a tomada de decisão dos enfermeiros do perioperatório, irá permitir aos profissionais identificar os clientes de alto risco de desenvolvimento de lesões, procedendo à conceção de cuidados diferenciados durante o período intraoperatório, de modo a implementar intervenções preventivas do desenvolvimento de lesões ou outras complicações, com o objetivo da melhoria continua da qualidade dos cuidados.

Sondas Drenos e Cateteres

- 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 é o profissional de saúde de primeira linha responsável pela colocação do cateter venoso periférico (CVP), manutenção do acesso venoso e respetiva remoção do dispositivo (Miranda et al., 2012). Por estes motivos, este deve dominar as competências técnicas e teóricas sobre a temática e considerar as diferentes variáveis envolvidas, nomeadamente o estado clínico do utente, as características do seu sistema vascular, os fármacos administrados e o tempo previsto para a terapêutica (Steffens & Brandão, 2012). Segundo Arreguy-Sena e Carvalho (2009), 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. Deve ser colocado um cateter de calibre adequado às necessidades do cliente durante a realização do procedimento cirúrgico e anestésico , é colocado no dorso da mão e/ou antebraço para fornecer um caminho para administrar medicamentos e soluções (Maya, 2022).

- Máscara Laríngea

A utilização da máscara laríngea é um significativo progresso no manuseio das vias aéreas. A sua colocação é relativamente simples e não exige laringoscopia ou relaxamento muscular, no caso deste cliente o anestesista optou por fazer relaxamento muscular. Ao se comparar a facilidade de uso , manuseamento e proteção das vias aéreas a máscara laríngea está entre a máscara facial e o tubo endotraqueal. Ela é ideal para o cliente em posição supina e sob anestesia geral com ventilação espontânea, também pode ser útil numa situação de vias aéreas

difíceis quando a intubação traqueal não puder ser feita com facilidade (Hofer, 1995).

- sonda oxigénio

A sonda de oxigénio ou também chamada de cânula nasal é utilizada para o tratamento da hipoxemia com oxigénio e para a manutenção de níveis adequados de pressão alveolar de oxigénio na maioria dos casos (Maciel et al 2017).

A cânula nasal é o dispositivo mais utilizado, tanto pela disponibilidade quanto pela facilidade do uso. Ela é um dispositivo simples, de baixo fluxo, suportando um fluxo de até 6 L/min, A sua principal indicação é a hipoxemia leve, conseguindo reverter a hipoxemia na maioria dos casos em que há uma diminuição leve da SatO₂ (92-94%). A sua principal desvantagem é que o uso prolongado ou aplicação de fluxos altos podem levar a ressecamento da mucosa nasal ou até lesões na mucosa (Sanar, 2022).

- cateter urinário

Embora seja solicitado aos clientes que esvaziem a bexiga antes da cirurgia, em casos especiais, é necessária a introdução de cateter urinário como prevenção da distensão vesical em cirurgias da metade inferior do abdómen em que a bexiga cheia seria um obstáculo mecânico para a intervenção, nos casos em que se deseja monitorizar o débito urinário e para garantir ou controlar o fluxo de urina em cirurgia urológica. O mais utilizado é o cateter de Foley e é conetado a um saco coletor. Geralmente, é colocado quando o cliente está anestesiado e o controle da ingestão e eliminação é necessário e deve ser efetuado com periodicidade (Maya, 2022). O cateter vesical é um cateter ou tubo de material flexível que é inserido na bexiga para coletar a urina, e desta forma, é possível aliviar ou eliminar a retenção de urina, temporária ou permanentemente. Também pode ter outras funções, como controlar a quantidade de urina removida por um cliente ou irrigar ou lavar a bexiga (Santos & Barreto, 2018).

Bibliografia

Almeida, F. & Pacheco, C. (2021). Posicionamentos em cirurgia. In A. Duarte, & O. Martins, Enfermagem em bloco operatório (capítulo 10,pag.93). Lidel.

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

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2012). Enfermagem Perioperatória Da filosofia à prática dos cuidados. Lusodidata

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2017). . Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida. Práticas recomendadas para Bloco operatório.

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal M, C., Macedo, A.L., & Gomes, M. (2017). Proposta de consensos de manutenção da Normotermia no período peri-operatório. Revista

Sociedade da Portuguesa de Anestesiologia, 26(1), 27-37. Retirado de: <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/10884/8940>

Baleizão, A. B. C. (2018). Promoção do Acolhimento do Doente Oncológico ao Bloco Operatório: Cuidados de Enfermagem (relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

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.

Direção da república, 2ª série nº135, 16 julho de 2018. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico- cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Direção Geral de Saúde (2011). Norma 018/2011: Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos clientes em instituições de saúde. Lisboa DR, 2ª série, nº 187, 24 de setembro de 2021, despacho nº 9390/2021. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Clientes 2021-2026 (PNSD 2021-2026).

Direção Geral de Saúde (DGS). (2013). Norma nº 024/2013. Prevenção da Infecção do Local cirúrgico. Disponível em: https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024_2013-Prevenção-da-Infecção-do-Local-Cirúrgico.pdf.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2015). Norma nº 020/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico.

Farley, H. F. J., Roberts, R. A. (1995), Intervenções em Pessoas com distúrbios urinários. In Phipps, W. J., Long, B.C., Woods, N.F., Cassmeyer, V. L.. *Enfermagem Médico-Cirúrgica conceitos e prática clínica* (capítulo 49, pp 1487-1496). Lusodidata, LDA.

Ferrito, C. (2021) Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In A., Duarte & O, Martins, *Enfermagem em bloco operatório* (pp.3 -9). Lidel

Guimarães, A. (2022). Adaptação Cultural e Validação da Escala de Avaliação de Risco Para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico. (Tese de mestrado , Instituto politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico de Acesso Aberto em <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2787>

Heydinger, 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 .<https://doi.org/10.2147/PHMT.S358250>

- Hofer, J. (1995). Anestesia. In Meeker, M., H., Rothrock, J.C. Alexander Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirurgico. Lusodidata
- Liu, K., Scott, J. B., Jing, G., & Li., J. (2021). Management of Postoperative Hypoxemia. *Respiratory Care*, 66(7), 1136–1149. <https://doi.org/10.4187/respcare.08929>
- 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
- Maciel, B. L., Nunes, F.C., Pereira N.H.C., Nascimento P.D.F.S., Periañez C.A.H., Caetano E.P.S., Nakagawa L.M.S., Simino G.P.R., Mattia A.L. (2017). Oxygenotherapy related to peripheral oxygen saturation in patients in the anesthetic recovery room. *Revista SOBECC*, São Paulo. 22(2): 60-67
- Martins, F. (2013) Unidade de Cuidados Pós Anestésicos. In Machado, H., Manual de Anestesiologia (pp. 641 a 642). Lidel.
- Maya A. M. S. (2022) Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. *Invest. Educ. Enferm.* ; 40(2):e02. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>.
- Mexedo, C. (2013). Via aérea e ventilação. In Machado, H., Manual de Anestesiologia (pp. 218 a 220). Lidel.
- Miranda, S., Coiado, C., Silva, R., & Alves, A. (2012). Complicações e riscos em Terapias Intravenosas. In W. Malagutti, & H. Roehrs (eds.), *Terapia intravenosa: atualidades* (pp.45-58). São Paulo: Martinari.
- Ormonde, L. (2013). Monitorização e Equipamentos. In Machado, H., Manual de Anestesiologia (capítulo 15, pp. 223 -234). Lidel.
- Sanar (2022). Oxigenoterapia- Manual dos dispositivos de oxigenação Santos, L. dos, & Barreto, A. (2018). Enfermagem Frente Ao Cateterismo Vesical De Demora. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos* , 1(3), 109–119.
- Santos, L. dos, & Barreto, A. (2018). Enfermagem Frente Ao Cateterismo Vesical De Demora. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos* , 1(3), 109–119. <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/190>
- Steffens, A., & Brandão, D. (2012). Introdução à Terapia intravenosa: visão global. In W. Malagutti, & H. Roehrs (eds.), *Terapia intravenosa: atualidades* (pp.33-44). São Paulo: Martinari.
- Williams, A. (2018). Benefits of Passive Warming on Surgical Patients Undergoing Regional Anesthetic Procedures. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(6), 928–934.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
09-03-2023 15:00	Procedimento invasivo	09-03-2023 16:30
09-03-2023 15:00	Emoção	09-03-2023 15:15
09-03-2023 15:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
09-03-2023 15:15	Sistema cardiovascular	
09-03-2023 15:15	Pele	
09-03-2023 15:15	Termorregulação	
09-03-2023 15:15	Atitudes terapêuticas	
09-03-2023 15:15	Sedação/Anestesia	09-03-2023 16:15
09-03-2023 16:15	Consciência	
09-03-2023 16:15	Sistema respiratório	
09-03-2023 16:15	Eliminação urinária	
09-03-2023 16:30	Dor	
09-03-2023 16:30	Digestão	

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

Domínio procedimento invasivo

O domínio aparece associado ao procedimento cirúrgico, sendo este um procedimento invasivo para o cliente. Neste domínio o Enfermeiro perioperatório deve desenvolver um conjunto de atividades para dar resposta às necessidades do cliente submetido a cirurgia, elaborando um plano de cuidados que garantam a segurança e a qualidade e que visem dar resposta às suas necessidades. Essas atividades incluem a preparação do ambiente físico, a manutenção de um ambiente físico e psicológico seguros, a promoção de boas práticas cumprindo a técnica asséptica na realização dos procedimentos, a correta transferência e posicionamento do cliente, a facilitação do procedimento, a prevenção de complicações e a satisfação das necessidades fisiológicas do cliente (AESOP, 2012).

Emoção

Este domínio foi tido em conta porque o cliente referiu que se encontrava ansioso e preocupado porque esta já ia ser a terceira resseção transuretral vesical e estava receoso do diagnóstico e prognóstico.

A cirurgia é sempre uma experiência importante para o cliente e família. Ela é um desencadeador de stress, tanto psicológico (ansiedade, medo) como fisiológico (reações neuroendócrinas). A cirurgia é uma ameaça potencial, ou real, para a integridade corporal de uma pessoa e pode interferir com a necessidade de apoio durante qualquer fase da cirurgia

(Long, 1995).

Segundo Long (1995), a ansiedade é uma reação adaptativa, normal, ao stress da cirurgia. A ansiedade ocorre na fase pré operatória, quando o cliente antecipa a cirurgia ou problemas pós operatórios como dor e desconforto, alterações na imagem corporal ou na função corporal, maior dependência, perda de controlo, preocupações familiares ou alterações potenciais no estilo de vida. A ansiedade pode ser diminuída se o cliente receber a cirurgia como uma experiência positiva para curar a doença e para aliviar o desconforto. Por outro lado a ansiedade aumenta quando a situação patológica subjacente é, ou se julga que é, uma lesão maligna ou ameaça à vida.

A preparação emocional ajuda a minimizar as emoções negativas relacionadas com a cirurgia, idealmente, essa preparação deveria começar três semanas antes da realização do procedimento. Para alguns clientes, a cirurgia pode causar preocupação e ansiedade durante todo o processo perioperatório, em parte, devido à falta de experiência com procedimentos cirúrgicos. A falta de informação, não só do procedimento cirúrgico, mas da anestesia e suas complicações, o medo dos efeitos colaterais e o risco potencial de morte são aspetos que podem desencadear ansiedade (Maya, 2022). Neste caso o cliente não tem falta de informação porque já foi submetido duas vezes a este procedimento, a sua ansiedade advém do medo do prognóstico.

A ansiedade pode manifestar-se com aumento do estado de alerta, frequência cardíaca, pressão arterial, tensão muscular e distúrbios respiratórios. Sinais corporais superficiais podem incluir pele pálida, sudorese, tremores e pupilas dilatadas (Maya, 2022).

Segundo Baleizão (2018) o acolhimento ao bloco operatório é uma intervenção de enfermagem que deve visar a humanização das práticas instituídas no bloco operatório e é fundamental para o bem-estar do cliente no período intra-operatório. O momento da admissão do cliente ao bloco operatório é visto por este como sendo um momento de tensão, medo e angustia pelo desconhecido. O ambiente no bloco operatório é caracterizado por ter um ambiente frio, fechado e dotado de equipamentos e fardamento diferentes dos outros serviços do hospital. No momento de acolher o cliente deve estar presente o princípio de “estar com” e “estar perto de”. A mesma autora (Baleizão, 2018) refere que o enfermeiro do perioperatório é um profissional dotado de competências para promover a humanização dos cuidados através do acolhimento tendo como vista a diminuição do stress e ansiedade do cliente, assumindo o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única através da empatia e escuta ativa. É o momento fundamental para conhecer e avaliar as emoções, os sentimentos e as necessidades do cliente à chegada ao bloco operatório, sendo este momento necessário, para explicar e orientar o cliente nos procedimentos a que será submetido com vista a diminuir a ansiedade e as manifestações do stress.

Sondas, Drenos e Cateteres

A utilização da máscara laríngea prende-se com a utilização da ventilação invasiva no perioperatório. Deve contemplar medidas profiláticas e estratégias de proteção das vias aéreas que visem a 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).

A colocação de um cateter venoso periférico para garantir um acesso venoso em perfeitas condições, é fundamental para as intervenções relacionadas com a anestesia e administração de fármacos.

O cateterismo vesical é uma técnica invasiva que consiste na introdução de uma sonda na bexiga através do meato uretral, a fim de estabelecer um caminho de drenagem, temporário, permanente ou intermitente, da bexiga para o exterior para fins de diagnóstico e/ou terapêutico. O cateter urinário de demora está indicado em doentes com retenção urinária para evacuar a bexiga, para permitir a cura do trato urinário após a cirurgia, bem como para irrigação da bexiga se hematúria (Santos & Barreto, 2018). A indicação da colocação do cateter urinário, prende-se com a necessidade de irrigação de líquido estéril para distender a bexiga, para permitir a visualização efetiva. Soluções de irrigação estéreis preparadas comercialmente com dispositivos de administração fechados, apropriados, são recomendados (Nagle, 1997).

Sistema cardiovascular

As implicações dos fármacos administrados na anestesia, do posicionamento, da ventilação invasiva podem produzir alterações a nível do sistema cardiovascular, pelo que a consideração deste domínio se torna essencial. A vigilância e manutenção da função cardiocirculatória através da respetiva monitorização de sinais vitais tais como a pressão arterial, o pulso, e características do traçado cardíaco, a coloração e temperatura da pele e mucosas são importantes intervenções do enfermeiro para que reconheça precocemente sinais e sintomas de complicações cirúrgicas ou anestésicas através de alterações dos sinais vitais (AESOP 2012).

Pele

Este domínio foi considerado porque para a realização de um procedimento cirúrgico o cliente perde as suas capacidades de resposta provocada pelos fármacos utilizados na anestesia. Por esse motivo as lesões por pressão podem estar relacionadas com a proteção inadequada durante a intervenção cirúrgica, uma vez que todas as posições estão associadas a pressões anormais sobre a superfície corporal. Estas pressões podem levar a uma redução na pressão de perfusão dos tecidos, que resulta em isquemia e posteriormente leva ao aparecimento de lesões. Apesar das evidências macroscópicas de desenvolvimento intraoperatório de úlceras ser incomum, os eventos precipitantes do aparecimento destas lesões no pós-operatório, muitas vezes inicia-se no intraoperatório. Segundo a American Society of Anesthesiologists (ASA) - Closed Claims Project Database , citada no estudo de Menezes et al. (2013), as lesões de nervos

periféricos no perioperatório são a segunda queixa mais comum (16%).

Tendo em conta a técnica utilizada e o acesso ao local cirúrgico o posicionamento preconizado é a posição litotômica. Ao posicionar o cliente devem ter-se em consideração as suas especificidades, bem como o conhecimento das alterações anatómicas e fisiológicas, decorrentes deste posicionamento cirúrgico no organismo do cliente, assim como dos equipamentos e dispositivos disponíveis para auxiliar a execução do procedimento, possibilitando o planeamento e implementação de intervenções efetivas para garantir a prevenção de complicações que podem ocorrer em virtude da posição cirúrgica (Lopes et al., 2016). Entre as principais complicações relacionadas ao posicionamento cirúrgico, citam-se a dor músculo-esquelética, lesões de pele e em nervos periféricos e a síndrome compartimental. A utilização da Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO) poderá ser uma mais valia para a tomada de decisão dos enfermeiros do perioperatório, permitindo identificar os clientes de alto risco de desenvolvimento de lesões, procedendo à conceção de cuidados diferenciados durante o período intraoperatório, de modo a implementar intervenções preventivas do desenvolvimento de lesões ou outras complicações, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Embora não exista neste procedimento uma ferida cirúrgica aberta a prevenção da infeção do local cirúrgico deve ser tida em conta pois a infeção do local cirúrgico é, conjuntamente com a pneumonia, a infeção urinária e a infeção da corrente sanguínea associada a cateter vascular central, uma das infeções nosocomiais mais frequentes e está associada a alta morbilidade, mortalidade e custos. A infeção do local cirúrgico (ILC) ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco) nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano no caso de colocação de prótese ou implante/transplante (DGS, 2013). O risco de infeção depende de muitos fatores relacionados com o cliente (infeção pré-existente, idade avançada, tabagismo, obesidade, diabetes entre outros), assim como de fatores cirúrgicos, tais como a duração do ato cirúrgico e a assepsia do procedimento cirúrgico. O sucesso na prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas básicas, incluindo a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica asséptica, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios (DGS, 2022).

Termorregulação

O domínio da termorregulação é de extrema importância para prevenir complicações decorrentes da hipotermia inadvertida perioperatória. Ela é originada por dois fatores major: os efeitos secundários dos agentes farmacológicos envolvidos no processo anestésico e a exposição física da área cirúrgica ao ambiente frio da sala de operações (AESOP, 2017).

O cliente ao ser submetido a uma cirurgia com um tempo superior a 60 minutos, apresenta um comprometimento do mecanismo de manutenção da temperatura decorrente da indução

anestésica, dado que ocorre inibição do mecanismo de vasoconstrição, ocorrendo uma vasodilatação com maior aporte sanguíneo nas extremidades e a subsequente perda de calor corporal, dando lugar a um quadro de hipotermia.

A administração de grandes quantidades de fluidoterapia para a cavidade para permitir a sua observação durante a cirurgia, bem como, a baixa temperatura ambiental das salas operatórias, que varia, em média, entre os 18-20°C e, por outro, da grande movimentação do ar ambiente que, podendo oscilar entre as 15 e as 40 renovações por hora e contribui para o aumento significativo da perda de fluidos corporais. Uma vez que desencadeiam a descida da temperatura corporal, estes fatores agravam, por vezes de forma considerável, a magnitude das alterações térmicas causadas pelos fármacos anestésicos e sedativos (Carvalho, 2018).

Durante o intraoperatório devem ser mantidas as intervenções para a prevenção da hipotermia, garantido que o cliente se mantém com uma temperatura superior ou igual a 36°C, para tal preconiza-se a avaliação da temperatura em intervalos de 30 minutos, a exposição corporal deve ser minimizada ao estritamente necessário e deve-se evitar que a superfície corporal fique desnecessariamente em contacto por longos períodos com líquidos resultantes da desinfeção da pele ou de soros usados durante a cirurgia, dado que isso potencia as perdas de calor. Por último deve ser ligada a manta de aquecimento por ar forçado na região torácica antes da colocação dos campos cirúrgicos, pois como refere Munday et al. (2014) o aquecimento por ar forçado apresenta-se como eficaz e seguro na manutenção da normotermia.

Atitudes terapêuticas

Este domínio é relevante porque para a realização do procedimento invasivo com anestesia geral é necessária ventilação invasiva . Esta 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 ou neste caso através de máscara laringea 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 a ventilação assistida-controlada, que geralmente é seguida pela ventilação pressão-suporte para o desmame (Mexedo, 2013).

Sedação /Anestesia

Para realizar um procedimento cirúrgico, os clientes devem ser submetidos a algum tipo de anestesia: geral, local ou regional. Com a anestesia geral, o paciente fica inconsciente por meio da administração de diversos tipos de medicamentos, anestésicos, analgésicos e, se necessário, relaxantes musculares (Maya, 2002).

Os anestésicos gerais são os fármacos capazes de provocar um estado de depressão generalizada do sistema nervoso central, caracterizada por inconsciência, imobilização (ausência de movimentos em resposta à agressão), ausência de aprendizagem e memorização e anulação da resposta orgânica à agressão. A anestesia geral é a depressão do sistema nervoso central, na qual os clientes requerem muitas vezes assistência ventilatória e pressão ventilatória positiva devido à depressão da função neurológica, ou à diminuição ou ausência da ventilação espontânea induzidas por fármacos (Tavares, 2013).

A anestesia balanceada é um dos métodos mais vulgarmente usados na administração da anestesia geral. Este método combina vários agentes para induzir hipnose, analgesia e relaxamento muscular com o mínimo de perturbações fisiológicas. Cada agente é administrado para um objetivo específico. Os barbitúricos por via intravenosa são usados para indução, os analgésicos opioides para analgesia, os bloqueadores neuromusculares para relaxamento muscular e os agentes inalatórios para manutenção. Usam-se variações desta técnica conforme o estado físico do cliente e os requisitos do procedimento cirúrgico (Boehnlein & Marek, 2010).

Consciência

Após uma cirurgia na qual foi efetuada uma anestesia geral, e induzido um estado de inconsciência reversível, provocado pela depressão generalizada do sistema nervoso central (Tavares, 2013), é importante a vigilância do estado de consciência do cliente até à sua recuperação e capacidade de comunicação (Maya, 2002).

Sistema respiratório

As possíveis complicações da cirurgia, do posicionamento cirúrgico, bem como efeitos secundários dos fármacos associados ao procedimento anestésico interferem a nível do sistema respiratório.

Pelo exposto este domínio requer um conjunto de intervenções de vigilância e avaliação contínua ao longo do período intraoperatório e posteriormente no pós operatório, com o objetivo de detetar precocemente complicações e permitir intervir rapidamente. O planeamento dos cuidados de enfermagem passa por intervenções de monitorização, vigilância e despiste de complicações e intervenções imediatas de suporte ventilatório.

Complicações pulmonares pós-operatórias podem ocorrer até 20 % dos pacientes submetidos a uma cirurgia importante. O reconhecimento precoce de complicações pode minimizá-las monitorizando a frequência respiratória, oximetria de pulso e capnografia (em clientes com ventilação mecânica), bem como a administração de oxigénio(Maya, 2022).

Eliminação urinária

Alterações da função renal podem resultar do efeito de fármacos anestésicos, do desequilíbrio volémico, de traumatismo direto em cirurgia abdominal (AESOP , 2012).

Dor

A Dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado, a dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial (DGS, 2003). O controlo eficaz da dor é um passo fundamental para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde. Se o tratamento da dor pós operatória for ineficaz, a curto prazo gera alterações fisiopatológicas importantes nos diferentes sistemas orgânicos, prolongando o tempo de recobro e levando a menor participação do cliente na sua reabilitação, menor satisfação e altas mais tardias. O bom controlo da dor pós operatória traz muitos benefícios que vão desde a deambulação precoce, diminuição da incidência de náuseas e vômitos e da agitação, evitando a manipulação constante da incisão cirúrgica com menor formação de edema e de eventuais hematomas, com melhores condições para a cicatrização e recuperação. A longo prazo pode diminuir a qualidade de vida do doente, agravar a disfunção cognitiva pós operatória e originar evolução para dor crónica (Martins, 2013).

Digestão

Este domínio foi tido em conta porque podem ocorrer náuseas e vômitos pós operatórios (NVPO). Têm sido identificados múltiplos fatores de risco associados a ocorrência de NVPO, relacionados com o doente, com a técnica anestésica e com a cirurgia. Os fatores mais importantes devem ser avaliados na preparação pré-operatória (APCA, 2012).

A incidência de NVPO é cerca de três vezes superior no sexo feminino. A história prévia de NVPO ou de náuseas e vômitos associados ao movimento assim como a ausência de hábitos tabágicos, parecem ser fatores preditivos independentes de NVPO. O uso de anestésicos voláteis parece ter um efeito pro-emético nas primeiras duas horas do pós-operatório, assim como o uso de protóxido de azoto. Também o uso de altas doses de neostigmina aumenta a ocorrência de NVPO. A administração de opióides no intra e pós-operatório é considerado um fator independente para a ocorrência de NVPO. A obesidade e a ansiedade não são considerados fatores independentes. Alguns estudos observacionais demonstram que a ocorrência de NVPO é superior nas cirurgias laparoscópicas, ginecológicas, cirurgia plástica, na cirurgia da mama, na cirurgia abdominal major e na cirurgia de estrabismo (APCA, 2012).

Segundo a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório - APCA (2012) as náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO) são habitualmente apontadas como uma das complicações mais frequentes, apresentando uma incidência entre 30% e 70% nos doentes submetidos a anestesia geral. As NVPO são um fator com grande impacto na qualidade de vida, causando grande desconforto e diminuição da satisfação do cliente. Aumentam os custos diretos e indiretos associados aos atrasos na alta, internamentos imprevistos, readmissões hospitalares e atraso no regresso às atividades diárias normais. Para além disso, o cliente com NVPO tem risco acrescido de hemorragia pós-operatória, de deiscência de sutura, de desequilíbrio hidro-

electrolítico e de descompensação de patologia associada como a hipertensão arterial, ou insuficiência renal. O facto das náuseas e vómitos pós-operatórios aumentarem os custos hospitalares e diminuírem a eficiência do programa cirúrgico faz com que a sua prevenção assuma um papel de grande importância, devendo por isso ser foco de atenção pelos enfermeiros (Lemos, 2013).

Bibliografia

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2012). Funções dos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos- UCPA. Enfermagem Perioperatória Da filosofia à prática dos cuidados. Lusodidata

Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (2012). Recomendações Portuguesas para a Profilaxia e Tratamento das Náuseas e Vómitos no Pós operatório em Cirurgia de Ambulatório. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf

Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (2013). Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória em Cirurgia Ambulatória. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao_DorAguda.pdf

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP (2017). Práticas recomendadas para bloco operatório: prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida. Retirado de: <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>

Baleizão, A. B. C. (2018). Promoção do Acolhimento do Doente Oncológico ao Bloco Operatório: Cuidados de Enfermagem (relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Boehlein, M. & Marek, J (2010). A enfermagem intra-operatória. In F. Monahan, J. Sands, M. Neighbors, J. Marek & C. Green, Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença(pp. 275-309). Lusodidacta.

Carvalho, I. M. (2018). Eficácia de um sistema de isolamento térmico na hipotermia inadvertida e no conforto perioperatório. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor

Direção geral saúde Norma nº 024/2013 de 23/12/2013. Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

Direção-Geral de Saúde Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

Fognolo, 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).

Guimarães, A. (2022). Adaptação Cultural e Validação da Escala de Avaliação de Risco Para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico. (Tese de mestrado, Instituto politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico de Acesso Aberto <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2787>

Lemos, P. (2013). Anestesia para cirurgia de ambatório. In Machado, H., Manual de Anestesiologia (capítulo 35, pp.594). Lidel.

Long, B. C. (1995). Enfermagem pré-operatória. In Phipps W. J., Long B.C., Woods N.F., Cassmeyer V.L.. Enfermagem Médico-cirúrgica Conceitos e prática clínica (capítulo 20, pág. 456). Lusodidata.

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

Martins, F. (2013). Unidade de cuidados pós anestésicos. In H., Machado (Ed.), Manual de Anestesiologia, (pp. 635-648). Lidel.

Maya A. M. S. (2022) Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. *Invest. Educ. Enferm.* ; 40(2):e02. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>.

Menezes S., Rodrigues, R., Tranquada R., Muller, S., Gama, K., Manso, T. (2013). Lesões decorrentes do posicionamento para cirurgia: incidência e fatores de risco, *Revista científica ordem dos médicos. Acta Medica Portuguesa*, 26(1), (12-16)

Mexedo, C. (2013). Via aérea e ventilação. In Machado, H., Manual de Anestesiologia (pp. 218 a 220). Lidel.

Munday, J., Hines, S., Wallace, K., Chang, A. M., Gibbons, K., & Yates, P. (2014). A Systematic Review of the Effectiveness of Warming Interventions for Women Undergoing Cesarean Section. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(6), 383–393. <https://doi.org/10.1111/wvn.12067>

Nagle, G. M. (1997). Cirurgia Genitourinária. In Meeker, M. H. & Rothrock, J. C. (10ª Edição), *Alexander Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico* (pp.416-483). Guanabara Koogan.

Santos, L. dos, & Barreto, A. (2018). Enfermagem Frente Ao Cateterismo Vesical De Demora. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos* , 1(3), 109–119. <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/190>

Tavares, J. (2013) Farmacologia Essencial para Anestesiologia. In H. Machado, Manual de Anestesiologia (capítulo 4, pp. 74-81). Lidel.

3.6. Dados

Consciência

09-03-2023 16:15

Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

Resposta verbal: orientada.

Resposta motora: obedece a ordens simples.

Consciência comprometida

09-03-2023 16:30

Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

Dor

09-03-2023 16:30

Dor

Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobrancelhas franzidas.

Choro/vocalização: Sem vocalização da dor.

Localização da dor

Abdómen

Intensidade da dor - 1.

frequência da dor - contínua.

duração da dor - aguda.

dor de tipo - moedeira.

Dor relacionada com vontade de urinar

Sistema respiratório

09-03-2023 16:15

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 oxigênio no sangue

Periférico(a): 99 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Não comunica falta de ar.

Reflexo da tosse: presente.

Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico.

Sons respiratórios: normais.

Secreções em pequena quantidade.

Secreções normais.

Secreções esbranquiçadas.

Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 09-03-2023 16:30

Limpeza da via aérea comprometida [RESOLVIDO] 09-03-2023 16:30

09-03-2023 16:30

Frequência respiratória: 13 ciclos/min.
Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
Saturação do oxigênio no sangue
 Periférico(a): 99 %.
Coloração da mucosa: rosada.
Não comunica falta de ar [MANTEVE].
Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
Expele as secreções das vias aéreas [MELHOROU].
Sons respiratórios: normais.
Secreções em pequena quantidade.
Secreções normais [MANTEVE].
Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

09-03-2023 15:15

Localização do Pulso

Tórax

Pulso de amplitude mediana e regular.
Pulso rítmico.
Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 140 mm Hg.
Pressão sanguínea diastólica: 71 mm Hg.

Temperatura das extremidades

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

Coloração das extremidades

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

Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

09-03-2023 16:15

Localização do Pulso

Tórax

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].
Pulso rítmico [MANTEVE].
Pulso simétrico.
Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 132 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 65 mm Hg.

Temperatura das extremidades

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

Coloração das extremidades

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

Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Perda sanguínea

Bexiga: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

Localização da dor

Abdómen

Intensidade da dor - 1.

frequência da dor - contínua.

duração da dor - aguda.

dor de tipo - moedeira.

Dor associada á vontade de urinar

Perda sanguínea

09-03-2023 16:30

Localização do Pulso

Tórax

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Pulso rítmico [MANTEVE].

Pulso simétrico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 129 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 69 mm Hg.

Temperatura das extremidades

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

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

Coloração das extremidades

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

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

Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Perda sanguínea

Bexiga: Sem perda sanguínea aparente [MELHOROU].

Localização da dor

Abdómen

Intensidade da dor - 1.

frequência da dor - contínua.

duração da dor - aguda.

dor de tipo - moedeira.

Dor relacionada com a vontade de urinar

Digestão

09-03-2023 16:30

Sem sensação de enjoo.

Náusea

Cliente sem náusea

Eliminação urinária

09-03-2023 16:15

Urina em moderada quantidade.

Cor da urina: Amarelo-palha.

Transparência da urina: Límpida.

Reconhece a vontade de urinar.

Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.

Sem globo vesical.

sifonagem - continua

Eliminação urinária comprometida

09-03-2023 16:30

Urina em moderada quantidade.

Cor da urina: Amarelo-palha.

Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].

Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga [MANTEVE].

Pele

09-03-2023 15:15

Lesão decorrente da eletrocirurgia [RESOLVIDO] 09-03-2023 16:30

Lesão decorrente do posicionamento cirúrgico [RESOLVIDO] 09-03-2023 16:30

Termorregulação

09-03-2023 15:15

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.20 °C.

Normotermia

09-03-2023 16:15

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.00 °C.

09-03-2023 16:30

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.20 °C.

Emoção

09-03-2023 15:00

Verbalização de ansiedade

verbalização medo do procedimento anestésico

Verbalização de medo sobre o procedimento invasivo

Ansiedade [RESOLVIDO] 09-03-2023 15:15

Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora.

Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

Sedação/Anestesia

09-03-2023 15:15

Tipo de anestesia- Anestesia Geral Balanceada

Traçado eletrocardiográfico contínuo de cinco derivações

ECG - Ritmo Sinusal

BIS (Bispectral Index) - 42

TOF (Train of four)- Sem nenhuma resposta (curarizada) 0/4

Oximetria - 99%

Capnografia - 35

Nível de sedação [RESOLVIDO] 09-03-2023 16:15

Nível de relaxamento muscular [RESOLVIDO] 09-03-2023 16:15

3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Consciência

- Prevenir complicações decorrentes do procedimento anestésico/ cirúrgico que levem a alterações do estado de consciência
- Identificação de complicações inerentes ao procedimento anestésico/ cirúrgico que levem a alterações do estado de consciência
- Identificar alterações do estado de consciência
- Avaliar capacidade de resposta a ordens simples através de estímulos verbais. Devem ser usados estímulos verbais para avaliar a capacidade do cliente para responder a questões simples e executar ordens, bem como utilização de escalas de avaliação (Escala de Aldrete).

Dor

- Identificar presença dor em repouso
- Identificar presença de dor com o movimento
- Identificar alterações fisiológicas provocadas pela presença de dor
- Contribuir de forma positiva para o controlo eficaz da dor
- Promover o conforto do cliente, aliviando os sinais e sintomas inerentes ao procedimento cirúrgico.
- Promover satisfação do cliente

Sistema Respiratório

- Identificar alterações na ventilação
- Identificar sinais de complicações associadas ao sistema respiratório e comprometimento da ventilação.

Sistema Cardiovascular

- Identificar sinais de complicações associadas ao sistema cardiovascular
- Identificar alterações da perfusão dos tecidos
- Identificar alterações do pulso
- Identificar alterações da pressão sanguínea

Digestão

- Prevenir a ocorrência de náuseas e vômitos
- Identificar náuseas e vômitos
- Promover conforto do cliente
- Promover satisfação do cliente

Eliminação Urinária

- Identificar alterações da eliminação urinária
- Manter permeabilidade da eliminação urinária
- Identificar sinais de disfunção renal
- Promover o conforto do cliente

Pele

- Prevenir lesões decorrente da eletrocirurgia
- Prevenir lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico
- Identificar alterações da integridade cutânea
- Prevenir infecção do local cirúrgico

Termorregulação

- Manter a temperatura central entre 36 ° C e 38º C durante todo o período intraoperatório
- Prevenir alterações da temperatura corporal
- Identificar alterações da temperatura corporal
- Prevenir hipotermia inadvertida intraoperatória

Emoção

- Identificar os fatores que concorrem para a ansiedade
- Promover o conforto psicológico do cliente

Sedação/Anestesia

- Identificar alterações do nível de sedação
- Identificar alterações do nível de relaxamento muscular

3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Consciência

- Cliente com resposta correta a ordens simples, orientado.

Dor

- Cliente apresentou dor ligeira relacionada com desconforto provocado pela vontade de urinar

Sistema respiratório

- Cliente não apresentou comprometimento da ventilação nem complicações respiratórias

Sistema cardiovascular

- Cliente sem alterações da perfusão dos tecidos
- Cliente sem alteração do pulso
- Cliente sem alterações da pressão sanguínea

Digestão

- Cliente não apresentou náuseas ou vômitos

Eliminação urinária

- Cliente referiu ligeiro desconforto urinário associado a vontade de urinar

Pele

- Assegurada técnica asséptica durante o procedimento
- Cliente não apresentou lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico
- Cliente não apresentou lesões na pele decorrentes da eletrocirurgia

Termorregulação

- Cliente manteve-se normotérmico durante o período perioperatório

Emoção

- Cliente apresenta-se calmo e refere estar tranquilo no pós operatório uma vez que o procedimento decorreu sem intercorrências

Sedação /Analgesia

- O cliente manteve-se hemodinamicamente estável durante o procedimento;
- O procedimento realizou-se sem intercorrências, assegurada a analgesia e o relaxamento muscular.
- Cliente manteve nível de sedação adequado durante o procedimento
- Cliente manteve relaxamento muscular adequado durante o procedimento

3.7. Diagnósticos

Consciência

09-03-2023 16:15

Consciência comprometida

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 16:15 - Avaliar evolução da consciência

Dor

09-03-2023 16:30

Dor

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 16:30 - Avaliar evolução da dor

09-03-2023 16:30 - Gerir analgesia

09-03-2023 16:30 - Posicionar para aliviar a dor

09-03-2023 16:30 - Avaliar dor segundo escala numérica

Sistema respiratório

09-03-2023 16:15

Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 09-03-2023 16:30

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 16:15 - Avaliar evolução da ventilação

09-03-2023 16:15 - Posicionar para otimizar a ventilação [FIM] 09-03-2023 16:30

09-03-2023 16:15 - Iniciar oxigenoterapia [FIM] 09-03-2023 16:30

09-03-2023 16:15 - Referenciar ventilação comprometida ao médico [FIM] 09-03-2023 16:30

09-03-2023 16:15 - Referenciar saturação do oxigénio no sangue ao médico [FIM]

09-03-2023 16:30

Limpeza da via aérea comprometida [RESOLVIDO] 09-03-2023 16:30

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 16:15 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea

Sistema cardiovascular

09-03-2023 15:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

09-03-2023 16:15

09-03-2023 16:15 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

Perda sanguínea

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 16:15 - Avaliar evolução da quantidade administrada na irrigação da bexiga

09-03-2023 16:15 - Avaliar evolução da quantidade eliminada na irrigação da bexiga

09-03-2023 16:15 - Avaliar evolução do balanço hídrico

09-03-2023 16:15 - Vigiar perda sanguínea

09-03-2023 16:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

Digestão

09-03-2023 16:30

Náusea

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 16:30 - Avaliar evolução da náusea

09-03-2023 16:30 - Referenciar náusea ao médico

Eliminação urinária

09-03-2023 16:15

Eliminação urinária comprometida

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 16:15 - Avaliar evolução da eliminação urinária

Pele

09-03-2023 15:15

Lesão decorrente da eletrocirurgia [RESOLVIDO] 09-03-2023 16:30

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 15:15 - Assegurar critérios de segurança de colocação de placa de dispersão [FIM] 09-03-2023 16:30

09-03-2023 16:15 - Avaliar integridade cutânea [FIM] 09-03-2023 16:30

Lesão decorrente do posicionamento cirúrgico [RESOLVIDO] 09-03-2023 16:30

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 15:15 - Avaliar integridade cutânea [FIM] 09-03-2023 16:30

09-03-2023 15:15 - Avaliar risco para desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico [FIM] 09-03-2023 16:15

09-03-2023 15:15 - Posicionar o cliente utilizando equipamentos / superfícies de suporte [FIM] 09-03-2023 16:15

Termorregulação

09-03-2023 15:15

09-03-2023 15:15 - Avaliar evolução da temperatura corporal

Normotermia

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 15:15 - Avaliar evolução da temperatura corporal

09-03-2023 15:15 - Aplicar dispositivo de aquecimento corporal

09-03-2023 15:15 - Aplicar dispositivo de aquecimento de fluidos [FIM] 09-03-2023 16:15

09-03-2023 15:15 - Comunicar ao médico alterações significativas da temperatura corporal

Emoção

09-03-2023 15:00

Ansiedade [RESOLVIDO] 09-03-2023 15:15

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 15:00 - Avaliar evolução da ansiedade [FIM] 09-03-2023 15:15

09-03-2023 15:00 - Executar técnica de relaxamento [FIM] 09-03-2023 15:15

09-03-2023 15:00 - Assistir cliente no treino do pensamento positivo [FIM] 09-03-2023 15:15

09-03-2023 15:00 - Assistir cliente no treino do autocontrole ansiedade [FIM] 09-03-2023 15:15

Sedação/Anestesia

09-03-2023 15:15

Nível de sedação [RESOLVIDO] 09-03-2023 16:15Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 15:15 - Avaliar nível de sedação [FIM] 09-03-2023 16:15

Nível de relaxamento muscular [RESOLVIDO] 09-03-2023 16:15Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 15:15 - Avaliar nível de relaxamento muscular [FIM] 09-03-2023 16:15

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

A avaliação do nível de consciência, na fase de admissão e acolhimento do cliente, no bloco operatório, é importante para detetar alterações que podem estar relacionadas com antecedentes clínicos ou patologias prévias que afetem o seu nível de consciência (AESOP, 2012). O cliente sendo submetido a uma anestesia geral passa por um estado de inconsciência reversível, que pode levar a comprometimento do seu nível de consciência no pós-operatório imediato (AESOP, 2012). Estas alterações podem estar relacionadas: com patologia anterior, com os efeitos da anestesia, com a manipulação cirúrgica, com terapêutica específica ou com incidentes anestésico-cirúrgicos, uma vigilância constante permite detetar precocemente essas complicações (AESOP, 2012). A vigilância e deteção de alterações ao nível do estado de consciência pode fazer-se com recurso ao uso de escalas tal como a Escala de Aldrete. Esta, ao nível da consciência, avalia a capacidade que o cliente tem para responder a questões simples e executar ordens (AESOP, 2012). Deve ser efetuada uma avaliação frequente do estado de consciência, recorrendo a estímulos verbais e evitando estímulos dolorosos. Todas as alterações detetadas, devem ser comunicadas aos membros da equipa, e devem ser efetuados registos das avaliações efetuadas (AESOP, 2012).

Dor

Um foco de atenção no intraoperatório é o controlo da dor. Está preconizado que o tratamento da dor seja multimodal, utilizando diferentes classes de fármacos ou métodos analgésicos com atuação distinta ao longo da via nociceptiva, apresentando efeitos sinérgicos, permitindo assim, uma maior eficácia analgésica, com redução dos efeitos colaterais associados a doses elevadas de cada um dos fármacos (Martins, 2013). A analgesia no pós-operatório deve manter uma abordagem multimodal, mas em que os analgésicos opiáceos, sejam utilizados apenas quando necessário e não por rotina. Os cuidados de enfermagem, pretendem, um controlo da dor eficaz e a promoção da mobilização, ao mesmo tempo que pretende minimizar os efeitos adversos dos fármacos opiáceos, como as náuseas e vômitos pós-operatórios e a obstipação (Martins,

2013).

A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos clientes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde. Existem diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da dor. O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes. A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do cliente (DGS, 2003). A utilização para mensuração da intensidade da dor pode fazer-se com recurso a uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”; a escala utilizada, para um determinado cliente, deve ser sempre a mesma; para uma correta avaliação da intensidade da dor, é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o cliente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar, e pelo ensino prévio à sua utilização. É fundamental, que o profissional de saúde assegure que o cliente compreende, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada (DGS, 2003); deve ser efetuado nos sistemas de informação em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, em espaço próprio de registo dos sinais e sintomas vitais, o registo da intensidade da dor.

O enfermeiro perioperatório deve fazer a avaliação, prevenção, e tratamento da dor, monitorizando e registando, a existência de dor e as suas características, deve além da utilização de escalas estar atento a sinais e sintomas de dor sobretudo se o cliente tiver dificuldade em verbalizar esta situação. Deve administrar terapêutica analgésica prescrita e fazer uma vigilância cuidadosa da reação à sua administração, e avaliação da sua eficácia. Deve promover um ambiente calmo e seguro com baixo nível de estímulos sensoriais. Promover posicionamentos de conforto, com colaboração do cliente, sempre que possível. Executar, sempre que possível e for considerado benéfico, outras técnicas de analgesia e massagens de conforto (AESOP, 2012).

Sistema Respiratório

O enfermeiro perioperatório deve manter a vigilância, manutenção e intervenções para melhorar a função respiratória do cliente (AESOP, 2012). Estando este com intubação endotraqueal o enfermeiro deve ter cuidados com a fixação do tubo, a vigilância da pressão do cuff e a verificação dos movimentos respiratórios. Estando com ventilação mecânica deve atender ao correto funcionamento do ventilador, controlar parâmetros de ventilação, manter os alarmes desbloqueados e detetar precocemente alterações (AESOP, 2012).

A vigilância de parâmetros como a capnografia, a concentração de O₂ inspirado e a oximetria são importantes para detectar precocemente alterações e complicações a nível do sistema respiratório. A capnografia é um indicador em tempo real da função ventilatória, possibilita a confirmação de intubação endotraqueal correta e a detecção de episódios de depressão respiratória nas suas fases mais precoces, como por exemplo em procedimentos com sedação ou situações de apneia (Ormonde, 2013). 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).

Como resultado do efeito da terapêutica anestésica, da manipulação cirúrgica, da reação do organismo às manobras terapêuticas, podem acontecer alterações da função respiratória (AESOP, 2012), pelo que o enfermeiro perioperatório deve efetuar vigilância, manutenção e melhorar a função respiratória, através da observação contínua das características da respiração e reconhecendo sinais e sintomas de comprometimento da função respiratória, promovendo ventilação adequada e boa permeabilidade das vias aéreas e ter cuidados relativos à administração de oxigenoterapia quando prescrito (AESOP, 2012)

Sistema cardiovascular

Alterações da função cardiovascular podem acontecer como resultado da manipulação anestésica e cirúrgica, e muitas vezes a recuperação pós anestésica, é acompanhada de instabilidade cardiovascular com o que isso implica de risco e de desconforto para o cliente (AESOP 2012). A vigilância, manutenção e melhoria da função cárdiocirculatória passa pela monitorização de sinais vitais tais como oximetria de pulso, coloração e temperatura da pele e mucosas, características do traçado cardíaco, e pelo reconhecimento de sinais e sintomas a este nível. Passa ainda pela vigilância de sinais de hemorragia e detecção de sinais de isquemia (AESOP, 2012).

Para efetuar a vigilância e prevenção de complicações cardiovasculares, foi usado o traçado eletrocardiográfico contínuo de cinco derivações. A monitorização eletrocardiográfica faz parte da monitorização básica em anestesia (Recomendações da Sociedade Americana de Anestesiologia), é utilizada há décadas, é de baixo custo, não invasiva, e proporciona uma monitorização contínua. Utilizado para a detecção de arritmias, alterações iónicas e vigilância de pacemaker. A monitorização requer a colocação de dois elétrodos sensíveis (+/-) e um neutro (Ormonde, 2013).

Devido à utilização de fármacos com efeito vasodilatador e hipotensor está preconizada a

monitorização hemodinâmica contínua e avaliação contínua da pressão sanguínea através da avaliação da pressão arterial. Esta é considerada essencial no perioperatório. Fisiologicamente, a maioria dos nossos órgãos, tem capacidade de auto regulação do seu fluxo sanguíneo sobre uma adequada pressão de perfusão. A pressão arterial é utilizada como um indicador de perfusão de órgãos. Durante a anestesia e a cirurgia a auto regulação pode ficar comprometida. Existe evidência de que um aumento de pressão arterial, assim como da frequência cardíaca está associada com morbi-mortalidade perioperatória (Ormonde, 2013).

A avaliação da circulação no pós operatório também pode ser feita com o recurso à Escala de Aldrete, em que são avaliadas as alterações da pressão arterial, tendo por base as pressões arteriais da pré anestesia e as do período anestésico (AESOP, 2012).

Digestão

Os cuidados que o cliente necessita durante o período pós-operatório, constituem um desafio, devido às alterações fisiológicas complexas que ocorrem nesta fase. Uma das manifestações mais comuns na Unidade de Cuidados pós Anestésicos (UCPA) é a ocorrência de náuseas e vômitos, geralmente associados à anestesia (Pompeo et al., 2007).

A incidência de náuseas e vômitos no período pós-operatório apresenta variações extremas, provavelmente em função de uma etiologia multifatorial, na qual, várias causas interagem desde o pré-operatório até ao ato anestésico-cirúrgico. Atualmente, apesar dos avanços das técnicas anestésicas, do uso de fármacos de ação de duração curta, e do desenvolvimento de novos antieméticos, a incidência global permanece cerca de 25% a 30% (Pompeo et al. , 2007).

Em procedimentos anestésico-cirúrgicos destituídos de outras complicações, frequentemente, o cliente terá como principal e desagradável lembrança a experiência deste evento. Além do aspeto subjetivo do desconforto, os clientes que não apresentam melhoria dos sintomas relacionados com a náusea e o vômito, podem ter alta retardada, tanto da UCPA quanto hospitalar, e a necessidade de internamento após procedimentos ambulatoriais. Como consequências, temos a demora do retorno às funções normais, a elevação dos custos hospitalares e a insatisfação do cliente. Aliados a esses fatores, existem as potenciais consequências orgânicas: taquicardia, hipertensão, interrupção da alimentação oral, desidratação, aumento da pressão intracraniana e ocular, sangramento da ferida operatória por aumento da pressão venosa e deiscência das linhas de sutura. Também ocorre aumento da probabilidade de aspiração pulmonar, principalmente, em clientes cujos reflexos da via aérea ainda estão parcialmente deprimidos por anestésicos residuais (Pompeo et al., 2007).

A intervenção do enfermeiro começa no período pré-operatório com a identificação dos fatores de risco e minimizando a ansiedade; no intraoperatório atua, na maioria das vezes, de maneira colaborativa, estando atento aos fatores que podem levar o cliente a apresentar náuseas e

vômitos pós-operatórios (NVPO) (Pompeo et al., 2007).

No período pós-operatório imediato, as intervenções de enfermagem devem ter em conta a movimentação suave do cliente, evitando movimentos bruscos; controlar a dor; encorajar respiração profunda e lenta; evitar a hipotensão; evitar máscara de oxigénio apertada; controlar os fatores ambientais capazes de provocar a náusea, como certos odores, sons e estimulação visual desagradável; colocar toalhas frescas sobre a testa; realizar técnicas de distração e relaxamento; imagem dirigida; registar episódio de náusea e vômito nos sistemas de informação (Pompeo et al., 2007).

Eliminação urinária

Este cliente em particular ficou com sifonagem continua ou seja com uma infusão de soro fisiológico a 0,9% para lavagem contínua da bexiga, através de um cateter vesical de três vias. O objetivo é prevenir a obstrução do trato urinário removendo coágulos e fragmentos cirúrgicos uma vez que foi submetido a Ressecção Transuretral Vesical.

O cateterismo vesical é uma técnica invasiva, asséptica e comum no ambiente hospitalar, que consiste em introduzir uma sonda através da uretra até à bexiga para fins diagnósticos e/ou terapêuticos. A equipa de enfermagem é responsável por realizar a técnica, e portanto, deve conhecer o material a ser utilizado, a técnica adequada, e como mantê-la. É ainda responsável pela formação dos clientes e/ou familiares no manuseamento do cateter, além disso, é essencial que se adotem as medidas preventivas necessárias contra as muitas complicações associadas ao manuseio inadequado (Santos & Barreto, 2018). Devem, portanto, ter-se cuidados de assepsia e manutenção do cateter vesical, bem como ter cuidados na sua fixação para evitar traumatismos (AESOP, 2012).

O enfermeiro perioperatório deve fazer vigilância, manutenção, e melhorar a função renal e o equilíbrio hidro-eletrolítico, reconhecendo sinais e sintomas de hipovolémia ou hipervolémia (AESOP, 2012).

Deve ser efetuado um controle/ monitorização do débito urinário e níveis de drenagem, efetuando uma monitorização dos fluidos administrados, assim como uma comparação entre o volume infundido em cada saco de soro fisiológico a 0,9% e o volume de saída no mesmo período, e a observação e registo das características da urina (AESOP, 2012).

Pele

Deve ser efetuada a preparação da pele no pré operatório para suprimir a flora transitória e inibir a flora residente, eliminando assim uma das fontes de infeção cirúrgica. Isso é obtido por meio de banho pré operatório com clorexidina (CHD 2 a 4%), exceto quando existe contraindicação, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia (com pelo menos 2 horas de antecedência) conforme Norma da DGS nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022. A

mesma norma prevê que não se deve realizar tricotomia por rotina e, quando absolutamente necessária, realizá-la imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único. A antissepsia da pele do doente deve ser realizada imediatamente antes da incisão, utilizando solução antisséptica de CHD a 2% em álcool a 70%, exceto quando contraindicado e sempre de acordo com as instruções do fabricante (DGS, 2022).

Antes de iniciar a antissepsia, realiza-se a lavagem cirúrgica das mãos por 2 a 5 minutos, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde e uso de luvas estéreis. Ao mesmo tempo, a pele é examinada para identificar a presença de matéria orgânica ou sujidade (essa deve ser removida com gaze e luvas não estéreis) e relatar e registrar qualquer alteração da integridade cutânea bem como nevos ou verrugas. A eficácia dos antissépticos depende de a pele estar limpa, livre de matéria orgânica e resíduos. Na preparação da pele, dá-se ênfase às áreas mais contaminadas: umbigo, axilas, sulcos, região subungueal, prepúcio e outros. A preparação das áreas limpas e contaminadas, para o procedimento, é feita separadamente para evitar microrganismos no local da incisão (como quando há estomas) (Maya, 2002).

Ao finalizar a antissepsia, os campos cirúrgicos e equipamentos para posicionar o cliente devem estar protegidos dos antissépticos utilizados, a zona deve estar seca e os elétrodos não devem ter contato direto com antissépticos, para evitar reações ou eventos adversos no cliente. Normalmente, a aplicação do antisséptico é feita com luvas estéreis. Se a área estiver limpa, deve começar-se do local da incisão em direção à periferia de maneira circular com círculos cada vez maiores. Em muitos procedimentos cirúrgicos, o local da incisão fica adjacente a áreas contaminadas e realizando a assepsia do local da incisão em direção à periferia, evita-se a contaminação dessas áreas para o local cirúrgico. Caso o procedimento envolva o pênis, o prepúcio deve ser retraído e assepsiado e de seguida colocado na sua posição para evitar alterações vasculares. Quando há uma área contaminada adjacente ao local cirúrgico, sem que ela faça parte dele, pode-se isolá-la com adesivo. Gazes, esponjas ou aplicadores são usados apenas uma vez para evitar a contaminação do local da incisão. Uma norma de assepsia na preparação da pele é nunca passar de uma área limpa para uma área contaminada; portanto, ao preparar uma área contaminada, prepara-se primeiro a área com menor contagem bacteriana e depois a área contaminada; a técnica seria da periferia em direção ao local da incisão que está contaminado. Ao finalizar a preparação, devemos certificar-nos de que o cliente está sobre uma superfície seca (Maya, 2022).

Lesão decorrente da eletrocirurgia

A prevenção de lesões decorrentes da eletrocirurgia são um foco importante para a segurança do cliente. A eletrocirurgia é uma técnica utilizada na maioria dos procedimentos cirúrgicos. Os equipamentos eletrocirúrgicos também chamados de unidades eletrocirúrgicas, transformam a corrente elétrica numa corrente de alta frequência que percorre o corpo do cliente entre um eletrodo ativo (ponta de corte e/ou coagulação) e um eletrodo indiferente (placa dispersiva),

que devolve a corrente ao gerador. A estreita porta da entrada de corrente, associada à resistência dos tecidos, provoca um foco de alta temperatura, utilizado para controlar hemorragias por coagulação, ou para corte de tecidos por destruição celular. São dois os sistemas de eletrocirurgia que podem ser utilizados: o monopolar e o bipolar. O sistema monopolar, permite a passagem de energia do eletrodo ativo (peça de mão) para os tecidos, tendo um efeito de corte ou coagulação. Esta energia vai-se difundindo pelo corpo e sai pelo eletrodo neutro (placa de dispersão). O sistema bipolar, só permite o uso de coagulação, neste a energia é circunscrita aos dois ramos da pinça. Pode considerar-se que uma das pontas da pinça é o eletrodo ativo e a outra o passivo (AESOP, 2012).

A colocação do eletrodo neutro (placa de dispersão), deve ser efetuada pelo enfermeiro perioperatório antes da colocação dos campos cirúrgicos. Alguns cuidados devem ser tidos em consideração, relativos à colocação e localização da mesma, para evitar o risco de queimaduras no cliente. O enfermeiro perioperatório deve ter em consideração: verificar a data de validade do eletrodo neutro e a sua integridade, deve ser colocado numa zona vascularizada e musculada, de preferência do lado direito do cliente, de forma a evitar a passagem da corrente pelo musculo cardíaco e o mais próximo possível do local cirúrgico, de forma a limitar a passagem de corrente pelo corpo; Deve ser colocada num local bem seco e sem pêlos; rever a integridade da placa de dispersão após o posicionamento do cliente; a colocação do eletrodo neutro ou placa de dispersão obriga à colocação do cabo de retorno correspondente; este deve estar em boas condições de utilização (AESOP, 2012).

lesão decorrente do posicionamento cirúrgico

O posicionamento tem como objetivo principal providenciar uma ótima exposição cirúrgica, no entanto este deve assegurar o alinhamento corporal correto, não comprometendo as estruturas neuromusculares, vasculares nem a integridade cutânea; permitir a função circulatória e respiratória; permitir o acesso e manutenção dos acessos vasculares para uma administração fácil de fluidos, fármacos e agentes anestésicos; devendo sempre assegurar o conforto do cliente e da equipa cirúrgica (AESOP, 2012 ; Maya, 2022).

O corpo numa determinada posição exerce pressão externa sobre o tecido do cliente que, em pressões capilares > 32 mm Hg, causa oclusão do fluxo sanguíneo que inibe a perfusão tecidual e produz isquemia tecidual. Reconhece-se que 23% das lesões por pressão intraoperatórias são adquiridos em procedimentos com duração superior a três horas; além disso, os clientes permanecem parados durante a cirurgia e não podem mudar de posição ou sentir dor por permanecerem numa posição por um período prolongado ou mesmo manifestar verbalmente o seu desconforto em determinada posição. Os clientes sob anestesia local podem não sentir dor ou podem não ser capazes de comunicar onde está a dor (Maya, 2022). Muitas vezes, com uma determinada posição, não é permitida a distribuição uniforme do peso corporal, o que leva ao risco de lesão tecidual. Áreas de pele sobre proeminências ósseas são

particularmente vulneráveis a lesões por pressão (LP), sobretudo em indivíduos com baixo peso; é por isso que os riscos devem ser identificados e iniciar sua prevenção (Maya, 2022). Assim como assegurar a monitorização constante do estado fisiológico do cliente (AESOP, 2012).

No caso da cirurgia em questão sendo uma cirurgia urológica a posição adequada é a posição litotômica que é uma variante do decúbito dorsal, a parte superior do cliente é posicionada em decúbito dorsal sendo as pernas ligeiramente fletidas e mantidas suspensas com equipamento específico. Para este posicionamento e só para a colocação das pernas são necessárias duas pessoas (AESOP, 2012). O enfermeiro perioperatório deve posicionar o cliente de forma correta, de acordo com os conhecimentos específicos da anatomofisiologia, recorrendo à utilização dos equipamentos/dispositivos médicos necessários para um adequado posicionamento (Lopes et al., 2016).

Termorregulação

A temperatura corporal é um sinal vital. Azenha et al (2017) referem que a Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) preconiza, como monitorização standard básica para qualquer procedimento anestésico, a avaliação contínua da oxigenação, da ventilação, da circulação e da temperatura corporal. Em relação à avaliação da temperatura, considera, como objetivo principal da sua realização a “manutenção de uma temperatura corporal adequada durante todo o procedimento anestésico” e refere também que “a monitorização da temperatura deve ser realizada em todos os clientes submetidos a procedimentos anestésicos, quando alterações clínicas significativas na temperatura corporal sejam pretendidas, antecipadas ou suspeitadas” (Azenha et al, 2017). A monitorização da temperatura corporal tem como indicações principais o controlo de hipotermias ou hipertermias (hipotermia maligna) (Ormonde, 2013).

Azenha et al. (2017) relevam que a avaliação da temperatura no intraoperatório, sempre que possível, seja avaliada no mesmo local, devendo também ser sempre utilizado o mesmo método de monitorização. No que respeita ao local e ao método de medição da temperatura no intraoperatório, a evidência é a favor de que devam ser igualmente ponderados outros fatores como o nível de invasibilidade da monitorização, o grau de precisão do método de medição, o local cirúrgico e a segurança e o conforto do cliente.

Ainda segundo os mesmos autores (Azenha et al, 2017) no que concerne à medição da temperatura corporal do cliente, a literatura é consensual, indicando que deve ser sempre avaliada e documentada antes da indução anestésica. Nos casos em que a temperatura inicial for inferior a 36,0°C, esta deverá ser reportada como incidente crítico e a indução anestésica não deverá ser iniciada. Se a temperatura inicial for superior ou igual a 36,0°C, a indução anestésica poderá ser iniciada e durante o procedimento anestésico a temperatura deverá ser avaliada de modo contínuo ou intermitente a cada 15/30 minutos até ao final da cirurgia.

Quando se verifica diminuição da temperatura corporal, o aquecimento do cliente é uma intervenção crucial para a prevenção da hipotermia. A determinação dos métodos mais eficazes de aquecimento perioperatório vai permitir aumentar o conforto do cliente, diminuir as alterações hemodinâmicas, diminuir o tempo de permanência na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, e, conseqüentemente, diminuir os custos com os clientes submetidos a cirurgias.

Na fase pré-operatória está preconizado que se avalie o risco de hipotermia perioperatória antes da transferência do cliente para o bloco operatório e aquecer o cliente se a temperatura central for inferior a 36°C assim como mantê-lo confortavelmente quente, o aquecimento da superfície cutânea 30 minutos antes da indução mostrou prevenir a hipotermia por redistribuição (Azenha et al., 2017).

Na fase intraoperatória a quantidade de calor perdido através da pele está intimamente relacionada com a área de superfície corporal exposta. A temperatura da sala do bloco operatório é um fator crítico que determina as perdas através de radiação, convecção e evaporação. Azenha et al. (2017) referem que alguns autores recomendam temperatura da sala nos 21°C, se a pessoa estiver hipotérmica e/ou apresentar fatores de risco para o desenvolvimento de hipotermia, e que métodos de aquecimento ativo devem ser implementados. Referem ainda que a evidência sugere que os diferentes métodos de aquecimento ativo podem manter a normotermia por si só. O sistema de aquecimento com ar quente forçado pode ser usado em combinação com outras medidas: fluidos intravenosos quentes, roupas/colchões com circulação de água quente, irradiação de calor, aquecimento da superfície e aquecimento resistivo.

Na fase pós-operatória a normotermia desempenha um papel importante na percepção do bem-estar e conforto do cliente durante o período perioperatório. A escolha dos métodos mais eficazes para o reaquecimento pós-operatório tem de ter em consideração a sensação de conforto do cliente, a melhoria do *outcome*, o encurtamento da permanência no recobro e a diminuição dos custos da estadia hospitalar. A evidência mostra que os sistemas de aquecimento de ar quente forçado, os mais utilizados no pós-operatório, são mais eficazes que as medidas de aquecimento passivo. Mas a vasoconstrição periférica contínua torna os primeiros pouco eficientes nesta fase, demorando muito tempo a aquecer o cliente. O aquecimento dos clientes no período intraoperatório é, portanto, o ideal. O aquecimento ativo por convecção é ligeiramente superior ao aquecimento por condução e radiação no período pós operatório também (Azenha et al., 2017).

Emoção

A cirurgia constitui-se como uma nova realidade que provoca alterações profundas na vida de cada indivíduo, tendo implicações importantes no bem-estar e na saúde, nos padrões basilares da vida ao nível individual e familiar. A avaliação do doente cirúrgico no pré-operatório é fundamental, devendo refletir as necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais do

doente e seus conviventes significativos (Gonçalves et al., 2017). Segundo o mesmo autor (Gonçalves et al., 2017) a preparação pré-operatória deve visar a componente psicológica do doente cirúrgico, através do desenvolvimento de estratégias para minimizar os estados emocionais sentidos, constituindo uma área em que os enfermeiros têm um papel fulcral no desenvolvimento, consolidação, crescimento e implementação de intervenções e mudanças. Ressaltam que é no período pré-operatório que o enfermeiro deve explorar os conhecimentos que o doente tem e averiguar as suas expectativas em relação à cirurgia. Para além disso, defendem o efeito positivo da transmissão de informação ao doente cirúrgico no pré-operatório na redução dos níveis de ansiedade, no tempo de recuperação, nas complicações cirúrgicas, utilização de analgesia e na satisfação e adesão aos tratamentos.

O enfermeiro é o profissional que, ao estar preparado e sendo detentor da informação que o cliente carece, deve, legal e moralmente, informá-lo, através de uma linguagem acessível, acerca dos cuidados de enfermagem que serão prestados ao longo de todo o período perioperatório. A literatura revela que esta preparação pré-operatória tornou o momento cirúrgico mais tranquilo, o que revela o importante papel do enfermeiro na prevenção e diminuição dos níveis de ansiedade pré-operatória (Gonçalves et al., 2017).

As necessidades emocionais são determinadas pela capacidade de adaptação a situações que representam perigo, medo e ansiedade e todo processo de adaptação emocional demanda de um processo de informação. A preparação do cliente fornecendo-lhe informações prévias permitirá que ele entenda o que espera encontrar durante o período perioperatório (Maya, 2022).

Maya (2022) refere que o apoio psicológico é bastante importante, é preciso afastar o fantasma do azar ou a ideia de que algum mal vai acontecer. Quando bem feito, boa indicação e preparação, técnica cirúrgica adequada, o resultado final de uma cirurgia deve ser favorável. Portanto, o enfermeiro deve considerar: educar/ensinar - explicar os procedimentos e atividades do cuidados de enfermagem e os sentimentos que irão vivenciar no pré, intra e pós-operatório; prestar apoio psicossocial - as interações intensificam os mecanismos de comportamento relacionados com a ansiedade e os medos e proporcionam bem-estar emocional; o treino de habilidades - a prática orientada por medidas específicas torna o pós-operatório mais simples, acelera a recuperação e ajuda a prevenir complicações. Os clientes devem demonstrar que entendem a experiência cirúrgica e devem receber educação pré-operatória e para o pós-operatório; saber o horário da cirurgia; conhecer a unidade pós-operatória e a localização da família durante a intervenção cirúrgica e após a recuperação; conhecer o acompanhamento e os tratamentos previstos no pós-operatório; conhecer a retoma das suas atividades e as medidas para aliviar a dor, bem como permitir expressar os seus sentimentos em relação à cirurgia (Maya, 2022).

Sedação/Anestesia

A anestesia geral não é um acontecimento neurológico mensurável e objetivo. É um estado complexo, convencionalmente constituído por uma tríade, hipnose, analgesia e relaxamento. Ocorrendo perda de consciência, analgesia com supressão das respostas somáticas, autonómicas e humorais a um estímulo doloroso e o relaxamento muscular necessário a muitos procedimentos cirúrgicos (Ormonde, 2013).

Durante a anestesia o enfermeiro perioperatório deve efetuar monitorização de respetiva vigilância para prevenir complicações e eventos adversos: estão estabelecidos a nível mundial e reafirmados pela declaração dos direitos do doente anestesiado os critérios mínimos de monitorização e segurança do doente anestesiado. As recomendações vão no sentido da utilização de ECG, pressão arterial, FR, saturação de oxigénio (SatO2), capnografia e concentração de O2 inspirado (Ormonde, 2013).

A monitorização e vigilância do nível de sedação através do Índice Bi-espectral e do nível de relaxamento muscular através do Train of Four são importantes porque permitem uma indução, manutenção e recuperação da anestesia mais controladas e seguras para o cliente. 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 do cliente e uma utilização de fármacos mais aferida (Ormonde, 2013).

Para avaliação do bloqueio neuromuscular, o melhor método passa pela estimulação de um nervo periférico, que consiste na estimulação elétrica de um nervo motor e na avaliação da resposta de um músculo distal. Geralmente estimula-se o nervo ulnar ao nível do punho e avalia-se a resposta do músculo adutor do polegar (Ormonde, 2013). O Train of Four (TOF) consiste na aplicação de quatro estímulos numa frequência de 2 Hz (quatro estímulos em dois segundos). Um intervalo de 10 segundos deve ser aguardado entre os sucessivos TOFs, para evitar fadiga muscular durante as medidas. O bloqueio é avaliado pelo número de respostas musculares e pela relação entre a amplitude da quarta e da primeira respostas da sequência (proporção T4/T1). No bloqueio neuromuscular, é observado um decréscimo progressivo na amplitude de resposta, proporcional à profundidade do relaxamento. Na ausência de bloqueio neuromuscular, todas as quatro respostas são de igual amplitude. A perda da quarta resposta corresponde a 75-80% do bloqueio do primeiro estímulo. O desaparecimento da terceira, segunda e primeira contrações corresponde ao bloqueio de cerca de 85%, 90% e 98-100%, respetivamente. A monitorização da função neuromuscular permite completar a avaliação clínica na determinação do grau de relaxamento durante a cirurgia e recuperação do bloqueio antes da intubação, facilitar o timing da intubação, decompor a dose conforme a necessidade do cliente (Ormonde, 2013).

Bibliografia

AESOP (2012). Enfermagem Perioperatória, Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Lusodidata

Azenha, M., Rocha C., Oliveira E., Cruz L., Pascoal M., Macedo A. L., Gomes M. (2017) Consensos de Manutenção da Normotermia no Período Perioperatório. In Recomendações da SPA Para Manutenção de Normotermia no Período Perioperatório Elaboradas por Grupo de Nacional de Consensos. Sociedade Portuguesa de Anestesiologia <http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Baleizão, A. B. C. (2018). Promoção do Acolhimento do Doente Oncológico ao Bloco Operatório Cuidados de Enfermagem (relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor

Direcção-Geral de Saúde Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

Gonçalves, M. A. R., Cerejo, M. N. R., Martins, J. C. A. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. Revista de Enfermagem Referência, vol. IV, núm. 14, DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17023>

Martins, F. (2013). Unidade de cuidados pós anestésicos. In Machado, H., Manual de Anestesiologia (Capítulo 39 pp. 639 a 641)

Maya A. M. S. (2022) Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. Invest. Educ. Enferm. ; 40(2):e02. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>.

Ormonde, L. (2013). Monitorização e Equipamentos. In Machado, H., Manual de Anestesiologia (capítulo 15, pp. 223 -234). Lidel.

Pompeo, D. A., Nicolussi, A. C., Galvão, C.M., Sawada, N.O. (2007). Intervenções de enfermagem para náusea e vômito no período pós-operatório imediato. Acta paulista enfermagem <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200013>

Santos, L. dos, & Barreto, A. (2018). Enfermagem Frente Ao Cateterismo Vesical De Demora. Revista JRG de Estudos Acadêmicos , 1(3), 109-119. <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/190>

3.8. Especificação das intervenções

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

- Verificar permeabilidade do cateter venoso periférico
- Verificar se apresenta dor no local de inserção do cateter venoso periférico

- Verificar existência de sinais inflamatórios no local de inserção do cateter venoso periférico
- Vigiar penso do cateter venoso periférico

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

- Vigiar sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

Vigiar temperatura corporal

- Monitorizar temperatura corporal
- Comunicar ao médico alterações significativas da temperatura corporal

Avaliar conhecimento sobre preparação pré operatória para realização de procedimento invasivo

- Avaliar sobre cumprimento banho pré operatório com clorhexidina no dia da cirurgia e no dia anterior
- Avaliar sobre remoção de próteses e adornos
- Avaliar sobre cumprimento de jejum pré operatório de 6 horas

Efetuar verificação pré operatória

- Verificar identificação inequívoca do cliente
- Verificar dados da pulseira de identificação do cliente
- Verificar identificação do processo do processo clínico do cliente
- Identificar cirurgia proposta em plano operatório
- Verificar antecedentes clínicos e cirúrgicos
- Verificar alergias do cliente
- Verificar medicação domiciliária habitual
- Verificar se tomou medicação no dia da cirurgia
- Verificar se está a tomar medicação anticoagulante ou antiagregante

Avaliar conhecimento sobre procedimento invasivo

- Verificar se o cliente foi informado e está esclarecido sobre o procedimento cirúrgico
- Verificar se o consentimento informado está assinado pelo cliente para realização de procedimento cirúrgico

Avaliar conhecimento sobre procedimento anestésico

- Verificar se o cliente foi informado e está esclarecido sobre procedimento anestésico
- Verificar se o consentimento informado está assinado pelo cliente para realização de procedimento anestésico

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Monitorizar temperatura corporal
- Avaliar conforto térmico através da aplicação de Escala de Conforto Térmico
- Referenciar ao médico alterações significativas da temperatura corporal

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Vigiar pressão sanguínea
- Referenciar ao médico alterações da pressão sanguínea

Avaliar evolução da ventilação invasiva

- Monitorizar frequência respiratória
- Monitorizar simetria do movimento respiratório
- Monitorizar saturação oxigénio
- Observar evolução coloração das mucosas

Avaliar evolução do nível de inserção da máscara laríngea

- Vigiar posicionamento de máscara laríngea

Avaliar integridade dos tecidos

- Observar alterações da coloração da pele
- Observar humidade da pele
- Observar alterações da textura da pele
- Observar integridade cutânea
- Referenciar alteração da integridade cutânea ao médico
- Registar alterações da integridade cutânea no processo clínico

Avaliar risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico

- Aplicar escala de avaliação de risco para desenvolvimento de lesões de posicionamento cirúrgico (ELPO-PT)

Avaliar pulsos poplíteos e pediosos

- Avaliação da simetria pulsos poplíteos e pediosos
- Avaliação da amplitude pulsos poplíteos e pediosos
- Avaliação do ritmo pulsos poplíteos e pediosos

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Monitorizar temperatura corporal

Aplicar dispositivo de aquecimento corporal

- Colocar manta de aquecimento corporal com fluxo de ar quente

Aplicar dispositivo de aquecimento de fluidos

- Colocar fluidoterapia em dispositivos de aquecimento

Assegurar critérios de segurança de colocação de placa de dispersão

- Verificar ausência de humidade no local de colocação da placa de dispersão
- Verificar ausência de pelos no local de colocação da placa de dispersão
- Verificar ausência de objetos metálicos junto ao local de colocação da placa de dispersão
- Colocar a placa de dispersão o mais próximo possível da local da ferida cirúrgica

Avaliar integridade cutânea

- Observar alterações da coloração da pele
- Observar humidade da pele
- Observar alterações da textura da pele
- Observar integridade cutânea
- Referenciar ao médico alterações da integridade cutânea

- Registrar alterações da integridade cutânea no processo clínico do cliente

Avaliar risco para desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico

- Aplicar escala de avaliação de risco para desenvolvimento de lesões de posicionamento cirúrgico (ELPO-PT)

Posicionar o cliente utilizando equipamentos / superfícies de suporte

- Posicionar em posição litotômica
- Aplicar dispositivos de proteção para prevenção de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico

Avaliar nível de sedação

- Monitorizar nível de sedação através de valor BIS
- Referenciar ao médico alterações dos níveis de sedação

Avaliar nível de relaxamento muscular

- Vigiar nível de relaxamento muscular através de TOF
- Referenciar alterações do nível de relaxamento muscular ao médico

Avaliar evolução da consciência

- Vigiar evolução da consciência do cliente
- Referenciar alterações da consciência do cliente ao médico

Avaliar evolução da ventilação

- Vigiar frequência respiratória
- Observar simetria do movimento respiratório
- Vigiar evolução da saturação de oxigénio
- Observar evolução da coloração das mucosas
- Referenciar ao médico alterações na ventilação do cliente

Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

- Avaliar tempo de preenchimento capilar
- Vigiar coloração das mucosas
- Vigiar temperatura da pele

Avaliar evolução da limpeza da via aérea

- Vigiar permeabilidade da via aérea

Avaliar evolução de sinais de hemorragia

- Vigiar perda sanguínea através da drenagem vesical
- Referenciar ao médico perda sanguínea

Vigiar SatO2

- Monitorizar SatO2
- Referenciar ao médico alterações na SatO2

Vigiar Frequência respiratória

- Monitorizar frequência respiratória

- Referenciar ao médico alterações da frequência respiratória

Vigiar SatO2

- Monitorizar SatO2
- Referenciar ao médico alterações da SatO2

Vigiar coloração da pele e mucosas

- Observar coloração da pele e mucosas
- Referenciar ao médico alterações da coloração da pele e mucosas

Vigiar frequência respiratória

- Monitorizar frequência respiratória
- Referenciar ao médico alterações da frequência respiratória

Avaliar evolução da eliminação urinária

- Vigiar eliminação urinária
- Referenciar ao médico alterações significativas na eliminação urinária

Avaliar integridade cutânea

- Observar alterações da coloração da pele
- Observar humidade da pele
- Observar alterações da textura da pele
- Observar integridade cutânea
- Referenciar ao médico alterações significativas da integridade cutânea
- Registar alterações da integridade cutânea no processo clínico do cliente

Avaliar evolução da quantidade administrada na irrigação da bexiga

- Contabilizar total de entrada de soro usado na irrigação da bexiga

Avaliar evolução da quantidade eliminada na irrigação da bexiga

- Contabilizar a saída de soro eliminada na irrigação da bexiga
- Referenciar ao médico se a eliminação de soro for muito díspar da quantidade de soro administrada entrada

Avaliar evolução do balanço hídrico

- Contabilizar entradas de soros e saída de soro e urina
- Referenciar ao médico alterações significativas no balanço hídrico

Vigiar perda sanguínea

- Observar características macroscópicas da urina
- Referenciar ao médico alterações significativas nas perdas sanguíneas do cliente

Avaliar evolução da náusea

- Vigiar náusea

Avaliar evolução da dor

- Vigiar dor através de escala numérica da dor
- Referenciar dor ao médico

4. HEMORROIDECTOMIA

10364_2_e4nusing_2

4.1. Enquadramento teórico

Cliente de 60 anos, sexo masculino, com diagnóstico atual de hemorroidas de terceiro grau. Proposto para correção cirúrgica de hemorroidas de terceiro grau.

Antecedentes pessoais:

- Camionista de profissão, atualmente reformado por queda de cerca de três metros com TCE e fraturas de arcos costais, em 2016. Esteve internado por um longo período, em cuidados intensivos, no CHSJ. Posteriormente a este acidente foi diagnosticada epilepsia.
- Vive com a esposa, uma filha e duas netas.

Antecedentes Clínicos:

- Cardiovascular: refere quadro de dor torácica, mas com prova de esforço inconclusiva para isquemia do miocárdio; ECG com ritmo sinusal e perturbação inespecífica da condução intraventricular;
- Respiratório: Tabagismo;
- Metabólico: Obesidade IMC 33,13 Kg/m²; dislipidemia;
- Neurológico: epilepsia;
- Nega alergias.

Antecedentes Cirúrgicos:

- Cliente refere ter sido operado ao estômago, esófago e intestino há muitos anos, não sabendo especificar as datas. Apresenta cicatriz de incisão de laparotomia mediana, no abdómen.

Regime medicamentoso habitual:

- Sertralina comprimidos 50 mg - Manhã;
- Mexazolan comprimidos 1 mg - Noite.

Enquadramento teórico

Anatomia e fisiologia

O canal anal é a porção terminal do trato gastrointestinal. Começa aproximadamente dois centímetros proximal à linha dentada e estende-se até a margem anal. Anatomistas e cirurgiões diferem na "definição" do canal anal. O canal anal anatómico começa na linha dentada e estende-se até à margem anal, enquanto o canal anal cirúrgico inclui o canal anal anatómico e o tecido dois centímetros proximal à linha dentada (Khubchandani et al., 2009).

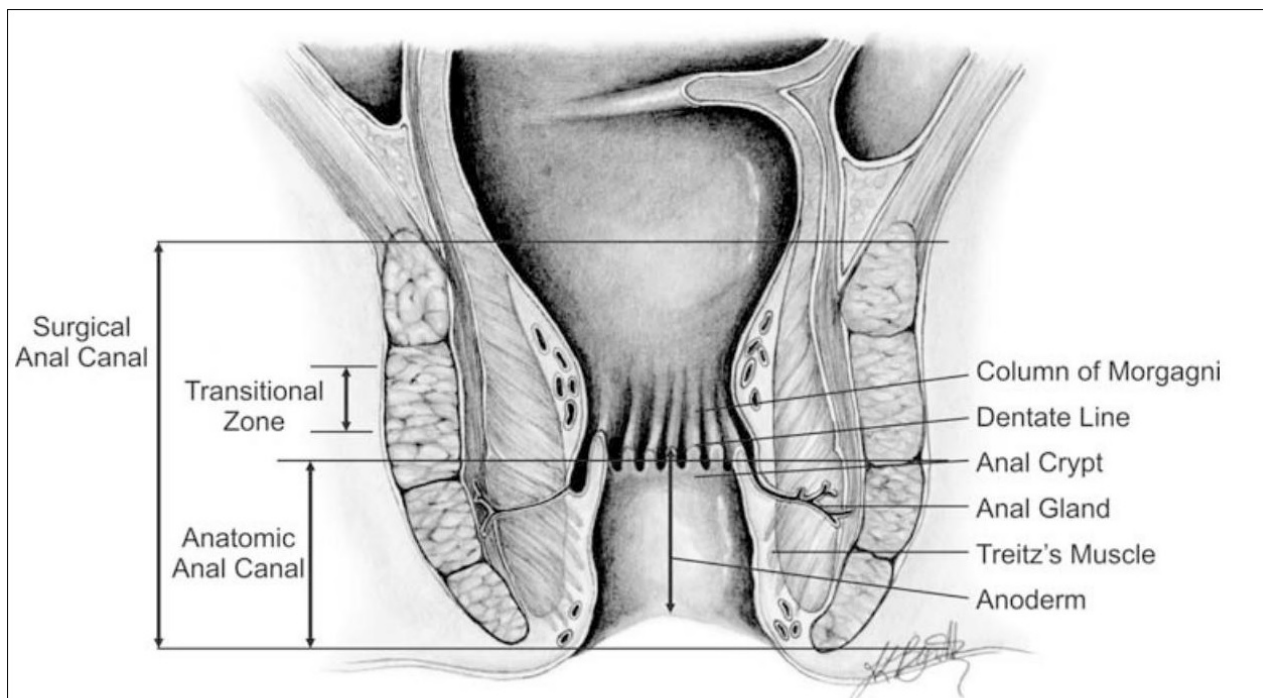


Fig. 1 - Canal anal cirúrgico

O revestimento do canal anal cirúrgico transita da mucosa colunar acima da linha dentada para o epitélio escamoso contendo folículos pilosos e glândulas sudoríparas na margem anal. A zona de transição 0,5-1 cm acima da linha dentada, contém uma abundância de terminações nervosas e é responsável pela discriminação sensorial fina (Khubchandani et al., 2009).

As hemorroidas são almofadas de tecido vascular encontradas no canal anal. O tecido hemorroidário está presente ao nascimento e em condições não patológicas. Microscopicamente, esse tecido contém estruturas vasculares cujas paredes não contêm músculo. Por isso, hemorroidas não são veias (que têm paredes musculares), mas são sinusoides. Vários estudos demonstraram que o sangramento hemorroidário é arterial e não

venoso. Quando há uma disrupção, e essas sinusoides são feridas, ocorre hemorragia das arteríolas presinusoidais. A natureza arterial do sangramento é explicada dado a hemorragia hemorroidária ser vermelha brilhante e ter um pH arterial (Beck, 2019).

A sensação cutânea na área perianal é mediada pelo nervo pudendo e pelo plexo sacral, ambos surgindo das raízes nervosas sacrais dois a quatro. Parte da sensação de pressão nessa área também pode ser mediada por terminações nervosas sacrais (S-2 a S-4) localizadas na parte inferior do reto e no assoalho pélvico (Beck, 2019).

O mesmo autor (Beck, 2019) refere que se acredita que em humanos, o tecido hemorroidário contribua para a continência anal, formando uma almofada esponjosa, evitando danos no mecanismo do esfíncter durante a defecação. Além disso, esse tecido atua como um revestimento compressível que permite que o ânus se feche completamente. As três almofadas principais (ou feixes) situam-se nas porções lateral esquerda, ântero-lateral direita e pósterolateral direita do canal anal (Beck, 2019).

Almofadas secundárias menores podem, ocasionalmente, encontrar-se entre essas almofadas principais. Cada grupo começa superiormente (cranialmente) no canal anal e estende-se inferiormente (caudalmente) até à margem anal. A porção superior do tecido hemorroidário (acima da linha dentada) é recoberta por mucosa anal e a porção inferior (abaixo da linha dentada) é recoberta por anoderma ou pele (Beck, 2019).

Fisiopatologia

A prevalência da doença hemorroidária é difícil de determinar. Alguns autores estimam que até 90% dos clientes podem queixar-se de sintomas hemorroidais pelo menos uma vez na vida (Khubchandani et al., 2009).

O aumento ou alterações patológicas no tecido hemorroidário resultam em sintomas da “síndrome hemorroidária”. Os fatores etiológicos propostos para essas alterações incluem obstipação, esforço prolongado, gravidez e desarranjo do esfíncter interno. Beck (2019) cita Burkitt e Graham-Stewart que sugerem que a obstipação e o esforço associado à defecação, estão relacionados aos hábitos alimentares, especificamente a uma dieta com baixo teor de resíduos. A típica dieta pobre em fibras americana pode explicar a alta prevalência de obstipação, esforço e sintomas hemorroidários na América. Dietas com baixo teor de resíduos vistas tipicamente em países industrializados têm sido descritas como contribuindo para hemorroidas sintomáticas, presumivelmente por causar fezes menores e duras. No entanto, esta não é claramente a única etiologia, pois os pacientes com diarreia também podem desenvolver hemorroidas sintomáticas (Khubchandani et al., 2009).

A incidência de hemorroidas aumenta com a idade, sendo os homens afetados duas vezes mais do que as mulheres. A idade predispõe a uma lassidão dos ligamentos de Treitz, com início médio após os 30 anos (Khubchandani et al., 2009).

Com o envelhecimento, as estruturas anatômicas que sustentam a submucosa muscular enfraquecem, o que leva ao deslizamento ou prolapso do tecido hemorroidário, ou seja, os tecidos de suporte anal deterioram-se na terceira década da vida (Beck, 2019).

Segundo Beck (2019) vários autores demonstraram que clientes com hemorroidas apresentam aumento da atividade do esfíncter anal interno, isto em adição a plexos hemorroidários localizados superficialmente ao mecanismo do esfíncter, teorizando que um esfíncter disfuncional poderia levar à obstrução e congestão do fluxo venoso, seguido de ingurgitamento das hemorroidas causando os sintomas subsequentes. Todas essas condições contribuem para o alongamento e deslizamento do tecido hemorroidário. A pele ou mucosa sobrejacente é esticada e fibrosada e desenvolve-se tecido sinusoidal adicional, este tecido extra tende a mover-se caudalmente em direção à borda anal, tornando-o suscetível a lesões e causando o desenvolvimento de sintomas (Beck, 2019).

Ainda segundo o mesmo autor (Beck, 2019) as hemorroidas não estão relacionadas à hipertensão portal. Com o aumento da pressão venosa portal, o organismo desenvolve comunicações portossistêmicas em diversos locais. Na pelve, aumentam as comunicações entre as veias hemorroidárias superior e média, resultando no desenvolvimento de varizes retais. Essas varizes estão localizadas no reto inferior, e raramente sangram. A literatura mais antiga sugeriu uma relação entre hipertensão portal e hemorroidas, em parte devido ao fato de que as hemorroidas são comuns e, portanto, muitos pacientes hipertensos portais terão hemorroidas. Se a hipertensão portal fosse um fator etiológico, o sangramento hemorroidário seria sangue venoso em vez de sangramento arterial (Beck, 2019).

Classificação hemorroidas segundo Beck (2019)

As hemorroidas foram classificadas de acordo com as razões anatômicas e clínicas em hemorroidas externas e hemorroidas internas.

As hemorroidas externas estão localizadas no terço distal do canal anal (distal à linha dentada) e são cobertos por anoderma (epitélio escamoso modificado que não possui apêndices cutâneos) ou pele. Como esse tecido sobrejacente é innervado por nervos somáticos, ele é sensível ao toque, temperatura, estiramento e dor. Os sintomas associados às hemorroidas externas geralmente resultam de trombose do plexo hemorroidário. A rápida expansão do tecido produzida pelos coágulos e edema causa dor. O esforço físico é considerado um fator etiológico na trombose de hemorroidas externas. O exame físico revela uma ou mais massas dolorosas de cor azul no ânus (Beck, 2019).

As hemorroidas internas estão localizadas proximal (cranial) à linha dentada e cobertas por mucosa colunar ou epitélio de transição. Com base no tamanho e nos sintomas clínicos, as hemorroidas internas podem ser subdivididas em graus (Beck, 2019):

- Hemorroidas de grau um - projetam-se, mas não prolapsam para fora do canal anal;

- Hemorroidas de grau dois - prolapsam para fora do canal anal com movimentos intestinais ou esforço, mas reduzem espontaneamente;
- Hemorroidas grau três - prolapsam durante as manobras descritas acima e devem ser reduzidas manualmente pelo cliente;
- Hemorroidas de grau quatro são prolapsadas para fora do ânus e não podem ser reduzidas;

As hemorroidas que permanecem prolapsadas podem desenvolver isquemia, trombose ou gangrena. Os clientes podem ter hemorroidas internas e externas (mistas ou combinadas).

Sintomas

Habitualmente, quando os clientes apresentam queixas anais apresentam-se com hemorroidas. Os sintomas associados à doença hemorroidária incluem: protrusão da mucosa, dor, sangramento, sensação de evacuação incompleta, secreção mucosa, dificuldades com a higiene perianal e deformidade cosmética (Beck, 2019).

Na avaliação do cliente devem ser considerados distúrbios gerais da função intestinal, como diarreia e obstipação, e distúrbios associados, como problemas de sangramento. Deve ser pesquisada sempre a história alimentar e medicamentosa (Beck, 2019).

Exceto quando ocorre trombose ou edema, as hemorroidas são indolores. Sangramento indolor ocorre de hemorroidas internas, geralmente é vermelho vivo e está associado a movimentos intestinais. Após o trauma por fezes firmes ou movimentos intestinais forçados, o sangramento pode continuar a ocorrer com movimentos intestinais por vários dias. O sangramento geralmente desaparece por um período variável. É incomum que o sangramento hemorroidário seja grave o suficiente para causar anemia, mas foi relatado que ocorre em 0,5 clientes por 100.000 habitantes. O prolapso pode ser percebido pelo cliente como uma massa anal, uma sensação de evacuação incompleta ou uma secreção mucosa. A necessidade do cliente de reduzir manualmente as hemorroidas prolapsadas deve ser verificada. Se ocorrer trombose ou gangrena, será aparente no exame físico e pode estar associada a sintomas sistêmicos (Beck, 2019).

Exame de avaliação

O exame da área anal geralmente é feito com o cliente em decúbito ventral numa mesa proctológica especial, no entanto, se o cliente for idoso ou se sentir desconfortável nessa posição, a posição de decúbito lateral esquerdo modificada (Sims) é uma alternativa aceitável. A inspeção do ânus deve ser feita lentamente. A pele ao redor do perianum, genitália e áreas sacrococcígeas devem ser examinadas. A abertura suave e constante das nádegas permitirá uma inspeção minuciosa da maior parte da porção escamosa do canal anal. O exame digital dá, ao examinador, uma avaliação da quantidade e localização de dor no canal anal. Permite a avaliação do tônus do esfíncter e ajuda a excluir outras doenças, como tumores palpáveis ou

abscessos no reto inferior e no canal anal. A menos que estejam muito grandes e trombosadas as hemorroidas geralmente não são palpáveis (Beck, 2019).

A anoscopia, geralmente feita com um instrumento de visão lateral, permite a visualização da condição do anoderma e da hemorroida interna. À medida que o cliente se esforça, as hemorroidas incham no lúmen do anuscópio, o grau de prolapso pode ser avaliado retirando suavemente o anuscópio à medida que o cliente se esforça. A proctossigmoidoscopia rígida e a sigmoidoscopia flexível formam uma parte importante do exame inicial e são realizadas para excluir doenças mais proximais. Se o cliente tiver menos de 40 anos e doença hemorroidária compatível com sintomas for observada no exame físico, a maioria dos autores considera que nenhuma investigação adicional é necessária. Se o cliente tiver mais de 40 anos, doença hemorroidária não for observada ou sintomas adicionais estiverem presentes, um enema opaco ou colonoscopia é realizado para identificar outras etiologias de sangramento não observadas pela proctoscopia (Beck, 2019).

Diagnóstico

O diagnóstico de "hemorroidas" deve ser alcançado somente após a confirmação das hemorroidas no exame visual e anuscópico, e somente após outras fontes de sintomas anorretais terem sido excluídas. Isto requer uma história adequada e um exame físico detalhado, que orientarão o cirurgião a fazer a escolha correta do tratamento (Khubchandani et al., 2009).

A história deve ser dirigida não só para a sintomatologia das hemorroidas e para a confirmação do diagnóstico, mas também para a exclusão de outras condições (Khubchandani et al., 2009).

É extremamente importante que outras causas de sangramento, prurido ou corrimento sejam consideradas. Embora os clientes invariavelmente atribuam a dor anal às hemorroidas, a dor anal aguda é quase sempre causada por fissuras anais ou abscesso anorretal. Dor de hemorroidas ocorre apenas em associação com trombose ou prolapso (Beck, 2019).

Tratamento

O tratamento pode ser não operatório ou operatório. As técnicas não cirúrgicas incluem modificações dietéticas, medicamentos tópicos e medidas (como banhos de assento) para reduzir os sintomas. As técnicas cirúrgicas, muitas das quais podem ser realizadas em consultório, incluem fixação de tecido, excisão de tecido maior ou alterações fisiológicas do canal anal (dilatação de Lord ou esfínterectomia lateral interna). O método escolhido está geralmente relacionado com o tipo de tecido hemorroidário causador dos sintomas e com a experiência e julgamento do médico assistente (Beck, 2019).

As hemorroidas de Grau I e II são frequentemente tratadas com sucesso por meios não cirúrgicos, enquanto as hemorroidas de Grau III e IV têm maior probabilidade de requerer

cirurgia.

Intervenção cirúrgica

O tratamento cirúrgico é reservado para uma pequena parcela de casos em que os tratamentos conservadores não foram efetivos, em torno de 5-10%, sendo a opção inicial em clientes com hemorroidas de terceiro e quarto graus, sintomáticos, ou com quadros agudos que não melhoraram com outra terapêutica (Cerato et al., 2014).

A hemorroidectomia é considerada a cirurgia de eleição, sendo as técnicas de Milligan-Morgan e Ferguson as mais realizadas no mundo. Embora estas técnicas cirúrgicas apresentem bons resultados e baixas taxas de complicações, geralmente são associadas à dor pós-operatório (Cerato et al., 2014):

- Tratamento cirúrgico convencional: a operação convencional envolve basicamente a excisão dos mamilos hemorroidários. As técnicas mais utilizadas são a aberta (Milligan-Morgan) e a fechada (Ferguson). As complicações associadas a estas operações são a retenção urinária, sangramento pós-operatório, dor, estenose anal e incontinência (Cerato et al., 2014);
- Hemorroidectomia fechada: a hemorroidectomia fechada é a técnica cirúrgica mais empregue. É feita uma incisão elíptica no tecido hemorroidário externo que se estende proximalmente através da linha pectínea até ao limite superior das hemorroidas. Deve-se ter o cuidado de realizar uma elipse estreita e remover somente o anoderma redundante e o tecido hemorroidário. A ferida é fechada com sutura contínua com fio absorvível. Geralmente três mamilos hemorroidários são tratados. Esta técnica é efetiva em 95% dos casos, sendo a infecção da ferida operatória muito rara (Cerato et al., 2014);
- Hemorroidectomia aberta: a técnica aberta é mundialmente difundida e preferida por muitos cirurgiões. Um estudo comparando-a com a fechada modificada (semifechada) evidenciou que esta modificação está associada à cicatrização mais rápida e menos complicações pós-operatórias. De uma maneira geral, as complicações das hemorroidectomias convencionais são retenção urinária (2-36%), sangramento (0,03-6%), estenose anal (0-6%), infecção (0,5-5%) e incontinência (2-12%) (Cerato et al., 2014);
- Hemorroidectomia com esfínterectomia lateral interna: a associação da esfínterectomia lateral interna à hemorroidectomia não deve ser rotineira, podendo levar a complicações importantes, como grau variado de incontinência anal, além de não reduzir significativamente a dor pós-operatória. Em casos selecionados de clientes com achados manométricos pré-operatórios de elevação da pressão esfínteriana de repouso, a esfínterectomia lateral interna parece ser segura e não estar associada a aumento significativo de morbidade pós-operatória (Cerato et al., 2014);
- Hemorroidectomia com o uso de fontes de energia: apesar da utilização do bisturi elétrico

diminuir o tempo e a perda de sangue na cirurgia, não apresenta nenhuma vantagem quanto à dor, tempo de cicatrização e complicações precoces ou tardias. Da mesma forma, a utilização do bisturi ultrassônico também não mostrou vantagem quando comparado ao bisturi elétrico. Na hemorroidectomia aberta com bisturi bipolar há menor necessidade de medicação analgésica no pós-operatório, cicatrização mais rápida da ferida e retorno precoce às atividades laborais, quando comparado com o uso de bisturi elétrico. Contudo, não apresenta vantagem quanto à dor pós-operatória, satisfação do cliente, recidiva da doença e incidência de complicações pós-operatórias (Cerato et al., 2014);

Na Técnica de Ferguson fechada modificada, um retrator de Hill Ferguson ou Fansler médio ou grande, é colocado no ânus e expõe um feixe hemorroidário. Uma dupla incisão elíptica é feita na mucosa. A borda distal é apreendida com um captador de dentes finos e a dissecação é realizada com tesoura. A dissecação, no plano adequado, resulta na elevação de todas as varicosidades com o espécime, enquanto os músculos do esfíncter permanecem na sua posição anatômica normal. Com a mucosa previamente marcada como guia, a dissecação continua no canal anal. Na borda superior do feixe hemorroidário, o pedículo vascular remanescente é pinçado e a hemorroida é descolada. A amostra de hemorroida deve ser enviada para avaliação patológica. Na ausência de suspeita ou alguma anormalidade, pode ser desnecessário rotular separadamente cada feixe (ou seja, lateral esquerdo, posterior direito). Quaisquer vasos sangrantes são cauterizados com o eletrocautério. Uma sutura absorvível (por exemplo, Vicryl 3-0) é utilizada para suturar o pedículo abaixo da pinça. Esta sutura é então usada para reaproximar as bordas da mucosa. À medida que as suturas são colocadas, a mucosa é avançada em direção cranial para restabelecer a anatomia anal normal e resultam num fechamento “plástico”. Na borda externa, a sutura é frouxamente amarrada a si mesma para fornecer uma saída para qualquer hematoma que se desenvolva após a cirurgia, os outros feixes hemorroidais são manuseados de forma semelhante. O número de grupos que são excisados dependerá da quantidade de tecido em excesso, mas geralmente não deve envolver mais de três colunas. O procedimento preserva pontes de anoderma entre os feixes principais e mantém a linha dentada na sua posição anatômica (Beck, 2019).

Na técnica aberta de hemorroidectomia de Milligan-Morgan, o procedimento começa com uma dilatação suave do canal anal até dois ou três dedos. O complexo hemorroidário é, então, evertido por tração de uma pinça colocada logo após a junção mucocutânea. Fórceps adicionais podem ser colocados ao nível do anel anorretal. A hemorroida é extirpada do esfíncter subjacente e o pedículo proximal é ligado com material de sutura resistente. Geralmente, são removidos três quadrantes. A hemóstase é realizada e é aplicado um curativo anal. Deve-se ter cuidado para garantir que as ilhas adequadas de anoderme sejam mantidas para prevenir a estenose anal, com cicatrização das feridas abertas da hemorroida (Beck, 2019).

Posicionamento cirúrgico

O posicionamento cirúrgico é o decúbito ventral ou prono: o cliente fica deitado de ventre com a marquesa operatória, a cabeça pode estar lateralizada sobre um apoio/almofada, de modo que a coluna cervical esteja alinhada com o resto do corpo ou permaneça alinhada se for utilizado um apoio de cabeça próprio (AESOP, 2012).

Os membros superiores podem estar apoiados ao longo do corpo ou em abdução com os ombros, os cotovelos em flexão e os membros inferiores ligeiramente afastados e estendidos. Para melhor equilíbrio hemodinâmico, deverão ser colocados apoios entre a região torácica/abdominal e a marquesa, assim como nos membros inferiores (AESOP, 2012).

Para este posicionamento é muito importante ter o pessoal necessário, normalmente cinco pessoas, de modo que a mobilização seja feita de forma suave e lenta, para que o ajuste hemodinâmico do cliente seja feito de modo progressivo para evitar intercorrências (AESOP, 2012).

Este posicionamento obriga a que haja duas mudanças de posição durante o intraoperatório: na fase da indução anestésica e na fase do acordar em decúbito dorsal (AESOP, 2012).

Está associado a diversos riscos nomeadamente alterações respiratórias por compressão do tórax e abdômen sobre a marquesa; alterações hemodinâmicas provocadas pela mobilização/reposicionamento e arrancamento de cateteres, sondas e sistemas; lesões osteoarticulares provocadas por rotação lateral exagerada da cabeça/ pescoço, por má mobilização ou posicionamento dos braços; lesões nervosas provocadas por estiramento do plexo cervical devido à rotação lateral ou ao alinhamento do pescoço com a cabeça, compressão ou estiramento do plexo braquial por má posição ou queda dos braços, compressão do nervo mediano e cubital a nível do olecrânio; alterações vasculares provocada por rotação lateral da cabeça/ pescoço; lesões cutâneas provocadas por compressão ao nível das zonas de pressão (pavilhão auricular, mamas, crista ilíaca, joelhos, órgão genitais e pés), bem como compressão relacionada com a presença de apoios para o posicionamento (rolos, talas); lesões oculares provocadas por compressão do globo ocular sobre o apoio de cabeça utilizado para o alinhamento da cabeça/ pescoço e pela posição de declive da cabeça, ficando esta ao nível do coração ou abaixo (AESOP, 2012).

O método Anestésico

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

A técnica anestésica pode ser realizada de várias formas, através de anestesia geral, loco regional, local, sedação ou sedonanalgesia (Sousa & Marques).

A anestesia geral proporciona ao cliente um quadro de inconsciência reversível, imobilidade e

analgesia, causada por agentes farmacológicos administrados. 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 subaracnóidea através de agentes anestésicos locais, impedindo desta forma a transmissão do estímulo nociceptivo. Neste tipo de anestesia, o cliente 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 cliente 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, comorbidades do cliente, instalações disponíveis e habilidades e preferências do anestesista, e até mesmo do cliente (Hore & Harley, 2014).

A avaliação pré-operatória de anestesia é essencial para avaliação do estado físico do cliente, e consequentemente, para o despiste de comorbidades. Durante a consulta pré-anestésica devem ser recolhidos dados como: medicação de ambulatório habitual, incluindo fitoterápicos e suplementos dietéticos; alergias medicamentosas e/ou alimentares; existência de patologias; hábitos de consumo tabágico, álcool ou drogas ilícitas; anestésias prévias e eventuais complicações, de forma a otimizar o pré-operatório do cliente (Abrunhosa, 2013).

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

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

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

Para a realização do bloqueio subaracnoideu poderá ser adotado o decúbito lateral ou a posição

de sentada. Quando a técnica é utilizada para a realização de bloqueios na zona pélvica ou em clientes obesos utiliza-se a posição de sentada, para uma melhor localização do espaço (Sousa & Ambrósio, 2013).

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

Após o cliente se encontrar posicionado, a pele deve ser desinfetada com uma solução alcoólica de preferência cloro-hexidina. As agulhas utilizadas para a técnica são de pequeno calibre variando entre, 22 e 27 Gauge; quanto à ponta da agulha podem ser em bisel ou em ponta de lápis, estas últimas associadas a um risco menor de cefaleia pós punção (Sousa & Ambrósio, 2013).

Para a identificação do espaço pretendido, é traçada uma linha imaginária que une as cristas ilíacas (linha de Tuffier). A interseção desta linha com a coluna vertebral permite identificar a apófise espinhosa de L3 ou L4 ou o espaço L3-L4. Os espaços mais utilizados para realização da técnica são L2-L3, L3-L4 e L4-L5 (Sousa & Ambrósio).

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

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 (Sousa & Ambrósio, 2013).

Uma vez que as várias fibras nervosas diferem na 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).

O bloqueio das fibras do sistema autónomo, nomeadamente do simpático, resulta em vasodilatação periférica e no aumento da capacidade venosa levando a uma diminuição das resistências periféricas, a hipotensão e a diminuição do retorno venoso (Sousa & Ambrósio, 2013).

Estas alterações são mais acentuadas em clientes idosos e hipovolémicos, podendo ser minimizadas com a administração de vasopressores ou anticolinérgicos. Outra da

consequência da vasodilatação é a perda de calor e resultante hipotermia (Sousa & Ambrósio, 2013).

Segundo NYSORA (2022), as complicações mais frequentes do bloqueio subaracnoideu são as náuseas, os vômitos, a hipotensão, os tremores, o prurido e a 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 cliente também pode estar na origem das náuseas e do vômito (NYSORA, 2022).

O prurido é outra das complicações frequentes, e está associado ao uso de opioides por via intratecal; a gravidade do mesmo é proporcional à dose administrada. Pode ser tratado com naloxona, o antagonista do recetor opióide (NYSORA, 2022).

Associada ao bloqueio subaracnoideu podemos encontrar, no pós-operatório, retenção urinária, no entanto esta pode ocorrer devido a vários fatores. Destes destacamos os relacionados com o cliente, nomeadamente o 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 (NYSORA, 2022).

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 (NYSORA, 2022).

Cuidados pós-operatórios

Os cuidados pós-operatórios após hemorroidectomia centram-se em duas áreas: prevenção de possíveis complicações e alívio da dor. Preparar os pacientes mental e fisicamente no pré-operatório ajuda em ambas as áreas. Descrições verdadeiras da recuperação pós-operatória permitem que o paciente desenvolva uma sensação de alívio e confiança. Os clientes são informados de que haverá dor, mas dependendo do tipo de anestesia, ela não ocorrerá por várias horas após o procedimento e serão administrados medicamentos para minimizar o desconforto (Beck, 2019).

Complicações pós-operatórias

Complicações pós-operatórias após cirurgia de hemorroidas são incomuns. A hemorragia, geralmente num dos pedículos, representa o problema mais agudo. A sepsis relacionada com a própria ferida é extremamente rara. Não é incomum, no entanto, ver eritema e drenagem das bordas da ferida. Se houver suspeita de infeção (febre, aumento da dor, dificuldade para urinar) e nenhuma outra fonte óbvia, o paciente deve iniciar antibióticos e ser cuidadosamente observado. A dor pós-operatória é geralmente moderada nas primeiras 24 a 48 horas e tradicionalmente controlada. O uso do manuseamento multimodal da dor ajuda a reduzir

significativamente a dor associada à hemorroidectomia (Beck, 2019).

Bibliografia

Abrunhosa, R. (2013). Avaliação pré-anestésica: avaliação global do doente para anestesia. In H. Machado, Manual de Anestesiologia (pp. 97-100). Lidel

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2012). Posicionamentos. In Enfermagem Perioperatória Da filosofia à prática dos cuidados (Capítulo V, pag 69- 89). Lusodidata

Beck, D. E. (2019). Hemorrhoidal disease. Springer International Publishing AG, Part of Springer Nature 2019 281 D. E. Beck et Al. (Eds.), Fundamentals of Anorectal Surgery, 87(48), 1643-1644. https://doi.org/10.1007/978-3-319-65966-4_17

Cerato, M. M., Cerato, N. L., Passos, P., Treiguer, A., & Damin, D. C. (2014). Artigo de Revisão TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS HEMORRÓIDAS: ANÁLISE CRÍTICA DAS ATUAIS OPÇÕES. 27(1), 66-70.

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

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

Khubchandani, I., Paonessa, N., & Azimuddin, K. (2009). surgical treatment of hemorrhoids. <https://doi.org/DOI 10.1007/978-1-84800-314-9> e-ISBN

NYSORA- The New York School Of Regional Anesthesia, (2022). Anestesia espinhal. <https://nysora.com>

Sousa, H. & Marques, O. (2014). Anestesia. In A. Duarte & O. Martins, Enfermagem em blocooperatório (capítulo 9, pp. 69 a 92). Lidel.

Sousa M. C., Ambrósio R. (2013). Anestesia do Neuroeixo. In Machado, H., Manual de Anestesiologia (pp. 298-301). Lidel.

Valério, M. J., Pinheiro, M. J. D. (2012). Posicionamentos (capítulo V, pág. 78-80). In Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses Enfermagem Perioperatória, Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Lusodidata.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 60 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-05-16 16:30:00	Soro polieletrolítico 1000 ml EV	
2023-05-16 16:45:00	Fentanil 0,5 mg EV	2023-05-16 17:45:00
2023-05-16 16:45:00	Bupivacaina hiperbárica pesada 8 mg EV	2023-05-16 17:45:00
2023-05-16 16:45:00	Propofol 50 mg EV	2023-05-16 17:45:00
2023-05-16 17:45:00	Paracetamol 1000mg EV	2023-05-16 18:00:00
2023-05-16 17:45:00	Tramadol 100 mg Ev	2023-05-16 18:00:00
2023-05-16 17:45:00	Dexametasona 4 mg Ev	2023-05-16 18:00:00
2023-05-16 17:45:00	Ceterolac 30 mg EV	2023-05-16 18:00:00
2023-05-16 17:45:00	Ondansetron 4 mg EV	2023-05-16 18:00:00

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A anestesia efetuada foi uma locorregional combinada com sedoanalgesia; o cliente foi informado da técnica anestésica, da necessidade da sua colaboração no posicionamento para a realização da mesma, da eficácia no controle da dor no pós-operatório, e da ocorrência de bloqueio sensitivo e motor no pós-operatório imediato. Assinou o consentimento informado, livre e esclarecido.

Os fármacos utilizados no bloqueio subaracnoideu são do grupo dos anestésicos locais. Estes distinguem-se pela sua farmacocinética em relação ao pH, pKa, duração de ação, toxicidade e baricidade (Sousa & Ambrósio, 2013)

Os fatores determinantes na distribuição dos anestésicos locais no espaço subaracnoideu são: as propriedades da solução anestésica, nomeadamente a baricidade, dose e volume e as características do cliente como a altura, anatomia da coluna vertebral, diminuição do volume do líquido cefalorraquidiano (LCR) 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 com o 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).

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

Nas soluções isobáricas, a gravidade não afeta a distribuição do fármaco, portanto a técnica pode ser realizada em qualquer posição e o cliente pode ser colocado de seguida na posição necessária para a cirurgia (NYSORA, 2022).

- **Bupivacaina hiperbárica** (Infarmed, 2017):

Indicações: utilizada na indução de anestesia local de forma prolongada por infiltração percutânea, bloqueio nervoso periférico e bloqueio nervoso central (anestesia caudal ou epidural); anestesia cirúrgica em adultos e crianças com idade superior a 12 anos; alívio da dor aguda em adultos, lactentes e crianças com idade superior a 1 ano.

Posologia e modo de administração: a experiência do médico e o conhecimento da condição física do cliente são importantes no cálculo da dose necessária. Deve ser utilizada a menor dose necessária para produzir uma anestesia adequada. Ocorrem variações individuais a nível do início da ação e da duração do efeito.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa ou a anestésicos locais do tipo amida ou a qualquer um dos excipientes; anestesia regional intravenosa (bloqueio de Bier); bloqueio paracervical a nível obstétrico; injeção de adrenalina contendo bupivacaína em áreas de artérias terminais (p. ex. bloqueio peniano, bloqueio de Oberst) pode causar necrose isquêmica dos tecidos; doenças ativas do Sistema Nervoso Central tais como: meningite, poliomielite e hemorragia intracraniana, degeneração subaguda combinada da medula devido a anemia perniciosa e tumores cerebrais e espinais; tuberculose da medula espinal; infecção piogénica da pele ou adjacente do local de punção lombar; choque cardiogénico ou hipovolémico; doenças da

coagulação ou tratamento anticoagulante a decorrer.

Advertências e precauções especiais de utilização: foram relatados casos de paragem cardíaca durante a utilização de bupivacaína em anestesia epidural ou em bloqueio dos nervos periféricos com tentativas de ressuscitação difíceis. Como todos os anestésicos locais, a bupivacaína, se usada em técnicas de anestesia local que resultem em concentrações sanguíneas elevadas do fármaco, no caso de injeção intravascular inadvertida, pode ter efeitos tóxicos agudos ao nível do sistema nervoso central e sistema cardiovascular; equipamento adequado de ressuscitação deve estar disponível sempre que for administrada anestesia local ou geral. Antes de se efetuar qualquer tentativa de bloqueio nervoso, deve ser estabelecido um acesso intravenoso para fins de ressuscitação.

Interações medicamentosas e outras formas de interação: a Bupivacaína deverá ser usada com precaução em clientes em tratamento com outros anestésicos locais ou agentes estruturalmente relacionados com os anestésicos locais do tipo amida, como por exemplo certos antiarrítmicos (lidocaína e mexiletina), visto os efeitos tóxicos sistémicos serem aditivos. Aconselha-se precaução no seu uso concomitante com medicamentos antiarrítmicos de classe III (amiodarona).

Efeitos indesejáveis: a injeção accidental no espaço subaracnoide pode levar a níveis muito elevados de anestesia espinal possivelmente com apneia e hipotensão grave.

Sobredosagem: a injeção intravascular accidental de anestésicos locais pode causar reações tóxicas sistémicas imediatas (de segundos a alguns minutos). Em caso de sobredosagem, a toxicidade sistémica aparece posteriormente (15-60 minutos após injeção) devido ao aumento mais lento na concentração sanguínea do anestésico local. Toxicidade sistémica aguda: as reações tóxicas sistémicas envolvem principalmente o sistema nervoso central (SNC) e o sistema cardiovascular.

Tratamento de toxicidade aguda: Se aparecerem sinais de toxicidade sistémica aguda, deve ser interrompida de imediato a injeção do anestésico local. O tratamento de um cliente com toxicidade sistémica consiste em suspender as convulsões e assegurar uma ventilação adequada com oxigénio, se necessário com ventilação assistida ou controlada (respiração). Se ocorrerem convulsões, estas devem ser tratadas imediatamente por injeção intravenosa de tiopental 100-200 mg ou diazepam 5-10 mg. Se ocorrer uma paragem cardíaca, deve ser instituída de imediato ressuscitação cardiopulmonar. É de vital importância manter uma oxigenação ótima e assistir a ventilação e circulação, bem como proceder ao tratamento da acidose. No caso de ocorrer depressão cardiovascular (hipotensão, bradicardia), deve ser considerado o tratamento apropriado com fluidos intravenosos, vasopressores, agentes inotrópicos e/ou emulsões lipídicas. A paragem cardíaca devido à bupivacaína pode ser resistente à desfibrilhação elétrica e a ressuscitação deve ser mantida durante um período prolongado. Bloqueio espinal alto ou total, que cause paralisia respiratória e hipotensão durante

a anestesia epidural, deve ser tratado com manutenção das vias aéreas e administração de oxigênio por ventilação assistida ou controlada.

Mecanismo de ação e efeitos farmacodinâmicos: o cloridrato de bupivacaína é um anestésico local de ação prolongada do tipo amida com efeitos anestésicos e analgésicos. Em doses elevadas produz anestesia cirúrgica, enquanto em doses inferiores produz bloqueio sensorial (analgesia) com bloqueio motor menos pronunciado. O início e a duração do efeito anestésico local da bupivacaína dependem da dose e do local de administração. A bupivacaína, como outros anestésicos locais, causa bloqueio reversível da propagação do impulso ao longo das fibras nervosas pela prevenção do fluxo de íons de sódio pela membrana celular das fibras nervosas. Os canais de sódio da membrana nervosa são considerados como recetores das moléculas dos anestésicos locais.

Absorção: a concentração plasmática de bupivacaína depende da dose, via de administração e vascularização do local de injeção. A bupivacaína demonstra uma absorção completa e bifásica a partir do espaço epidural, com semivida da ordem de 7 min e 6 horas. A absorção lenta é o fator limitante na eliminação da bupivacaína, o que explica o motivo pelo qual a semivida aparente de eliminação após administração epidural é mais prolongada do que após a administração intravenosa.

Distribuição e eliminação: metabolismo hepático

- **Solução polieletrólítica, solução para perfusão** (Infarmed, 2022):

Grupo farmacológico: corretivos das alterações hidroeletrolíticas;

Indicações terapêuticas: desidratação; hipovolémia (choque hemorrágico, queimaduras); Correção das alterações de fluídos e eletrólitos;

Efeitos adversos: sobrecarga hídrica e edema.

- **Fentanil** (Morujão 2013):

Grupo farmacológico: analgésico opióide;

Indicações terapêuticas: suplemento analgésico para a indução de anestesia, adjuvante na manutenção de anestesia geral;

Mecanismo de ação: liga-se a recetores opióides no SNC inibindo a libertação de neurotransmissores nociceptivos, tais como a substância P, o GABA, dopamina, acetilcolina e noradrenalina. Inibem também a libertação de insulina e glucagon® preserva a estabilidade cardíaca e inibe alterações hormonais derivadas de altas doses de stress e ansiedade;

Reações adversas: confusão, sonolência pós-operatória, visão turva, arritmia, bradicardia, hipotensão, depressão respiratória, broncoespasmo, laringospasmo, apneia, náuseas e vômitos, rigidez muscular;

Início de ação: o seu início de ação é de 30 segundos e o seu pico plasmático entre três a sete minutos. Tem uma duração de ação de vinte a trinta minutos;

Metabolismo: o seu metabolismo é hepático (70%);

Eliminação: a sua eliminação é renal (90%).

- **Propofol** (Morujão, 2013)

O propofol é o hipnótico mais usado na indução e manutenção da anestesia e na sedação.

Grupo farmacológico: anestésico geral;

Indicações terapêuticas: sedação para procedimentos de diagnóstico e cirúrgicos, isoladamente ou em associação com anestesia local ou regional, em adultos e crianças > 1 mês;

Mecanismo de ação: agonista recetores GABA (neurotransmissor inibidor no sistema nervoso central que causa relaxamento, sonolência);

Reações adversas: hipotensão, excitação mínima, cefaleias durante a fase de recobro, bradicardia, dor no local de aplicação, febre, depressão respiratória;

Contraindicações : está contraindicado em pessoas com alergia ao fármaco ou derivados do ovo;

Início de ação: o seu início de ação é de trinta a cinquenta segundos e tem uma duração de ação de cinco a dez minutos;

Metabolismo: o seu metabolismo é hepático;

Eliminação: a sua eliminação é urinária.

- **Cetorolac**_(Infarmed, 2018):

Grupo farmacológico: anti-inflamatório não esteroide;

Indicações terapêuticas: diminuir inflamação (dor, edema e rubor) pós-operatória;

Mecanismo de ação: inibe a ciclo-oxigenase, que é responsável pela produção de prostaglandinas (mediadores inflamatórios);

Reações adversas: náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, dor abdominal, retenção urinária, cefaleias, aumento de frequência urinária;

Distribuição: mais de 99 % do Cetorolac no plasma encontra-se ligado às proteínas;

Metabolismo: o Cetorolac é metabolizado em grande parte no fígado;

Eliminação: a principal via de eliminação do Cetorolac e seus metabolitos é renal.

- **Ondansetrom**_(Infarmed, 2022):

Grupo farmacológico: antiemético;

Indicações terapêuticas: prevenção e tratamento de náuseas e vômitos do pós-operatório;

Mecanismo de ação: antagonista dos recetores 5HT₃;

Reações adversas: aumento do tempo do trânsito no intestino, podendo resultar em obstipação, sensação de rubor e calor, cefaleias e soluços.

- **Paracetamol** (Infarmed, 2022):

Grupo farmacológico: analgésico e antipirético;

Indicações terapêuticas: indicado para tratamento de dor ligeira a moderada e pirexia;

Mecanismo de ação: inibição da síntese das prostaglandinas ou de outras substâncias que sensibilizam os recetores da dor para os estímulos mecânicos e químicos. A ação antipirética exerce-se por ação a nível central do centro termorregulador hipotalâmico produzindo vasodilatação periférica, o que causa aumento de sudorese e do fluxo sanguíneo através da pele e perda de calor;

Efeitos adversos: hipotensão, náuseas e vômitos, cefaleias, sonolência;

Absorção: a farmacocinética do Paracetamol é linear até 2 g após administração única e após administração repetida durante 24 horas;

Metabolismo: o Paracetamol é metabolizado maioritariamente no fígado seguindo duas vias hepáticas principais;

Eliminação: os metabolitos do Paracetamol são excretados principalmente pela urina.

- **Dexametasona** (infarmed, 2021):

Grupo farmacológico: hormonas e medicamentos usados no Tratamento das doenças endócrinas/ corticosteróides/ glucocorticóides;

Indicações terapêuticas: diminuir a inflamação e antiemético;

Mecanismo de ação: controla a síntese de mediadores inflamatórios como as prostaglandinas e leucotrienos, através da fosfolipase A2 e lipocortinas. pode ser usada como antiemético: inibição da libertação de opioides endógenos, da inibição serotoninérgica no trato gastrointestinal e diminuindo impulsos parassimpáticos para a área postrema;

Reações adversas: retenção de líquidos, hipertensão, aumento da probabilidade de infeção, risco de alterações dos eletrólitos, insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas ou convulsões;

Biotransformação: o metabolismo da Dexametasona ocorre no fígado;

Eliminação: a Dexametasona é excretada principalmente por via renal.

- **Tramadol**_(Infarmed, 2019):

Grupo farmacológico: analgésico opióide;

Indicações terapêuticas: dor moderada a intensa;

Mecanismo de ação: liga-se aos recetores opioides;

Reações adversas: cefaleias; suores; depressão respiratória; náuseas e vômitos, obstipação, sintomas gastrointestinais, hipertonia; convulsões;

Metabolismo: o Tramadol é metabolizado pela enzima hepática CYP2D6;

Farmacocinética: o Tramadol tem alta afinidade tecidual. A taxa de ligação às proteínas plasmáticas é de cerca de 20%;

Eliminação: o Tramadol e os seus metabolitos são eliminados quase exclusivamente por via renal.

Bibliografia

Campos, R. S., (2013). Analgésicos Não Opioides e Anestésicos Locais. In H., Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia*, (Capítulo 18, pp. 259-271). Lidel.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

<https://mymedfarma.com/pt/principios-ativos/601-electrolitos/71-solucao-para-perfusao/3148-solucao-polielectrolitica-basi-sol-p-perf>

<https://www.infarmed.pt/web/infarmed/servicos-on-line/pesquisa-do-medicamento>

Morujão, N. (2013). Anestésicos intravenosos opioides e agentes inalatórios. In H., Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia*, (Capítulo 16, pp. 235-258). Lidel.

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

Sousa M. C., Ambrósio R. (2013). Anestesia do Neuroeixo. In Machado, H., *Manual de Anestesiologia* (pp. 298-301). Lidel.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Procedimento invasivo

16-05-2023 16:30

Procedimento invasivo [RESOLVIDO] 16-05-2023 18:00

Tipo de procedimento invasivo: Hemorroidectomia programada para 16/5/2023.

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.20 °C.

O cliente verbaliza o seu nome e data de nascimento

O cliente verbaliza que cumpriu o jejum pré operatório de 6 horas

O cliente verbaliza que não tem alergias conhecidas

O Cliente verbaliza ter realizado banho pré-operatório com clohorexidina no dia anterior e no dia da cirurgia

O cliente verbaliza que removeu próteses e adornos

O cliente verbaliza os seus antecedentes clínicos e cirúrgicos

O Cliente verbaliza sobre a sua medicação domiciliária

O cliente verbaliza que não tomou nenhuma medicação domiciliária no dia da cirurgia

O Cliente verbaliza que não faz medicação anticoagulante ou antiagregante

O cliente que está informado e esclarecido sobre o procedimento invasivo

O cliente verbaliza que está informado e esclarecido sobre o procedimento anestésico

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 16-05-2023 18:00

16-05-2023 16:30 - Vigiar temperatura corporal [FIM] 16-05-2023 18:00

16-05-2023 16:30 - Avaliar conforto térmico do cliente [FIM] 16-05-2023 17:45

Conhecimento sobre procedimento cirúrgico [RESOLVIDO] 16-05-2023 16:45

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:30 - Avaliar conhecimento sobre procedimento cirúrgico cirúrgico [FIM]

16-05-2023 16:45

16-05-2023 16:30 - Efetuar verificação pré operatória [FIM] 16-05-2023 16:45

Conhecimento sobre procedimento anestésico [RESOLVIDO] 16-05-2023 16:45

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:30 - Avaliar conhecimento sobre procedimento anestésico [FIM]

16-05-2023 16:45

16-05-2023 16:45

Tipo de procedimento invasivo: Hemorroidectomia a 16/5/2023.

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 72 pulsações por minuto.

Pulso de amplitude mediana e regular.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 138 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 76 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.20 °C.

Posicionamento cirúrgico [RESOLVIDO] 16-05-2023 17:45

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:45 - Posicionar em decúbito ventral utilizando equipamentos e superfícies de suporte [FIM] 16-05-2023 17:45

16-05-2023 17:45

Tipo de procedimento invasivo: Hemorroidectomia.

Perda sanguínea

Ânus: Sem perda sanguínea aparente.

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 124 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 67 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.20 °C.

Atitudes terapêuticas

16-05-2023 16:45

Oxigenoterapia

FiO2: 28 %.

Débito de oxigênio: 4.00 L/min.

Simetria dos movimentos respiratórios- movimentos respiratórios simétricos

Saturação de oxigênio-99%

Coloração das pele e mucosas- pele e mucosas coradas

Frequência respiratória - 14 ciclos por minutos

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:45 - Manter oxigenoterapia

16-05-2023 16:45 - Observar simetria dos movimentos respiratórios

16-05-2023 16:45 - Monitorizar Sat O2

16-05-2023 16:45 - Vigiar Sat O2

16-05-2023 16:45 - Vigiar coloração de pele e mucosas

16-05-2023 16:45 - Monitorizar frequência respiratória

16-05-2023 16:45 - Vigiar frequência respiratória

16-05-2023 17:45

FiO2: 28 %.

Débito de oxigênio: 4.00 L/min.

Simetria dos movimentos respiratórios- movimentos respiratórios simétricos

Saturação de oxigênio-99%

Coloração das pele e mucosas- pele e mucosas coradas

Frequência respiratória - 12 ciclos por minuto

16-05-2023 18:00

FiO2: 24 %.

Débito de oxigênio: 2.00 L/min.

Movimentos respiratórios simétricos

Saturação oxigênio- 98%

Pele e mucosas coradas

frequência respiratória- 12 ciclos / minuto

Sondas, Drenos e Cateteres

16-05-2023 16:30

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: Abocath 20 G.

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

16-05-2023 16:30 - Otimizar cateter venoso periférico

16-05-2023 16:30 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico

16-05-2023 16:45

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: Abocath 20 G.

Presença de dor- Não

Presença de calor- Não

Presença de rubor -Não

Presença de tumefação -Não

Presença de exsudado -Não

Presença de infiltração -Não

Sonda de oxigênio

Características do dispositivo: Cânula nasal.

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:45 - Otimizar sonda de oxigênio

16-05-2023 17:45

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: Abocath 20 G.

16-05-2023 18:00

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: Abocath 20 G.

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

Procedimento invasivo

O cliente vai efetuar o procedimento invasivo descrito no enquadramento teórico na expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida. Todos os procedimentos cirúrgicos são realizados num contexto de ambiente de perioperatório, sendo este um ambiente complexo, com alta tecnologia, elevado número de dispositivos médicos e necessidade de controlo ambiental constante e rigoroso, com situações de enorme risco. Assim neste contexto devem-se prestar cuidados de enfermagem 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 (Colégio Especialidade Médico-cirúrgica, 2017).

Nesse sentido o enfermeiro perioperatório é o profissional que identifica as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais da pessoa, e desenvolve e implementa um plano individualizado de intervenções de enfermagem, com base no conhecimento das ciências naturais e do comportamento. Deste modo o objetivo é manter a saúde e o bem-estar do cliente antes, durante e após a cirurgia, pelo desenvolvimento de atividades no sentido de dar resposta às necessidades do mesmo nas fases pré, intra e pós-operatória (Ferrito, 2021). A fase do pré-operatório inicia-se quando o cliente e o médico se decidem pela cirurgia e termina quando o cliente é transferido para a mesa operatória. Durante este período, as intervenções de enfermagem são essencialmente de suporte, ensino e preparação para os procedimentos anestésicos e cirúrgicos.

Tal como preconizado para a realização da cirurgia prevista, Hemorroidectomia, o cliente refere ter tido uma avaliação e preparação prévia com realização de consulta pré-operatória e anestésica onde lhe foi transmitido um conjunto de informações, com o objetivo de efetuar a preparação para a intervenção e para a continuidade de cuidados no pós-operatório. Foram-lhe transmitidas informações no sentido de potenciar o seu conhecimento, nomeadamente no que diz respeito a jejum, tricotomia e banho pré-operatório, bem como preparação intestinal; refere que lhe foi, ainda, entregue um folheto informativo onde se encontravam expressos esses cuidados.

O hospital é um ambiente gerador de ansiedade nos clientes, principalmente naqueles que vão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica. O enfermeiro perioperatório deve ter um papel não só centrado nas técnicas, mas também de relação de ajuda nomeadamente a empatia, o respeito, a compreensão, a escuta ativa, o encorajamento a exprimir emoções no sentido de ajudar o cliente a ultrapassar a situação geradora de crise e de stress. São de relevar, no

acolhimento do cliente, todas estas dimensões do cuidar (AESOP, 2012). Na admissão no bloco operatório, ao fazer o acolhimento do cliente, o enfermeiro vai identificar as suas necessidades fisiológicas e psicológicas, implementando um plano de cuidados de intervenções de enfermagem, com o objetivo de manter o seu bem-estar antes do procedimento cirúrgico (Ferrito, 2021). O enfermeiro recebe o cliente no serviço e presta os cuidados necessários, proporcionando segurança. Nesta fase são importantes: a escuta, que incentiva o cliente a questionar sobre as suas dúvidas e estabelecer uma relação de confiança; o diálogo, que orienta o cliente sobre o que vai acontecer; o apoio, onde é promovida ajuda e conforto e são identificadas necessidades de informação; e o vínculo, que orienta o cliente sobre os tratamentos e/ou procedimentos (Baleizão, 2018).

No acolhimento, são avaliados o conhecimento sobre as informações transmitidas nas consultas e se foram cumpridos os critérios preconizados para a realização do procedimento cirúrgico, com segurança. O enfermeiro do perioperatório efetua a identificação inequívoca do cliente envolvendo-o na validação dos seus dados, confirmando com o cliente o seu nome completo e data de nascimento, e o nome pelo qual prefere ser tratado, respeitando a sua individualidade, interpretando a sua expressão verbal e não verbal. Neste momento deve ser verificada a identificação do processo clínico e exames de diagnóstico, assim como a pulseira de identificação do cliente (DGS, 2011). O enfermeiro deve ter um conhecimento prévio de alguns parâmetros para que possa antecipar necessidades do cliente e da equipa cirúrgica.

São avaliados dados sobre o conhecimento pré-operatório como o jejum pré-operatório, o cumprimento do banho pré cirúrgico conforme orientações da DGS (2013) e remoção de próteses e adornos. É confirmada com o cliente a cirurgia a que vai ser submetido, e efetuada a lista de verificação pré-operatória. Após avaliação do conhecimento e recolha de dados é efetuado o término dos diagnósticos relacionados com o conhecimento perioperatório.

Um dos critérios definidos no regulamento nº 429/2018 (Direção da república, 2ª série nº135, 2018) que define as Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória para capacitar a pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica, é assegurar que a pessoa compreende a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão, bem como garantir o cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com o consentimento informado. A validação do consentimento informado para o procedimento cirúrgico e anestésico, assinado pelo cliente, deve ser efetuada no momento do acolhimento. O enfermeiro deve estar disponível para responder a questões e esclarecer dúvidas.

A manutenção da temperatura corporal deve ser promovida no acolhimento e em todas as fases do perioperatório, avaliando-se a temperatura corporal assim como o conforto térmico do cliente (AESOP, 2017), para prevenir complicações decorrentes de hipotermia inadvertida, bem como prevenir a infeção do local cirúrgico (DGS, 2015). Williams (2018) enfatiza a importância

do pré-aquecimento como fator determinante na manutenção da normotermia perioperatória. Este aquecimento pode ser feito através do recurso a manta de aquecimento ou a dispositivos de aquecimento de ar forçado (AESOP, 2012).

O cliente é encaminhado para a sala operatória que já se encontra preparada com todo o material/ dispositivos necessários para a intervenção cirúrgica, bem como para o procedimento anestésico. A preparação da sala operatória deve ser efetuada antecipadamente tendo em conta a segurança do ambiente e gestão de riscos. O papel do enfermeiro no intraoperatório tem em conta um conjunto de atividades, tais como as que se relacionam com a segurança e a prevenção da infeção, o controlo da dor, a manutenção da temperatura corporal, a adequação dos procedimentos cirúrgicos, as quais são consideradas observáveis, mensuráveis, visíveis e demonstráveis através de resultados e estão relacionadas com a tomada de decisão (AESOP, 2012).

Na sala operatória, é importante a comunicação entre a equipa para a manutenção da segurança durante todo o procedimento. No ambiente perioperatório os fluxos de comunicação são intensos, a atividade profissional em equipas interdisciplinares, o circuito perioperatório com múltiplas transferências de cuidados, e exigências de procedimentos complexos, associados à elevada dependência da pessoa sob anestesia (Colégio Especialidade Médico-cirúrgica, 2017).

É efetuada vigilância de parâmetros hemodinâmicos no sentido de antecipar eventos adversos e prevenir complicações: a monitorização de parâmetros hemodinâmicos cardiorrespiratórios para a prevenção de complicações é essencial. Está preconizada a monitorização standard básica que compreende a monitorização eletrocardiográfica, a avaliação da pressão arterial, da saturação de oxigénio, da respiração, capnografia, parâmetros ventilatórios, nível de sedação e nível de relaxamento muscular.

Posicionamento cirúrgico

O posicionamento cirúrgico é essencial na realização de um procedimento invasivo (Lopes et al., 2016). Para tal devem ser consideradas as especificidades do cliente, preferências do cirurgião para a melhor exposição do local cirúrgico, técnica cirúrgica a ser realizada e o acesso necessário para a administração de medicamentos, monitorização e ventilação do cliente pelo anestesista. A atuação do enfermeiro perioperatório é fundamental. Ele deve ter conhecimento das alterações anatómicas e fisiológicas decorrentes do posicionamento cirúrgico no organismo do cliente, bem como dos equipamentos e dispositivos disponíveis para auxiliar a execução do mesmo, possibilitando o planeamento e implementação de intervenções efetivas para garantir a prevenção de complicações que podem ocorrer em virtude da permanência prolongada do cliente em cada tipo de posição cirúrgica (Lopes et al, 2016). A Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO) poderá ser uma mais valia para a tomada de decisão dos enfermeiros do perioperatório, permitindo identificar os clientes de alto risco de desenvolvimento de lesões, procedendo à conceção de

cuidados diferenciados durante o período intraoperatório, de modo a implementar intervenções preventivas do desenvolvimento de lesões ou outras complicações, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Guimarães, 2022).

Atitudes terapêuticas

Oxigenoterapia

A ação dos fármacos administrados para a sedoanalgesia, provocam alterações no estado de consciência, que podem provocar hipoventilação ou alteração do gradiente alvéolo arterial, pelo que o enfermeiro cumpre a prescrição de iniciar e manter a oxigenoterapia e vigiar a respiração e evolução da ventilação durante a cirurgia, no fim da mesma e no período pós-operatório (Liu et al., 2021). O tratamento com oxigénio por cateter nasofaríngeo é efetivo para a manutenção de níveis adequados de pressão alveolar de oxigénio e no tratamento da hipoxemia, contribui ainda para a redução da infeção do local cirúrgico da ferida operatória e a incidência de náuseas e vômitos (Maciel et al., 2017).

Sondas, Drenos e Cateteres

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 prevenção de complicações das quais salientamos a infeção da corrente sanguínea (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 é o profissional de saúde de primeira linha responsável pela colocação do cateter venoso periférico, manutenção do acesso venoso e respetiva remoção do dispositivo (Miranda, Coiado, Silva & Alves, 2012). Deve deter as competências técnicas e teóricas, e ter em consideração o estado clínico do cliente, as características do seu sistema vascular, os fármacos administrados e o tempo previsto para a terapêutica (Steffens & Brandão, 2012). Segundo Arreguy-Sena e Carvalho (2009), 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. Deve ser colocado um cateter com o calibre adequado às necessidades do cliente durante a realização do procedimento cirúrgico e anestésico; é colocado no dorso da mão e/ou antebraço para permitir a administração de medicamentos e soluções (Maya, 2022).

Sonda de oxigénio

A cânula nasal é o dispositivo mais utilizado, tanto pela disponibilidade quanto pela facilidade no seu uso. É um dispositivo simples, de baixo fluxo (até 6 L/min), fornecendo uma FiO₂ de, no máximo, 45%. A sua principal indicação é na hipoxemia leve, conseguindo revertê-la na maioria dos casos em que há uma diminuição leve da SatO₂ (92-94%). A sua principal desvantagem é que o uso prolongado, ou aplicação de fluxos altos, podem levar a ressecamento da mucosa nasal ou até lesões na mesma (Sanar, 2022).

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.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2012). *Enfermagem Perioperatória Da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidata

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2017). *Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida. Práticas recomendadas para Bloco operatório*.

Baleizão, A. B. C. (2018). *Promoção do Acolhimento do Doente Oncológico ao Bloco Operatório: Cuidados de Enfermagem (relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)*

Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, (2017). *PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA*

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.

Direção da república, 2ª série nº135, 16 julho de 2018. *Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico- cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória*.

Direção Geral de Saúde (2011). Norma 018/2011: Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos clientes em instituições de saúde. Lisboa DR, 2ª série, nº 187, 24 de setembro de 2021, despacho nº 9390/2021. *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Clientes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2013). Norma nº 024/2013. *Prevenção da Infecção do Local cirúrgico. Disponível em : https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024_2013-Prevenção-da-Infecção-do-Local-Cirúrgico.pdf*.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2015). Norma nº 020/2015. *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico*.

Ferrito, C. (2021) *Conceitos básicos de enfermagem perioperatória*. In Duarte, A. & Martins, O.,

Enfermagem em bloco operatório (pp.3 -9). Lidel

Guimarães, A. (2022). Adaptação Cultural e Validação da Escala de Avaliação de Risco Para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico. (Tese de mestrado , Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico de Acesso Aberto em <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2787>

Heydinger, 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. *P e d i a t r i c H e a l t h , M e d i c i n e a n d T h e r a p e u t i c s* , 13 , 155 - 163. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S358250>

Liu, K., Scott, J. B., Jing, G., & Li., J. (2021). Management of Postoperative Hypoxemia. *Respiratory Care*, 66(7), 1136–1149. <https://doi.org/10.4187/respcare.08929>

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

Maciel, B. L., Nunes, F.C., Pereira N.H.C., Nascimento P.D.F.S., Periañez C.A.H., Caetano E.P.S., Nakagawa L.M.S., Simino G.P.R., Mattia A.L. (2017). Oxygenotherapy related to peripheral oxygen saturation in patients in the anesthetic recovery room. *Revista SOBECC*, São Paulo. 22(2): 60-67

Maya A. M. S. (2022) Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. *Invest. Educ. Enferm.* ; 40(2):e02. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>.

Miranda, S., Coiado, C., Silva, R., & Alves, A. (2012). Complicações e riscos em Terapias Intravenosas. In W. Malagutti, & H. Roehrs (eds.), *Terapia intravenosa: atualidades* (pp.45-58). São Paulo: Martinari.

Sanar (2022). Oxigenoterapia- Manual dos dispositivos de oxigenação Santos, L. dos, & Barreto, A. (2018). Enfermagem Frente Ao Cateterismo Vesical De Demora. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos* , 1(3), 109–119.

Steffens, A., & Brandão, D. (2012). Introdução à Terapia intravenosa: visão global. In W. Malagutti, & H. Roehrs (eds.), *Terapia intravenosa: atualidades* (pp.33-44). São Paulo: Martinari.

Williams, A. (2018). Benefits of Passive Warming on Surgical Patients Undergoing Regional Anesthetic Procedures. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(6), 928–934.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
16-05-2023 16:30	Procedimento invasivo	16-05-2023 18:00
16-05-2023 16:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
16-05-2023 16:45	Sensibilidade	
16-05-2023 16:45	Sistema respiratório	
16-05-2023 16:45	Sistema cardiovascular	
16-05-2023 16:45	Pele	
16-05-2023 16:45	Termorregulação	
16-05-2023 16:45	Atitudes terapêuticas	
16-05-2023 16:45	Sedação/ Anestesia	16-05-2023 18:00
16-05-2023 18:00	Consciência	
16-05-2023 18:00	Dor	
16-05-2023 18:00	Digestão	
16-05-2023 18:00	Eliminação urinária	

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

Procedimento invasivo

O domínio aparece associado ao procedimento cirúrgico, sendo este um procedimento invasivo para o cliente. Neste domínio, o enfermeiro perioperatório desenvolve um conjunto de atividades para dar resposta às necessidades do cliente submetido a cirurgia, elaborando um plano de cuidados que garanta a segurança e a qualidade e que vise dar resposta às suas necessidades. Essas atividades incluem a preparação do ambiente físico, a manutenção de um ambiente físico e psicológico seguros, a promoção de boas práticas cumprindo a técnica asséptica na realização dos procedimentos, a correta transferência e posicionamento do cliente, a facilitação do procedimento, a prevenção de complicações e a satisfação das necessidades fisiológicas do cliente (AESOP, 2012).

Sondas, Drenos e Cateteres

A colocação de um cateter venoso periférico para garantir um acesso venoso em perfeitas condições, é fundamental para as intervenções relacionadas com a anestesia e administração de fármacos (Maya, 2022). Para a realização do bloqueio subaracnoideu é necessário que o cliente tenha um acesso venoso permeável e como efetuou sedação deve fazer oxigenoterapia suplementar (APCA, 2014).

Sensibilidade

Este domínio prende-se com o procedimento anestésico efetuado, levando a um bloqueio simpático, sensitivo e motor (Sousa & Ambrósio, 2013).

Sistema cardiovascular

As implicações dos fármacos administrados na anestesia, do posicionamento e de complicações cirúrgicas (hemorragia), podem produzir alterações a nível do sistema cardiovascular, pelo que a ponderação deste domínio se torna essencial. A vigilância e manutenção da função cardio-circulatória, através da respetiva monitorização de sinais vitais tais como a pressão arterial, o pulso, e características do traçado cardíaco, a coloração e temperatura da pele e mucosas, são importantes intervenções do enfermeiro para que identifique sinais e sintomas de complicações cirúrgicas ou anestésicas através de alterações dos sinais vitais (AESOP 2012).

Pele

Este domínio foi considerado porque, para a realização de um procedimento cirúrgico, o cliente perde a capacidade de se defender pelos seus próprios meios, provocada pelos fármacos utilizados na anestesia. Por esse motivo, as úlceras de pressão podem estar relacionadas com a proteção inadequada durante a intervenção cirúrgica, uma vez que todas as posições estão associadas a pressões anormais sobre a superfície corporal. Estas pressões podem levar a uma redução na pressão de perfusão dos tecidos, que resulta em isquemia e posteriormente leva ao aparecimento de úlceras (Menezes et al., 2013).

Uma das complicações cirúrgicas referidas é a infeção da ferida cirúrgica; em relação à prevenção de infeção ferida cirúrgica tem-se em consideração que a infeção do local cirúrgico (ILC) ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco) nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano no caso de colocação de prótese ou implante/transplante (DGS, 2013). O risco de infeção depende de muitos fatores relacionados com o cliente (infeção pré-existente, idade avançada, tabagismo, obesidade, diabetes entre outros), assim como de fatores cirúrgicos (duração do ato cirúrgico e a assepsia do procedimento cirúrgico). O sucesso na prevenção da ILC está sujeita à combinação de várias medidas básicas, incluindo a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica asséptica, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios (DGS, 2022).

Termorregulação

O domínio da termorregulação foi tido em consideração, pois é de extrema importância a prevenção de complicações decorrentes da hipotermia inadvertida perioperatória, que pode decorrer, neste caso, da anestesia efetuada (bloqueio subaracnoideu) e dos efeitos secundários dos agentes farmacológicos envolvidos no processo anestésico (AESOP, 2017), bem como pela exposição física da área cirúrgica ao ambiente frio da sala de operações (AESOP, 2017).

No pré-operatório está preconizada a monitorização da temperatura e o pré-aquecimento do

cliente com um dispositivo de ar forçado, 30 minutos antes da transferência para o bloco operatório; estas intervenções têm como objetivo manter a normotermia durante o procedimento cirúrgico, dado que a hipotermia inadvertida está associada à diminuição do metabolismo dos fármacos, ao aumento de coagulopatias, disritmias cardíacas, hiperglicemia e alteração da agregação plaquetária, o que por sua vez pode potenciar o aumento do tempo de internamento e de complicações associadas à cicatrização da ferida cirúrgica (Lau et al., 2018).

Durante o intraoperatório é primordial manter as intervenções para a prevenção da hipotermia, garantido que o cliente preserva uma temperatura superior ou igual a 36°C; para tal, preconiza-se a avaliação da temperatura em intervalos de 30 minutos, a exposição corporal deve ser minimizada ao estritamente necessário e deve-se evitar que a superfície corporal esteja, desnecessariamente, em contacto com líquidos resultantes da desinfeção da pele ou de soros usados durante a cirurgia, dado que isso potencia as perdas de calor. Por último, deve ser ligada a manta de aquecimento por ar forçado antes da colocação dos campos cirúrgicos, pois como refere Munday et al. (2014) na sua revisão sistemática da literatura, o aquecimento por ar forçado apresenta-se como eficaz e seguro na manutenção da normotermia. A relevância do conforto térmico traduz-se na redução do nível de ansiedade e incrementa o nível de satisfação da pessoa para com os cuidados prestados (Roberson et al., 2013).

Atitudes terapêuticas

A consideração deste domínio prende-se com o uso de oxigenoterapia para minimizar os efeitos de hipoventilação causado pelos fármacos usados na sedoanalgesia e pelo posicionamento em decúbito ventral que, por si só, causa alterações respiratórias a nível da ventilação/perfusão.

Sedação/ Anestesia

Para realizar um procedimento cirúrgico, os clientes devem ser submetidos a algum tipo de anestesia: geral, local ou regional. Neste caso específico, foi efetuado um bloqueio subaracnoideu a nível de L3- L4 e sedoanalgesia. O bloqueio subaracnoideu é comumente utilizado para anestesia e/ou analgesia em procedimentos cirúrgicos dos membros inferiores, zona pélvica e aparelho uroginecológico (Sousa & Ambrósio, 2013).

Sistema respiratório

As possíveis complicações da cirurgia, do posicionamento cirúrgico, bem como efeitos secundários dos fármacos associados ao procedimento anestésico interferem a nível do sistema respiratório. Pelo exposto, este domínio requer um conjunto de intervenções de vigilância e avaliação contínua ao longo do período intraoperatório, e posteriormente no pós-operatório, com o objetivo de detetar complicações e permitir intervir rapidamente. O planeamento dos cuidados de enfermagem passa por intervenções de monitorização, vigilância e despiste de complicações e intervenções imediatas de suporte ventilatório. O reconhecimento precoce de complicações pode minimizá-las monitorizando a frequência respiratória, oximetria de pulso,

bem como a administração de oxigénio (Maya, 2022).

Consciência

Nesta cirurgia, além do bloqueio subaracnoideu foi efetuada uma sedoanalgesia e induzido um estado de inconsciência reversível, pelo que se torna importante a vigilância da consciência do cliente até à sua recuperação e capacidade de comunicação (Maya, 2002).

Dor

A dor é descrita como uma complicação cirúrgica deste procedimento pelo que o controlo eficaz da mesma é um passo fundamental para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde. Se o tratamento da dor pós-operatória for ineficaz, a curto prazo pode gerar alterações fisiopatológicas importantes nos diferentes sistemas orgânicos, prolongando o tempo de recobro e levando a menor participação do cliente na sua reabilitação, menor satisfação e alta mais tardia. O bom controlo da dor pós-operatória traz muitos benefícios que vão desde a deambulação precoce, diminuição da incidência de náuseas e vômitos, e agitação, evitando a manipulação constante da incisão cirúrgica com menor formação de edema e de eventuais hematomas, com melhores condições para a cicatrização e recuperação (Martins, 2013).

Digestão

Este domínio foi considerado porque 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 cliente, também pode estar na origem das náuseas e do vômito (Nysora, 2022).

Eliminação urinária

Associada ao bloqueio subaracnoideu pode surgir a retenção urinária no pós-operatório; esta pode ocorrer devido a vários fatores relacionados com o cliente, 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 (APCA, 2014 ; Nysora, 2022).

Bibliografia

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2012). Funções dos Enfermeiros na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos- UCPA. Enfermagem Perioperatória Da filosofia à prática dos cuidados. Lusodidata

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP (2017). Práticas

recomendadas para bloco operatório: prevenção e controlo da hipotermia perioperatória i n a d v e r t i d a . R e t i r a d o d e : <http://www.ulsguarda.minsaude.pt/wpcontent/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>

Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (2014). Recomendações Para Anestesia Regional em Cirurgia Ambulatória <https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional2.pdf>

Direção geral saúde Norma nº 024/2013 de 23/12/2013. Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

Direção-Geral de Saúde Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

Lau, A., Lowlaavar, N., Cooke, E. M., West, N., German, A., Morse, D. J., Görges, M., & Merchant, R. N. (2018). Effect of preoperative warming on intraoperative hypothermia: a randomizedcontrolled trial. *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal Canadien d’anesthesie*, 65(9), 1029-1040. <https://doi.org/10.1007/s12630-018-1161-8>

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

Martins, F. (2013). Unidade de cuidados pós anestésicos. In H., Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia*, (pp. 635-648). Lidel.

Maya A. M. S. (2022) Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. *Invest. Educ. Enferm.* ; 40(2):e02. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>.

Menezes S., Rodrigues,R., Tranquada R., Muller, S., Gama, K., Manso, T. (2013). Lesões decorrentes do posicionamento para cirurgia: incidência e fatores de risco, *Revista científica ordem dos médicos. Acta Medica Portuguesa*, 26(1), (12-16)

Munday, J., Hines, S., Wallace, K., Chang, A. M., Gibbons, K., & Yates, P. (2014). A Systematic Review of the Effectiveness of Warming Interventions for Women Undergoing Cesarean Section.

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

Roberson, M. C., Dieckmann, L. S., Rodriguez, R. E., & Austin, P. N. (2013). A Review of the Evidence for Active Preoperative Warming of Adults Undergoing General Anesthesia. *AANA Journal*, 81(5), 351-356.

Sousa M. C., Ambrósio R. (2013). Anestesia do Neuroeixo. In Machado, H., *Manual de Anestesiologia* (pp. 298-301). Lidel.

4.6. Dados

Consciência

16-05-2023 18:00

Abertura dos olhos: espontânea.

Resposta verbal: orientada.

Resposta motora: obedece a ordens simples.

Consciência comprometida

Sensibilidade

16-05-2023 16:45

Sensibilidade superficial

Membro inferior Direita(o)

Sensibilidade tátil inespecífica, comprometida.

Sensibilidade térmica comprometida.

Sensibilidade dolorosa comprometida.

Membro inferior Esquerda(o)

Sensibilidade tátil inespecífica, comprometida.

Sensibilidade térmica comprometida.

Sensibilidade dolorosa comprometida.

Sensibilidade profunda

Membro inferior Direita(o)

Sensibilidade propriocetiva comprometida.

Sensibilidade vibratória comprometida.

Sensibilidade discriminativa comprometida.

Membro inferior Esquerda(o)

Sensibilidade propriocetiva comprometida.

Sensibilidade vibratória comprometida.

Sensibilidade discriminativa comprometida.

Sensibilidade comprometida

16-05-2023 17:45

Sensibilidade superficial

Membro inferior Direita(o)

Sensibilidade tátil inespecífica, comprometida [MANTEVE].

Sensibilidade térmica comprometida [MANTEVE].

Sensibilidade dolorosa comprometida [MANTEVE].

Membro inferior Esquerda(o)

Sensibilidade tátil inespecífica, comprometida [MANTEVE].

Sensibilidade térmica comprometida [MANTEVE].

Sensibilidade dolorosa comprometida [MANTEVE].

Sensibilidade profunda

Membro inferior Esquerda(o)

Sensibilidade propriocetiva comprometida [MANTEVE].

Sensibilidade vibratória comprometida [MANTEVE].
Sensibilidade discriminativa comprometida [MANTEVE].
Membro inferior Direita(o)
Sensibilidade propriocetiva comprometida [MANTEVE].
Sensibilidade vibratória comprometida [MANTEVE].
Sensibilidade discriminativa comprometida [MANTEVE].

16-05-2023 18:00

Sensibilidade superficial
Membro inferior Direita(o)
Sensibilidade tátil inespecífica, comprometida [MANTEVE].
Sensibilidade térmica comprometida [MANTEVE].
Sensibilidade dolorosa comprometida [MANTEVE].
Membro inferior Esquerda(o)
Sensibilidade tátil inespecífica, comprometida [MANTEVE].
Sensibilidade térmica comprometida [MANTEVE].
Sensibilidade dolorosa comprometida [MANTEVE].
Sensibilidade profunda
Membro inferior Direita(o)
Sensibilidade propriocetiva comprometida [MANTEVE].
Sensibilidade vibratória comprometida [MANTEVE].
Sensibilidade discriminativa comprometida [MANTEVE].
Membro inferior Esquerda(o)
Sensibilidade propriocetiva comprometida [MANTEVE].
Sensibilidade vibratória comprometida [MANTEVE].
Sensibilidade discriminativa comprometida [MANTEVE].

Dor

16-05-2023 18:00

Dor

Expressão facial: Relaxada.
Choro/vocalização: Sem vocalização da dor.
Localização da dor
Ânus
Intensidade da dor - sem dor.

Sistema respiratório

16-05-2023 16:45

Frequência respiratória: 14 ciclos/min.
Ritmo respiratório regular.
Movimento respiratório simétrico.
Profundidade da ventilação: inspirações normais.
Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
Saturação do oxigénio no sangue
Periférico(a): 99 %.
Coloração da mucosa: rosada.
Não comunica falta de ar.

Ventilação comprometida

16-05-2023 17:45

Frequência respiratória: 12 ciclos/min.
Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
Saturação do oxigênio no sangue
 Periférico(a): 98 %.
Coloração da mucosa: rosada.
Não comunica falta de ar [MANTEVE].

16-05-2023 18:00

Frequência respiratória: 14 ciclos/min.
Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
Saturação do oxigênio no sangue
 Periférico(a): 98 %.
Coloração da mucosa: rosada.
Não comunica falta de ar [MANTEVE].
Reflexo da tosse: presente.
Expele as secreções das vias aéreas.
Sons respiratórios: normais.
Secreções em pequena quantidade.
Secreções normais.
Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

16-05-2023 16:45

Localização do Pulso

Tórax

Pulso de amplitude mediana e regular.
Pulso rítmico.
Pulso simétrico.
Frequência do pulso: 72 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 138 mm Hg.
Pressão sanguínea diastólica: 76 mm Hg.

Temperatura das extremidades

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

Coloração das extremidades

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

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

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

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

Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Perfusão dos tecidos periféricos comprometida

16-05-2023 17:45

Localização do Pulso

Tórax

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Pulso rítmico [MANTEVE].

Pulso simétrico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 124 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 67 mm Hg.

Temperatura das extremidades

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

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

Coloração das extremidades

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

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

Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Perda sanguínea

Ânus: Sem perda sanguínea aparente.

Traçado eletrocardiográfico contínuo de cinco derivações ECG - Ritmo Sinusal

16-05-2023 18:00

Localização do Pulso

Tórax

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Pulso rítmico [MANTEVE].

Pulso simétrico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 128 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 68 mm Hg.

Temperatura das extremidades

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

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

Coloração das extremidades

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

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

Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Perda sanguínea

Ânus: Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

Digestão

16-05-2023 18:00

Sem sensação de enjoo.

Náusea

Eliminação urinária

16-05-2023 18:00

Sem globo vesical.

Aguarda-se primeira micção

Ainda não referiu vontade de urinar

Eliminação urinária comprometida

Pele

16-05-2023 16:45

Lesão decorrente do posicionamento cirúrgico [RESOLVIDO] 16-05-2023 17:45

Lesão decorrente da eletrocirurgia [RESOLVIDO] 16-05-2023 17:45

16-05-2023 17:45

Ferida cirúrgica

Localização da ferida cirúrgica

Ânus

Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

16-05-2023 18:00

Localização da ferida cirúrgica

Ânus

Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

Termorregulação

16-05-2023 16:45

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.20 °C.

Normotermia

16-05-2023 17:45

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.20 °C.

16-05-2023 18:00

Temperatura corporal periférica

Região temporal: 36.10 °C.

Sedação/ Anestesia

16-05-2023 16:45

Anestesia regional /Bloqueio neuroeixo/Bloqueio subaracnoideu a nível de L3-L4 + sedoanalgesia

Cliente com ausência sensibilidade dos membros inferiores

Cliente com ausência de movimentos dos membros inferiores

Traçado eletrocardiográfico contínuo de cinco derivações ECG - Ritmo Sinusal

Bloqueio sensitivo [RESOLVIDO] 16-05-2023 18:00

Bloqueio motor [RESOLVIDO] 16-05-2023 18:00

Sedação [RESOLVIDO] 16-05-2023 18:00

16-05-2023 17:45

cliente com ausência sensibilidade dos membros inferiores

cliente com ausência de mobilidade dos membros inferiores

4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Consciência

- Prevenir complicações decorrentes do procedimento anestésico/ cirúrgico que levem a alterações do estado de consciência
- Identificar complicações inerentes ao procedimento anestésico/ cirúrgico que levem a alterações do estado de consciência
- Identificar alterações do estado de consciência
- Avaliar capacidade de resposta a ordens simples através de estímulos verbais. Devem ser usados estímulos verbais para avaliar a capacidade do cliente para responder a questões simples e executar ordens, bem como utilização de escalas de avaliação (Glasgow, Aldrete)

Dor

- Identificar presença dor em repouso
- Identificar presença de dor com o movimento
- Identificar alterações fisiológicas provocadas pela presença de dor
- Contribuir de forma positiva para o controlo eficaz da dor
- Promover o conforto do cliente, aliviando os sinais e sintomas inerentes ao procedimento cirúrgico.
- Promover satisfação do cliente

Sistema Respiratório

- Identificar alterações na ventilação
- Identificar sinais de complicações associadas ao sistema respiratório e comprometimento da ventilação.

Sistema Cardiovascular

- Identificar sinais de complicações associadas ao sistema cardiovascular
- Identificar alterações da perfusão dos tecidos
- Identificar alterações do pulso
- Identificar alterações da pressão sanguínea

Digestão

- Prevenir a ocorrência de náuseas e vômitos
- Identificar náuseas e vômitos
- Promover conforto do cliente
- Promover satisfação do cliente

Eliminação Urinária

- Identificar alterações da eliminação urinária
- Identificar sinais de retenção urinária
- Promover o conforto do cliente

Pele

- Prevenir lesões da pele decorrente da eletrocirurgia
- Prevenir lesões da pele decorrente do posicionamento cirúrgico
- Identificar alterações da integridade cutânea
- Promover a cicatrização da ferida cirúrgica
- Prevenir infecção do local cirúrgico

Termorregulação

- Manter a temperatura central entre 36 ° C e 38° C durante todo o período intraoperatório
- Prevenir alterações da temperatura corporal
- Identificar alterações da temperatura corporal
- Prevenir hipotermia inadvertida intraoperatória

Sedação/Anestesia

- Identificar alterações do nível de sedação
- Identificar complicações decorrentes do bloqueio subaracnoideu
- Avaliar reversão do bloqueio motor provocado pelo bloqueio subaracnoideu

Sensibilidade

- Avaliar reversão do bloqueio sensitivo provocado pelo bloqueio subaracnoideu

4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Consciência

- Cliente com resposta correta a ordens simples, orientado.

Dor

- cliente não apresentou dor nem desconforto

Sistema respiratório

- cliente não apresentou comprometimento da ventilação nem complicações respiratórias

Sistema cardiovascular

- Cliente sem alterações da perfusão dos tecidos
- Cliente sem alteração do pulso
- Cliente sem alterações da pressão sanguínea

Digestão

- Cliente não apresentou náuseas ou vômitos

Eliminação urinária

- cliente não referiu desconforto urinário, não urinou nem referiu vontade

Pele

- Assegurada técnica asséptica durante o procedimento e na realização do penso da ferida cirúrgica
- Penso da ferida cirúrgica apresenta-se externamente limpo e seco
- Cliente não apresentou lesões da pele decorrentes do posicionamento cirúrgico
- Cliente não apresentou lesões na pele decorrentes da eletrocirurgia

Termorregulação

- Cliente mante-se normotérmico durante o perioperatório

Sedação /Analgesia

- O cliente manteve-se hemodinamicamente estável durante o procedimento
- Cliente manteve nível de sedação adequado durante o procedimento
- Cliente manteve bloqueio motor adequado durante o procedimento
- Cliente na unidade de cuidados pós anestésicos começou a apresentar reversão do bloqueio motor

Sensibilidade

- Cliente manteve bloqueio sensitivo e motor adequado durante o procedimento
- Cliente na unidade de cuidados pós anestésicos começou a apresentar reversão do bloqueio sensitivo

4.7. Diagnósticos

Consciência

16-05-2023 18:00

Consciência comprometida

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 18:00 - Avaliar evolução da consciência

16-05-2023 18:00 - Referenciar compromisso da consciência ao médico

Sensibilidade

16-05-2023 16:45

Sensibilidade comprometida

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:45 - Avaliar evolução da sensibilidade

16-05-2023 16:45 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

16-05-2023 16:45 - Executar estimulação da sensibilidade tátil

16-05-2023 16:45 - Referenciar compromisso da sensibilidade ao médico

Dor

16-05-2023 18:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 18:00 - Avaliar evolução da dor

16-05-2023 18:00 - Gerir analgesia

16-05-2023 18:00 - Posicionar para aliviar a dor

16-05-2023 18:00 - Avaliar dor segundo escala numérica da dor

16-05-2023 18:00 - vigiar a dor

Sistema respiratório

16-05-2023 16:45

Ventilação comprometida

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:45 - Avaliar evolução da ventilação

16-05-2023 16:45 - Iniciar oxigenoterapia [FIM] 16-05-2023 17:45

16-05-2023 16:45 - Referenciar ventilação comprometida ao médico

16-05-2023 16:45 - Referenciar saturação do oxigénio no sangue ao médico

Sistema cardiovascular

16-05-2023 16:45

16-05-2023 16:45 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Perfusão dos tecidos periféricos comprometida

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:45 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos (Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o))

16-05-2023 16:45 - Posicionar para otimizar a perfusão periférica dos tecidos

16-05-2023 16:45 - Manter temperatura corporal

16-05-2023 16:45 - Referenciar compromisso da perfusão dos tecidos periféricos ao médico

16-05-2023 18:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

Digestão

16-05-2023 18:00

Náusea

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 18:00 - Avaliar evolução da náusea

16-05-2023 18:00 - Referenciar náusea ao médico

Eliminação urinária

16-05-2023 18:00

16-05-2023 18:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

Eliminação urinária comprometida

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 18:00 - Avaliar sinais de retenção urinária

16-05-2023 18:00 - Vigiar evolução de eliminação urinária

16-05-2023 18:00 - Referenciar ao médico sinais de retenção urinária

Pele

16-05-2023 16:45

Lesão decorrente do posicionamento cirúrgico [RESOLVIDO] 16-05-2023 17:45

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:45 - Avaliar integridade cutânea [FIM] 16-05-2023 17:45

16-05-2023 16:45 - Avaliar risco para desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico através de escala ELPO- PT [FIM] 16-05-2023 17:45

16-05-2023 16:45 - Posicionar o cliente utilizando equipamentos / superfícies de suporte [FIM] 16-05-2023 17:45

Lesão decorrente da eletrocirurgia [RESOLVIDO] 16-05-2023 17:45

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:45 - Avaliar a integridade cutânea [FIM] 16-05-2023 17:45

16-05-2023 16:45 - Assegurar critérios de segurança de colocação de placa de dispersão [FIM] 16-05-2023 17:45

16-05-2023 17:45

Ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 17:45 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

16-05-2023 17:45 - Avaliar evolução da temperatura corporal

16-05-2023 17:45 - Executar tratamento da ferida cirúrgica

16-05-2023 17:45 - Aplicar penso de ferida [FIM] 16-05-2023 18:00

16-05-2023 18:00 - Vigiar penso da ferida

Termorregulação

16-05-2023 16:45

16-05-2023 16:45 - Avaliar evolução da temperatura corporal

Normotermia

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:45 - Monitorizar temperatura corporal

16-05-2023 16:45 - Avaliar evolução da temperatura corporal

16-05-2023 16:45 - Aplicar dispositivo de aquecimento de fluidos [FIM] 16-05-2023 17:45

16-05-2023 16:45 - Comunicar ao médico alterações significativas da temperatura

16-05-2023 16:45 - Aplicar dispositivo de aquecimento corporal

Sedação/ Anestesia

16-05-2023 16:45

Bloqueio sensitivo [RESOLVIDO] 16-05-2023 18:00

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:45 - Avaliar bloqueio sensitivo [FIM] 16-05-2023 18:00

Bloqueio motor [RESOLVIDO] 16-05-2023 18:00

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:45 - Avaliar bloqueio motor [FIM] 16-05-2023 18:00

Sedação [RESOLVIDO] 16-05-2023 18:00

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:45 - Avaliar nível de sedação [FIM] 16-05-2023 18:00

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

Consciência

Ao admitir e acolher o cliente no bloco operatório o enfermeiro perioperatório avalia o seu nível de consciência (AESOP, 2012), no sentido de detetar alterações que podem estar relacionadas com antecedentes clínicos ou patologias prévias que afetem o seu nível de consciência. Alterações do estado de consciência podem estar relacionadas com patologia anterior, com os efeitos da anestesia, com a cirurgia, com terapêutica específica ou com incidentes anestésico-cirúrgicos, uma vigilância constante permite detetar essas complicações (AESOP, 2012). O cliente, sendo submetido a sedoanalgesia, passa por um estado de inconsciência reversível, que pode levar a comprometimento do seu nível de consciência no pós-operatório imediato. A vigilância e deteção de alterações ao nível do estado de consciência pode passar pelo uso de escalas tal como a Escala de Aldrete. A Escala de Aldrete ao nível da consciência avalia a capacidade que o cliente tem para responder a questões simples e executar ordens (AESOP, 2012). Deve ser efetuada uma avaliação frequente do estado de consciência recorrendo a estímulos verbais e evitando estímulos dolorosos. Todas as alterações detetadas devem ser comunicadas aos membros da equipa e efetuados registos das avaliações efetuadas (AESOP, 2012).

Sensibilidade

No intraoperatório, deve ser avaliado o nível do bloqueio através da pesquisa da perda de perceção térmica e dolorosa (Sousa & Ambrósio, 2013). No recobro imediato deve ser

monitorizada e avaliada a reversão da função neurológica que segue a seguinte sequência: reversão do bloqueio simpático com aumento espontâneo da pressão arterial média e da frequência cardíaca, pelo que se deve manter a vigilância destes parâmetros hemodinâmicos; recuperação do bloqueio sensitivo com recuperação da sensibilidade perianal (S3-S4). Recuperação do bloqueio motor: com recuperação da flexão plantar do pé e recuperação da propriocepção do primeiro dedo do pé (APCA, 2014).

Dor

Um foco de atenção no intraoperatório é o controlo da dor. A analgesia no pós-operatório deve manter uma abordagem multimodal, mas em que os analgésicos opiáceos sejam utilizados apenas quando necessário e não por rotina. Os cuidados de enfermagem pretendem um controlo da dor eficaz e a mobilização precoce, enquanto deseja minimizar os efeitos adversos dos fármacos opiáceos como as náuseas e vômitos pós-operatórios e a obstipação (Martins, 2013). O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes. A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem de ser feita de forma contínua e regular, à semelhança de outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do cliente (DGS, 2003). A utilização para mensuração da intensidade da dor, Pode fazer-se com recurso a uma escala uma: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”. A intensidade da dor é sempre a referida pelo cliente. À semelhança dos outros sinais vitais, a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua colheita. A escala utilizada, para um determinado cliente, deve ser sempre a mesma. Para a correta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o cliente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização. É fundamental que o profissional de saúde assegure que o cliente compreende, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada (DGS, 2003).

O enfermeiro perioperatório deve fazer a avaliação, prevenção e tratamento da dor, monitorizando e registando a existência de dor e as suas características, deve estar atento a sinais e sintomas de dor, sobretudo se o cliente tiver dificuldade em verbalizar esta situação. Deve administrar terapêutica analgésica prescrita e fazer uma vigilância cuidadosa da reação à sua administração e avaliação da sua eficácia. Deve promover um ambiente calmo e seguro, com baixo nível de estímulos sensoriais, e promover posicionamentos de conforto com colaboração do cliente, sempre que possível. Sempre possível e for considerado benéfico é aconselhável executar outras técnicas de analgesia e massagens de conforto (AESOP, 2012).

Sistema Respiratório

Como resultado do efeito da terapêutica anestésica, da manipulação cirúrgica, da reação do

organismo às manobras terapêuticas podem acontecer alterações da função respiratória (AESOP, 2012), devendo o enfermeiro perioperatório efetuar vigilância, manutenção e melhorar a função respiratória através da observação contínua das características da respiração e reconhecendo sinais e sintomas de comprometimento da função respiratória, promovendo ventilação adequada e boa permeabilidade das vias aéreas e ter cuidados relativos à administração de oxigenoterapia quando prescrito (AESOP, 2012).

Sistema cardiovascular

Alterações da função cardiovascular podem ocorrer como resultado da anestesia e da manipulação cirúrgica e muitas vezes a recuperação pós anestésica é acompanhada de instabilidade cardiovascular, com o que isso implica de risco e de desconforto para o cliente (AESOP 2012). A vigilância, manutenção e melhoria da função cárdiocirculatória passa pela monitorização de sinais vitais, como oximetria de pulso, coloração e temperatura da pele e mucosas e características do traçado cardíaco, e pelo reconhecimento de sinais e sintomas a este nível. Passa, ainda, pela vigilância de sinais de hemorragia e deteção de sinais de isquemia (AESOP, 2012). Para efetuar a vigilância e prevenção de complicações cardiovasculares, foi usado o traçado eletrocardiográfico contínuo de cinco derivações. A monitorização eletrocardiográfica faz parte da monitorização básica em anestesia (recomendações da Sociedade Americana de Anestesiologia), é utilizada há décadas, é de baixo custo, não invasiva e proporciona uma monitorização contínua (Ormonde, 2013). Utilizada para a deteção de arritmias, alterações iônicas e vigilância de pacemaker, a monitorização requer a colocação de dois elétrodos sensíveis (+/-) e um neutro. O sinal elétrico emitido, de cerca de 1 mV, pode sofrer interferências de fios elétricos, instrumentos eletrocirúrgicos e movimentos torácicos (Ormonde, 2013).

Usou-se o oxímetro de pulso que 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).

Devido à utilização de fármacos com efeito vasodilatador e hipotensor está preconizada a monitorização hemodinâmica contínua e avaliação contínua da pressão sanguínea, através da avaliação da pressão arterial. Esta é considerada essencial no perioperatório. Fisiologicamente, a maioria dos nossos órgãos tem capacidade de autorregulação do seu fluxo sanguíneo sobre uma adequada pressão de perfusão. A pressão arterial é utilizada como um indicador de perfusão de órgãos. Durante a anestesia e a cirurgia, a autorregulação pode ficar comprometida. Existe evidência de um aumento de pressão arterial, assim como da frequência

cardíaca associada com morbi-mortalidade perioperatória (Ormonde, 2013).

A avaliação da circulação no pós-operatório também pode ser feita com o recurso à Escala de Aldrete sendo avaliadas as alterações da pressão arterial com base nas pressões arteriais da pré-anestesia e as do período anestésico (AESOP, 2012).

Digestão

Uma das manifestações mais comuns na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) é a ocorrência de náuseas e vômitos, geralmente associados à anestesia (Pompeo et al., 2007).

Em procedimentos anestésico-cirúrgicos destituídos de outras complicações, frequentemente, o cliente terá como principal e desagradável lembrança a experiência deste evento. Além do aspeto subjetivo do desconforto, os clientes que não apresentam melhoria dos sintomas relacionados com a náusea e vômito, podem ter alta retardada, tanto da UCPA quanto hospitalar e a necessidade de internamento após procedimentos ambulatoriais. Como consequências, temos a demora do retorno às funções normais, a elevação dos custos hospitalares e a insatisfação do cliente. Aliados a esses fatores, existem as potenciais consequências orgânicas, como taquicardia, hipertensão, interrupção da alimentação oral, desidratação, aumento da pressão intracraniana e ocular, sangramento da ferida operatória por aumento da pressão venosa e deiscência das linhas de sutura. Também ocorre aumento da probabilidade de aspiração pulmonar, principalmente, em clientes cujos reflexos da via aérea ainda estão parcialmente deprimidos por anestésicos residuais (Pompeo et al., 2007).

A intervenção do enfermeiro começa no período pré-operatório com a identificação dos fatores de risco e minimizando a ansiedade; no intraoperatório atua, na maioria das vezes, de maneira colaborativa, estando atento aos fatores que podem levar o cliente a apresentar náuseas e vômitos pós operatórios(NVPO) (Pompeo et al., 2007).

No período pós-operatório imediato, as intervenções de enfermagem devem ter em conta a movimentação suave do cliente, evitando movimentos bruscos; controlar a dor; encorajar respiração profunda e lenta; evitar hipotensão; evitar máscara de oxigénio apertada; controlar os fatores ambientais capazes de provocar a náusea, como certos odores, sons e estimulação visual desagradável; colocar toalhas frescas sobre a testa; realizar técnicas de distração e relaxamento; imagem dirigida; registar episódio de náusea e vômito nos sistemas de informação (Pompeo et al., 2007).

Eliminação urinária

A retenção urinária é um problema comum no pós-operatório após bloqueio subaracnoideu. O bloqueio residual da bexiga e uretra podem causar retenção urinária. Após este bloqueio o facto de o cliente não conseguir urinar pode ser condicionante para atrasos na alta hospitalar. O reflexo de micção reaparece, na maioria dos clientes com a regressão do bloqueio para o

terceiro dermatomo sagrado. A retenção urinária aguda, no pós-operatório define-se como a sensação de bexiga cheia com incapacidade para a esvaziar, globo vesical palpável, acompanhado de desconforto ou dor no hipogastro, ausência de micção por um período superior a 8h, volume da bexiga estimado ecograficamente entre 450 e 600ml com ou sem desejo de urinar (APCA, 2014). É importante o enfermeiro no pós-operatório estar atento a estes sinais e sintomas e referenciar ao médico, para poderem estabelecer intervenções no sentido de prevenir disfunção renal e do equilíbrio hidroeletrólítico.

Pele

Para prevenção da infecção do local cirúrgico deve ser efetuada a preparação da pele no pré-operatório de modo a suprimir a flora transitória e inibir a flora residente, eliminando assim uma das fontes de infecção cirúrgica. Isso é obtido por meio de banho pré-operatório com clorexidina (CHD 2 a 4%), exceto quando existe contraindicação, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia (com pelo menos 2 horas de antecedência), conforme Norma da DGS nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022.

A mesma norma prevê que não se deve realizar tricotomia por rotina e, quando absolutamente necessária, realizá-la imediatamente antes da intervenção cirúrgica, com máquina de corte de uso único. Realizar antisepsia da pele do doente imediatamente antes da incisão, utilizando solução antisséptica de CHD a 2% em álcool a 70%, exceto quando contraindicado e sempre de acordo com as instruções do fabricante (DGS, 2022).

Antes de iniciar a antisepsia, realiza-se a lavagem cirúrgica das mãos por 2 a 5 minutos, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde e uso de luvas estéreis. Ao mesmo tempo, a pele é examinada para identificar a presença de matéria orgânica ou sujidade (essa deve ser removida com gaze e luvas não estéreis) e relatar e registar qualquer alteração da integridade cutânea, bem como nevus ou verrugas. A eficácia dos antissépticos depende de a pele estar limpa, livre de matéria orgânica e resíduos. Na preparação da pele, dá-se ênfase às áreas mais contaminadas: umbigo, axilas, sulcos, região subungueal, prepúcio e outros. A preparação das áreas limpas e contaminadas para o procedimento é feita separadamente para evitar microrganismos no local da incisão (como quando há estomas) (Maya, 2022).

Ao finalizar a antisepsia, os campos cirúrgicos e equipamentos para posicionar o cliente devem estar protegidos dos antissépticos utilizados, a zona deve estar seca e os elétrodos não devem ter contato direto com antissépticos para evitar reações ou eventos adversos no cliente. Normalmente, a aplicação do antisséptico é feita com luvas estéreis. Se a área estiver limpa, deve começar-se do local da incisão em direção à periferia de maneira circular com círculos cada vez maiores. Em muitos procedimentos cirúrgicos, o local da incisão fica adjacente a áreas contaminadas e realizando a assepsia do local da incisão em direção à periferia, evita-se a contaminação dessas áreas para o local cirúrgico. Caso o procedimento envolva o pênis, o prepúcio deve ser retraído e assepsiado e de seguida colocado na sua posição, para evitar

alterações vasculares. Quando há uma área contaminada adjacente ao local cirúrgico, sem que ela faça parte dele, pode-se isolá-la com adesivo. Gazes, esponjas ou aplicadores são usados apenas uma vez para evitar a contaminação do local da incisão. Uma norma de assepsia na preparação da pele é nunca passar de uma área limpa para uma área contaminada; portanto, ao preparar uma área contaminada, prepara-se primeiro a área com menor contagem bacteriana; a técnica é da periferia em direção ao local da incisão que está contaminado. Ao finalizar a preparação, devemos certificar-nos de que o cliente está sobre uma superfície seca (Maya, 2022).

Lesão decorrente da eletrocirurgia

A prevenção de lesões decorrentes da eletrocirurgia são um foco importante para a segurança do cliente. A eletrocirurgia é uma técnica utilizada na maioria dos procedimentos cirúrgicos. Os equipamentos eletrocirúrgicos também chamados de unidades eletrocirúrgicas, transformam a corrente elétrica numa corrente de alta frequência que percorre o corpo do cliente entre um eletrodo ativo (ponta de corte e/ou coagulação) e um eletrodo indiferente (placa dispersiva), que devolve a corrente ao gerador. A estreita porta de entrada da corrente, associada à resistência dos tecidos, provoca um foco de alta temperatura, utilizado para controlar hemorragias por coagulação, ou para corte de tecidos por destruição celular. São dois os sistemas de eletrocirurgia que podem ser utilizados: o monopolar e o bipolar. O sistema monopolar permite a passagem de energia do eletrodo ativo (peça de mão) para os tecidos, tendo um efeito de corte ou coagulação. Esta energia vai-se difundindo pelo corpo e sai pelo eletrodo neutro (placa de dispersão). O sistema bipolar só permite o uso de coagulação; neste a energia é circunscrita aos dois ramos da pinça. Pode considerar-se que uma das pontas da pinça é o eletrodo ativo e a outra o passivo (AESOP, 2012).

A colocação do eletrodo neutro (placa de dispersão), deve ser efetuada pelo enfermeiro perioperatório antes da colocação dos campos cirúrgicos. Alguns cuidados devem ser tidos em consideração, relativos à colocação e localização da mesma, para evitar o risco de queimaduras no cliente. O enfermeiro perioperatório deve ter em consideração: verificar a data de validade do eletrodo neutro e a sua integridade; colocar numa zona vascularizada e musculada, de preferência do lado direito do cliente, de forma a evitar a passagem da corrente pelo músculo cardíaco e o mais próximo possível do local cirúrgico, de forma a limitar a passagem de corrente pelo corpo; colocar num local bem seco e sem pelos; rever a integridade da placa de dispersão após o posicionamento do cliente; a colocação do eletrodo neutro ou placa de dispersão obriga à colocação do cabo de retorno correspondente. Este deve estar em boas condições de utilização (AESOP, 2012).

Lesão decorrente do posicionamento cirúrgico

O posicionamento tem como objetivo principal providenciar uma ótima exposição cirúrgica, e é de suma importância para o bem-estar físico do cliente. É um procedimento que acarreta riscos,

pelo que o enfermeiro perioperatório deve ter conhecimento das alterações anatómicas e fisiológicas provocadas pela anestesia, pelo posicionamento e procedimento cirúrgico aplicado ao cliente. Estas alterações envolvem os sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso e musculoesquelético (AESOP, 2012 ; Maya, 2022).

Fatores de risco devem ser identificados para prevenir o desenvolvimento de lesões relacionadas com o posicionamento, de forma a iniciar a sua prevenção (Maya, 2022). Neste sentido, ao posicionar o cliente deve-se: assegurar o alinhamento corporal, sem compromisso das estruturas neuromusculares, vasculares e da integridade cutânea; permitir a função circulatória e respiratória; permitir o acesso e manutenção dos acessos vasculares para uma administração fácil de fluidos, fármacos e agentes anestésicos; assegurar o conforto do cliente e da equipa cirúrgica (AESOP, 2012 ; Maya, 2022).

O enfermeiro perioperatório deve posicionar o cliente de forma correta, recorrendo à utilização dos equipamentos/dispositivos médicos necessários para um adequado posicionamento (AESOP, 2012). O enfermeiro de anestesia e o enfermeiro circulante têm como responsabilidade assegurar a monitorização constante do estado fisiológico do cliente (AESOP, 2012).

Termorregulação

A temperatura corporal é um sinal vital. Azenha et al (2017) referem que a Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) preconiza, como monitorização standard básica para qualquer procedimento anestésico, a avaliação contínua da oxigenação, da ventilação, da circulação e da temperatura corporal. Em relação à avaliação da temperatura, considera como objetivo principal da sua realização a “manutenção de uma temperatura corporal adequada durante todo o procedimento anestésico” e refere também que “a monitorização da temperatura deve ser realizada em todos os clientes submetidos a procedimentos anestésicos, quando alterações clínicas significativas na temperatura corporal sejam pretendidas, antecipadas ou suspeitadas” (Azenha et al., 2017). A monitorização da temperatura corporal tem como indicação principal o controlo de hipotermia ou hipertermia (hipotermia maligna) (Ormonde, 2013).

A hipotermia é definida por uma temperatura central inferior a 36°C. Durante um procedimento anestésico, para além de ocorrer uma inibição dos mecanismos fisiológicos da termorregulação, a exposição do corpo, por vezes pouco protegido, a um ambiente frio, a desinfeção da pele com soluções antissépticas frias, a infusão de fluidos não aquecidos e a ventilação mecânica, facilitam o desenvolvimento de hipotermia no intraoperatório. Também o tipo de anestesia a que o cliente vai ser submetido (anestesia geral, regional e combinada) poderá condicionar a gravidade da hipotermia, pois a inibição dos sistemas de termorregulação é diferente para cada situação (Azenha et al., 2017).

Azenha et al. (2017) relevam que a avaliação da temperatura no intraoperatório, sempre que

possível, seja avaliada no mesmo local, devendo também ser sempre utilizado o mesmo método de monitorização. No que respeita ao local e ao método de medição da temperatura no intraoperatório, a evidência é a favor de que devam ser igualmente ponderados outros fatores como o nível de invasibilidade da monitorização, o grau de precisão do método de medição, o local cirúrgico e a segurança e o conforto do cliente (Azenha et al., 2017).

Ainda, segundo os mesmos autores (Azenha et al., 2017) no que concerne à medição da temperatura corporal do cliente, a literatura é consensual, indicando que deve ser sempre avaliada e documentada antes da indução anestésica. Nos casos em que a temperatura inicial for inferior a 36,0°C, esta deverá ser reportada como incidente crítico e a indução anestésica não deverá ser iniciada. Se a temperatura inicial for superior ou igual a 36,0°C, a indução anestésica poderá ser iniciada e durante o procedimento anestésico a temperatura deverá ser avaliada de modo contínuo ou intermitente a cada 15/30 minutos, até ao final da cirurgia.

Quando se verifica diminuição da temperatura corporal, o aquecimento do cliente é uma intervenção crucial para a prevenção da hipotermia. A determinação dos métodos mais eficazes de aquecimento perioperatório vai permitir aumentar o conforto do cliente, diminuir as alterações hemodinâmicas, diminuir o tempo de permanência na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, e, conseqüentemente, diminuir os custos com os clientes submetidos a cirurgias (Azenha et al., 2017).

Na fase pré-operatória, está preconizado que se avalie o risco de hipotermia perioperatória antes da transferência do cliente para o bloco operatório, e aquecer o cliente se a temperatura central for inferior a 36°C, assim como mantê-lo confortavelmente quente. O aquecimento da superfície cutânea 30 minutos antes da indução mostrou prevenir a hipotermia por redistribuição (Azenha et al, 2017).

Na fase intraoperatória a quantidade de calor perdido através da pele está intimamente relacionada com a área de superfície corporal exposta. A temperatura da sala do bloco operatório é um fator crítico que determina as perdas através de radiação, convecção e evaporação (Azenha et al., 2017). Ainda Azenha et al. (2017) referem que alguns autores recomendam temperatura da sala a 21°C; no caso de o cliente estar hipotérmico e/ou apresentar fatores de risco para o desenvolvimento de hipotermia, devem ser implementados métodos de aquecimento ativo.

Referem, ainda, que a evidência sugere que os diferentes métodos de aquecimento ativo podem manter a normotermia, por si só. O sistema de aquecimento com ar quente forçado pode ser usado em combinação com outras medidas: fluidos intravenosos quentes, roupas/colchões com circulação de água quente, irradiação de calor, aquecimento da superfície e aquecimento resistivo (Azenha et al., 2017).

Na fase pós-operatória a normotermia desempenha um papel importante na percepção do bem-

estar e conforto do cliente, durante o período perioperatório. A escolha dos métodos mais eficazes para o aquecimento pós-operatório tem de ter em consideração a sensação de conforto do cliente, a melhoria do outcome, o encurtamento da permanência no recobro e a diminuição dos custos da estadia hospitalar. A evidência mostra que os sistemas de aquecimento de ar quente forçado, os mais utilizados no pós-operatório, são mais eficazes que as medidas de aquecimento passivo (Azenha et al., 2017). No entanto, a vasoconstricção periférica contínua torna os primeiros pouco eficientes nesta fase, demorando muito tempo a aquecer o cliente. O aquecimento dos clientes no período intraoperatório é, portanto, o ideal. O aquecimento ativo por convecção é ligeiramente superior ao aquecimento por condução e radiação, no período pós operatório (Azenha et al, 2017).

Sedação/Anestesia

A opção anestésica, a descrição sumária da técnica de execução do bloqueio, e os seus riscos e benefícios, devem ser explicados e discutidos com o doente, para obter a sua colaboração no procedimento, nomeadamente no posicionamento. Deve, ainda, ser explicada a necessidade de se recorrer a uma técnica complementar, neste caso uma sedação (APCA, 2014).

A realização de bloqueio subaracnoideu obriga a que os doentes apresentem acesso venoso permeável o mesmo sendo válido durante a anestesia e pós-operatório imediato. O enfermeiro perioperatório deve efetuar monitorização e respetiva vigilância para prevenir complicações e eventos adversos: as recomendações vão no sentido da utilização de ECG, pressão arterial, FR, saturação de oxigénio (SatO2). Se utilizada sedação, o cliente deve fazer O2 suplementar (APCA, 2014 ; Ormonde, 2013).

O enfermeiro perioperatório deve fazer a avaliação da instalação e reversão do bloqueio através da avaliação da sensibilidade superficial e profunda.

Bibliografia

Associação dos Enfermeiros Sala de Operações Portugueses (AESOP (2012). Enfermagem Perioperatória, Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Lusodidata

Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (2014). Recomendações Para Anestesia Regional Em Cirurgia Ambulatória
<https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional2.pdf>

Azenha, M., Rocha C., Oliveira E., Cruz L., Pascoal M., Macedo A. L., Gomes M. (2017) Consensos de Manutenção da Normotermia no Período Perioperatório. In Recomendações da SPA Para Manutenção de Normotermia no Período Perioperatório Elaboradas por Grupo de Nacional de Consensos. Sociedade Portuguesa de Anestesiologia
<http://www.spanesthesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003. A Dor como 5º sinal vital.

Registo sistemático da intensidade da Dor

Direção-Geral de Saúde Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

Martins, F. (2013). Unidade de cuidados pós anestésicos. In Machado, H., Manual de Anestesiologia (Capítulo 39 pp. 639 a 641)

Maya A. M. S. (2022) Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. Invest. Educ. Enferm. ; 40(2):e02. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>.

Ormonde, L. (2013). Monitorização e Equipamentos. In Machado, H., Manual de Anestesiologia (capítulo 15, pp. 223 -234). Lidel.

Pompeo, D. A., Nicolussi, A. C., Galvão, C.M., Sawada, N.O. (2007). Intervenções de enfermagem para náusea e vômito no período pós-operatório imediato. Acta paulista enfermagem <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200013>

Sousa M. C., Ambrósio R. (2013). Anestesia do Neuroeixo. In Machado, H., Manual de Anestesiologia (pp. 298-301). Lidel.

4.8. Especificação das intervenções

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

- Verificar permeabilidade do cateter venoso periférico
- Verificar se apresenta dor no local de inserção do cateter venoso periférico
- Verificar existência de sinais inflamatórios no local de inserção do cateter venoso periférico
- Vigiar penso do cateter venoso periférico

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

- Vigiar sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

Vigiar temperatura corporal

- Monitorizar temperatura corporal
- Comunicar ao médico alterações significativas da temperatura corporal

Avaliar conforto térmico do cliente

- Avaliar conforto térmico através da aplicação de Escala de Conforto Térmico

Avaliar conhecimento sobre procedimento cirúrgico

- Verificar se o cliente foi informado e está esclarecido sobre o procedimento cirúrgico
- Verificar se o consentimento informado está assinado pelo cliente para realização de procedimento cirúrgico

Efetuar verificação pré operatória

- Verificar identificação inequívoca do cliente
- Verificar dados da pulseira de identificação do cliente
- Verificar identificação do processo do processo clínico do cliente
- Identificar cirurgia proposta em plano operatório
- Verificar antecedentes clínicos e cirúrgicos
- Verificar alergias do cliente
- Verificar medicação domiciliária habitual
- Verificar se cliente tomou medicação no dia da cirurgia
- Verificar se está a tomar medicação anticoagulante ou antiagregante

Avaliar conhecimento sobre procedimento anestésico

- Verificar se o cliente foi informado e está esclarecido sobre procedimento anestésico
- Verificar se o consentimento informado está assinado pelo cliente para realização de procedimento anestésico

Avaliar evolução da ventilação

- Monitorizar frequência respiratória
- Monitorizar simetria do movimento respiratório
- Monitorizar saturação oxigénio
- Observar evolução coloração da pele e mucosas

Avaliar evolução da sensibilidade

- Estimulação tátil dos membros inferiores tocando pontos distais e proximais para avaliar resposta ao toque sensação térmica e dolorosa

Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

- Avaliar tempo de preenchimento capilar
- Vigiar coloração da pele
- Vigiar temperatura da pele

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Monitorizar integridade dos tecidos através da observação

Manter temperatura corporal

- Manter isolamento térmico do cliente para evitar perdas de calor

Executar estimulação da sensibilidade tátil

- Estimulação tátil dos membros inferiores tocando pontos distais e proximais para avaliar resposta ao toque sensação térmica e dolorosa

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Monitorização da pressão sanguínea
- Vigiar pressão sanguínea
- Referenciar ao médico alterações da pressão sanguínea

Vigiar frequência respiratória

- Monitorizar frequência respiratória

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Monitorizar temperatura corporal
- Vigiar temperatura corporal
- Referenciar ao médico alterações da temperatura corporal

Aplicar dispositivo de aquecimento de fluidos

- Colocar fluidoterapia em dispositivos de aquecimento

Aplicar dispositivo de aquecimento corporal

- Colocar manta de aquecimento corporal com fluxo de ar quente

Avaliar integridade cutânea

- Observar alterações da coloração da pele
- Observar humidade da pele
- Observar alterações da textura da pele
- Observar integridade cutânea
- Referenciar ao médico alterações da integridade cutânea
- Registar alterações da integridade cutânea no processo clínico do cliente

Avaliar risco para desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico através de escala ELPO- PT

- Aplicar escala de avaliação de risco para desenvolvimento de lesões de posicionamento cirúrgico (ELPO-PT)

Posicionar o cliente utilizando equipamentos / superfícies de suporte

- Posicionar em decúbito ventral
- Aplicar dispositivos de proteção nas zonas de maior pressão para prevenção de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico

Avaliar a integridade cutânea

- Observar alterações da coloração da pele
- Observar humidade da pele
- Observar alterações da textura da pele
- Observar integridade cutânea
- Referenciar ao médico alterações da integridade cutânea
- Registar alterações da integridade cutânea no processo clínico do cliente

Assegurar critérios de segurança de colocação de placa de dispersão

- Verificar ausência de humidade no local de colocação da placa de dispersão
- Verificar ausência de pelos no local de colocação da placa de dispersão
- Verificar ausência de objetos metálicos junto ao local de colocação da placa de dispersão
- Colocar a placa de dispersão o mais próximo possível do local da ferida cirúrgica

Avaliar bloqueio sensitivo

- Verificar por estimulação tátil se o cliente perdeu sensibilidade da cinta para baixo

Avaliar bloqueio motor

- Verificar se o doente apresenta ausência de mobilidade dos membros inferiores

Avaliar nível de sedação

- Vigiar nível sedação

Aplicar penso de ferida

- Aplicação de penso oclusivo com norma assética

Avaliar evolução da ferida cirúrgica

- Vigiar ferida cirúrgica (Ânus)
- Referenciar ao médico alterações da ferida cirúrgica

Executar tratamento da ferida cirúrgica

- Limpeza da ferida cirúrgica com soro fisiológico

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Monitorizar temperatura corporal
- Vigiar temperatura corporal
- Referenciar ao médico alterações significativas da temperatura corporal

Avaliar evolução da consciência

- Vigiar evolução da consciência do cliente
- Referenciar alterações da consciência do cliente ao médico

Avaliar evolução da náusea

- Vigiar náusea

Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

- Verificar existência de globo vesical

Avaliar evolução da dor

- Vigiar dor através de escala numérica da dor
- Referenciar dor ao médico

Gerir analgesia

- Administrar medicação analgésica prescrita conforme necessidade e de acordo com a dor apresentada pelo cliente

Avaliar evolução de sinais de hemorragia

- Vigiar evolução de hemorragia através da observação de repasse do penso cirúrgico
- Vigiar pressão sanguínea
- Vigiar frequência cardíaca
- Referenciar ao médico sinais de hemorragia

Avaliar sinais de retenção urinária

- Vigiar aparecimento de globo vesical

Vigiar evolução de eliminação urinária

- Avaliar necessidade de urinar
- Vigiar globo vesical

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais onde ele está integrado de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (REPE, 1998; OE, 2023).

A Ordem Dos Enfermeiros (2015) na sua Deontologia Profissional, refere que a profissão deve ser exercida com os adequados conhecimentos científicos e técnicos. “Exercer” refere-se ao agir enquanto enfermeiro. Os “adequados conhecimentos” dizem respeito à necessidade de atualização, ao desenvolvimento de esforços de formação, incluindo a autoformação, de forma que possuam as competências técnicas, científicas, relacionais e éticas que lhes permitam prestar os melhores cuidados. Na procura da excelência do exercício profissional e da melhoria contínua dos cuidados prestados, impõe-se uma conduta de desenvolvimento contínuo, aliando-se ao desenvolvimento de saberes e competências. O aperfeiçoamento profissional, mais do que mera atualização dos conhecimentos com que se cumpre o dever de zelo, é o caminho da construção de competências (OE, 2015).

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade. Com a entrada em vigor do Regulamento n.º 140/2019 foram regulamentadas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e conformadas com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade em enfermagem.

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

Entende-se por “Competências comuns” as competências, também designadas como domínios, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional

especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2011; Artigo 3º Regulamento n.º 140/2019).

Responsabilidade profissional, ética e legal (Artigo 5º Regulamento n.º 140/2019, pág. 4745, D.R. 2.ª série nº26, 2019):

- “O enfermeiro especialista desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, demonstrando um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente”
- “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes”.

“Além dos referenciais teóricos da disciplina e da melhor evidência científica, numa procura permanente de excelência é essencial uma atuação congruente com os instrumentos reguladores da atividade profissional” (Faria et al., 2023, pág.156). Foram mobilizados, ao longo do ENP, um conjunto de conhecimentos do domínio da regulamentação da profissão (REPE, 1996; OE 2015), da Ética e Deontologia Profissional da Enfermagem (OE, 2015), dos Direitos do Doente (SNS, 2023), Direitos Humanos e Bioética (UNESCO, 2006) bem como dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) e de Enfermagem Especializados (OE, 2017), que permitiram um exercício profissional seguro, a prestação dos cuidados mais adequados e tecnicamente mais corretos, cuidados humanizados no respeito pela individualidade e vulnerabilidade do cliente, no respeito pela proteção dos seus dados e da sua privacidade bem como do sigilo profissional, no respeito pelo direito à informação, pelo direito de escolha e autodeterminação, construindo em parceria com o cliente estratégias de resolução de problemas, suportando e orientando a tomada de decisão quer na dimensão autónoma quer interdependente.

Tal como referido por Silva (2011) também durante o ENP foi acontecendo um processo evolutivo do exercício profissional, em que se operacionalizaram mudanças que fundamentaram o desenvolvimento de capacidade de análise e crítica, conduzindo à dimensão autónoma na ação profissional, tendo sido progressivamente aprofundado o processo de tomada de decisão. Segundo Silva (pág.30, 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. Estas decisões, referem-se às múltiplas realidades, vivenciadas pelas pessoas e que implicam mudanças

nas suas vidas, sejam mudanças situacionais, desenvolvimentais, ou de uma situação de saúde para um quadro de doença.”

Com base neste pressuposto foi considerada a individualidade de cada cliente, as suas necessidades, as suas expectativas e os significados que atribuíam ao seu processo cirúrgico e de doença, considerando diversas variáveis para o processo de interpretação e análise de dados para a conceção dos cuidados de enfermagem e analisados com os supervisores clínicos. Foi importante neste processo a experiência profissional e o conhecimento anterior assim como a incorporação da evidência científica permitindo a reflexão sobre a tomada de decisão e sobre a conceção dos cuidados.

Melhoria contínua da qualidade (Artigo 6º Regulamento n.º 140/2019, pág.4745, D. R. 2.ª série nº26, 2019):

- “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, o Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional”.
- “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua”.
- “Garante um ambiente terapêutico e seguro, O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco”.

Segundo Nunes et al. (2023, pág.111) citando Rankin (2009), “é importante na área da saúde conhecer e compreender as práticas clínicas para que estas sejam melhoradas, atualizadas e atinjam o seu fim – a melhoria da qualidade dos cuidados prestados”.

No sentido de analisar as práticas e implementar o desenvolvimento de práticas de qualidade com vista à segurança dos cuidados prestados ao cliente cirúrgico, foi desenvolvido o “Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na Área de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória - Prevenção de Lesões na Pele Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico em Decúbito Ventral e Posição Litotómica”.

Foi apresentado o projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas à enfermeira gestora do bloco operatório e aos supervisores clínicos, dos quais se obteve parecer favorável. Foi pedida autorização à Enfermeira Andreia Salvini Guimarães para utilização da

Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico ELPO-PT (Anexo IV), por ela adaptada e validada para a população portuguesa na sua tese de mestrado (Anexo V), e concedida a respetiva autorização (Anexo VI). Foi pedido e emitido parecer favorável para a sua consecução e apresentação de dados pela Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação da respetiva Instituição (Anexo VII). A emissão deste parecer teve por base o preconizado no Regime Geral de proteção de dados (EU) 2016/679 em vigor, bem como na Lei n.º 58/2019, que assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do RGPD do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

Este projeto foi operacionalizado em contexto clínico através da avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões na pele decorrentes do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral e posição litotómica, nomeadamente em doentes submetidos a cirurgia geral, ortopedia, urologia e ginecologia, onde estes posicionamentos eram necessários para a respetiva exposição cirúrgica. Esta avaliação de risco foi efetuada com recurso à ESCALA ELPO- PT após o devido esclarecimento e consentimento dos clientes. Esta escala foi desenvolvida e validada no Brasil pela Enfermeira Camila Lopes Mendonça (2016) e adaptada e validada para a cultura portuguesa, como já referido anteriormente, pela Enfermeira Andreia Salvini Guimarães (2021). Esta considera os fatores de risco baseados nas melhores evidências disponíveis e que se podem constituir como dados relevantes para a decisão do enfermeiro, promovendo a identificação mais rigorosa das necessidades em cuidados, garantindo um posicionamento mais adequado, a minimização de riscos e a execução de um procedimento cirúrgico seguro e eficiente. A ELPO-PT é constituída por sete dimensões (tipo de posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfícies de suporte, posição dos membros, comorbilidades e idade do cliente); é ainda constituída por cinco subitens que pontuam de um a cinco, e a pontuação total da escala varia entre sete e trinta e cinco pontos, em que, quanto maior o score em que a situação do cliente é classificada, maior o risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (Lopes et al., 2016, Dos Santos Buso et al., 2021). As suas dimensões encontram-se associadas aos fatores de risco de Lesão por pressão (LPP) característicos do período intraoperatório nomeadamente, tipo de posição cirúrgica, duração da cirurgia, tipo de anestesia e dispositivos de posicionamento ou como a autora da escala denomina, superfícies de suporte. Desta forma, apesar da escala ser criada com o intuito de avaliar o risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico, permite a avaliação global do risco de desenvolvimento de lesões, nas quais se incluem as LPP, para além da dor ou lesão neurológica. Este facto deve-se à correlação estreita dos fatores de risco no processo de desenvolvimento de LPP, o que não permite a dissociação destes e, por conseguinte, permitiu a sua inclusão na ELPO, dotando-a de valor preditivo do risco de desenvolvimento de LPP, no período intraoperatório.

É aplicada ao posicionar o doente na mesa operatória; ao delimitar o score de cada item, deve ser considerado o mais elevado, por exemplo, se o doente foi submetido a anestesia local e sedação, dever-se-á classificá-lo em sedação e receberá pontuação dois na escala (Peixoto, 2017).

O item “tempo de cirurgia” deve ser estimado para que o cuidado no posicionamento seja executado e deverá ser reavaliado ao final da cirurgia. Caso haja necessidade de reposicionar o doente, durante o procedimento cirúrgico, a ELPO deve ser aplicada novamente, devendo ser considerado o tempo de cirurgia correspondente ao que permaneceu em cada posição cirúrgica (Peixoto, 2017).

Ressalta-se que a cada ponto a mais em que o paciente é classificado na escala, a probabilidade de desenvolver lesão aumenta 44% (Nascimento & Rodrigues, 2020).

Score inferior ou igual a 19 implica risco menor de desenvolver lesões e score superior ou igual a 20, risco maior para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Com base na avaliação de risco foram planeadas e realizadas intervenções de enfermagem que minimizassem ou possibilitassem prevenir complicações decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico, que visassem a segurança, conforto e individualidade do cliente (Lopes & Galvão, 2010).

Foi efetuada a disseminação do projeto pela equipa de enfermagem e pela restante equipa multidisciplinar.

Gestão dos cuidados (Artigo 7º Regulamento n.º 140/2019, pág.4745, D.R. 2.ª série nº26, 2019):

- “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”.

Neste âmbito pôde fazer-se o acompanhamento e observação da supervisora clínica na coordenação da equipa de urgência, em que liderou e coordenou os enfermeiros da equipa bem como outros profissionais, delegando competências, orientando e supervisionando os auxiliares de ação médica nas suas atividades, observou-se o processo de comunicação dentro da equipa e entre os serviços de internamento e de apoio clínico, bem como a comunicação e ligação com a equipa multidisciplinar, a forma de resolução de problemas, a negociação e tomada de decisão.

Foram-se observando ainda os enfermeiros coordenadores de turno de apoio à gestão na organização e gestão do bloco operatório que asseguravam a distribuição dos enfermeiros por sala de trabalho, e no ajustamento do plano de trabalho sempre que necessário, atendendo à

função de acordo com a sua experiência e competência técnica, assegurando as dotações seguras e a continuidade e qualidade dos cuidados, na escolha e gestão de recursos materiais e stocks, na identificação e gestão dos riscos existentes e na tomada de medidas corretivas, sempre que necessário.

- “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, o Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (D.R. 2.ª série nº26, 2019).

Em relação à gestão, observou-se um estilo de liderança transformador, proativo e “visionário”. Uma líder capaz de motivar e inspirar os indivíduos a trabalhar em direção aos resultados esperados, uma líder que reúne as pessoas em torno de objetivos comuns. Considera relevante a promoção do desenvolvimento de competências e crescimento pessoal a nível individual, fomentando e facilitando a formação especializada, valorizando as competências com atribuição de cargos dentro da organização, garantindo a integração da sua perspetiva e, consequentemente, uma maior adesão no cumprimento da política interna, com o desenvolvimento de estratégias de motivação intrínseca e extrínseca que promovam maior envolvimento dos enfermeiros nos processos de decisão (Mota et al., 2021), na valorização do grupo envolvendo-os na garantia da qualidade dos cuidados prestados com criação de grupos de trabalho para atualização de normas, envolvendo-os em projetos inovadores e na constante formação em serviço. Emancipando os seus profissionais, empoderando-os e projetando a organização fazendo com que os colaboradores se sintam integrados dentro desta. É um bom exemplo desta projeção a organização e realização de jornadas no dia do enfermeiro perioperatório na qual se participou como formanda (ANEXO VIII).

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Artigo 8º Regulamento n.º 140/2019, Pág.4745, D.R. 2.ª série nº26, 2019):

- “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional”.

Procurou-se ao longo do ENP a integração na equipa profissional e multidisciplinar, com a qual se foi colaborando ativamente de forma assertiva, mostrando disponibilidade nos momentos necessário, procurou-se em todas as ocasiões o desenvolvimento de novas aprendizagens, demonstrando sempre quais os objetivos em relação ao processo de formação e aprendizagem para o desenvolvimento de competências e toda a equipa se mostrou interessada e colaborativa na implementação do projeto de desenvolvimento profissional. Procurou-se ser dinamizadora na incorporação de novos conhecimentos na área dos posicionamentos cirúrgicos no contexto da

prática profissional, nomeadamente na divulgação da escala ELPO-PT, o objetivo e a relevância de ser efetuada, a avaliação de risco dos clientes no sentido da melhoria das práticas e da segurança dos clientes.

- “O Enfermeiro Especialista deve basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica, o Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (D.R. 2.ª série nº26, 2019).

Foi-se desenvolvendo um espírito de análise e reflexão em relação ao trabalho e à profissão, procurando fundamentação para as intervenções, valorizando a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.

Participou como autora em grupo, em trabalhos de investigação e efetuou a apresentação de dois desses trabalhos: E-poster intitulado "Prevenção da Hipotermia Inadvertida no Perioperatório: Revisão integrativa da Literatura"(ANEXO IX); e apresentação da comunicação livre intitulada " Segurança da Pessoa em Situação Perioperatória: Benefícios da Aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS"(ANEXO X) na “Comemoração do Dia Internacional da Cobertura Universal em Saúde” no 2ª Encontro do Núcleo de Enfermeiros de Médico-cirúrgica do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no dia 12 de dezembro de 2022.

Participou-se ainda como formanda no congresso “I Jornadas de Enfermagem Médico Cirúrgica do IPO Porto - Humanização dos Cuidados em Oncologia” do Instituto Português de Oncologia do Porto nos dias 28 e 29 de abril de 2023 (ANEXO XI) e no “I Webinar Segurança no Bloco Operatório” (ANEXO XII) Promovido pelo Núcleo de Enfermagem Médico-cirúrgica da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco no dia 9 de março de 2023.

Para aquisição de conhecimentos na área do desenvolvimento do projeto delineado, frequentaram-se cursos de formação em serviço, promovidos pelo Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E.: no dia 18 de janeiro de 2023, sobre Implementação da Escala de Avaliação de Risco de Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento cirúrgico-ELPO-PT (Anexo XIII); no dia 15 de março de 2021, sobre Validação da Escala ELPO para Portugal - Instrumento de apoio à tomada de decisão dos enfermeiros (Anexo XIV); bem como o curso de formação Posicionamento cirúrgico ELPO- PT, no dia 29 de março 2023 (ANEXO XV).

Foi ainda apresentado o desenvolvimento do projeto no Seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, integrado na NursID Spring School 2023 (ANEXO XVI), realizado no dia nove de maio de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (Anexo XVII).

Com o progresso do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória foi, como já referido anteriormente, efetuado um trabalho de investigação com a realização de uma *scoping review* na área da “Prevenção de Lesões na Pele Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico em Decúbito Ventral e Posição Litotômica”, com a procura de evidência científica em diferentes bases de dados, através de consulta de livros científicos, consulta de linhas de consenso/orientações nacionais e internacionais. A pesquisa incidiu sobre desenvolvimento de lesões na pele decorrentes do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral e posição litotômica e sua prevenção, sobre dispositivos para posicionamento em decúbito ventral e posição litotômica segura e eficaz para prevenção do desenvolvimento de lesões na pele, sobre avaliação de risco de desenvolvimento de lesões na pele decorrentes do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral e posição litotômica (Anexo I). A realização de uma *scoping review* sobre esta temática permitiu inferir dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem (Anexo XVIII) e efetuar um padrão de documentação dos cuidados para clientes submetidos a estes posicionamentos cirúrgicos (Anexo XIX).

Em relação à avaliação de risco dos clientes posicionados em decúbito ventral e posição litotômica com recurso à aplicação da ESCALA ELPO-PT, efetuada durante a realização do ENP foram apresentados os dados, fazendo-se a sua equiparação com dados e resultados de evidência científica, à equipa de Enfermagem no dia dois de junho de 2023 em período de formação em serviço (Anexo XX)

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como âmbito de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem uma experiência cirúrgica/anestésica. Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são orientados para os 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 incidentes adversos e ao tratamento da doença (Regulamento n.º 429/2018, pág. 19366). É muito grande a exigência na prestação de cuidados de enfermagem nesta área específica pela situação de saúde, o bem-estar do cliente, o seu estado de consciência, os procedimentos terapêuticos que necessita e o meio ambiente que o rodeia. O constante avanço científico e tecnológico nas áreas de anestesia e cirurgia e a especificidade do cliente cirúrgico com inúmeras patologias associadas, exige do enfermeiro perioperatório uma constante atualização prática e teórica (AESOP, 2012). Por tudo o que foi enunciado, torna-se relevante o desenvolvimento de competências especializadas nesta área, o que vai permitir aos enfermeiros um conhecimento científico e técnico que os habilita a prestarem cuidados especiais, e a responderem de uma forma mais eficaz, segura e

individualizada contribuindo para uma recuperação mais rápida do cliente (AESOP, 2012).

O exercício profissional na área da Enfermagem Perioperatória, a reflexão profissional e a tomada de decisão, devem ser orientados pelos padrões de qualidade definidos pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica (CEEMC) (2017) que fundamentam os cuidados de enfermagem perioperatórios em cinco pilares: “O Reconhecimento do Outro e a Capacitação” em que o enfermeiro perioperatório estabelece uma relação interpessoal e reconhece a pessoa como ser único, fomentando a sua autonomia e atua promovendo a sua capacitação; “A vulnerabilidade” expressa como a impossibilidade de a pessoa responder pelos seus próprios recursos aos riscos inerentes aos riscos cirúrgicos e anestésicos; “A responsabilidade de cuidado” assegurando um padrão de excelência no cuidar antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos e anestésicos, de acordo com as necessidades da pessoa; “A prudência e a gestão de risco” atuando com consciência cirúrgica, prudência e precaução, atento ao pormenor e aos comportamentos numa atitude de prevenção e vigilância antecipatória, tomando decisões ajustadas, com o objetivo de evitar um evento adverso prejudicial à pessoa e equipa; e, por fim, “A consciência cirúrgica” agindo em benefício da pessoa em qualquer situação.

Deve ainda ser orientado pelo Regulamento nº 429/2018 que define as Competências do Enfermeiro Especialista, com o objetivo de promover a melhoria contínua dos cuidados, através de um conjunto de competências especializadas adequadas às necessidades específicas de cuidados à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença, que necessite de procedimentos cirúrgicos e anestésicos.

Segundo Uçak e Cebeci (2021), competência de enfermagem no bloco operatório refere-se a ter conhecimento, habilidades e atitudes suficientes para fornecer cuidados pré-operatórios, intraoperatórios e pós-operatórios seguros. O conhecimento está ligado ao que adquirimos na formação académica. Habilidades relacionam-se com a nossa vivência, a prática e o domínio adquirido. Atitudes relacionam-se com o comportamento humano, os valores, sentimentos e emoções. Competências em enfermagem englobam as competências técnicas, tais como conhecimentos fundamentais da área da enfermagem, aptidões específicas do trabalho em bloco operatório, conhecimentos e habilidade em campos cirúrgicos complexos, conhecimentos de equipamentos específicos, conhecimentos baseados em experiências anteriores, bem como as competências não técnicas como a comunicação, trabalho em equipa, prestação de cuidados holísticos e empáticos, coordenação e liderança, tomada de consciência e tomada de decisão.

A intervenção do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos. O período perioperatório comporta as fases pré, intra e pós-operatória: 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, sendo um período de preparação física e psicológica do cliente para a cirurgia, com intervenções de suporte, ensino e preparação para os procedimentos cirúrgicos e anestésicos; a fase intraoperatória inicia-se aquando a transferência da pessoa para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a UCPA, período em que a pessoa é monitorizada e anestesiada e realizado o procedimento, centrando-se a intervenção do enfermeiro na segurança do cliente, na facilitação do procedimento, na prevenção da infeção e na satisfação das necessidades fisiológicas em resposta à anestesia e à intervenção cirúrgica; a fase pós-operatória tem início quando a pessoa dá entrada na UCPA e termina quando se considera que a pessoa está recuperada do processo cirúrgico/anestésico, centrando-se os cuidados de enfermagem na manutenção dos sistemas fisiológicos na prevenção e/ou resolução de complicações da cirurgia (Regulamento nº 429/2018; Ferrito, 2021).

Os Cuidados de Enfermagem Perioperatórios devem ser desenvolvidos 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.

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

O enfermeiro perioperatório deve demonstrar competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória na garantia da segurança, congruente com a consciência cirúrgica, porque, a pessoa que necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, concorda em sujeitar-se a um estado de consciência alterado, e aos riscos inerentes a esses procedimentos e aceita ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional, geralmente na expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida (Regulamento nº 429/2018, pag. 19366)

Os cuidados de enfermagem perioperatórios devem desenvolver-se num processo normalizado de boas práticas que configurem cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa num contínuo, antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico. Devem 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, pelo que se devem ter em consideração os Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica [CEEMC], 2017).

Capacita a pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica

O enfermeiro especialista perioperatório, no processo de cuidado à pessoa em situação perioperatória, deve estabelecer uma relação interpessoal e reconhecer a pessoa como um ser único, no respeito pela sua individualidade e direito, capaz de desenvolver o conhecimento e a autoconsciência, reconhecendo a liberdade de escolha da pessoa, fomentando a sua autonomia e comportamentos ajustados à situação, fazendo um plano conjunto do projeto de cuidados, promovendo a sua capacitação para a gestão da experiência cirúrgica. A capacitação promove o autocuidado num programa de suporte e informação (CEEM, 2017).

Durante o ENP esta capacitação teve lugar aquando do acolhimento do cliente no bloco operatório, uma vez que neste hospital a consulta de enfermagem pré-operatória não é realizada a todos os clientes cirúrgicos. Esta preparação pré-operatória é efetuada nas consultas médicas pré-operatória e de anestesia ou na consulta de enfermagem na *Walking Clinic* (realizada na Unidade de Cirurgia Ambulatória-UCA).

A cirurgia é sempre uma experiência importante para o cliente e família. Ela é desencadeadora de stress, tanto psicológico (ansiedade, medo) como fisiológico (reações neuroendócrinas). A cirurgia é uma ameaça potencial, ou real, para a integridade corporal de uma pessoa e pode interferir com a necessidade de apoio durante qualquer fase da cirurgia (Long, 1995).

Segundo Long (1995), a ansiedade é uma reação adaptativa, normal, ao stress da cirurgia. A ansiedade ocorre na fase pré-operatória, quando o cliente antecipa a cirurgia ou problemas pós-operatórios como dor e desconforto, alterações na imagem corporal ou na função corporal, maior dependência, perda de controlo, preocupações familiares ou alterações potenciais no estilo de vida, aumentando quando a situação patológica subjacente é, ou se julga que é, uma lesão maligna ou ameaça à vida.

A intervenção cirúrgica é um “gatilho” e estímulo que impacta a dimensão emocional do ser humano e pode trazer consequências desagradáveis. Para alguns clientes, a cirurgia pode causar preocupação e ansiedade durante todo o processo perioperatório, em parte, devido à falta de experiência com procedimentos cirúrgicos. A ansiedade também pode ser baseada no medo da dor e da anestesia. A falta de informação, não só do procedimento cirúrgico, mas da anestesia e suas complicações, o medo dos efeitos colaterais e o risco potencial de morte são aspetos que podem desencadear ansiedade (Maya, 2022).

Situações ou experiências cirúrgicas pessoais anteriores, ou de parentes significativos que podem representar um evento stressante e gerar preocupações, como morte, dependência física, não retorno da anestesia, dor, doença, recuperação e separação da família geram respostas emocionais, como ansiedade, depressão e stress, que tornam a recuperação pós-operatória muito mais lenta e complicada (Maya, 2022). A ansiedade manifesta-se com aumento do estado de alerta, frequência cardíaca, pressão arterial, tensão muscular e distúrbios respiratórios. Sinais corporais superficiais podem incluir pele pálida, sudorese, tremores e

pupilas dilatadas (Maya, 2022). A preparação emocional ajuda a minimizar as emoções negativas relacionadas com a cirurgia; idealmente, essa preparação deveria começar três semanas antes da realização do procedimento (Long, 1995), mas não existindo essa preparação pela inexistência de consulta de enfermagem pré-operatória pode ser iniciada no acolhimento no BO.

Segundo Baleizão (2018) o acolhimento ao BO é uma intervenção de enfermagem que deve visar a humanização das práticas instituídas no bloco operatório e é fundamental para o bem-estar do cliente no período intraoperatório. O momento da admissão do cliente ao bloco operatório é visto, por este, como sendo um momento de tensão, medo e angústia pelo desconhecido. O ambiente no bloco operatório é caracterizado por ter um ambiente frio, fechado e dotado de equipamentos e fardamento diferentes dos outros serviços do hospital. Assim, no momento de acolher o cliente deve estar presente o princípio de “estar com” e “estar perto de (Baleizão, 2018).

A mesma autora (Baleizão, 2018) refere que o enfermeiro do perioperatório é um profissional dotado de competências para promover a humanização dos cuidados através do acolhimento, tendo como objetivo a diminuição do stress e ansiedade do cliente. É o responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única.

Ao efetuar o acolhimento no bloco operatório, o enfermeiro especialista, pode realçar a humanização dos cuidados através da empatia e escuta ativa. A sua disponibilidade para estar presente, esclarecer dúvidas e/ou receios e responder às necessidades mais urgentes do cliente no momento do acolhimento, são ações que ajudarão o cliente a sentir conforto e diminuição do medo. O enfermeiro do BO, apesar do contexto técnico e particular em que executa as suas intervenções, deve colocar como centro da sua prática o cliente e as suas necessidades (Baleizão, 2018).

Baleizão (2018) refere, ainda, que o acolhimento no bloco operatório deve compreender a escuta, a disponibilidade, o respeito, o vínculo e o diálogo realizado entre o enfermeiro e o cliente. Esta intervenção reveste-se de enorme importância na medida em que o cliente referencia os seus sintomas, patologias, internamentos anteriores, angústias e medos.

O acolhimento compreende diferentes fases, nomeadamente: o acesso, que consiste em receber o cliente no serviço e prestar os cuidados necessários, proporcionando segurança; a escuta, que incentiva o cliente a questionar sobre as suas dúvidas e estabelecer uma relação de confiança; o diálogo, que orienta o cliente sobre o que vai acontecer; o apoio, que promove ajuda e conforto ao cliente, e também identifica as necessidades de informação; o vínculo, que orienta o cliente sobre os tratamentos e/ou procedimentos (Baleizão, 2018).

O acolhimento foi fundamental para conhecer e avaliar as emoções, os sentimentos e as

necessidades do cliente à chegada ao BO, sendo este momento necessário, para explicar e orientar o cliente nos procedimentos a que será submetido e o momento para ajudar a fazer a gestão da ansiedade e do stress, permitindo que a pessoa expressasse as suas emoções e preocupações, fornecendo estratégias e recursos para ajudar a pessoa a lidar com a ansiedade e o stress associados à cirurgia, como técnicas de relaxamento, suporte emocional e acesso a informações de contacto para esclarecimento de dúvidas. Em alguns casos, os clientes apresentavam-se ansiosos pelo procedimento em si ou pelo pós-operatório, outras vezes apresentavam dúvidas relacionadas com o diagnóstico e prognóstico cirúrgico, pelo que foi proporcionado o contacto com o cirurgião responsável pela cirurgia e anestesista para esclarecimento de dúvidas. Um exemplo da prática foi o caso de uma senhora que necessitava de uma traqueotomia de urgência, mas que dados os seus antecedentes clínicos e o facto de ter uma prótese esofágica rígida tornava o procedimento complicado, necessitando de instrumentos e equipamentos que naquele bloco no momento não existiam. A cliente e a filha foram esclarecidas pela equipa multidisciplinar (cirurgião e anestesista) e que se aceitassem, uma vez que ainda tinha condições clínicas para tal, seria transferida para outro hospital onde se realizaria o procedimento com todos os meios necessários. Foi um caso gerador de muito stress para a cliente e sua familiar, mas no qual a equipa de enfermagem pôde ter um papel preponderante, utilizando uma comunicação verbal assertiva, empática e ao mesmo tempo uma comunicação não verbal (usando o olhar, o posicionamento e o toque), transmitindo segurança e favorecendo o expressar de sentimentos e emoções, o que ajudou a cliente e familiar na perceção do problema, na solução apresentada pela equipa e na tomada de decisão de transferência para outro hospital, para a realização do procedimento cirúrgico com segurança.

A sala de indução, sendo um espaço mais pequeno, com mais privacidade e menos profissionais, com menos ruído e interferências, foi o local privilegiado para se proceder à identificação das necessidades, para prestar as informações necessárias e se estabelecer relação de ajuda, utilizando estratégias facilitadoras da comunicação expressiva de emoções.

A capacitação do cliente para a gestão da experiência cirúrgica passou pela promoção da interação com o cliente, familiarizando-o com o ambiente do BO e o circuito cirúrgico, processo este que se iniciou pela identificação do enfermeiro (sem máscara), tratando o cliente pelo nome da sua preferência, respeitando a sua individualidade. Efetuou-se a capacitação da pessoa e família, nas situações de crianças que iriam ser submetidas a uma experiência cirúrgica aos pais, para a gestão de sua experiência cirúrgica, foram avaliadas as suas expectativas e conhecimentos face à intervenção cirúrgica e ao pós-operatório, e efetuada a validação do seu conhecimento prévio sobre a preparação pré-operatória. Foi efetuada transmissão de informações, habilidades e recursos necessários para tomar decisões controladas, preparando o cliente para participar ativamente do seu próprio cuidado antes, durante e após a cirurgia. Foram prestadas informações claras e precisas sobre os cuidados de enfermagem necessários para a realização do procedimento cirúrgico/anestésico, os objetivos, os riscos e benefícios

associados, o processo envolvido e as opções disponíveis, possíveis resultados e cuidados necessários antes, durante e após a cirurgia. Explicado o ambiente da sala operatória (luzes, aparelhos, monitorizações, necessidade de tricotomia). O status pós-operatório como presença de dor ou náuseas, presença de pensos, drenos, cateter urinário como preparação para o que pode ocorrer no pós-operatório. Foram averiguados antecedentes pessoais, médicos (alergias, medicação antiagregante ou anticoagulante) e cirúrgicos que pudessem ser relevantes. Foi avaliada a preparação pré-operatória como jejum, remoção de prótese e adornos ou maquilhagem, banho pré-operatório e toma de medicação no dia da cirurgia.

Em relação ao desenvolvimento do projeto a capacitação da pessoa passou por lhe prestar a informação de que para a realização do procedimento cirúrgico o cliente necessita ser posicionado e que esse posicionamento pode acarretar riscos, que podem ser prevenidos e minimizados com uma prévia avaliação, mediante a qual poderíamos planejar e implementar intervenções de enfermagem efetivas escolhendo equipamentos e superfícies de suporte adequadas para minimizar e prevenir a ocorrência de lesões, e obtido o seu consentimento.

A identificação das necessidades da pessoa e da família/pessoa significativa em situação perioperatória, é uma parte essencial da prática do enfermeiro especialista perioperatório durante o período perioperatório, que engloba desde a decisão do cliente de se submeter a uma cirurgia até à recuperação pós-operatória, exercendo o enfermeiro um papel fundamental no cuidado e na assistência ao paciente e à sua família.

A identificação das necessidades da pessoa e da família/pessoa significativa envolveu uma abordagem holística, levando em consideração os aspetos físicos, emocionais e psicossociais.

Segundo a AORN (1969, 1985), citada em AESOP (2012, pág.6) e Ferrito (2021, pág.3), o enfermeiro perioperatório tem como função “identificar as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do individuo (...)”. Esta identificação de necessidades idealmente deveria ser efetuada numa consulta pré-operatória de enfermagem, porque esta é a base para planificar uma ajuda individualizada e estabelecer objetivos de atuação (AESOP, 2012). No entanto, o estágio de natureza profissional foi realizado no BOC, nomeadamente nas áreas da enfermagem de anestesia e circulação e por vezes na UCPA, tendo sido algumas vezes destacados para a UCA, mas não tendo sido contemplada a consulta de enfermagem pré-operatória.

O enfermeiro especialista perioperatório deve já ter um conhecimento prévio do cliente, e do procedimento cirúrgico a que vai ser submetido. Para isso, junto com os supervisores clínicos era efetuada a consulta prévia do plano operatório e do processo do cliente. No dia anterior ou no início do turno era consultado o plano operatório da sala, havendo ainda o cuidado de o discutir com outros membros da equipa multidisciplinar, enfermeiros, anestesista e cirurgiões, no sentido de obter dados relevantes para a conceção de um plano de cuidados tendo por base a individualidade e especificidade de cada cliente. Nas consultas médicas de anestesia e de

cirurgia, eram identificadas as necessidades de cuidados do cliente. Baseados nesse conhecimento, e de acordo com as áreas de atuação - anestesia, circulação e instrumentação, tendo em conta os procedimentos cirúrgico e anestésico planejados para aquele cliente com as suas especificidades, pôde-se programar e preparar materiais, instrumentos e equipamentos cirúrgicos, fármacos e equipamentos de monitorização necessários, outros técnicos e equipamentos, como por exemplo aparelhos de Raio X.

Em relação ao projeto de desenvolvimento de competências para identificação das necessidades, foi elaborado um instrumento de recolha de dados (ANEXO XXI) baseado na Escala ELPO-PT e que engloba dados socio demográficos (idade e género), clínicos (comorbilidades, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, posicionamento cirúrgico e posição dos membros) e materiais (superfícies de suporte utilizadas para o posicionamento), efetuada a avaliação da Escala de Braden pré operatória para verificar a sua efetividade para clientes cirúrgicos, observada a integridade cutânea e pulsos pré posicionamento e pós posicionamento para verificar se houve desenvolvimento de lesões na pele relacionadas ao posicionamento. Efetuou-se a aplicação da Escala de Avaliação de Risco de Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico ELPO-PT a clientes submetidos a cirurgia e que necessitem como posicionamento o decúbito ventral ou a posição litotômica. A avaliação com recurso à referida escala foi efetuada ao posicionar o cliente na marquesa operatória. Foi, ainda, efetuada uma avaliação da integridade cutânea e avaliação de pulsos pré posicionamento cirúrgico, para comparar com a avaliação da integridade cutânea no pós-operatório imediato, no sentido de observar se houve desenvolvimento de lesões na pele decorrentes do posicionamento efetuado.

O enfermeiro especialista perioperatório deve ainda avaliar as necessidades psicossociais do paciente e da família/pessoa significativa. Isso pode envolver a identificação de necessidades e recursos de apoio disponíveis, como assistência social, aconselhamento psicológico ou grupos de apoio. Com base na experiência profissional, a trabalhar anos em cirurgia oncológica, sabe-se que a avaliação destas necessidades e a transmissão da informação à equipa multidisciplinar pode fazer a diferença na recuperação e na continuidade de cuidados.

A identificação das necessidades da pessoa e da família/pessoa significativa em situação perioperatória é um processo dinâmico que requer uma abordagem centrada no cliente. Ao fornecer cuidados individualizados e atender às necessidades físicas, emocionais e psicossociais, o enfermeiro perioperatório desempenha um papel fundamental no suporte ao paciente e à família, durante todo o processo perioperatório.

Em função das necessidades identificadas, o enfermeiro especialista perioperatório elabora e "(...) põe em prática um plano individualizado que coordene as suas ações, baseado no conhecimento das Ciências Humanas e da Natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante, e depois da cirurgia" (AORN, 1985 citada em AESOP,

2012, pág. 122). Mediante os dados da identificação de necessidades, foram estabelecidos diagnósticos, que representavam problemas reais ou potenciais. Os problemas reais são os que a pessoa apresenta no momento da avaliação, que descrevem as reações do cliente, como sinais e sintomas (dor, hipotermia, ansiedade, medo). Os problemas potenciais são os que se podem desenvolver se não forem implementadas intervenções apropriadas, como risco de infecção ou de lesão na pele (Ferrito, 2021, pág. 7).

Com base nos diagnósticos efetuados, foram definidos objetivos, estabelecidas prioridades e elaborado o plano de intervenções, pois de acordo com o definido pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica (2017, pág. 5), o enfermeiro especialista planeia, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados com vista à deteção, estabilização, manutenção e recuperação perante situações que requeiram meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos.

Os planos que foram definidos envolveram a implementação de intervenções autónomas e interdependentes. Consideram-se intervenções autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais. As interdependentes são as 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 (REPE, Art.º 9º, 1998).

Segundo Ferrito (2021, pág.8) a implementação de intervenções de enfermagem envolve competências cognitivas, interpessoais e psicomotoras. As competências cognitivas implicam a aplicação do conhecimento científico da enfermagem, que permite prever e reconhecer as necessidades da pessoa, assim como compreender as reações fisiológicas e psicológicas. As psicomotoras que requerem a integração das competências cognitivas, são necessárias para a satisfação das necessidades de cuidados diretos e instrumentais.

Das atividades desenvolvidas no cuidar destacam-se a segurança e a prevenção da infecção, o controlo da dor, a manutenção da temperatura corporal, e a adequação dos posicionamentos cirúrgicos. As intervenções interpessoais permitem o desenvolvimento de uma relação de ajuda com o cliente, destacando-se nesta dimensão a empatia, o respeito, a compreensão, a escuta ativa, o silêncio, o saber colocar-se no lugar do outro, a assertividade.

Cada cliente é um ser humano único e irrepetível, com as suas aprendizagens que influenciam o seu modo de estar em relação, deve ser a particularidade da pessoa que deve ditar a intervenção de enfermagem (Sampaio et al., 2021, pág. 276). O enfermeiro perioperatório deve, no estabelecimento da relação de ajuda, aceitar a pessoa com respeito e empatia. Num contexto como o BO deve criar as condições para facilitar as trocas de informação e respeitar o

seu caráter de confidencialidade.

Procurou-se utilizar “o processo de intervenção terapêutica de enfermagem” que se pode concretizar através de uma diversidade de instrumentos, dos quais se destacam: a gestão de sentimentos e a gestão de informação. Estas foram as técnicas de comunicação utilizadas na relação de ajuda aos clientes e famílias. A “gestão de sentimentos” é um modo de intervenção de grande importância e que, como tal, adquire centralidade face aos diversos modos de intervenção. Concretiza-se através da promoção da confiança e da esperança e perseverança (Campos, 2017).

Segundo Campos (2017) a “Promoção da esperança e perseverança”, que engloba “Promoção da esperança” e “Estimulação para a vida” são estratégias de intervenção terapêutica. Quando, numa situação em que o profissional conhece por antecipação a representação negativa de determinado procedimento ou tratamento, passa a atuar evidenciando os aspetos positivos do fenómeno em causa, incentivando sistematicamente a confiança do cliente. Ou seja, existe um reforço sistemático na confiança do tratamento, o que ao mesmo tempo aumenta a esperança do utente. Isto quer dizer que, mesmo em situações avançadas da doença, é possível controlar determinado tipo de sintomas e aumentar o bem-estar. A “Estimulação para a vida” tem a ver com a valorização dos aspetos saudáveis da vida da pessoa. Para atingir esta finalidade, o profissional valoriza os ditos “pequenos acontecimentos” do dia-a-dia e que dão sentido à vida de cada um. No processo de interação com o cliente foram-se questionando aspetos da sua vida pessoal que se pudessem transformar em aspetos positivos e objetivos, que com o investimento no tratamento, lhe pudessem dar mais qualidade de vida e bem-estar, proporcionando-lhe esperança realista.

A ansiedade pode ser diminuída se o cliente receber a cirurgia como uma experiência positiva para curar a doença e para aliviar o desconforto.

Procurou-se assegurar que a pessoa compreendia a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão, através do uso de uma comunicação funcional tal como refere Campos (2017) ao citar Phaneuf (2005) ou seja, mantendo-se uma linguagem simples, com a ajuda de termos que a pessoa pudesse facilmente compreender, qualquer que fosse o seu estado ou o seu nível de educação, precisa, concisa e de extensão limitada para mais facilmente ser compreendida. Foram expostos, com rigor, os detalhes com recurso à simplicidade das frases e à exatidão das palavras, procurando que fosse flexível e adaptada a cada contexto. Procurou-se transmitir informação apropriada às preocupações e aos interesses da pessoa cuidada. Esteve-se particularmente atenta a sinais, gestos e movimentos que expressassem mensagens essenciais, de forma a compreender as reais necessidades do cliente. Foi sempre efetuada a validação da informação prestada assegurando que o cliente a compreendeu para que pudesse exercer a sua autodeterminação e fazer a sua tomada de decisão.

Procurou-se assumir uma atitude ética e deontologicamente adequada, garantindo o cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com o consentimento informado, no sentido de defender o direito de cada pessoa à autodeterminação e a uma adequada informação, que lhe permitisse tomar decisões face aos projetos de cuidados que lhe eram propostos, considerando-se a constante atualização de conhecimentos éticos e legais essenciais no sentido de respeitar e fazer respeitar a tomada de decisões da pessoa respeitando a sua autonomia.

“O cliente na gestão do seu projeto de saúde tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado” (Diário da República, 1.ª série - N.º 57, 2014). A informação deve ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível.

Segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2006), no seu artigo sexto, “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”.

Entende-se por consentimento informado a autorização esclarecida prestada ao cliente antes da submissão a qualquer cuidado de saúde, incluindo, entre outros, atos médicos, realização de exames, participação em investigação ou ensaio clínico. Esta autorização pressupõe uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, razão e resultado esperado da intervenção consentida. Em regra, qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ter lugar após prestação do consentimento livre e esclarecido pelo destinatário da mesma. Ou seja, o cliente deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo, natureza da intervenção, consequências, riscos e alternativas. A informação deve ser prestada de forma simples, objetiva, clara, suficiente e razoável com o objetivo de esclarecer completamente o seu destinatário, no que respeita ao seu estado de saúde, sua evolução e riscos associados à intervenção ou tratamento. Quem informa deve certificar-se de que o destinatário da informação está devidamente esclarecido, fazendo referência, quando seja o caso, a tratamentos ou outras intervenções alternativas. A informação necessária ao consentimento informado deve ser, em princípio, prestada pelo profissional de saúde responsável pelo tratamento ou intervenção em causa (ERS- Entidade reguladora da saúde, Norma nº 015/2013 – Direcção-Geral da Saúde) .

Quando o enfermeiro do perioperatório deteta que o cliente não está devidamente informado em relação ao procedimento cirúrgico e anestésico, que assinou o consentimento mas refere não ter percebido bem o que lhe vai ser feito ou que não o quer fazer, ética e legalmente deve providenciar que os devidos esclarecimentos lhe sejam prestados novamente pelos profissionais

responsáveis pelo tratamento e intervenção conforme explanado anteriormente, e que este a entendeu para que possa livremente fazer a sua decisão autónoma. De acordo com o Código Penal, no artigo 157º (internet, 1995), o consentimento só será válido quando o cliente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo cliente, poriam em perigo a sua vida ou seriam suscetíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica. Neste aspeto em particular, na fase de acolhimento era validado no processo do cliente a existência do consentimento informado e se estava conforme o que estava planeado no plano operativo e com a confirmação do cliente; quando algo não correspondia e se o cliente apresentasse qualquer dúvida, era proporcionado o contato com o profissional adequado para prestar as devidas informações, na garantia da dignidade do ser humano e os direitos e liberdades fundamentais da pessoa.

Em relação às intervenções de Enfermagem também elas estão regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015, pág. 80) no Art.º 105º dos seus estatutos dizendo que o enfermeiro no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de informar o cliente e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito do cliente ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo cliente, em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter. Pelo que se deve obter o consentimento informado sendo este a "autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem" (OE; 2007).

A OE (2007) considera que a formação inicial e contínua deve prover as competências necessárias para assegurar que os clientes são adequadamente informados, pelo que se considera que o desenvolvimento contínuo de competências, nomeadamente as do enfermeiro especialista, são de extrema importância.

O desenvolvimento de competências vai permitir a correta gestão de situações complexas para o cliente, decorrentes do procedimento cirúrgico. A alteração da autoimagem ou diminuição de capacidades decorrentes do procedimento cirúrgico é uma informação que envolve uma mudança drástica no indivíduo que a recebe, tendo um impacto negativo na sua perspetiva de futuro.

A preparação da pessoa para potenciais alterações da autoimagem e diminuição de capacidades, aconteceu em casos de clientes que iriam fazer mastectomia, colostomia, traqueotomia ou amputações.

A forma como se comunica uma má notícia é fundamental podendo afetar os domínios,

cognitivo, emocional, espiritual e comportamental com eventuais repercussões na dinâmica pessoal, familiar e social (Sequeira, 2021a). Assim, é fundamental a forma como se comunica a má notícia, avaliando-se o seu nível de conhecimento as suas expectativas e o seu estado emocional, procurando fazê-lo num ambiente livre de ruídos e com privacidade; o ambiente selecionado durante o ENP foi a sala de admissão e a UCPA, com cuidado na transmissão da informação, permitindo a expressão de emoções, dando perspetivas de futuro. Um exemplo prático deste contexto é o de uma senhora submetida a uma mastectomia que estava preocupada com a sua imagem corporal, foram-lhe transmitidas informações sobre sutiãs alternativos no pós-operatório, a existência de grupos de apoio a mulheres mastectomizadas, a possibilidade de poder fazer uma reconstrução mamária, e como a experiência profissional é na área da oncologia cirúrgica pode-se dar alguns exemplos de sucesso, o que pareceu deixá-la um pouco mais tranquila.

A transmissão de que desenvolveu uma lesão decorrente do posicionamento cirúrgico será um exemplo de uma má notícia, porque implicará desconforto, dor, alteração da autoimagem, mais tempo de internamento e poderá ainda ter implicações na sua vida após a alta hospitalar, pelo que a avaliação do seu risco para poder prevenir o seu desenvolvimento e a implementação de intervenções de enfermagem efetivas se torna muito relevante.

Foram desenvolvidos planos de instrução, ensino e treino promovendo a capacitação, autogestão e recuperação. Um plano de instrução e ensino promovendo a capacitação do cliente passa por avaliar as necessidades específicas do cliente, condições pré-existentes, cirurgia realizada, ou outra informação relevante, avaliar a capacidade física e cognitiva do cliente para avaliar a necessidade de suporte, orientar o cliente e família/pessoa significativa para a continuidade de cuidados como o tratamento da ferida cirúrgica, administração de medicamentos prescritos, limitações na mobilidade, restrições alimentares, sobre gestão da dor, vigilância e prevenção de complicações e como proceder caso aconteçam. Foram desenvolvidos planos de ensino durante o acompanhamento do supervisor à UCA; no pós-operatório imediato de cirurgia a cataratas fez-se a orientação dos cliente e cuidadores mediante a descrição anterior; outros ensinamentos, visando a promoção da recuperação, foram sendo feitos na UCPA durante a prestação de cuidados, por exemplo o uso de talas específicas e canadianas em clientes submetidos a cirurgia ortopédica, e a ingestão de alimentos frios após amigdalectomias.

Foram assegurados os mecanismos de suporte e acompanhamento da pessoa em situação de vulnerabilidade, de menores e de pessoas com necessidades especiais, de acordo com a legislação vigente e as políticas institucionais.

A vulnerabilidade em saúde pode ser entendida como uma perceção de diminuição de poder, enquanto indivíduo, face aos outros, onde a presença do sentimento de ameaça ou exposição à ameaça física, psicológica, emocional, cultural e económica é uma realidade, onde a falta de

confiança em si e nos outros faz-se sentir na forma como se vivencia os seus projetos de saúde e o não saber gerir novas situações (Pacheco, 2018). O Código Deontológico dos Enfermeiros (2015) no seu Art.º 81 refere que a nossa vulnerabilidade perante a doença nos coloca na situação de pessoas em necessidade e reclama a solidariedade e equidade dos prestadores de cuidados; isto torna-se mais evidente em grupos vulneráveis como o caso de idosos, crianças, deficientes e clientes inconscientes.

A Vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória pode ser expressa como a impossibilidade de responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a que está sujeita. A vulnerabilidade traduz a exposição aos riscos, a desproteção e impossibilidade de defesa, que requer que seja assegurada por outra pessoa, em sua substituição (Regulamento n.º 429/2018).

No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses (Declaração Universal Bioética e Direitos Humanos, 2006).

Especificamente em contexto de BO, o enfermeiro deve assegurar mecanismos de suporte no caso de uma situação de urgência/emergência, quando as pessoas estão incapazes para decidir, e o consentimento não pode ser assegurado pela própria. Qualquer intervenção sobre uma pessoa que careça de capacidade para prestar o seu consentimento apenas poderá ser efetuada em seu benefício direto (Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, pág. 4, 1997).

A ação do enfermeiro de reger-se segundo os princípios da beneficência e não maleficência, estando implícitos o dever de fazer o bem, ajudando o outro a obter o que é para seu benefício, agindo no melhor interesse das pessoas. Este princípio surge na perspetiva de não se fazer o mal, sobretudo de não causar dano. Nestes casos, procede-se imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa (Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, pág. 4 e 5, 1997)

Em contexto de estágio, no acompanhamento dos supervisores quando destacados na equipa de urgência este princípio foi tido em conta, em particular, num caso de um cliente politraumatizado que se encontrava num estado de inconsciência que o impedia de tomar a decisão livremente e que incorria num risco de morte se não se realiza-se o procedimento cirúrgico com emergência, pelo que teve de se agir para seu benefício efetuando a amputação do membro inferior.

No Artigo 8º da declaração referida anteriormente (Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, pág. 5, 1997) está referido que na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana.

Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa. Sempre que, nos termos da lei, um menor careça de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efetuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei. A opinião do menor é tomada em consideração como um fator cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade. O mesmo se aplica a um maior que careça, em virtude de deficiência mental, de doença ou por motivo similar, de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efetuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei. A pessoa em causa deve, na medida do possível, participar no processo de autorização. Todos os representantes legais devem ser detentores de toda a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos (Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina pág. 4, 1997). Durante o ENP em cirurgia pediátrica foram asseguradas todas estas questões éticas e legais e as normas institucionais, estando as crianças acompanhadas por um dos pais até ao término da indução anestésica e depois acompanhando a criança na UCPA; o apoio aos pais no pós-operatório imediato é importante porque são situações geradoras de ansiedade, a vivência da indução anestésica nem sempre tranquila pode apresentar-se geradora de grande stress, a incerteza no acordar por vezes também agitado, a gestão da dor, de náuseas, a mobilidade física, o apoio e a relação de ajuda tornam-se muito relevantes.

Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória

Na promoção dos cuidados à pessoa em situação perioperatória a segurança é um aspeto central na prática clínica e um elemento-chave na garantia de sistemas de saúde eficientes (Ramos et al., 2021).

O BO aparece reconhecido como um dos ambientes de trabalho mais complexos da prestação de cuidados de saúde, quer pela tecnologia sofisticada de acordo com o procedimento cirúrgico a realizar, quer pela multidisciplinaridade, em que as equipas são formadas por anestesistas, cirurgiões, enfermeiros e outros técnicos o que obriga a uma interação perfeita num contexto de elevada complexidade (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Devido a essa complexidade pode existir grande probabilidade de ocorrência de um maior número de incidentes e eventos adversos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais são evitáveis, é reconhecida internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Segundo Pereira (2012) a qualidade dos cuidados de saúde justifica-se por razões de ordem social, ética, profissional e económica. A segurança do cliente, enquanto componente essencial da qualidade, requer um esforço contínuo de melhoria por parte das instituições prestadoras de

cuidados de saúde, através da criação de uma cultura de segurança institucional.

Nesse seguimento, entre 2006 e 2009, a OMS (2009) estabeleceu como meta prioritária, a melhoria da segurança e a prevenção do erro humano e do efeito adverso. Iniciou um programa direcionado para os procedimentos cirúrgicos, denominado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”.

Este programa foi implementado em Portugal em 2010 e emitida pela Direção-Geral de Saúde (DGS, 2013) uma circular normativa que formalizava a implementação e o registo de utilização da Lista de Verificação Segurança Cirúrgica (LVSC), resultante do segundo desafio global para a segurança dos clientes “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de otimizar as práticas cirúrgicas e anestésicas, diminuir as infeções cirúrgicas e melhorar a comunicação das equipas no BO.

Através da implementação desta LVSC foram definidos dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica: operar o cliente no local certo; usar métodos validados para evitar danos decorrentes de anestésicos; identificar e preparar-se para atuar perante sinais/sintomas de risco de vida; identificar os sinais/sintomas e preparar-se para atuar face ao risco de elevada perda de sangue; evitar a indução de uma reação alérgica ou reações adversas a medicamentos; utilizar sistematicamente métodos reconhecidos para minimizar o risco de infeção do local cirúrgico; impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas; acondicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas; comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica; e estabelecer vigilância epidemiológica de rotina para monitorizar a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados (Matos et al.2021).

No BO onde decorreu o ENP esta LVSC está implementada, tem um carater obrigatório e é efetuada no sistema informático em uso; é da responsabilidade da enfermeira circulante e constata-se que, quando bem executada, e há colaboração de todos, é estabelecida uma comunicação eficaz entre os membros da equipa multidisciplinar, observando-se que aumenta a cultura de segurança, promovendo o trabalho em equipa e favorecendo a prevenção e deteção precoce da ocorrência de eventos adversos. Constatou-se que nem sempre é efetuada como preconizado e que deveria ser dada mais relevância a esta verificação pois a evidência demonstra que existem benefícios na sua utilização (Sotto, et al., 2021; Westman et al., 2020; Abbott et al., 2018; Gitelis et al., 2017; Anderson et al, 2018).

Os benefícios na utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica, poderão ser a melhoria da comunicação dentro da equipa multidisciplinar, permitindo antecipar necessidades intraoperatórias, diminuição da mortalidade e redução de complicações pós-operatórias.

Ela era efetuada antes da indução anestésica - *sign In*, antes da incisão na pele - *time out*, e antes do cliente sair da sala de operações - *sign out*.

Colaborou-se na verificação da identidade do cliente através da pulseira de identificação, associada a outros meios adequados de identificação como o processo clínico, na confirmação local/órgão a intervercionar, e do procedimento cirúrgico. Esta verificação era efetuada no momento da admissão e na sala de indução, habitualmente por um ou dois elementos da equipa, que comunicavam entre si para não se repetirem as questões. Pessoalmente considera-

se relevante serem vários elementos a fazerem esta identificação, não excluindo o fato de relevar na mesma a comunicação entre os vários elementos. Deve ser efetuada em todos os momentos em que haja transferência de responsabilidade pelo cuidado ao cliente, antes de o cliente deixar a sala pré-operatória e antes da indução anestésica (Matos et al., 2021). O momento de admissão na sala operatória realiza-se, sempre que possível com o cliente acordado, consciente (o que não se verificava em clientes sedados e intubados com proveniência dos cuidados intensivos ou em situações de urgência provenientes de outros hospitais), e na presença de toda a equipa disciplinar, em que cada membro deve realizar a verificação de forma independente. A informação dos vários elementos envolvidos na verificação deverá ser agregada pela enfermeira circulante, enfermeira coordenadora do processo.

No momento antes da indução anestésica, para além da verificação da identificação do cliente, foi verificado o seu estado de consciência, que deu o seu consentimento informado livre e esclarecido para a realização da cirurgia e da anestesia, e que a marcação do local cirúrgico foi efetuada com uma caneta de tinta permanente de modo que não seja removida com a preparação da pele para a cirurgia. Esta marcação deve ser efetuada com uma seta e não com um X pois pode indicar um local a não ser operado e levar a dúvidas (OMS, 2009); esta marcação deve ser efetuada pelo cirurgião que vai estar presente no procedimento, com o cliente acordado, consciente e orientado promovendo o seu envolvimento e uma maior sensação de segurança. Este passo era sempre levado em conta e providenciado o contacto com o cirurgião para proceder à respetiva marcação quando justificada.

O momento antes da incisão na pele, *time out*, deve ser de pausa, com suspensão temporária da ação, com a participação ativa de todos os membros da equipa promovendo a comunicação entre si. Nesta fase, há uma confirmação, em voz alta, da enfermeira circulante com o cirurgião e anestesista e restantes enfermeiros perioperatórios, da identificação do cliente, do procedimento e o local cirúrgico. É ainda neste momento que se verifica o posicionamento do cliente, se a administração da antibioterapia profilática foi realizada, se valida a existência de equipamentos e materiais específicos e o seu estado de descontaminação final, bem como se revêm os aspetos críticos e preocupações a ter em consideração antes do início do procedimento.

No momento do *sign out*, na presença de toda a equipa deve proceder-se à validação da contagem de instrumentos e compressas e a verificação da rotulagem de produtos biológicos ou peças anatómicas para análise, verificam-se os aspetos relevantes a transmitir à equipa que vai receber o cliente que pode ser da UCPA ou cuidados intensivos, assim como a identificação de eventuais problemas com os equipamentos utilizados.

Todos estes passos são relevantes, e além da validação sistemática das verificações de segurança para prevenção de complicações relacionadas com o procedimento cirúrgico, pode-se ainda retirar indicadores de avaliação da performance cirúrgica que permitem estabelecer vigilância epidemiológica de rotina para medir a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados dos cuidados (Matos et al., 2021).

Em todo o processo de cuidado à pessoa em situação perioperatória responsabilizamo-nos pela pessoa tomando a cargo o conforto, a integridade, a privacidade e o cumprimento da vontade expressa, até que a mesma tivesse capacidade para os assegurar em todo o processo cirúrgico.

Na transferência do cliente para a marquesa operatória, e desta para a sua cama, atendeu-se ao seu conforto, controlando a sua exposição ao frio da sala operatória, e a sua exposição corporal, tendo ainda especial cuidado no posicionamento cirúrgico tendo em conta os conhecimentos e competências adquiridos no desenvolvimento do projeto delineado. Mediante o resultado da avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral e posição litotômica com recurso à ESCALA ELPO-PT foram implementadas intervenções de enfermagem com recurso a equipamentos e superfícies de suporte adequadas, para efetuar um posicionamento seguro, proporcionando conforto ao cliente, na perspetiva de prevenir e diminuir os riscos de desenvolvimento de lesões na pele e tecidos subjacentes (lesões por pressão) relacionados a esses posicionamentos.

Procurou-se em todo o processo de prestação e promoção de cuidados efetuar uma prática baseada na evidência, sendo esta definida como o processo em que os enfermeiros tomam decisões clínicas, utilizando a melhor evidência científica, recorrendo à sua experiência clínica e às preferências do cliente, no contexto dos recursos disponíveis. Ela afigura-se como uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que em regra assumir-se-ão como as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão (Peixoto et al., 2016).

Durante o ENP não houve oportunidade de desenvolvimento de competências a nível da consulta pré-operatória, como já referido anteriormente.

Procurou-se agir com pertinência na área de anestesia com aquisição e aplicação de conhecimentos nas diversas técnicas anestésicas, conhecimento dos fármacos e sua interação farmacológica, nas técnicas e métodos de monitorização, atuando com pertinência nas diferentes fases anestésicas - indução manutenção e reversão , testando o funcionamento de todos os equipamentos e aparelhos, verificando e preparando criteriosamente os materiais de acordo com o cliente e protocolos instituídos com o objetivo de prevenir, reduzir e controlar a ocorrência de situações de risco promovendo um ambiente seguro e garantindo o bem estar físico e psicológico do cliente.

Na área da circulação, sendo a enfermeira circulante a coordenadora da sala operatória e responsável pela gestão organizacional, foram mobilizados e aplicados conhecimentos de segurança do cliente e do ambiente cirúrgico, controlo de infeção e gestão de riscos, da assepsia, manutenção de circuitos limpos e sujos, dos equipamentos e materiais necessários conforme plano de cuidados de acordo com a especificidade do cliente e intervenção cirúrgica.

Na área da instrumentação foram mobilizados conhecimentos sobre desinfeção cirúrgica das mãos, vestuário, preparação dos dispositivos médicos e preparação de mesas cirúrgicas, manutenção da assepsia, conhecimento dos tempos cirúrgicos, recolha de produtos orgânicos, na contagem de compressas e itens quantificáveis.

Na UCPA o trabalho foi desenvolvido ao nível da prevenção de complicações anestésico cirúrgicas, na deteção e tratamento dessas complicações e ajudando na recuperação fisiológica através de vigilância das funções cardiocirculatória, respiratória, renal, do estado de consciência, na prevenção e tratamento da dor, vigilância da função motora, promoção do bem-estar físico e psicológico.

Face a situações de urgência, situações de imprevisibilidade e complexidade o enfermeiro especialista deve executar intervenções em conformidade. Em cirurgias de urgência, ou cesarianas emergentes avaliou-se continuamente o estado geral dos clientes, interpretando sinais e sintomas de forma a prevenir riscos maiores e emergentes, respondendo pronta e eficazmente a todas as solicitações da equipa de anestesia e cirúrgica, atendendo aos princípios de controlo e vigilância aquando da administração de hemoderivados, administrando fármacos de acordo com a indicação médica respeitando as recomendações de manipulação e preparação, monitorizando e comunicando a eficácia terapêutica, garantindo a segurança física do cliente e da equipa, elabora registos de acordo com as suas intervenções e prescrições médicas (AESOP, 2012). Deve ter-se conhecimento de protocolos de atuação em situações emergentes, como por exemplo em caso de reações anafiláticas, coagulopatias intravasculares disseminadas, entubações difíceis, embolias.

Foram algumas as situações de cesarianas emergentes com necessidade e exigência de intervenções rápidas e eficazes, desde a preparação célere e segura de fármacos, a rápida monitorização das clientes e a interpretação de sinais e sintomas no sentido de prevenir complicações mais emergentes, a segurança nos procedimentos, a necessidade de colocação rápida de mesas cirúrgicas e a manutenção da técnica assética em todo o processo, a correta identificação de colheitas do cordão umbilical para deteção de incompatibilidade com o grupo sanguíneo da mãe e a atuação atempada e eficaz nessas situações, a necessidade de uma correta gestão da informação porque as clientes se encontram acordadas numa situação de grande ansiedade e expectativa, a necessidade de papéis bem definidos com uma grande coordenação na equipa multidisciplinar, dada a experiência profissional pôde-se atuar com rigor complementando as necessidades da equipa e também no estabelecimento de relação de ajuda com as clientes contribuindo para a diminuição da sua ansiedade.

Foi-se adequando-se a monitorização de acordo com o tipo de anestesia, mantendo a vigilância intensiva de parâmetros hemodinâmicos, débito urinário, monitorização da temperatura corporal, monitorização metabólica (gasimetrias), perfusional, integridade cutânea e existência de possíveis reações adversas, interpretando sinais e sintomas e analisando os resultados intervindo com base no conhecimento especializado, evidência científica e experiência profissional de anos de trabalho em unidade de cuidados intermédios, tendo feito parte da equipa de emergência intra-hospitalar bem como experiencia profissional de alguns anos em BO permitindo responder prontamente em situações de emergência, respondendo prontamente a solicitações da equipa cirúrgica e anestésica, são exemplos destas situações a necessidade de administração de medicação em casos de hipotensão, hipertensão, disritmias, oligúria ou poliúria, hipoxia, hipercapnia, a necessidade de administração de hemoderivados e terapêutica vasoativa tendo colaborado nesses procedimentos em várias cirurgias de urgência e eletivas.

Também a prevenção e o controlo da dor devem ser encarados como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde sendo, igualmente, um fator indispensável para a humanização dos cuidados de saúde. Os enfermeiros especialistas perioperatórios têm um papel fundamental na gestão da dor, e encontram-se numa posição relevante para prover e interferir no controlo da dor, uma vez que têm um contacto regular e de proximidade com os clientes, intervindo e trabalhando no sentido de uma adequada gestão da dor. Isso significa que

os enfermeiros devem ter as competências elementares e básicas no que concerne à avaliação e abordagem à pessoa com dor.

A dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado, a dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial (DGS, 2003). O controlo eficaz da dor é um passo fundamental para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde. Se o tratamento da dor pós-operatória for ineficaz, a curto prazo gera alterações fisiopatológicas importantes nos diferentes sistemas orgânicos, prolongando o tempo de recobro e levando a menor participação do cliente na sua reabilitação, menor satisfação e altas mais tardias. O bom controlo da dor pós-operatória traz muitos benefícios que vão desde a deambulação precoce, diminuição da incidência de náuseas e vômitos e da agitação, evitando a manipulação constante da incisão cirúrgica com menor formação de edema e de eventuais hematomas, com melhores condições para a cicatrização e recuperação. A longo prazo pode diminuir a qualidade de vida do cliente, agravar a disfunção cognitiva pós-operatória e originar evolução para dor crónica (Martins, 2013). Um foco de atenção no intraoperatório é o controlo da dor. Está preconizado que o tratamento da dor seja multimodal, utilizando diferentes classes de fármacos ou métodos analgésicos com atuação distinta ao longo da via nociceptiva, apresentando efeitos sinérgicos, permitindo assim, uma maior eficácia analgésica, com redução dos efeitos colaterais associados a doses elevadas de cada um dos fármacos (Martins, 2013).

A analgesia no pós-operatório deve manter uma abordagem multimodal, mas em que os analgésicos opiáceos sejam utilizados apenas quando necessário e não por rotina. Os cuidados de enfermagem pretendem um controlo da dor eficaz e que promova a mobilização precoce, ao mesmo tempo que pretende minimizar os efeitos adversos dos fármacos opiáceos como as náuseas e vômitos pós-operatórios e a obstipação (Martins, 2013).

A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos clientes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde. Existem diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da dor. O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes. A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem de ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do cliente (DGS, 2003). A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas instituiu, através da Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003, a “Dor como o 5º sinal vital”. Nestes termos, considerou-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde o registo sistemático da intensidade da dor; a utilização para mensuração da intensidade da dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”; a inclusão nos sistemas de informação de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da dor.

A avaliação da intensidade da dor pode efetuar-se com recurso a qualquer das escalas

propostas. A intensidade da dor é sempre a referida pelo cliente. À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua colheita. As escalas propostas aplicam-se a clientes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos. Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos. A escala utilizada, para um determinado cliente, deve ser sempre a mesma. Para uma correta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o cliente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização. É fundamental que o profissional de saúde assegure que o cliente compreenda, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada (DGS, 2003), isto pode passar por no pré-operatório mesmo que imediato se faça o ensino ao cliente sobre o potencial para a dor no pós-operatório e ensino da escala de avaliação da dor. O enfermeiro perioperatório deve fazer a avaliação, prevenção e tratamento da dor, monitorizando e registando a existência de dor e as suas características, deve além da utilização de escalas estar atento a sinais e sintomas de dor sobretudo se o cliente tiver dificuldades em verbalizar esta situação. Deve administrar terapêutica analgésica prescrita e fazer uma vigilância cuidadosa da reação à sua administração e avaliação da sua eficácia. Deve promover um ambiente calmo e seguro com baixo nível de estímulos sensoriais e incentivar posicionamentos de conforto com colaboração do cliente, sempre que possível. Executar outras técnicas de analgesia e massagens de conforto sempre que possível e for considerado benéfico (AESOP, 2012). Ao longo do ENP pode-se colaborar nesta gestão da dor através do reconhecimento de sinais e sintomas apresentados pelo cliente quer no intraoperatório antes do início da cirurgia quer na UCPA, monitorizando e avaliando a dor através de escala numérica da dor, administrando terapêutica prescrita conforme necessidade, promovendo o conforto do cliente através do posicionamento, efetuando técnicas não farmacológicas para o alívio da dor como por exemplo a aplicação de gelo no local operado. Observou-se o seu registo pelos supervisores clínicos nos sistemas de informação. Pôde-se fazer uma reflexão sobre protocolos da dor que apenas estão preconizados para clientes em regime de ambulatório, tendo tido por diversas vezes acompanhado o supervisor clínico à UCA, onde por vezes estava destacado, tendo tido a oportunidade de conhecer os protocolos instituídos nesta unidade e observar os ensinamentos para continuidade de cuidados ao cliente e seu cuidador neste âmbito.

Foram mobilizados conhecimentos e estratégias facilitadoras da comunicação com a pessoa afetada por barreiras à comunicação e alteração da consciência ao longo do ENP, recorrendo à experiência clínica profissional de vários anos de trabalho em oncologia cirúrgica nomeadamente numa unidade de cuidados intermédios que recebia clientes cirúrgicos no pós-operatório imediato de laringectomias bem como clientes com alterações de consciência, ao longo do ENP também se contactou com pessoas afetadas por barreiras à comunicação: clientes com alterações da consciência provocada por fármacos usados na anestesia, um cliente laringectomizado bem como com cliente com alterações cognitivas. Foram-se usando estratégias de comunicação alternativas para que os clientes compreendessem um mínimo de informações que lhes permitissem a interação com o enfermeiro, o uso de linguagem gestual, sinais e expressões faciais, o uso de escrita em papel através de letras, palavras ou símbolos pictográficos. Sendo que a primeira abordagem passou por fazer uma avaliação do seu nível de consciência e capacidade do que era ou não capaz de fazer para se potencializarem ao máximo

as suas capacidades, passou ainda nos clientes no pós-operatório imediato pela orientação no tempo e no espaço, pela gestão de um ambiente de forma a minimizar ruídos que pudessem interferir com a comunicação e dar tempo para que o cliente pudesse assimilar a informação (Sequeira & Pinho, 2021d).

A documentação dos cuidados passa pelos registos de enfermagem, sendo estes uma componente vital de uma prática segura (Pinheiro & Costa, 2021). A OE (2003, pág. 1) define os registos de enfermagem como:

“O conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro, nas quais se compilam as informações resultantes do diagnóstico de necessidades de cuidados de enfermagem, do processo de tomada de decisão e implementação pelo enfermeiro e toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados”.

Apresentados na forma escrita em suporte de papel ou suporte informático, os registos de enfermagem são um instrumento poderoso de comunicação de informações importantes sobre os clientes e os cuidados que lhes são prestados, quer sejam autónomos ou interdependentes, eles fornecem uma documentação permanente da condição do cliente, dos cuidados prestados e a resposta do cliente a esses mesmos cuidados (Pinheiro & Costa, 2021).

A documentação padronizada dos cuidados de Enfermagem prestados em contexto de bloco-operatório (BO) é crucial para a sistematização da informação, para a continuidade dos cuidados, bem como para a minimização dos erros e para a segurança dos clientes neste contexto (Lopes, 2020).

Segundo as práticas recomendadas pela AORN (2000), os registos de enfermagem durante o período perioperatório devem refletir a avaliação e o plano de cuidados levado a cabo pelo enfermeiro perioperatório, os cuidados prestados pela equipa cirúrgica e os resultados obtidos, devem ainda refletir uma avaliação continua dos cuidados e a resposta do cliente às intervenções de enfermagem (Pinheiro & Costa, 2021).

Em relação à documentação dos cuidados de enfermagem observou-se que era efetuada nos sistemas de informação em uso na instituição que são o “*patient care*” e o “S clinico”, mas ainda não é efetuada totalmente nos sistemas de informação existindo ainda um processo clínico em papel onde são efetuados registos pelos enfermeiros do internamento, do acolhimento, enfermeiro circulante e enfermeiro de anestesia, bem como na UCPA.

Os sistemas de informação em enfermagem em uso em Portugal ainda não são perfeitos e os referidos anteriormente vão-se complementando entre si, complementando as suas lacunas, mas que acaba por se traduzir em mais tempo despendido quer no registo, quer na procura da informação para a continuidade de cuidados, podendo mesmo culminar na perda de alguma desta informação, e como refere Lopes (2020) para que possa haver um cuidado contínuo ao cliente cirúrgico, os cuidados devem ser sistematizados e a comunicação entre sectores deve ser também ela sistematizada e fluente. Isto é, desde a admissão, internamento pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, os cuidados devem ser contínuos, traçados com vista a objetivos comuns. Posto isto, importa que o plano de cuidados esteja definido e que a aplicação das intervenções seja operacionalizada no decorrer do processo, com vista à estabilização e reabilitação precoce do cliente cirúrgico.

Durante a observação da documentação dos cuidados de enfermagem, particularmente no intraoperatório e pós-operatório imediato, houve lugar ao diálogo e reflexão com os pares sobre que conteúdos são relevantes na documentação de cuidados de enfermagem no período perioperatório e os que se podem traduzir em indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Em particular, no caso do projeto desenvolvido durante o ENP, posicionamento cirúrgico, observou-se que não existe ainda uma política de registos nos sistemas de informação em enfermagem nesta área de cuidado, sendo efetuados em texto livre e apenas por quem está desperto para a sua importância. São muito escassos ou mesmo inexistentes os registos em relação aos dados da avaliação do cliente, ao posicionamento cirúrgico adotado, aos dispositivos utilizados no posicionamento, pelo que foi efetuada sugestão sobre como a documentação do posicionamento cirúrgico deveria ser efetuada e que se poderia, no futuro, propor aos responsáveis pela gestão a padronização da informação relativa a esta área, passando a fazer parte dos sistemas de informação. Constatou-se que no “*patient care*” usado pelos anestesistas existe uma padronização e sistematização da informação relativamente aos posicionamentos cirúrgicos e que poderia passar a integrar os sistemas de informação em enfermagem.

A documentação deve ser baseada numa ontologia de enfermagem, tendo por base os momentos da conceção de cuidados, e deverá comportar quatro classes de informação (ESEP & Ordem dos Enfermeiros, 2021): dados que resultam de avaliação a partir do cliente, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem. Baseadas nas cinco etapas que integram o processo de enfermagem, a avaliação, que inclui a colheita de dados sistemática; o diagnóstico, que engloba a análise dos dados e identificação das necessidades do cliente; o planeamento, onde consta a definição das intervenções e resultados desejados; a implementação, onde se procede à execução do plano de cuidados; e a avaliação dos cuidados, com a determinação dos resultados e monitorização da resposta da pessoa bem como a eficácia das intervenções, com vista à reformulação do plano, se necessário.

A transição de cuidados deve assentar em protocolos de transmissão da informação como o preconizado pela DGS (2017), a técnica ISBAR- mnemónica de *identify* (identificação dos profissionais emissor e recetor, do cliente a que diz respeito a comunicação), *situation* (situação atual/causa, descrição do motivo da comunicação, se urgente destacar o motivo), *background* (antecedentes/anamnese, descrição de fatos clínicos de enfermagem ou outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade, riscos identificados, se urgente sinais vitais avaliados e medicação administrada), *assessment* (avaliação, informações sobre o estado do cliente, terapêutica, estratégias de tratamento, alterações significativas do estado de saúde e avaliação das medidas implementadas, se urgente identificar eventual causa), *recommendation* (recomendações com descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do cliente, priorizar as necessidades de cuidados e se urgente confirmar indicações recebidas. Está em implementação um plano de melhoria com a implementação da técnica ISBAR por um enfermeiro do serviço.

Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional

A intervenção ao longo do ENP foi desenvolvida numa perspetiva interprofissional. A interprofissionalidade pode ser entendida como uma relação interdependente dentro de um ambiente de trabalho, a qual exige colaboração entre os agentes que compõem esse serviço, em busca de um objetivo em comum. No cuidado à pessoa em situação perioperatória, a intervenção do enfermeiro interliga-se com a intervenção de outros profissionais, desde os médicos cirurgiões e anestesistas, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica médica, bem como outros técnicos de outros serviços como esterilização, hemoterapia, anatomia patológica, e outros, no sentido de se articularem todos com o mesmo objetivo a prestação de cuidados seguros. Procurou-se garantir a articulação entre os membros da equipa interdisciplinar no planeamento e implementação de cuidados baseados nas melhores evidências científicas.

A integração na equipa multidisciplinar foi fácil, contribuindo para a otimização da complementaridade das intervenções dos profissionais da equipa interdisciplinar em benefício da pessoa. Um dos princípios definidos no REPE (nº 3 Artigo 8º, 1998) é o princípio da complementaridade funcional em articulação com os demais profissionais, sendo assim os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde. O exercício profissional dos enfermeiros perioperatórios concretiza-se através do trabalho em equipa, atuando com responsabilidade na sua área de competência e reconhecendo a especificidade das outras profissões respeitando os limites impostos pelas áreas de competência de cada uma delas.

Os enfermeiros no seu exercício profissional, inserem-se e intervêm num grupo multidisciplinar. Braga et al. (2009, Pág. 23) referem que um grupo se constrói através da organização sistematizada de orientações e intervenções, no espaço das diferenças entre cada participante, com ação exigente e rigorosa e no trabalho de reflexão de cada participante bem como na cumplicidade. Uma boa interação profissional e uma definição clara de papéis facilita a comunicação entre profissionais de saúde. Portanto, a comunicação é competente quando é um processo interpessoal, que atinge o objetivo dos comunicadores, pressupõe conhecimentos básicos de comunicação, há consciência do verbal e do não-verbal nas interações, atua com clareza e objetividade, além de promover o autoconhecimento.

Observou-se uma boa gestão do trabalho em equipa pelos enfermeiros, fomentando a partilha e reflexão sobre processo de cuidados e eventual instituição de medidas corretivas.

A dinâmica da comunicação em grupo tem por objetivo fortalecer o trabalho dos seus elementos, promover o relacionamento interpessoal, aumentar a efetividade da comunicação, possibilitar que alguns membros mostrem as suas ideias e estimular a comunicação entre os participantes (Sequeira & Cruz, 2021c). Atendendo à complexidade das diversas situações no

BO o trabalho em equipa é fundamental, pelo que uma boa comunicação tem vantagens para os profissionais e para os clientes, pois é determinante para o bem-estar, satisfação e diminuição do stress dos profissionais, bem como proporcionar uma melhor resposta aos clientes (Sequeira & Cruz, 2021c).

Os grupos sofrem influências nos planos individual, interpessoal e situacional. No plano individual, as reações acontecem em função de motivações, sentimentos, crenças, valores, normas interiorizadas, atitudes, habilidades específicas e capacidade de julgamento. No plano interpessoal influem as emoções do grupo, o sistema de interação, as normas existentes e a cultura do grupo. No plano situacional exercem influência o contexto físico e social, o contexto cultural, o sistema contratado de relações e o tempo. O trabalho em equipa só terá expressão se e quando os membros de um grupo desenvolverem a sua competência interpessoal, ou seja, desenvolverem a habilidade de lidar com outras pessoas de forma adequada às necessidades de cada uma e de acordo com as exigências da situação. Pode-se perceber a importância da comunicação para o desenvolvimento do trabalho em equipa, pois dela depende a forma como abordar os membros para que o trabalho corra de forma produtiva e eficaz (Braga et al., 2009). O enfermeiro especialista deve saber comunicar com os diversos tipos de autoridade, clarificar bem as mensagens e adequar a comunicação às funções e tipo de relação com cada elemento. Os enfermeiros são considerados elementos centrais na comunicação entre os elementos das equipas multidisciplinares e a sua participação na tomada de decisão conjunta é essencial. O atual paradigma dos cuidados exige que os enfermeiros demonstrem novas competências na comunicação tais como a resolução de conflito e a educação para a mudança (Campos, 2017).

Procurou-se ao longo do ENP adequar estratégias facilitadoras da comunicação que contribuíssem para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos. A comunicação compreende a emissão de informação entre um emissor e um recetor, e é fundamental a compreensão da mensagem. Esta dinâmica pode ser influenciada por vários fatores que podem interferir na identificação dos elementos da comunicação. As falhas de comunicação podem assumir diferentes formas, ausência de comunicação, comunicação errada, omissa ou incompleta, ou compreensão de uma mensagem diferente da que foi emitida, daí que uma comunicação eficaz reduz a possibilidade de ocorrência destas falhas e garante a efetiva apreensão da mensagem transmitida (Caldas & Gomes, 2021). A forma como os profissionais e as equipas interagem e comunicam é determinante na qualidade dos cuidados e na segurança dos clientes. As falhas na comunicação comprometem seriamente a segurança do cliente e são um dos principais fatores contribuintes para a ocorrência de eventos adversos (DGS, 2017; Caldas & Gomes, 2021). A comunicação eficaz entre profissionais é definida por Caldas e Gomes (2021) como a transmissão de informação no tempo certo de informação precisa, completa, clara, sem ambiguidade e que é corretamente apreendida pelo recetor. Sendo o BO um ambiente dinâmico de prestação de cuidados, com um nível de cuidados elevado e diferenciado por vezes de imprevisibilidade, maior é a exigência aos profissionais de uma permanente

consciência situacional. Esta refere-se á capacidade de obter e processar informações sobre a tarefa que está a ser executada, interpretar os dados, definir hipóteses sobre o que está a acontecer e estabelecer um plano de resposta adequado. Esta consciência situacional só pode ser alcançada com uma comunicação clara e precisa entre os profissionais e requer partilha e diálogo entre os profissionais.

A comunicação é um processo que favorece o intercambio entre as pessoas. Para uma comunicação eficaz é necessário o desenvolvimento de um conjunto de competências que têm como eixo central atitudes básicas, como o respeito, a escuta ativa, a aceitação e a empatia. A comunicação é parte integrante do plano de intervenção em saúde, pois como salienta Sequeira (2021d) não é possível cuidar de alguém sem comunicar. Refere ainda que a comunicação deve ser usada pelos profissionais de saúde para minimizarem o risco de erro e aumentar o rigor diagnóstico e promover a adequação das prescrições e a efetividade das suas intervenções. Ao longo do ENP foi possível adequar competências de comunicação adquiridas em contexto escolar, aliando a teoria à prática, comunicando de forma eficaz visando a segurança cirúrgica. Uma boa comunicação em saúde traduz-se numa melhoria do estado geral dos clientes, numa melhor capacidade de adaptação aos tratamentos e numa recuperação mais rápida. Ramos (2012) citado em Sequeira et al. (2021b) afirma que fornecer informações aos clientes através de uma comunicação adequada satisfaz necessidades a vários níveis: a nível legal permitindo o consentimento informado, a nível psicológico ajudando a lidar com a doença, a preservar a dignidade e o respeito, a promover a satisfação e o sentimento de segurança, bem como a aceitação dos procedimentos terapêuticos e a responsabilidade do cliente, a nível institucional facilitando a recuperação e diminuindo o número de dias de internamento.

Observou-se e colaborou-se com os enfermeiros supervisores e gestora na gestão de situações de stress e conflito fomentando um ambiente harmonioso. Vargas (2010) refere que o conflito surge quando os indivíduos sustentam ideias incompatíveis ou aparentemente incompatíveis. Contudo, o conflito só ocorre se existir interação e interdependência. Por este motivo, é necessário resolver o conflito e melhorar a relação com os outros assim como ir ao encontro das nossas próprias necessidades. Não existe um estilo de resolução de conflitos universalmente válido, este está intimamente relacionado com a situação em causa, pelo que há que conhecer as situações em que cada um deles será o mais adequado. Se for resolvido com assertividade, o conflito pode ter consequências positivas. Ser assertivo significa que eu decido por mim próprio e permito que o outro decida por si. O que significa expressar vontades, defender as suas opiniões, “dizer não”, dar e receber críticas e agradecimentos. O conflito resolve-se quando se encontra uma solução satisfatória para ambas as partes. Este tipo de resolução implica responsabilidade e assertividade. Para resolver um conflito será importante que o sujeito atente no que pensa e sente em relação ao problema em causa. Normalmente, existe uma tendência para responder aos conflitos mais com a emoção do que com a razão. O tipo de resposta depende da ameaça percebida pelo indivíduo, pelo que o fator tempo desempenha um papel

importante ao modelar as respostas do indivíduo. O *Brainstorming* é uma das técnicas aconselhada para a resolução de conflitos, uma vez que permite a todos os intervenientes participar de igual modo e, verem as suas ideias serem tidas em consideração. De entre as várias ideias que surgem, haverá com certeza uma que será a mais adequada à situação em causa, que trará ganhos para todas as partes. Este método permite que, para além de partilharem ideias, os indivíduos escutem ativamente os outros interessados, o que contribui para o trabalho de equipa e simultaneamente para diminuir a hostilidade entre eles. Para a resolução de um conflito é fundamental ser empático e recorrer ao método de resolução de problemas, o êxito desta estratégia assenta na assertividade e na responsabilidade (Vargas, 2010).

Pôde-se intervir no planeamento e implementação da formação e treino da equipa interdisciplinar. No BO desta unidade hospitalar os assistentes operacionais têm formação sobre os posicionamentos cirúrgicos e sobre os dispositivos necessários mediante cada cirurgia sendo elementos ativos durante a execução deste procedimento, no entanto verifica-se que há lacunas de conhecimento quanto ao desenvolvimento de lesões com o posicionamento cirúrgico pelo que durante o desenvolvimento do projeto na área dos posicionamentos foi-se fazendo formação aos assistentes operacionais em contexto da prática sobre a necessidade do alinhamento corporal e do uso correto dos dispositivos de posicionamento.

Efetuiu-se uma formação em serviço aos enfermeiros com o objetivo de dar a conhecer os dados da utilização da escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões na pele decorrentes do posicionamento cirúrgico, tendo ao longo desta apresentação sido feito um paralelismo dos dados com a evidência científica na área da prevenção de lesões relacionadas com o posicionamento cirúrgico (Anexo XX).

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

A segurança do cliente assenta na identificação de riscos, na gestão e prevenção de eventos adversos, admitindo e aceitando que os mesmos podem ocorrer, mas também que são na maioria dos casos evitáveis (DGS, 2013; Nunes, 2021).

No decorrer do ENP procurou-se assumir uma atitude ética e deontológica, não só no cuidado ao cliente, mas também nas relações interpessoais com os diferentes membros da equipa multidisciplinar desenvolvendo uma consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório.

Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório

“A Consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o profissional na

prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável” (Regulamento n.º 429/2018, pag.19366).

Para a AESOP (2012) o desenvolvimento da consciência cirúrgica deve ser fundamentado por conhecimentos teóricos, práticos e competência profissional. O desenvolvimento desta consciência cirúrgica implica conhecer os princípios de assepsia; autodisciplina na higiene, vestuário e prática de enfermagem sem quebras da técnica; antecipar as necessidades do cliente e da equipa conhecendo o cliente, o tipo de cirurgia, as preferências da equipa, os materiais necessários e como os obter; desenvolver a maturidade para ultrapassar preferências e divergências, independentemente da cirurgia, das circunstâncias em que ocorre e dos diferentes membros da equipa; e desenvolver a sua prática nesta função específica, de forma igual, independentemente de estar ou não a ser observado. Observou-se a atuação dos supervisores, como modelos de referência, e atuou-se promovendo uma cultura de consciência cirúrgica em benefício da pessoa.

A área do perioperatório é uma das áreas em que a gestão do risco se coloca de uma forma mais crítica, porque o bloco operatório é um dos locais onde, pelos fatores ambientais, pelas técnicas utilizadas que obrigam ao uso de inúmeros dispositivos médicos, existem riscos potenciais elevados a que podem ser expostos clientes e profissionais (AESOP, 2012). Além disso os clientes estão sedados ou anestesiados e por isso mais suscetíveis e vulneráveis a qualquer tipo de risco ou acidente (AESOP 2012). A segurança é primordial num ambiente de alta tecnologia, de uma enorme especialização, onde se pretende prestar cuidados de qualidade. O risco pode ser reduzido havendo pessoal competente, treinado, políticas claras, procedimentos normalizados e um bom trabalho em equipa. Pelo que é necessário que exista uma política de gestão de risco que proteja clientes e profissionais, que interfira no ambiente, pela identificação, controlo, minimização, prevenção e avaliação dos riscos (AESOP, 2012). O enfermeiro especialista perioperatório deve integrar grupos de gestão de risco e intervir na gestão de risco clínico e não clínico.

Dentro do risco clínico destacam-se as questões que têm a ver com o consentimento informado, a identificação inequívoca do cliente, preparação pré-operatória do cliente incluindo a avaliação e comunicação das necessidades, monitorização do cliente durante todo o período perioperatório, movimentação, mobilização e posicionamento do cliente, procedimentos perioperatórios que mantenham a continuidade dos cuidados, técnica assética, o correto uso de medicamentos (AESOP, 2012).

Dentro do risco não clínico estão a segurança das instalações e equipamentos, a segurança

contra incêndios, a higiene e a limpeza, a gestão de resíduos hospitalares, a qualidade da água e do ar, a segurança dos gases medicinais (Rocha & Ramos, 2021).

O enfermeiro especialista deve saber identificar esses fatores de risco, causas e consequências para poder planejar e implementar medidas de prevenção e de redução do risco.

Na avaliação de risco da segurança e instalações e equipamentos deve existir um plano de manutenção dos equipamentos, que deve ser cumprido e haver registos da sua manutenção; verificou-se que este plano existe e que os enfermeiros estão sensibilizados para a correta utilização dos equipamentos, tendo frequentemente formação sobre novos equipamentos ou mesmo para reforçar a informação sobre equipamentos já existentes. No caso de equipamentos ou materiais que eram desconhecidos foi-se sempre questionando os supervisores sobre a sua funcionalidade e especificidades.

Os frigoríficos de medicamentos ou componentes sanguíneos têm alarme e são todas as manhãs verificados, e efetuado o registo pelo enfermeiro de anestesia que está destacado na equipa de urgência; colaborou-se nesta verificação e registo.

A verificação dos desfibrilhadores era efetuada e registada pelo enfermeiro da UCPA no início do turno da manhã. Ao fazer parte algumas vezes da equipa da urgência pôde-se fazer a verificação e o respetivo registo.

Nas aberturas de salas operatórias nos turnos da manhã eram verificadas as temperaturas da sala e registadas e se não estivessem conforme eram efetuados contactos com os técnicos para solucionar o problema. Os ventiladores são testados para verificar a sua operacionalidade no início de cada manhã, pelo enfermeiro de anestesia, e quando detetados problemas eram tomadas providências para o seu arranjo ou substituição. Tivemos um exemplo prático nesta área específica em que o ventilador não estava funcionante no início da manhã para se dar início ao procedimento e foram tomadas medidas para corrigir e minimizar o risco que daí poderia advir. Eram ainda ligados aparelhos de eletrocirurgia, monitores, computadores e sistemas de aspiração para verificar a sua operacionalidade; efetuaram-se todos os procedimentos descritos.

Existe um plano e um projeto na área da segurança na gestão de resíduos com enfoque na correta reciclagem e triagem de resíduos dentro da sala operatória e nos espaços contíguos. Quando destacada nos referidos postos com os supervisores clínicos pôde-se observar e refletir sobre estas ações e a sua implicação para a segurança do cliente e profissionais, cumprindo com as normas estabelecidas.

Existem normas e planos para a segurança da gestão da qualidade do ar, dos gases medicinais e qualidade da água efetuados por técnicos externos ao bloco. A inadequada qualidade do ar e da água em hospitais pode ser associada a morbilidade e mortalidade, associadas a risco de

infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

A limpeza, a desinfecção e a esterilização são medidas fundamentais para o controle da qualidade e segurança do ambiente contribuindo para a prevenção e diminuição das IACS. Neste bloco existe formação específica ao pessoal da limpeza e existem procedimentos e instruções de trabalho, materiais e equipamentos de limpeza específicos, métodos de limpeza por áreas, e existe supervisão por parte da enfermeira circulante do serviço de limpeza na qual se pôde participar.

Existe um plano de segurança contra incêndios específico para o BO. Em relação ao plano de emergência depois de reflexão com o enfermeiro supervisor clínico verificou-se que este não é bem conhecido e seria necessária mais formação e realização de simulacros.

Todas estas áreas são relevantes e o enfermeiro especialista pode ter um papel primordial na construção e adequação de normas, na realização de auditorias, coordenação e orientação das equipas de manutenção dentro do BO, bem como no planeamento e realização de formação específica nestas áreas.

Tendo por base a análise epidemiológica da ocorrência de eventos adversos, por exemplo, através dos indicadores produzidos com o registo da cirurgia segura, da análise de notificações de incidentes de segurança, da análise dos resultados de auditorias, podem ser identificadas áreas de melhoria no âmbito da qualidade e segurança através de informações sobre como e quais os motivos que deram origem a esses incidentes de segurança. Sendo o supervisor clínico responsável pelas auditorias no bloco operatório e pela análise das notificações de incidentes no sistema de notificação de incidentes, houve a oportunidade de colaborar na análise e fazer uma reflexão sobre as propostas de melhoria. Observou-se o supervisor na elaboração de um instrumento para organização da informação dos eventos adversos notificados e que facilitava a transferência dessa informação para a gestão. Observou-se o mesmo quanto aos métodos de análise, no estabelecimento de prioridades e prazos para a análise e resolução destes eventos, na gestão e organização da informação em articulação com uma rede de profissionais nomeadamente a gestora do serviço, e outros como o serviço de esterilização, o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, entre outros. Fazendo com este uma reflexão sobre propostas de resolução, tais como realização de formações em serviço permitindo que os profissionais aprendam com esses incidentes e sejam implementadas medidas de melhoria no sentido de prevenir a recorrência dos mesmos.

Através da vigilância epidemiológica podem ser monitorizados o volume de cirurgias realizadas, as taxas de sucesso, as complicações pós-operatórias, a duração dos internamentos hospitalares e outras informações relevantes. Ela inclui colheita de dados em diferentes níveis, e para colher esses dados devem existir sistemas de informação, e dentro destes sistemas de notificação. Através de dados colhidos de revisões retrospectivas de processos clínicos com a

utilização de ferramentas, podem ser detetadas a ocorrência de eventos adversos como o regresso ao bloco operatório, alterações no procedimento cirúrgico, admissão na unidade de cuidados intensivos após a cirurgia, necessidade de intubação/reintubação na unidade de cuidados pós anestésicos, morte no intra ou pós operatório, ventilação mecânica durante mais de 24h no pós operatório, administração de fármacos como adrenalina, noradrenalina, naloxona ou flumazenil no intraoperatório, aumento dos níveis de troponina no pós operatório, lesão, tratamento/reconstrução ou remoção de órgãos ou qualquer complicação cirúrgica (Oliveira et al., 2021). Os enfermeiros perioperatórios, em particular os especialistas, devem integrar grupos de vigilância epidemiológica. Refletiu-se com o enfermeiro supervisor sobre este processo.

A EORNA (1997, pág. 49) defende que “os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos, têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado num ambiente seguro enquanto estiverem numa unidade perioperatória”. Em conformidade, a preparação do ambiente torna-se relevante para fomentar a segurança e eficiência dos cuidados.

As estratégias de medidas de segurança começaram pelo conhecimento através da recolha de informação sobre dados da avaliação de risco do cliente resultantes da avaliação pré operatória e anestésica, obter conhecimento sobre a doença atual, sobre antecedentes pessoais e familiares, hábitos, história de cirurgias e anestésias prévias e eventuais complicações, medicação habitual por causa das interações medicamentosas e história de alergias, possíveis alterações nos exames de diagnóstico, e a estratificação do risco cirúrgico através da classificação ASA (*American Society Anesthesiology*). Com a análise dessa informação foi possível garantir a segurança física e psicológica desenvolvendo uma intervenção com base nas suas especificidades. Esta recolha de dados era efetuada em *Briefings* com os supervisores clínicos, cirurgião e anestesistas, consulta sempre que necessário de informações nos sistemas de informação pelo supervisor clínico.

A administração de fármacos acarreta dupla responsabilidade, a de garantir a segurança dos clientes e de maximizar o efeito terapêutico dos medicamentos. Para ir ao encontro dessas responsabilidades o enfermeiro perioperatório deve ter, e foram mobilizados, conhecimentos da medicação a administrar, as suas indicações, a sua dosagem normal, as contraindicações, efeitos terapêuticos e adversos e potenciais interações com outras medicações. Deve estar ainda familiarizado com a farmacocinética: como o medicamento é absorvido, distribuído, metabolizado e excretado (DGS, 2015). Foram observadas as regras básicas de administração de medicamentos nomeadamente o cliente correto, o fármaco correto, a dosagem correta, via de administração correta, hora e intervalos corretos, o cliente deve ter conhecimento do que se vai passar quando se administra determinado medicamento, o que é esperado que aconteça, e de preferência quem prepara o fármaco deve ser a pessoa que o vai administrar, colaborou-se na preparação e administração de fármacos tendo em conta todos os princípios de boas práticas

(DGS, 2015). Devem ser adotadas boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica. Teve-se particular atenção no uso de medicamentos de alto risco, ou seja, aqueles medicamentos que têm um risco potencial de causar danos graves ou até mesmo fatais no curso da sua utilização, bem como dos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, conhecidos como medicamentos “*Look-alike*” e “*Sound-alike*” ou simplesmente medicamentos LASA (DGS, 2014).

Existiu, ainda, a necessidade de garantir a adequada comunicação entre os sistemas de informação, para que, nos momentos das transições e transferências de cuidados, fosse reforçada a comunicação eficaz de informação sobre a medicação do cliente, apoiando o profissional de saúde na reconciliação terapêutica.

Foram utilizadas estratégias e medidas de segurança para evitar danos decorrentes da administração de terapêutica e procedimentos anestésicos.

O enfermeiro perioperatório, e em especial o enfermeiro especialista deve, de acordo com as especificações de cada cliente e em caso de suspeita ou história de via aérea difícil, preparar o material e equipamentos necessários de via aérea difícil, evitando perdas de tempo em situações de grande stress. Na prática estivemos em duas esofagectomias laparoscópicas que exigiam material específico de via aérea, fibroscópio para entubação seletiva numa determinada fase da cirurgia, em que haveria ainda mudança do posicionamento do cliente para decúbito ventral, pelo que testamos o equipamento com antecedência, revimos normas de atuação e preparamos todo o material necessário, tivemos pessoal mais experiente na sala operatória para que o procedimento decorresse com a maior segurança e sem ocorrência de eventos adversos. Tivemos ainda outras situações de clientes com vias aéreas difíceis em que usamos material diverso de videolaringoscopia, tendo sempre nestes casos todo o material preparado e testado com antecedência para evitar a ocorrência de eventos adversos.

Em relação à limpeza e ao tratamento de material de videolaringoscopia, sendo um material muito frágil, existe uma norma para a sua limpeza e tratamento; os cuidados são efetuados pelo enfermeiro de anestesia que utilizou o equipamento, tendo tido oportunidade de colaborar com o enfermeiro supervisor neste procedimento, após o seu uso.

“O ambiente operatório é um ambiente controlado e todas as práticas relacionadas com o controlo ambiental devem ter um objetivo comum, a ausência de infeção pós-operatória e a segurança dos profissionais “(AESOP, 2012, pág.66). O enfermeiro perioperatório pode intervir a nível da temperatura e humidade da sala operatória mantendo o equilíbrio da temperatura entre o conforto do pessoal e risco de hipotermia para o cliente cirúrgico, esta temperatura deve estar entre os 20 e os 24°C e a humidade deverá ser de aproximadamente 50% de forma a diminuir a eletricidade estática sobre as superfícies e o ar. O controlo do ar, ele é filtrado, renovado, a

direção do fluxo é propositada e deve ter diferenças de pressões de acordo com a estrutura física do bloco. Deve intervir a nível do controlo de circulações, baseado nos princípios da técnica assética e da assepsia progressiva, separando as áreas restritas, mais limpas, das semirestritas mais sujas, e o uso correto de fardamento cirúrgico para oferecer proteção individual. Todos os fatores ambientais devem estar monitorizados e haver registos que comprovem o seu bom funcionamento (AESOP, 2012).

“É ainda o enfermeiro perioperatório que supervisiona a equipa quanto ao cumprimento de princípios, normas e procedimentos inerentes ao controlo ambiental (...)” (AESOP, 2012, pág.67). Acompanhou-se o supervisor clínico em intervenções de controlo ambiental como a gestão da temperatura da sala operatória, na proteção individual através do fardamento, no controlo de circulações dentro da sala e na manutenção da assepsia.

Observou-se a garantia de que estavam asseguradas as condições de boa prática e dotações seguras para o início e/ou continuidade dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Os enfermeiros eram distribuídos pelos postos de trabalho tendo em conta o que está preconizado pela ordem dos enfermeiros para as dotações seguras (Regulamento n.º 743/2019, pág. 128) e que já foram explanadas na caracterização do serviço: a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências destes, devem ser tidos em consideração quando se pensa em dotações seguras, pois são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população.

Colaborou-se na organização do processo cirúrgico com vista à otimização da experiência da pessoa. A enfermagem perioperatória é definida como o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado, ou de várias etapas integradas entre si, pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do cliente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado (AESOP 2012). Um planeamento e organização de todo processo cirúrgico vai favorecer e otimizar a experiência cirúrgica.

Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios

O processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios é de extrema importância e deve ser rigoroso porque as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) representam um grave problema de segurança dos clientes, e está relacionado com a falha nos sistemas e processos da prestação de cuidados bem como no comportamento dos profissionais e clientes (Barroso & Florêncio, 2021).

A prevenção e controlo das IACS e das resistências aos antimicrobianos é operacionalizada pelo Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), que se articula com um elo (enfermeira do BO), garantindo as estruturas adequadas para o cumprimento de medidas chave de controlo de infeção e formação e divulgação da melhor evidência científica aos profissionais, com implementação de precauções básicas de controlo de infeções, precauções baseadas nas vias de transmissão, implementação de normas e procedimentos, efetuando vigilância epidemiológica, realizando auditorias e emitindo pareceres e propostas de melhoria.

No dia 15/11/2022, frequentou-se na sessão de Boas Vindas à unidade hospitalar uma sessão sob Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (ANEXO II).

O controlo da infeção está relacionado com a assepsia e com todos os procedimentos em ambiente cirúrgico, comportamentos dos profissionais e tratamento de dispositivos, devendo haver a adequação de boas práticas de modo a limitar ao máximo a infeção associada ao ato cirúrgico.

Os blocos operatórios são zonas protegidas onde se tenta evitar a progressão de flora microbiana multirresistente assegurando o cumprimento dos princípios de assepsia e do controlo da contaminação, que deve ser feito de acordo com as evidências científicas.

O princípio da assepsia progressiva passa pela definição de áreas – restrita (sala de operações), semirestritas (áreas de circulação interna, gabinetes e salas de armazenamento de materiais), livres (transferes de clientes, materiais) (AESOP, 2012); o BO tem bem definidas estas áreas e os circuitos eram cumpridos, com circulação de pessoas e materiais das zonas menos limpas para as mais limpas e circulação do ar das zonas mais limpas para as menos limpas.

O transporte do cliente era efetuado na sua cama, mas ao chegar ao bloco passa por um transfere para uma marquesa operatória limpa e com características adequadas para a cirurgia programada. A entrada de materiais era também efetuada através de uma zona própria (corredor de material limpo), existindo um corredor para descontaminação e limpeza de material e instrumental cirúrgico (corredor de material sujo), sala de indução e sala de operações com circulação restrita de pessoas, cumpridas as normas de fardamento para limitar a contaminação e uso de vestuário estéril para a realização dos procedimentos cirúrgicos.

Os princípios básicos de assepsia previnem a contaminação da ferida cirúrgica e isolam o campo cirúrgico do ambiente físico não estéril, criando e mantendo o campo estéril em segurança (Gago & Martins, 2021). Colaborou-se na manutenção da técnica assética cirúrgica. A técnica assética cirúrgica consiste num conjunto de medidas e procedimentos executados com o objetivo de prevenir a ILC e prevenir a contaminação dos profissionais envolvidos no processo cirúrgico (AESOP, 2012). As recomendações e normas foram cumpridas, como o uso de batas e luvas estéreis fazendo-se uma prévia desinfecção cirúrgica das mãos, a utilização de campos impermeáveis estéreis para definir áreas estéreis devendo a sua manipulação ocorrer o mais

próximo possível da sua utilização, a limitação da movimentação da equipa estéril de forma a manter a integridade e a esterilidade, bem como mantida a esterilidade de todos os materiais usados dentro do campo estéril.

Nos blocos operatórios pretende-se que os ambientes sejam mais controlados, isentos de microrganismos pelo que é recomendado o uso de fardamento específico, uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), entre as áreas semirestritas e restritas; este EPI é constituído por fatos de circulação, toucas/barretes, calçado específico (socos), máscaras, luvas cirúrgicas, batas, e proteções oculares (AESOP, 2012; Gago & Martins, 2021). Não devem ser usadas joias e adornos pois podem alojar microrganismos e impedir a sua remoção na lavagem das mãos. O uso de roupa exclusiva promove um elevado nível de higiene, o controlo da contaminação do ambiente cirúrgico e protege os profissionais de riscos a que estão expostos e evitam a contaminação de áreas exteriores ao bloco. A roupa contaminada deve ter um circuito próprio e o processamento, e o seu transporte e armazenamento deve obedecer a normas específicas para evitar contaminação. As toucas permitem a contenção dos cabelos porque há evidência científica que os microrganismos do cabelo têm implicações diretas com a infeção das feridas operatórias (AESOP, 2012), e devem ser de uso único. O uso de máscara é obrigatório nas áreas restritas, no decorrer de intervenções cirúrgicas, quando existem materiais abertos ou clientes já desinfetados, tendo a função de conter e filtrar microrganismos expelidos pela boca e nariz ao respirar, falar, tossir ou espirrar, bem como na proteção dos profissionais do contacto com microrganismos patógenos e fluidos orgânicos. O uso de calçado próprio, exclusivo das áreas restritas e semirestritas, favorece o controlo da contaminação do ambiente cirúrgico, mas constitui uma barreira protetora para os profissionais e deve ser resistente ao processamento diário recomendado. As batas e luvas cirúrgicas são utilizadas para prevenir a contaminação da ferida operatória e para proteger a equipa de contaminação com fluidos orgânicos (Gago & Martins, 2021). Os enfermeiros especialistas têm o dever, de acordo com a promoção da consciência cirúrgica, de proporcionar formação a membros da equipa que não estejam familiarizados com os princípios básicos de proteção, bem como o dever de garantir que eles são cumpridos por todos.

Foram assegurados o cumprimento dos princípios de preparação pré-cirúrgica das mãos e da utilização de barreiras protetoras, tendo em conta as recomendações e normas de boas práticas. As mãos são o principal veículo de transmissão de um indivíduo para outro. Sendo assim, a lavagem das mãos é a principal medida de controlo da infeção nosocomial, e consiste na remoção de sujidade e da maior parte da flora transitória, reduzindo-a a níveis baixos que não constituam risco de transmissão (AESOP, 2012; Gago & Martins, 2021). Na preparação pré-cirúrgica das mãos deve fazer-se uma lavagem assética, ação que remove a flora transitória e a flora residente antes de contactos asséticos e deve ser realizada com água e sabão antimicrobiano. Seguida dessa lavagem pode fazer-se a desinfecção alcoólica das mãos aplicando-se nas mãos secas uma solução de base alcoólica. A lavagem cirúrgica das mãos tem

uma componente mecânica (remove sujidade, microrganismos transitórios e alguns microrganismos residentes) e química (inibe a proliferação da flora residente). O enfermeiro perioperatório deve ter em conta a importância destes princípios básicos e da técnica correta e sequencial, e dentro da equipa deve fazer cumprir e supervisionar, zelando pela segurança do cliente de forma a reduzir a morbilidade e mortalidade, bem como a diminuição de custos associados a tratamentos decorrentes de um quadro de infeção.

A preparação da pele do cliente antes da cirurgia e a correta desinfecção do campo operatório têm como objetivo minimizar as infeções do local cirúrgico (ILC), que estão entre as IACS mais comuns, nomeadamente em Portugal, associadas a internamentos hospitalares prolongados e procedimentos cirúrgicos adicionais, podendo exigir cuidados intensivos e resultar em maior morbilidade e mortalidade atribuíveis e custos elevados em saúde (DGS, 2015).

A ILC é multifatorial e está relacionada com a condição do cliente, com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico envolvido, ocorre no local da incisão cutânea ou próximo dela (incisional ou órgão/espaço), nos primeiros trinta dias de pós-operatório, ou, até três meses após colocação de prótese (DGS, 2015). Sendo a prevenção da ILC um processo complexo, multifatorial, requer a integração de um conjunto de medidas que abranjam os períodos pré, peri e pós-operatório.

Uma dessas medidas são os cuidados à pele antes da intervenção cirúrgica, fazendo-se uma limpeza prévia e rigorosa da pele ou mucosas antes da aplicação de qualquer antisséptico com a realização do banho com clorhexidina (CHD) a 2-4% na noite anterior ao dia da cirurgia, e no dia da cirurgia (com pelo menos duas horas de antecedência). No acolhimento dos clientes foi verificada e validada a sua realização tal como preconizado, foram detetadas algumas inconformidades com evidente má preparação dos clientes e refletido com os supervisores que se poderiam pensar em medidas para haver melhorias neste sentido, antes da transferência do cliente para o bloco, tal como o reforço do banho pré-operatório no piso de receção e preparação para o bloco, nos casos em que fosse detetada esta falta de preparação. Outra medida poderia ser o reforço da capacitação do cliente na consulta pré-operatória sobre o objetivo do banho pré-operatório e do ensino sobre como e quando deve ser efetuado. A validação do banho pré-operatório, deve também ser documentada no processo do cliente.

Outro aspeto relevante é evitar a tricotomia e, se não for possível, deve ser realizada no bloco operatório, imediatamente antes da intervenção cirúrgica, com máquina (elétrica) de corte de uso único (DGS, 2015) para evitar micro lesões na pele. Esta tricotomia, sempre que necessária, foi efetuada na sala de indução, onde era respeitada a privacidade e intimidade do cliente.

A antisepsia da pele do cliente imediatamente antes da incisão, foi feita utilizando solução antisséptica de clorhexidina (CHD) a 2% em álcool a 70%, exceto quando contraindicado e sempre de acordo com as instruções do fabricante. Em cirurgias do foro urológico, ginecológico, cabeça e pescoço, devido à existência de mucosas, o antisséptico utilizado foi o betadine

dérmico, tendo-se em conta o local a intervencionar. Em cirurgias de ortopedia ou em que a pele do cliente estava visivelmente suja foi efetuada a lavagem da pele com sabão, antes da antisepsia. Existem recomendações que devem ser tidas em conta neste processo de preparação da pele como a existência de protocolos sobre os antissépticos utilizados, membro da equipa que deve proceder à desinfeção, a técnica que se deve utilizar e os registos que se devem efetuar (AESOP, 2012).

A duração da intervenção cirúrgica é um fator de risco de infeção, uma vez que, quanto maior o tempo de exposição dos tecidos, maior a probabilidade de aero-bio-contaminação. A grande destruição tecidual, provocada pela utilização de eletrocoagulação monopolar, aumenta o risco de infeção porque o tecido destruído se comporta como um corpo estranho. Observou-se que um enfermeiro perioperatório com experiência profissional e prática colabora na minimização do traumatismo celular redução do tempo cirúrgico, ao antecipar os passos e os tempos cirúrgicos.

A profilaxia antibiótica é outra das intervenções a serem implementadas no cliente que vai ser submetido a intervenção cirúrgica, no âmbito da prevenção da ILC; esta deve ser efetuada quando indicada, incluindo repicagem/readministração quando indicada, e administrada nos 60 minutos anteriores à incisão cutânea (DGS, 2015). Neste âmbito preparou-se e administrou-se antibioterapia de acordo com os protocolos em vigor na instituição e que estão de acordo com a norma da DGS (2022).

Ainda no âmbito da prevenção da ILC a norma da DGS (2022) refere que se deve garantir a homeostasia pré/intra-operatória do cliente: manter a normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$); a gestão da manutenção da normotermia da pessoa no período perioperatório é de extrema importância quer para prevenir a ILC, bem como complicações decorrentes da hipotermia perioperatória inadvertida. Esta é um fenómeno complexo e com grande impacto que ocorre, de forma inadvertida em cerca de 60 a 90% das pessoas submetidas a cirurgias com duração superior a 60 minutos. É uma complicação frequente no perioperatório e que está associada a piores *outcomes* (Azenha et al., 2017). Ela é originada por dois fatores maior: os efeitos secundários dos agentes farmacológicos envolvidos no processo anestésico e a exposição física da área cirúrgica ao ambiente frio da sala de operações (AESOP, 2017). O cliente ao ser submetido a uma cirurgia com um tempo superior a 60 minutos, apresenta um comprometimento do mecanismo de manutenção da temperatura decorrente da indução anestésica, dado que ocorre inibição do mecanismo de vasoconstrição, advindo vasodilatação com maior aporte sanguíneo nas extremidades e a subsequente perda de calor corporal, dando lugar a um quadro de hipotermia.

A administração de grandes quantidades de fluidoterapia para a cavidade de forma a permitir a sua observação em determinadas cirurgias, bem como a baixa temperatura ambiental das salas operatórias, que varia, em média, entre os $18-20^{\circ}\text{C}$ e, por outro lado, a grande movimentação do ar ambiente, que podendo oscilar entre as 15 e as 40 renovações por hora, contribui para o

aumento significativo da perda de fluidos corporais. Uma vez que desencadeiam a descida da temperatura corporal, estes fatores agravam, por vezes de forma considerável, a magnitude das alterações térmicas causadas pelos fármacos anestésicos e sedativos (Carvalho, 2018).

Os mecanismos fisiopatológicos associados à hipotermia podem originar complicações inadvertidas. No sistema imunitário provoca uma diminuição da resposta imunitária tecidual, levando a uma maior incidência de infeção da ferida cirúrgica; pode originar eventos cardiovasculares adversos, tais como hipertensão arterial, taquicardia, isquemia do miocárdio e trombose venosa profunda; alterações da coagulação, ativação plaquetária, coagulopatia, diminuição da síntese de tromboxano A₂; alterações hidroeletrolíticas, as mais comuns hipocaliémias, hipofosfatémia, hipomagnesémia; alterações endócrino-metabólicas, tais como diminuição de secreção de corticoides, diminuição de produção de insulina com aumento da sua resistência periférica, aumento da produção de TSH e tiroxina, hiperglicemia; no sistema nervoso leva a maior stress emocional do cliente, desconforto e insatisfação (Azenha et al., 2017).

Segundo os mesmos autores (Azenha et al., 2017), estas alterações parecem predispor a uma maior tendência para instabilidade hemodinâmica, a uma recuperação anestésica prolongada e a um impacto desconhecido na função cognitiva. Além de repercussão nos resultados clínicos, outros indicadores como o prolongamento da duração da hospitalização, a maior utilização de cuidados diferenciados hospitalares, o aumento dos custos e a diminuição da satisfação do cliente, são igualmente afetados.

A prevenção da hipotermia perioperatória inadvertida está associada a melhores resultados em saúde e benefícios no processo cirúrgico como maior satisfação dos clientes, diminuição dos níveis de ansiedade, diminuição das perdas sanguíneas e necessidades transfusionais, diminuição do tempo de permanência na unidade de cuidados pós anestésicos, redução dos custos totais da anestesia, diminuição da necessidade de internamento em cuidados intensivos, redução do infarto do miocárdio, redução da necessidade de ventilação mecânica, extubação mais precoce em clientes com ventilação mecânica, redução da infeção do local cirúrgico e redução global da mortalidade (AESOP, 2017).

No pré-operatório está preconizada a monitorização da temperatura e o pré-aquecimento do cliente com um dispositivo de ar forçado, 30 minutos antes da transferência para o bloco operatório; estas intervenções têm como objetivo manter a normotermia durante o procedimento cirúrgico (Lau et al., 2018). Durante o intraoperatório devem ser mantidas as intervenções para a prevenção da hipotermia, garantindo que o cliente se mantém com uma temperatura superior ou igual a 36°C; para tal preconiza-se a avaliação da temperatura em intervalos de 30 minutos, e a exposição corporal deve ser minimizada ao estritamente necessário. Também deve ser evitado que a superfície corporal fique, desnecessariamente, em contacto prolongado com líquidos resultantes da desinfeção da pele ou de soros usados durante

a cirurgia, dado que isso potencia as perdas de calor. Por último, deve ser ligada a manta de aquecimento por ar forçado antes da colocação dos campos cirúrgicos pois, como refere Munday et al. (2014) na sua revisão sistemática da literatura o aquecimento por ar forçado apresenta-se como eficaz e seguro na manutenção da normotermia.

A relevância do conforto térmico traduz-se na redução do nível de ansiedade e incrementa o nível de satisfação da pessoa para com os cuidados prestados (Roberson et al., 2013).

No acolhimento do cliente o aquecimento pré-operatório foi efetuado com a colocação de lençóis quentes; no período intraoperatório e pós-operatório teve-se em consideração os eventos adversos que poderiam resultar da hipotermia inadvertida e manteve-se a avaliação da temperatura corporal e aquecimento do mesmo com mantas de aquecimento com fluxo de ar quente, e efetuados os respetivos registos da sua avaliação.

Frequentou-se na unidade onde decorreu o ENP, como formanda, uma ação de formação em serviço no dia dois de junho de 2023, em que foram apresentados os dados de um estudo desenvolvido durante o ENP com o tema “Manutenção da Normotermia da Pessoa no Perioperatório” (Anexo XXII).

Ainda no âmbito da prevenção da ILC a mesma norma (DGS, 2022) refere que se deve manter a normoglicemia (≤ 180 mg/dl) bem como a saturação periférica de oxigénio (SpO₂) igual ou superior a 95%. De igual modo, na fase pós-operatória é fulcral garantir homeostasia do cliente: manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$); manter normoglicemia (≤ 180 mg/dl, nas 24 horas seguintes à cirurgia); e oxigenoterapia para SpO₂ igual ou superior a 95%, após anestesia geral com intubação endotraqueal, em cliente com função pulmonar normal.

Para haver controlo da infeção é necessária uma boa higienização da sala de operações, o que vai reduzir significativamente os microrganismos. No BO onde se realizou o ENP existiam protocolos conforme recomendado para a limpeza das salas de operações, favorecendo o cumprimento correto da higienização. Está recomendado que antes do início do programa cirúrgico se proceda à limpeza da sala de operações para remover o pó acumulado durante o período de repouso; esta limpeza não foi observada pelo que no início da manhã antes da preparação da anestesia era feita por nós a limpeza do carro de anestesia com álcool a 70°. O ambiente era mantido limpo, tanto quanto possível, durante as intervenções cirúrgicas limitando a contaminação excessiva e limitando a contaminação inevitável; no caso de derramamento de matéria orgânica era providenciada a sua remoção, após o final da intervenção era efetuada uma limpeza alargada, com eliminação de todos os lixos de acordo com protocolo de tratamento de resíduos, limpeza de superfícies horizontais e de superfícies não horizontais que tenham sido contaminadas e equipamentos que estiveram em contacto com o cliente. No final do programa operatório está recomendada uma limpeza mais alargada a todas as superfícies e equipamentos. Estas limpezas devem ser supervisionadas pelos enfermeiros, os responsáveis

máximos da manutenção de ambientes seguros.

No BO do campo ENP efetuavam-se muitas cirurgias a clientes com infeção documentada, como por exemplo infeção por EPC-Enterobacteriaceas produtoras de carbapenemases KPC- Klebsiella Pneumoniae Carbapenemas, SARScoV2, infeção por Fournier, sendo efetuadas em regime de isolamento de contacto, pelo que foi efetuada a gestão e a implementação de medidas de contenção, prevenção da transmissão e descontaminação. As salas operatórias eram preparadas com o mínimo de materiais indispensáveis (remoção do carro de anestesia e circulante, remoção de mesas e cadeiras extras da sala), cobrindo com plásticos as superfícies, como ventilador, monitores, computadores e aparelhos de eletrocirurgia ou outros necessários para a realização dos procedimentos, sendo tomadas medidas adicionais de proteção individual (reforço de vestuário, batas, toucas, proteções nas socas, uso de máscaras adequadas). Um elemento - enfermeiro circulante externo - ficava na sala de indução para dar apoio em relação a material como instrumentos cirúrgicos, material de sutura e pensos, preparação ou facilitação de medicação, ou outras necessidades em anestesia, e efetuava registos na folha de registos perioperatórios de acordo com as indicações e informações dos enfermeiros da sala. Ao longo do ENP existiu a oportunidade de colaborar, por diversas vezes, como enfermeira circulante externa, uma vez que já tinha conhecimento dos locais de armazenamento de materiais, de medicação e estava familiarizada com os diversos procedimentos necessários.

No final da cirurgia eram implementadas as medidas de limpeza preconizadas, de acordo com normas estabelecidas.

Na UCPA eram preparadas as unidades e aplicadas as mesmas medidas de proteção nos monitores e de vestuário. Após a alta, a unidade também era limpa de acordo com normas estabelecidas especificamente para estes casos, e incluía a mudança de cortinas e limpeza de paredes e chão pela equipa de limpeza; supervisionou-se algumas vezes esta limpeza em parceria com os supervisores clínicos de estágio.

Uma particularidade a destacar neste serviço, prende-se com o dispositivo de limpeza "UVD ROBOTS". Este, foi projetado com o feedback de especialistas envolvidos em procedimentos de limpeza e desinfeção. O robot autónomo possui vários recursos de ponta, que elevam a desinfeção a um nível superior. A luz UV-C mata germes/bactérias e pode limitar o risco de transmissão de micro-organismos. As características germicidas da luz UV-C a curta distância são bem conhecidas. O UVD Robot é uma solução de desinfeção UV-C para equipas de limpeza e eleva os protocolos de desinfeção a um nível superior no ambiente. Os sensores do robot detetam se alguém entrar numa sala durante uma desinfeção e interrompem imediatamente a mesma. A sua utilização está a cargo dos assistentes operacionais que tiveram formação específica para o efeito. Este é usado quando são operados clientes infetados com SARScoV2, ou clientes considerados em isolamento; dentro deste grupo estão clientes emergentes e que não têm teste Covid, clientes com infeção documentada, clientes que estiveram internados há

menos de seis meses e com internamento superior a 48 horas, clientes que fizeram antibióticos durante um período, e residentes em lares.

Promove a gestão e o controlo de dispositivos médicos utilizados no perioperatório

Os enfermeiros perioperatórios, nomeadamente os enfermeiros circulantes e instrumentistas, são os responsáveis pela gestão e o controlo dos variadíssimos dispositivos médicos utilizados no perioperatório, na garantia do cumprimento dos processos, desde a sua correta utilização, manutenção e conservação, e confirmação da sua esterilidade, sendo imprescindíveis a aquisição de conhecimentos e competências nesta área.

A aquisição de dispositivos médicos encontra-se regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 145/2009 e atualizada pelo regulamento (UE) 2017/745. O enfermeiro especialista deve ser um elemento participativo na escolha de dispositivos médicos. Observou-se, em contexto de estágio, a intervenção do supervisor clínico na transmissão de pareceres favoráveis à gestora do serviço para aquisição de dispositivos médicos; um exemplo da prática foi um dispositivo para fixação da máscara laríngea que estava a ser testado e mostrou ser eficaz na sua função, pelo que foi recomendada a sua aquisição para o serviço.

“Dispositivo médico é qualquer instrumento, aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo utilizado isoladamente ou combinado, incluindo o *software* destinado pelo seu fabricante a ser utilizado para fins de diagnóstico ou terapêutico e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo efeito principal pretendido no corpo humano não seja alcançado por meio farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença, ou compensação de uma lesão ou deficiência, estudo substituição ou alteração da anatomia ou de processo fisiológico, controlo da conceção” (Decreto-Lei n.º 145/2009, pag.6).

Os dispositivos médicos podem ser de uso múltiplo, e são os que têm certificação do fabricante para serem reprocessados/reutilizados e cujos métodos aconselhados de lavagem, desinfeção ou esterilização não tenham efeitos nefastos sobre as suas características físicas ou mecânicas. Ou podem ser dispositivos médicos de uso único, e são os dispositivos destinados a ser utilizado uma única vez, num único cliente, e que pelas suas características físicas ou mecânicas não tem indicação do fabricante para reprocessamento.

Os dispositivos médicos foram classificados de acordo com o risco potencial de infeção em três classes: material crítico cujo método de tratamento é a esterilização, material semicrítico este pode ser esterilizado, mas uma desinfeção de alto nível é suficiente, e material não crítico em que é suficiente uma lavagem com água e detergente. O conhecimento desta classificação é importante para o tratamento adequado dos dispositivos médicos (AESOP, 2012; Faia, 2021).

Por «reprocessamento», entende-se um processo executado num dispositivo usado para permitir a sua reutilização segura. Inclui a limpeza, desinfecção, esterilização e procedimentos conexos, bem como testes e o restabelecimento da segurança técnica e funcional do dispositivo utilizado (public health). Participou-se no processo de reprocessamento de dispositivos médicos nomeadamente na sua remoção em contentores da sala operatória para o corredor de sujos e, por vezes, numa primeira limpeza em materiais mais delicados como cabos usados em cirurgia laparoscópica. Procedemos ainda à limpeza do fibroscópio (um equipamento muito sensível) usado na anestesia de acordo com a norma instituída no serviço de acordo com as indicações do fabricante, esta limpeza é função do enfermeiro de anestesia para garantir que é limpo com cuidado especial e rigoroso e verificada a sua funcionalidade para uma posterior utilização.

No final de cada intervenção cirúrgica os dispositivos médicos eram retirados da sala de operações em contentores fechados para serem de imediato descontaminados. A descontaminação é um processo que abrange as fases de limpeza, desinfecção e esterilização. A limpeza é a primeira fase do processo de descontaminação e tem por objetivo a remoção da matéria orgânica de modo a permitir uma manipulação segura, esta fase é considerada de grande importância pois se não houver uma remoção completa da matéria orgânica as fases seguintes não são eficazes mesmo que o processo de esterilização esteja validado. O método manual foi substituído pelo método mecânico que associa limpeza e desinfecção térmica ou química e secagem do material. Limpeza por ultrassons está recomendada para a remoção de resíduos em instrumentos cirúrgicos sensíveis, com articulações e com lumens. A desinfecção elimina os agentes infecciosos (exceto os esporulados) através da utilização de produtos químicos. A esterilização destrói os microrganismos patogénicos e existem vários métodos: esterilização por calor húmido baseada no uso de vapor saturado sob pressão, utilizada para os dispositivos médicos termorresistentes, com níveis de temperatura entre os 120º e os 134ºC é a mais utilizada e mais económica; a esterilização por óxido de etileno está reservada a dispositivos médicos termo sensíveis inferior a 60º, requer condições especiais de condicionamento arejamento e armazenamento em relação aos dispositivos médicos; a esterilização por vapor de gás plasma de peróxido de hidrogénio também é destinada à esterilização de material sensível a 45º (AESOP, 2012; Faia, 2021).

Segundo a AESOP (2012) e Faia (2021) são inúmeros os fatores que influenciam a manutenção da esterilidade dos dispositivos médicos, desde que sofrem o processo de esterilização até serem utilizados no cliente. O facto de o dispositivo ter sido esterilizado não garante só por si que ainda se encontre estéril na altura da sua utilização. Os enfermeiros perioperatórios têm de estar atentos às condições de humidade, temperatura e higiene dos locais de armazenamento, às condições dos carros de transporte, ao transporte adequado para esses locais, a evitar o manuseamento repetido e inapropriado que pode conduzir à quebra de integridade das embalagens e ter cuidados na gestão de *stocks*. Os locais de armazenamento dos materiais estavam distribuídos conforme as especialidades nas alas já referidas na caracterização do

serviço, estavam bem identificados e organizados para facilitar a recolha dos dispositivos e onde facilmente se identificava uma rutura de *stock* de forma a programar a sua substituição ou o uso de outro dispositivo com características idênticas. Enfermeiros especialistas eram responsáveis pela gestão de materiais específicos necessários para as cirurgias e articulavam-se com o aprovisionamento e laboratórios. *Stock* de consumíveis eram repostos de acordo com o método *Kaizen/Kanban* em que existe um *stock* mínimo estipulado e que vai sendo repostos conforme os gastos e as necessidades não havendo excedentes desnecessários.

As condições de transporte, armazenamento e manipulação são importantes para a manutenção da esterilidade. Observou-se que o enfermeiro especialista responsável pela coordenação era um elemento-chave na validação das condições de controle de higiene dos carros de transporte do material esterilizado que devem ser adequados e específicos para esse fim. Mantinha a gestão e manutenção adequada de *stocks* de acordo com as necessidades evitando excedentes e verificava que antes de entrarem nas áreas de armazenamento eram retirados das embalagens de transporte, tratava de providenciar o seu armazenamento imediato logo após a sua chegada ao bloco e em local apropriado e de forma a favorecer a correta rotação de *stocks*. Participou-se com os enfermeiros supervisores clínicos no processo de verificação e organização de *stocks*.

Antes do início de cada cirurgia procedíamos à seleção e preparação de todos os dispositivos médicos necessários, e eram levados para a sala operatória pela enfermeira instrumentista e circulante após validação da cirurgia proposta, e de se ter confirmado com o cirurgião a técnica cirúrgica e os dispositivos necessários, para se evitar a manipulação excessiva que pode levar a quebra da integridade das embalagens; só permaneciam na sala os que iriam ser utilizados na cirurgia. Além da integridade das embalagens eram verificadas a data de validade, e o dispositivo de esterilização e abertas na altura da sua utilização. Colaborou-se e refletiu-se com os enfermeiros supervisores clínicos sobre a escolha dos dispositivos, bem como nas validações anteriormente referidas e colaborou-se na abertura de material esterilizado. Antes da abertura de cada material ou caixa de instrumentos verificava-se a sua integridade e a instrumentista verificava a sua funcionalidade. Na utilização de novos materiais, ou na utilização de materiais à consignação (por exemplo, em cirurgias de ortopedia) existia a colaboração de um técnico (delegado de informação médica ou comercialização de produtos) que assegurava a sua aplicabilidade e utilização de acordo com as indicações do fabricante.

Procedeu-se à gestão e utilização dos dispositivos médicos implantáveis de acordo com a legislação, políticas, instruções do fabricante e protocolos, assegurando a documentação e a rastreabilidade (Regulamento (UE) 2017/745). Um Dispositivo Médico Implantável é qualquer dispositivo médico ativo que seja concebido para ser total ou parcialmente introduzido através de uma intervenção cirúrgica ou médica no corpo humano ou por intervenção médica num orifício natural, e destinado a ficar implantado (Decreto-Lei n.º 145/2009). A sua gestão passa pelo registo no processo do cliente para a sua rastreabilidade, bem como pela sua identificação

num qualquer documento (por exemplo um cartão), informações que permitam a identificação do dispositivo, incluindo o nome do mesmo, o número de série, o número de lote. O identificador único do dispositivo (UDI) é um código numérico ou alfanumérico único, relacionado com o dispositivo médico (permite uma identificação clara e inequívoca de dispositivos específicos no mercado, e facilita a sua rastreabilidade, ao nível do seu modelo, do nome, e o endereço e sítio *Web* do fabricante). Deve conter ainda quaisquer avisos, precauções ou medidas a serem tomadas pelo cliente ou por um profissional de saúde em relação à interferência recíproca com influências externas razoavelmente previsíveis, exames médicos ou condições ambientais. Qualquer informação sobre a vida útil esperada do dispositivo e qualquer acompanhamento necessário; quaisquer outras informações para garantir a utilização segura do dispositivo pelo cliente. A vasta experiência profissional nesta área de colocação de cateteres venosos centrais totalmente implantados, foi uma mais-valia e ajuda nesta gestão.

A rastreabilidade dos dispositivos médicos é a capacidade de traçar a sua história, monitorizando os instrumentos utilizados nas cirurgias desde a sua compra, seguindo o seu uso até ser descartado. Com o registo de informações sobre o equipamento ou instrumento, é possível saber o seu histórico de utilização e localização. Assim, garante-se o controle das etapas de todo o processo, minimizando riscos e aumentando a segurança e a confiança em relação aos clientes (Axiste, 2015). No que diz respeito a produtos pode identificar a origem dos materiais ou componentes, a história de produção do produto ou ainda a distribuição e localização do produto depois de pronto (Olsen, 2009); assim, a enfermeira circulante regista os dispositivos médicos utilizados, desde o instrumental cirúrgico, implantes, suturas de modo a garantir a sua rastreabilidade. Colaborou-se nesse registo que era efetuado num documento normalizado, em papel, para esse efeito, que ficava anexado ao processo clínico do cliente. Efetuada reflexão com a enfermeira supervisora, pois a folha de registo não será a ideal porque podem descolar-se e perder-se algumas etiquetas que se encontrem mal coladas; a identificação dos locais do implante não ficava bem definida e estes métodos de rastreabilidade estão em evolução para os sistemas de informação já em outras instituições, pelo que foi dada sugestão para no futuro ser implementado um destes sistemas.

A gestão do risco associada à retenção inadvertida de itens quantificáveis encara em si uma grande responsabilidade, e é da responsabilidade conjunta dos enfermeiros instrumentista e circulante, bem como da restante equipa multidisciplinar. Implica normas de boa prática, disciplina, colaboração e respeito pela interdependência do desempenho dos diversos profissionais (AESOP, 2012; Serrano, 2021). Qualquer item quantificável desde compressas, tampões, algodões, instrumentos e materiais corto perfurantes deixados inadvertidamente no cliente pode causar lesões gravíssimas e levar, no mínimo, à necessidade de realização de um novo procedimento cirúrgico, não existindo neste âmbito acidentes menos graves.

Por outro lado, o inadequado controlo e acondicionamento de materiais corto perfurantes pode

ser a causa de acidentes de trabalho em profissionais de saúde não diretamente implicados no seu uso, como por exemplo funcionários da esterilização, de limpeza das salas ou transporte de resíduos. Pelo observado nesta matéria, podem ser introduzidas melhorias e foi discutido com a enfermeira supervisora a introdução de “caixas de agulhas”, que não estavam a ser usadas, e que permitem um melhor acondicionamento e maior facilidade na contagem de materiais corto perfurantes.

No BO cumpre-se com as práticas recomendadas pela AESOP e existem protocolos nesta área; além disso, está a ser desenvolvido por um enfermeiro especialista um projeto nesta área da gestão de itens quantificáveis, para adequar e melhorar as práticas, dado a existência de protocolos de contagem favorecer o desempenho da equipa e salvaguardar a segurança de clientes e profissionais. Pôde-se observar a utilização de uma bolsa auxiliar, ainda em teste, onde eram colocadas as compressas contadas pelo circulante e fazer uma reflexão/discussão com o referido especialista, porque pareceu ser um método interessante e a reproduzir no meu local de trabalho.

Em relação à contagem de instrumentos cirúrgicos, também têm um projeto em curso que é a padronização das mesas operatórias, para facilitar esse procedimento. Pôde-se dar um contributo nesta matéria, porque no hospital onde se desenvolve a atividade profissional utiliza-se este método de trabalho, com a normalização das mesas, facilitando além das contagens, o processo de instrumentação uma vez que cada instrumento tem o seu lugar específico, e facilita o processo de instrumentação, quando se procede à substituição da enfermeira instrumentista. Arranjaram-se algumas fotos demonstrativas destas mesas normalizadas, que foram partilhadas com o grupo que está a desenvolver o projeto.

A atualização da equipa acerca de normas e procedimentos, bem como normas de segurança na utilização dos dispositivos médicos e a formação em serviço, era uma preocupação neste BO e efetuada todas as semanas (sextas-feiras no início da manhã). Uma vez que as formações eram às sextas-feiras no período da manhã não houve oportunidade de estar presente por dificuldades de horário, mas no decurso de algumas cirurgias onde se esteve presente foi-se questionando e tirando dúvidas com os colegas e cirurgiões e com delegados de informação médica, sobre determinados dispositivos novos que estavam a ser utilizados nas cirurgias. Destes é exemplo o *Fasciotens* abdominal, utilizado em clientes com grande retração abdominal em abdómens abertos, e que aplica tensão à parede abdominal prevenindo a retração abdominal, aumentando o volume intra-abdominal e reduzindo a pressão intra-abdominal permitindo o fecho direto e mais rápido do abdómen aberto. Outro exemplo foram os diferentes materiais usados em ortopedia que era uma área desconhecida; houve oportunidade de conhecer diferentes instrumentais e equipamentos. Também o uso de diferentes tipos de pensos como os de terapia de pressão negativa (TPN) foi uma mais-valia.

Procedeu-se, com a enfermeira circulante, à gestão e recolha de peças operatórias e fluidos orgânicos para análise e diagnóstico, acondicionando-os em contentores próprios com os solutos recomendados, identificando-os, procedendo aos respetivos registos e colocando-os numa sala específica para o seu acondicionamento, de onde seriam recolhidos e enviados para os respetivos serviços de análises ou anatomia patológica, de acordo com as normas em vigor na instituição. Pessoalmente, julgo que o controle deveria ser maior, devendo haver sempre um livro de protocolo de registo das peças operatórias colocadas nessa sala e um registo da pessoa que fez o seu levantamento.

Procedeu-se, ainda, à colheita de sangue e gasimetrias para se monitorizar o cliente durante os procedimentos anestésicos. Muitas vezes, foi-se efetuar o respetivo processamento da análise na máquina de gasimetria.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A realização deste Estágio de Natureza Profissional permitiu, através de um vasto leque de experiências da prática clínica no contexto onde foi efetuado, o desenvolvimento e aquisição de competências de Enfermagem Médico-cirúrgica Especializadas na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, competências essas pessoais, interpessoais, comunicacionais, técnicas, e de investigação. Foi preponderante para a reflexão sobre a prática profissional especializada, que se mostra relevante para o desenvolvimento da profissão e para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados.

Durante a sua realização procurou-se identificar e explorar situações não tão comuns como no quotidiano do serviço onde se exerce a atividade profissional, e que possibilitassem novas aprendizagens e reflexões sobre a prática, e experienciar novas realidades que permitiram potenciar o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo, que serão uma mais-valia como futura enfermeira especialista.

O pensamento crítico esteve sempre presente no processo de tomada de decisão no que respeita aos cuidados planeados, e no percurso de desenvolvimento do projeto de estágio.

Tendo desenvolvido a atividade nas especialidades de cirurgia geral e ortopedia como enfermeira circulante, e em urologia e ginecologia como enfermeira de anestesia, a integração na equipa multidisciplinar foi fácil e dinamizadora. A abertura e disponibilidade das equipas de saúde no contexto da prática permitiu oportunidades de aprendizagem enriquecedoras, a aquisição de conhecimentos e a partilha de experiências pessoais e profissionais.

Procurou-se sempre ter uma conduta ética e cumprir com as normas de boa prática que conduziram a uma prestação de cuidados com qualidade e segurança.

Estabeleceram-se relações de ajuda com os clientes e seus familiares significativos, com utilização de estratégias de alívio da ansiedade e medo. No contexto de bloco operatório, de elevada complexidade, em constante desenvolvimento tecnológico, onde a técnica impera, emerge a necessidade de prestação de cuidados humanizados, centrados nos clientes, na sua individualidade e características pessoais bem como na garantia do conforto, privacidade, e da sua vontade expressa.

Procurou-se gerir a comunicação interpessoal e informação com o cliente criando-se um clima de confiança facilitador da relação terapêutica.

Foi efetuada a avaliação das necessidades de cuidados para a conceção e planeamento de cuidados, mobilizando conhecimentos e competências aprendidas para novas situações.

Foi efetuada a capacitação e o empoderamento do cliente, com vista à sua autodeterminação e tomada de decisão tendo em conta o respeito pela sua autonomia. Implementados planos de capacitação (ensino) para o pós-operatório.

A segurança dos clientes foi considerada de extrema importância, tendo-se efetuado a avaliação dos riscos inerentes aos procedimentos perioperatórios e implementadas intervenções no sentido de minimizar os riscos avaliados.

Procurou-se o aprofundamento de conhecimentos e relacioná-los com situações problema do doente, com implementação de respostas em situações de elevada complexidade, imprevisibilidade e vulnerabilidade.

Houve interesse em adquirir conhecimentos e competências na gestão da informação do doente, respondendo às necessidades individuais e procurou-se espelhá-las na documentação de cuidados em uso na instituição.

Implementados procedimentos para a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, bem como a gestão de medidas de contenção, prevenção da transmissão e descontaminação perante clientes com infeção documentada.

Foram aprofundados conhecimentos, através da realização de um trabalho de investigação, procurando uma abordagem para o cuidado fundamentada no conhecimento e qualidade da evidência. Esses conhecimentos foram aplicados em contextos reais da prática, numa interligação dos resultados da pesquisa e a sua aplicação, através da avaliação do risco de desenvolvimento de lesões na pele decorrentes do posicionamento cirúrgico, com recurso à escala ELPO-PT. Isto permitiu uma tomada de decisão baseada em princípios científicos, com a finalidade de selecionar a intervenção mais adequada para a situação específica de cuidado, permitindo uma conceção de cuidados individualizados e direcionados para o cliente na sua vulnerabilidade, procurando uma prestação de cuidados de excelência, no que diz respeito ao posicionamento cirúrgico em decúbito ventral e posição litotómica. Permitiu ainda a elaboração de normas, nomeadamente no que diz respeito à documentação dos cuidados e intervenções de enfermagem. A realização deste estudo permitiu adquirir competências ao nível da investigação, nomeadamente ao nível da metodologia.

Será dada continuidade a este projeto no serviço, com a implementação da Escala ELPO-PT, pois têm em curso um projeto de idoneidade formativa na área da segurança dos posicionamentos cirúrgicos. Considera-se que a realização deste projeto deu um contributo positivo, tendo sido uma mais-valia para o projeto que está em curso e para a melhoria dos cuidados prestados. Mostrou-se disponibilidade para continuar a colaborar com o serviço nesse projeto.

Participou-se ativamente nas atividades formativas e outras do serviço, no sentido de aprofundar conhecimento nas áreas em estudo, procurou-se frequentar formações, cursos ou

webinares. Fez-se, como formadora, a apresentação do projeto no evento NURS ID, e apresentação dos dados do estudo transversal à equipa do serviço, integrando-os com conhecimentos da evidência científica; com estas apresentações desenvolveram-se competências na área da formação.

A realização do ENP permitiu o desenvolvimento de competências de suporte ao exercício profissional de outros enfermeiros, possibilitando a partilha de conhecimentos e práticas numa lógica de promoção e desenvolvimento de aprendizagens profissionais significativas; permitiu a incorporação na prática clínica da melhor evidência científica, no sentido de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e possibilitou a consolidação e aprofundamento de conhecimentos e competências clínicas diferenciadas.

Considera-se, por tudo isto, terem sido atingidos com eficácia e eficiência os objetivos delineados para a sua realização.

Existiram algumas condicionantes na realização deste estágio nomeadamente a questão do tempo e conciliação de horários de trabalho com horários de estágio, que foram colmatadas pela persistência e determinação pessoal na sua realização, tentando sempre adaptar os horários aos dos supervisores clínicos, salienta-se a abertura e flexibilidade da gestora do serviço bem como dos supervisores clínicos para que os horários pudessem ser adaptados às disponibilidades tendo cumprido por isso o estágio na íntegra com a totalidade de horas realizadas.

Em relação a perspetivas futuras, pretende-se partilhar e divulgar o conhecimento produzido com o estudo realizado, com publicação em revista científica. Pretende-se ainda dar continuidade a este projeto no serviço onde exerce a atividade profissional, efetuando para cada posicionamento um protocolo de cuidados.

7. BIBLIOGRAFIA

Abbott, T. E. F., Ahmad, T., Phull, M. K., Fowler, A. J., Hewson, R., Biccard, B. M., Chew, M. S., Gillies, M., & Pearse, R. M. (2018). The surgical safety checklist and patient outcomes after surgery: a prospective observational cohort study, systematic review and meta-analysis. *BJA: The British Journal of Anaesthesia*, 120(1), 146–155. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.08.002>

Amendoeira, J. (2022). Revisão Sistemática de Literatura -A Scoping Review. Edição: José Amendoeira UMIS_UI_IPSantarém | Centro de Investigação em Qualidade de Vida Instituto Politécnico de Santarém UMIS-ESSS. ISBN: 978-989-33-2553-7

Anderson, K. T., Bartz-Kurycki, M. A., Masada, K. M., Abraham, J. E., Wang, J., Kawaguchi, A. L., Austin, M. T., Kao, L. S., Lally, K. P., & Tsao, K. (2018). Decreasing intraoperative delays with meaningful use of the surgical safety checklist. *Surgery*, 163(2), 259–263. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.08.009>

Arksey, H & O'Malley, L 2005, 'Scoping studies: towards a methodological framework', *Int J Soc Res Methodol*, vol. 8, no. 1, pp.19-32.

Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Associação dos Enfermeiros de sala de Operações Portuguesas (2012). *Enfermagem Perioperatória, Da Filosofia à Prática dos Cuidados*.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP (2017). *Práticas recomendadas para bloco operatório: prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida*. Retirado de: <content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>

Association of PeriOperative Registered Nurses AORN (2012). *Recommended practices for perioperative health care information management*. Disponível em aornstandards.org/content/1/SEC22.extrat, www.aornjournal.org

Axiste-materiais cirúrgicos - Saiba mais sobre a rastreabilidade de instrumental cirúrgico <https://axiste.com.br/blog/2015/01/14/saiba-mais-rastreabilidade-instrumental-cirurgico/>

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal M, C., Macedo, A.L., & Gomes, M. (2017). Proposta de consensos de manutenção da Normotermia no período peri-operatório. *Revista Sociedade da Portuguesa de Anestesiologia*, 26(1), 27-37. Retirado de: <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/10884/8940>

Baleizão, A. B. C. (2018). Promoção do Acolhimento do Doente Oncológico ao Bloco Operatório: Cuidados de Enfermagem (relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa) <http://hdl.handle.net/10400.26/24664>

Barroso, F., Florêncio, V. (2021). Prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde. In F. Barroso, L. Sales, S. Ramos, Guia prático para a segurança do doente (capítulo 20, pág.217-234). Lidel

Bilbao, M. (2012). O bloco operatório/Departamento cirúrgico. In Associação dos Enfermeiros de sala de operações portuguesas. Enfermagem Perioperatória da filosofia à prática dos cuidados. (Capítulo II, pág.15-45). Lusodidata

Bilbao, M., Rola, P. (2012). Controlo da infeção. In Associação dos Enfermeiros de sala de operações portuguesas. Enfermagem Perioperatória da filosofia à prática dos cuidados. (Capítulo III, pág.47-58). Lusodidata

Braga, E. M., Berti, H. W., Risso, A.C.M.C.R., Silva, M. J. P. (2009). Relações Interpessoais Da Equipe De Enfermagem Em Centro Cirurgico. Rev. SOBECC, São Paulo, v. 14, no 1, p.22-29, jan./mar. 2009. <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/352-Texto%20do%20Artigo-1421-1361-10-20170816.pdf>

Caldas, L., Gomes, L.B. (2021). Comunicação eficaz nas transições de cuidados. In F., Barroso, L., Sales, S., Ramos. Guia prático para a segurança do doente (capítulo 8, pág.79-87). Lidel

Cambotas, C., Chambel, C., Tavares, F., Martins, H. Lajas, I., Veloso, M., Pinheiro, M.J.D., Henriques, M., Bilbao, M., Cruz, O. (2012). As funções do enfermeiro perioperatório. In Associação dos Enfermeiros de sala de operações portuguesas. Enfermagem Perioperatória da filosofia à prática dos cuidados. (Capítulo VII, pág.105-170). Lusodidata

Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. Psilogos Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Vol. 15 N.º 1, p. 91-101

Carvalho, I. M. (2018). Eficácia de um sistema de isolamento térmico na hipotermia inadvertida e no conforto perioperatório. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Código Penal, Artigo 157.º - Dever de esclarecimento.<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2006). Comissão Nacional da UNESCO – Portugal

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro REPE

Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho. Diário da República, 1.ª série- Nº 115- 17 de junho de 2009, p. 3707-3765. Dispositivos médicos

Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho. Estabelece as regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respetivos acessórios e transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2007/47/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de setembro

Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II Série, nº 28. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República: II Série, n.º 187. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026) <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Diário da República, 1.ª série — N.º 57 — 21 de março de (2014). Lei n.º 15/2014 de 21 de março. Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde

Diário da República, 2ª série nº 135, 16 julho de 2018. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Diário da República, nº 184/2019, Série II de 2019-25, Pag.128. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros

Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor

Direcção-Geral de Saúde (DGS). (2010). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: cirurgia segura salva vidas. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8

Direcção-Geral de Saúde (DGS). (2013). Circular Normativa 02/2013: Cirurgia segura, salva vidas. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx>

Direcção-Geral de Saúde, DGS (2013). Norma nº 008/2013 de 15/05/2013 Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos Disponível em: <https://direitodamedicina.sanchoeassociados.com/arquivo/norma-no-0082013-de-15052013-direcao-geral-da-saude-sistema-nacional-de-notificacao-de-incidentes-e-eventos-adversos/>

Direcção-Geral da saúde. Norma nº 014/2015 de 17/12/2015. Processo de Gestão da Medicação

Direção-Geral da Saúde – Norma nº 015/2013 Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. <https://direitodamedicina.sanchoeassociados.com/arquivo/norma-no-0152013-direcao-geral-da-saude-consentimento-informado-esclarecido-e-livre-para-atos-terapeuticos-ou-diagnosticos-e-para-a-participacao-em-estudos-de-investigacao/>

Direção-Geral de Saúde Norma clínica: 001/2017 de 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção-Geral de Saúde Norma Clínica: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

Direção-Geral de Saúde Norma Clínica: 031/2013 de 31/12/2013. Atualizada a 17/11/2022 Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto

Direção-Geral de Saúde. Norma nº 14/2015, Medicamentos de alerta máximo. DGS: Lisboa, 2014.

Direção-Geral de Saúde. Norma nº 20/2014, Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. DGS: Lisboa, 2014.

Dos Santos Buso, F. D., Guimarães Ferreira, M. B., Dos Santos Felix, M. M., Galvão, C. M., Barichello, E., & Barbosa, M. H. (2021). Pressure injury related to surgical positioning and associated factors. ACTA Paulista de Enfermagem, 34. <https://doi.org/10.37689/ACTA-APE/2021AO00642>

Entidade Reguladora da Saúde ERS (2023). Consentimento informado. <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>

Escola Superior Enfermagem Porto ESEP (2020). Ontologia Enfermagem. <https://www.esenf.pt/pt/noticias/ontologia-de-enfermagem/>

European Operating Room Nurses Association (EORNA) (1997). Currículo Comum Europeu para Enfermagem Perioperatória. Bélgica, pág 49

European Operating Room Nurses Association (EORNA)(2020). EORNA Best Practice for perioperative care. www.eorna.eu ISBN: 9789082370904

Faia, A. (2021). Descontaminação do material cirúrgico. In A., Duarte, O. Martins, Enfermagem em Bloco Operatório (capítulo 20, pág.191-194). Lidel

Faria, A., Pereira, S., Ribeiro, O. (2023). Sustentação teórica e legal do exercício profissional. In O., Ribeiro. Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos Um Roteiro para a qualidade e

Segurança. (capítulo 16, pág.153-160). Lidel

Ferrito, C. (2021). Conceitos Básicos de Enfermagem Perioperatória. In O., Martins & A. Duarte. Enfermagem em bloco operatório. (Capítulo 1, pág. 3- 9). Lidel

Gago, C., Martins, O. (2021). Colocação da bata e das luvas cirúrgicas. In A., Duarte, O., Martins. Enfermagem em Bloco Operatório (capítulo 16, pág. 141-143). Lidel

Gago, C., Martins, O. (2021). Lavagem e antissepsia da pele na área operatória. In A., Duarte, O., Martins, Enfermagem em Bloco Operatório (capítulo 17, pá. 145-149). Lidel

Gago, C., Martins, O. (2021). Lavagem e antissepsia das mãos. In A., Duarte, O., Martins. Enfermagem em Bloco Operatório (capítulo 15, pág. 137-139). Lidel

Gitelis, M. E., Kaczynski, A., Shear, T., Deshur, M., Beig, M., Sefa, M., Silverstein, J., & Ujiki, M. (2017). Increasing compliance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist-A regional health system's experience. *American Journal of Surgery*, 214(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.07.024>

Guedes, A. (2013) Gestão de Risco Clínico em Anestesiologia. In H. Machado, Manual de Anestesiologia (Capítulo 19 pp. 272 a 274). Lidel.

Guimarães, A. (2022). Adaptação Cultural e Validação da Escala de Avaliação de Risco Para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico. (Tese de mestrado não publicado, Instituto politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico de Acesso Aberto <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2787>

Lau, A., Lowlaavar, N., Cooke, E. M., West, N., German, A., Morse, D. J., Görges, M., & Merchant, R. N. (2018). Effect of preoperative warming on intraoperative hypothermia: a randomizedcontrolled trial. *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal Canadien d'anesthésie*, 65(9), 1029-1040. <https://doi.org/10.1007/s12630-018-1161-8>

Long, B. C. (1995). Enfermagem pré-operatória. In Phipps W. J., Long B.C., Woods N.F., Cassmeyer V.L. Enfermagem Médico-cirúrgica Conceitos e prática clínica (capítulo 20, pág. 456). Lusodidata.

Lopes, C. M. M., Galvão, C.M. (2010). Surgical Positioning: Evidence for Nursing Care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.18 (2):287-94

Lopes, C. M. M., Haas, V. J., Dantas, R. A. S., de Oliveira, C. G., & Galvão, C. M. (2016). Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>

Lopes, M. A. (2020). Padrão de Documentação de Cuidados de Enfermagem No Período Intraoperatório (Tese de Mestrado Escola Superior de Enfermagem de Coimbra)

Martins, A.B.M., Freire, A.P., Gama, A., Neves, F.M., Galha, I.M.M., Valente, M., Guia, M., Ribeiro, M.C.R., Ferreira, M.F., Henriques, M.F., Graça, M.H.S.S., Sanches, M., Neves, N. (2012). Práticas recomendadas para o bloco operatório. In Associação dos Enfermeiros de sala de operações portuguesas, Enfermagem Perioperatória da filosofia à prática dos cuidados. (capítulo IX, pág.195-278).Lusodidata

Martins, F. (2013). Unidade de cuidados pós anestésicos. In H., Machado (Ed.) Manual de Anestesiologia, (pp. 635-648). LIDEL

Martins, H.M., Pinheiro, M.J.D., (2012). Gestão do risco. In Associação dos Enfermeiros de sala de operações portuguesas. Enfermagem Perioperatória da filosofia à prática dos cuidados. (Capítulo IV, pág.59-67). Lusodidata

Martins, O., Duarte, A. (2021). Bloco operatório elementos físicos e estruturais. In A., Duarte & O. Martins. Enfermagem em Bloco Operatório. (capítulo 2, pág.11-18) Lidel

Matos, F. M., Sales, L., Baquero, L., Bilbao, M. (2021). Cirurgia segura. In F. Barroso, L. Sales, S. Ramos. Guia prático para a segurança do doente (capítulo 21, pág.235-246). Lidel

Maya A. M. S. (2022) Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. Invest. Educ. Enferm.; 40(2): e02.<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>.

Menezes, S., Rodrigues, R., Tranquada, R., Müller, S., Gama, K., Manso, T. (2013). Lesões Decorrentes do Posicionamento para Cirurgia: Incidência e Fatores de Risco. Revista Científica da Ordem dos Médicos Acta Med Port Jan-Feb;26(1):12-16

Ministério Público (1997). Convenção para a protecção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina Artgº6º. Procuradoria-Geral da República https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf

Mota, A. S. C, Castilho, A.F.O.M., Martins, M.M.F.P. (2021). Ambiente de Prática e a Segurança do Doente no Bloco operatório: Dimensões Predictoras. Cogitare Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.82289>

Munday, J., Hines, S., Wallace, K., Chang, A. M., Gibbons, K., & Yates, P. (2014). A Systematic Review of the Effectiveness of Warming Interventions for Women Undergoing Cesarean Section. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 11(6), 383–393. <https://doi.org/10.1111/wvn.12067>

Nascimento, F. C. L., Rodrigues, M. C. S. (2020). Risk for surgical positioning injuries: scale validation in a rehabilitation hospital.Rev. Latino-Am. Enfermagem;28:e3261 DOI: 10.1590/1518-8345.2912.3261

Nunes, J. R., Moreira, J., Pereira, E., Moreira, C. (2023) Qualidade e segurança dos cuidados de

enfermagem. In O., Ribeiro. Ambientes e práticas de Enfermagem Positivos Um roteiro para a qualidade e segurança. (capítulo 11. Pág 111-123). Lidel

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, pág107-121). Lidel

Oliveira, A.S., Ramos, S., Barroso, F. (2021).Global Trigger Tool. In F., Barroso, L., Sales, S., Ramos. Guia prático para a segurança do doente (capítulo 16, pág.173-183). Lidel

Olsen, P. (2009). Harmonizing methods for food traceability process mapping and cost/benefit calculations related to implementation of eletronic traceability systems. Tromsø, Noroega: Nofima. Disponível em WWW:URL:<http://trace.eu.org/ws/nofima/Petter.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2007). Consentimento Informado. OE15MAR2007 - EP02/07. <https://website.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2003a). Conselho Juridiscional. Parecer sobre a problemática da assinatura dos alunos de enfermagem nos impressos de registo clínico de enfermagem. www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/parecer-CJ_67-.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional da Enfermagem

Ordem dos Enfermeiros (2021). Ontologia Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-dos-enfermeiros-lanca-browser-ontologia-de-enfermagem/>

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Divulgar

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica

Ordem Enfermeiros (2023b). Parecer do conselho de enfermagem nº 275/2023. Responsabilidade do enfermeiro na transição de cuidados do intraoperatório para a unidade de cuidados pós anestésicos.

Ordem dos Enfermeiros (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril) <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009). Manual de implementação Lista de verificação de

segurança cirúrgica. Geneva: OMS

Pacheco, R. J. C. (2018), A Vulnerabilidade da Pessoa Humana: que compromissos? Açoriano oriental, Ordem Enfermeiros Açores
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10341/12-a-vulnerabilidade-da-pessoa-humana-30_dez.pdf

Peixoto, C. de A., Ferreira, M. B. G., Felix, M. M. D. S., Pires, P. da S., Barichello, E., & Barbosa, M. H. (2019). Risk assessment for perioperative pressure injuries. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2677-3117>

Peixoto, M. J., Pereira, R., Martins, A., Martins, T., Barbiéri, C. (2016). Enfermagem baseada em evidência: atitudes barreiras e práticas entre contexto de cuidados. Jornadas internacionais de enfermagem comunitária 2016 livro de comunicações

Pereira, R. M. (2012). Implementação do Programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. (Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico de Acesso Aberto. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1221/1/Rosa_Pereira.pdf

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. doi.org

Pinheiro, M.J.D., Costa, M.M.D., Rodrigues, T. J (2012). Enfermagem Perioperatória. In Associação dos Enfermeiros de Sala de operações Portugueses AESOP. Enfermagem Perioperatória, Da Filosofia à Prática dos Cuidados. (capituo I, pág. 1-14). Lusodidata

Pinheiro, T., Costa, I. (2021). Registos de enfermagem no bloco operatório. In A., Duarte & O., Martins. Enfermagem em Bloco Operatório. (capítulo 6, pág. 47-51). Lidel

Phaneuf M. (2005) citada por Campos (2017). A comunicação funcional, comunicação de todos os dias. In: Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Montréal, Canadá: Lusociência; p.109-161

Public Health. Reprocessamento de dispositivos médicos. https://health.ec.europa.eu/medical-devices-topics-interest/reprocessing-medical-devices_pt

Ramos, N. (2012). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. revistainter-legere, pp. 30-51. <http://www.periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/4300/3505>

Ramos, S., Sales, L. & Barroso, F. (2021) Segurança do Cliente: princípios e conceitos. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos, Guia Prático Para a Segurança do Cliente (capítulo 1, PP. 3 a 9). Lidel

Rankin, J.M. (2009). The nurse project: An analysis for nurses to take back our work. *Nursing Inquiry*, 16(4). doi:10.1111/j.1440-1800.2009.00458.x.

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro REPE (1998). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril)

Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro, Ordem dos Enfermeiros. Define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem *Diário da República* n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18, páginas 8648 - 8653

Regulamento n.º 140/2019 | *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). *Diário da República*: 2ª Série, nº135. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). *Diário da República*; 2ª Série, n.º 184. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Regulamento (UE) 2017/745 Do Parlamento Europeu e Do Conselho de 5 de abril de 2017 relativa aos dispositivos médicos, que altera a Diretiva 2001/83/CE, o Regulamento (CE) n.º 178/2002 e o Regulamento (CE) n.º 1223/2009 e que revoga as Diretivas 90/385/CEE e 93/42/CEE do Conselho

Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho. Lei 58/2019 de 8 de agosto. Regime Geral de proteção de dados

Roberson, M. C., Dieckmann, L. S., Rodriguez, R. E., & Austin, P. N. (2013). A Review of the Evidence for Active Preoperative Warming of Adults Undergoing General Anesthesia. *AANA Journal*, 81(5), 351-356.

Rocha, C.N., Ramos, S. (2021). Segurança na gestão ambiental e das instalações nas unidades de saúde. In F., Barroso, L. Sales, S., Ramos. *Guia prático para a segurança do doente* (capítulo 28, pág.329-342). Lidel

Sampaio, F., Sequeira, C., Ruiz, D.M. (2021). Componentes da relação de ajuda profissional. In C. Sequeira. *Comunicação clínica e relação de ajuda*. (Capítulo 33, pág.277-287) Lidel

Sequeira, C. (2021). Comunicação clínica e relação de ajuda. Lidel

Sequeira, C. (2021a). Comunicação de más notícias. In C., Sequeira. Comunicação clínica e relação de ajuda. (capítulo 27. Pág215-219). Lidel

Sequeira, C., Coelho, T., Gamez, R.M.L. (2021b). Comunicação em saúde. In C., Sequeira. Comunicação clínica e relação de ajuda, (capitulo13, pág.87-96). Lidel

Sequeira, C., Cruz M. (2021c). Comunicação em grupo. In C., Sequeira. Comunicação clínica e relação de ajuda, (capítulo 6, pág.38-47). Lidel

Sequeira, C., Pinho, J. A. (2021d). Comunicação em situações específicas. In C., Sequeira. Comunicação clínica e relação de ajuda, (capítulo 26, pág 198-214). Lidel

Serrano, I. (2021). Instrumentos cirúrgicos. In A. Duarte, O. Martins, Enfermagem em bloco operatório,(Capítulo 18, pág.151-182).Lidel

Serviço Nacional de Saúde (2023). Direitos e deveres do utente. <https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/>

Silva M.A. (2011). As intenções dominantes nas conceções de enfermagem – estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Porto: [s.n.], 2011. Tese de doutoramento. (<http://repositorio.ucp.pt/>) <http://hdl.handle.net/10400.14/8685>

Sotto, K. T., Burian, B. K., & Brindle, M. E. (2021). Impact of the WHO Surgical Safety Checklist Relative to Its Design and Intended Use: A Systematic Review and Meta-Meta-Analysis. *Journal of the American College of Surgeons*, 233(6), 794. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2021.08.692>

Sving, E., Idvall, E., Högberg, H., & Gunningberg, L. (2014). Factors contributing to evidence-based pressure ulcer prevention. A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 51(5), 717-725. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.09.007>

Uçak, A., & Cebeci, F. (2021). Competency in Operating Room Nursing: A Scoping Review. *Journal of Education & Research in Nursing / Hemsirelikte Egitim ve Arastirma Dergisi*, 18(3), 247-261. <https://doi.org/10.5152/jern.2021.84758>

Vargas. M. C. F. (2010). Gestão de Conflitos e Desgaste Profissional no Bloco Operatório. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa (pág. 54-83)

Westman, M., Takala, R., Rahi, M., & Ikonen, T. S. (2020). The Need for Surgical Safety Checklists in Neurosurgery Now and in the Future-A Systematic Review. *World Neurosurgery*, 134, 614. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.09.140>

8. ANEXOS

Anexo I

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação

Perioperatória

PREVENÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE LESÕES NA PELE

DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO EM

DECÚBITO VENTRAL E POSIÇÃO LITOTÓMICA:

SCOPING REVIEW

Carla Maria Pereira Teixeira

ep10364

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica
na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

**PREVENÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE LESÕES
NA PELE DECORRENTES DO POSICIONAMENTO
CIRÚRGICO EM DECÚBITO VENTRAL E POSIÇÃO
LITOTÓMICA:
SCOPING REVIEW**

**PREVENTING SKIN LESIONS RESULTING FROM
PRONE AND LITHOTOMY SURGICAL
POSITIONING: A SCOPING REVIEW**

Autor: Carla Maria Pereira Teixeira, ep10364
Professora Orientadora:
Professora Fátima Segadães
Professora Co-orientadora:
Professora Doutora Cristina Barroso Pinto

Porto, 2023

RESUMO

Introdução: A segurança do doente no perioperatório é de extrema importância e, tal como outros cuidados perioperatórios, também o posicionamento cirúrgico é importante para segurança do doente, e é um dos fatores que intervêm no sucesso da cirurgia. Na literatura os posicionamentos em decúbito ventral e posição litotômica aparecem referidos como sendo os que apresentam maiores riscos. Os doentes pela sua condição anestésica, em que apresentam um estado de consciência alterado, durante um procedimento cirúrgico encontram-se num estado de vulnerabilidade, tornando-se incapazes de manifestar o seu desconforto quando posicionados por vezes por longos períodos, aumentando a probabilidade de sofrer danos relacionados com o posicionamento cirúrgico, o que pode levar ao aparecimento de lesões na pele e tecidos subjacentes - lesões por pressão - uma das complicações mais comuns e de etiologia multifatorial.

Objetivo: Mapear o conhecimento sobre fatores como a avaliação de risco, as intervenções de enfermagem e os dispositivos de suporte mais adequados que contribuem para a prevenção de lesões na pele em doentes adultos, decorrentes do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral e posição litotômica.

Metodologia: Efetuada uma *Scoping Review* de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute*. Usada a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) no desenvolvimento das perguntas de revisão: Quais as intervenções de enfermagem para a prevenção do desenvolvimento de lesões na pele em doentes adultos, decorrentes do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral e posição litotômica? Quais os dispositivos de suporte que podem ser usados para a prevenção dessas lesões? A avaliação de risco contribui para a prevenção do desenvolvimento destas lesões? Incluídos estudos em doentes adultos com idade superior a 18 anos; em relação ao conceito foram considerados estudos que tratassem a avaliação de risco na prevenção do desenvolvimento de lesões na pele decorrentes do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral e posição litotômica, os que incluíssem as intervenções de enfermagem para prevenção desenvolvimento de lesões na pele decorrentes desses posicionamentos e sobre os dispositivos de suporte mais adequados para a prevenção do desenvolvimento dessas lesões. Efetuada pesquisa nas bases de dados *Web of science*, *Scopus*, e através do agregador de conteúdos EBSCOhost web: nas bases de dados MEDLINE Complete, *MedcLatina* e *CINAHL Complete*.

Resultados: Incluídos 18 artigos. Da sua análise ressalta a importância da avaliação de risco no pré-operatório, e a importância da utilização de escalas para avaliação do risco na ajuda na tomada de decisão dos cuidados de enfermagem. O conhecimento sobre equipamentos e superfícies de suporte mais adequados como colchões de espuma viscoelástica e gel, bem como o uso de protetores de gel que ajudem na redistribuição da pressão, e o uso de pensos de silicone para proteção de zonas de risco como o sacro, permitem a prevenção e diminuição da ocorrência do desenvolvimento de lesões por pressão.

Conclusão: O papel do enfermeiro perioperatório no âmbito das suas competências específicas é primordial para o planeamento e implementação de intervenções que garantam a segurança e a prevenção dessas complicações. As suas intervenções devem ser baseadas na melhor evidência científica e em orientações de entidades internacionais e nacionais credíveis.

Palavras-Chave: Posicionamento do doente; decúbito ventral; posição litotômica; cuidados perioperatórios; avaliação de risco; lesão por pressão.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety in the perioperative period is extremely important and, like other perioperative care, surgical positioning is also important for patient safety, and is one of the factors that influence the success of the surgery. In the literature, prone positioning and lithotomy positions appear to be those that pose the greatest risks. Patients due to their anesthetic condition, in which they present an altered state of consciousness, during a surgical procedure find themselves in a state of vulnerability, becoming unable to express their discomfort when positioned sometimes for long periods, increasing the probability of suffering damage related to surgical positioning, which can lead to the appearance of injuries to the skin and underlying tissues - pressure injuries - one of the most common complications with multifactorial etiology.

Objective: To map knowledge about factors such as risk assessment, nursing interventions and the most appropriate support devices that contribute to the prevention of skin injuries in adult patients, resulting from surgical positioning in the prone position and lithotomy position.

Methodology: A Scoping Review was carried out in accordance with the Joanna Briggs Institute methodology. The PCC (Population, Concept and Context) mnemonic was used in developing the review questions: What are the nursing interventions to prevent the development of skin lesions in adult patients, resulting from surgical positioning in the prone position and lithotomy position? What support devices can be used to prevent these injuries? Does risk assessment contribute to preventing the development of these injuries? Included studies in adult patients over 18 years of age; in relation to the concept, studies were considered that dealt with risk assessment in preventing the development of skin lesions resulting from surgical positioning in the prone position and lithotomy position, those that included nursing interventions to prevent the development of skin lesions resulting from these positions and about the most appropriate support devices to prevent the development of these injuries. Search was carried out in the Web of science, Scopus databases, and through the EBSCOhost web content aggregator: in the MEDLINE Complete, MedcLatina and CINAHL Complete databases.

Results: 18 articles included. Their analysis highlights the importance of preoperative risk assessment, and the importance of using scales to assess risk in helping to make decisions regarding nursing care. Knowledge of the most suitable equipment and support surfaces such as viscoelastic foam and gel mattresses, as well as the use of gel protectors that help redistribute pressure, and the use of silicone dressings to protect risk areas such as the sacrum, allow the prevention and reduction of the occurrence of pressure injuries.

Conclusion: The role of the perioperative nurse within the scope of their specific competencies is essential for the planning and implementation of interventions that guarantee safety and prevention of these complications. Its interventions must be based on the best scientific evidence and guidance from credible international and national entities.

Keywords: Patient positioning; prone position; lithotomy position; perioperative care; risk assessment; pressure injury.

Anexo II

CERTIFICADO

PARA OS DEVIDOS EFEITOS CERTIFICA-SE QUE Carla Maria Pereira Teixeira,
FREQUENTOU A SESSÃO DE **BOAS VINDAS**, REALIZADA NA [REDACTED], NO DIA 15-11-2022.



[REDACTED] 15 DE NOVEMBRO DE 2022

O Diretor do Serviço de Gestão do Conhecimento

[REDACTED]
[REDACTED]



PROGRAMA DE SESSÃO DE

BOAS VINDAS

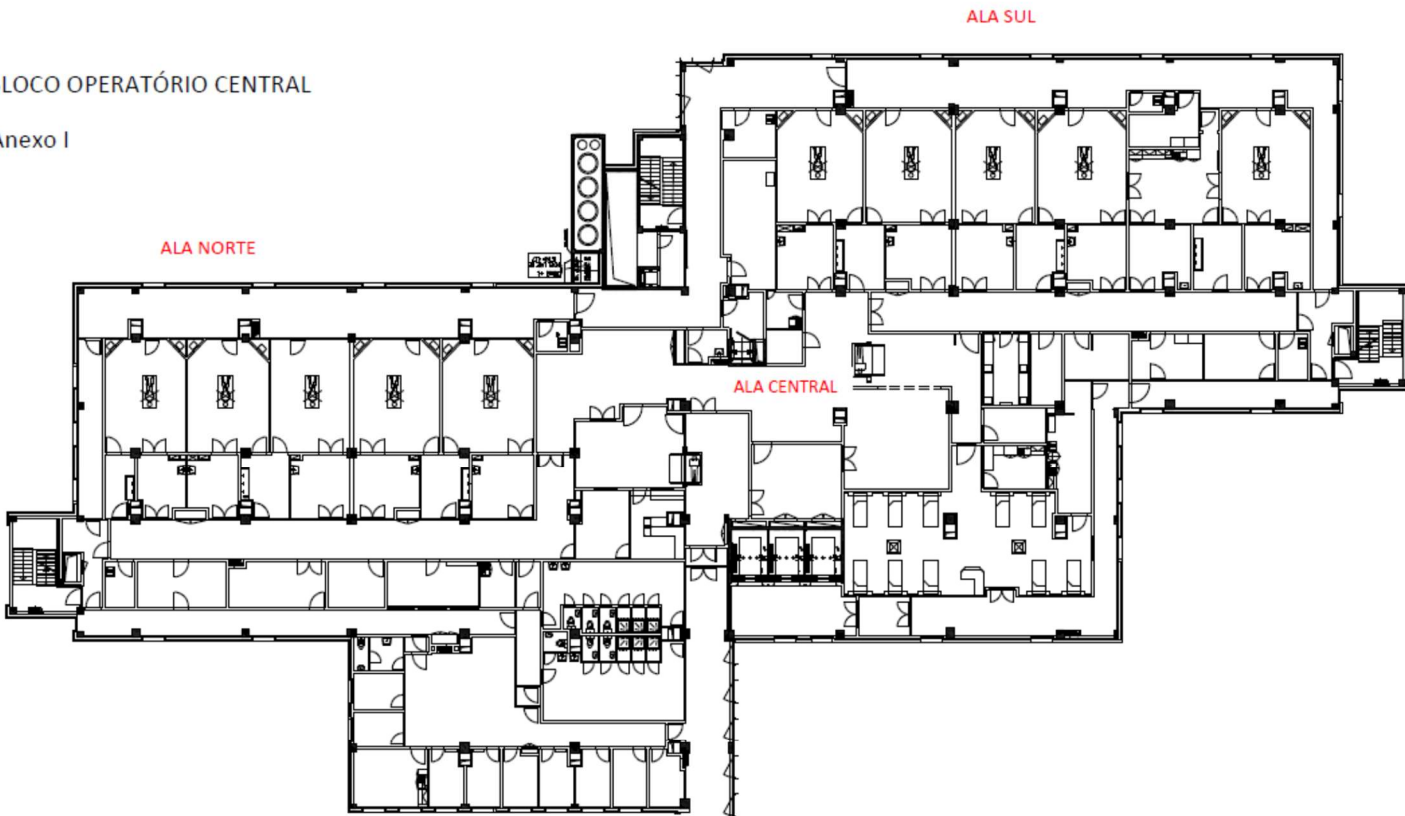


8h30	Boas Vindas
9h00	Controle de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
9h30	Intervalo
9h54	Qualidade, Conciliação, Humanização e Igualdade
10h15	Gestão de Risco
10h45	Auditoria Interna
11h15	Encerramento e entrega de Certificados

Anexo III

BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

Anexo I



Anexo IV

Itens	Pontuação				
	5	4	3	2	1
Posição cirúrgica	Litotômica	Ventral	Trendelemburg	Lateral	Dorsal
Tempo de cirurgia	Superior a 6h	Entre 4h a 6h	Entre 2h a 4h	Entre 1h a 2h	Até 1h
Tipo de anestesia	Geral + Regional	Geral	Regional	Sedação	Local
Superfície de suporte	Sem uso de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou pernas estreitas	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + almofadas de espuma	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + Placa Gel	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + almofadas de viscoelástico	Colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico + almofadas de viscoelástico
Posição dos membros	Elevação dos joelhos >90° e abertura dos membros inferiores >90° ou abertura dos membros superiores > 90°	Elevação dos joelhos >90° ou abertura dos membros inferiores > 90°	Elevação dos joelhos <90° e abertura dos membros inferiores <90° ou pescoço sem alinhamento mento-esternal	Abertura dos membros superiores <90°	Posição Anatômica
Comorbilidades	Úlcera por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	Obesidade ou desnutrição	Diabetes mellitus	Doença vascular	Sem comorbidades
Idade do paciente	Superior a 80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos
					Pontuação Total

Anexo V

Pedido de Autorização

Exma. Sr.ª Enfermeira Andreia Jorge Neves Salvini Guimarães

Solicito autorização para utilizar a Escala de Avaliação de Risco para Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO-PT) adaptada e validada por V. Exa para a população portuguesa. Solicito também autorização para utilizar o instrumento de recolha de dados utilizado na investigação que efetuou e que se intitula "Instrumento de Colheita de Dados- Período Pré e Pós-operatório". A utilização destes instrumentos prende-se com a realização de um projeto de desenvolvimento profissional com o título "Prevenção de desenvolvimento de lesões na pele decorrentes do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral e posição litotómica", no âmbito da realização do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Título do Projeto: Prevenção de desenvolvimento de lesões na pele decorrentes do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral e posição litotómica.

Nome aluna: Carla Maria Pereira Teixeira

Orientadora: Professora Fátima Segadães, Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Co-orientadora: Professora Doutora Cristina Barroso Pinto, Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 19 de janeiro de 2023

A aluna

Carla Maria Pereira Teixeira

Carla Maria Pereira Teixeira ep10364

Anexo VI

Porto, 19 de Janeiro de 2023

Autorização

Autorizo que Carla Maria Pereira Teixeira, mestranda em enfermagem médico-cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob a orientação da Professora Fátima Segadães e co-orientação da Professora Doutora Cristina Barroso Pinto, utilize a Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO-PT), bem como o instrumento de colheita de dados - Período pré e pós operatório, com o objetivo de realizar um projeto de desenvolvimento profissional com o título “Prevenção de desenvolvimento de lesões na pele decorrentes do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral e posição litotómica”.

A Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO-PT) resulta do produto final do Relatório de estágio de natureza profissional – Adaptação cultural e validação da Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico, defendido publicamente a 20 de junho de 2022 na Escola Superior de Saúde Viana do Castelo. A escala ELPO resulta da tese de doutoramento intitulada Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico: construção e validação, de Moraes-Lopes CM et al (2016).

Deixo-me à disposição para contribuir e participar na autoria de artigos científicos que possam resultar deste trabalho.



Andreia Salvini

Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica

Anexo VII

COMISSÃO LOCAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO
EMIÇÃO DE PARECER

- 
- 1 - **ASSUNTO:** Estudo "Prevenção de Desenvolvimento de Lesões na Pele Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico em Decúbito Ventral e Posição Litotómica".
- 2 - **RESPONSÁVEL PELO PEDIDO:** Carla Maria Pereira Teixeira.
- 3 - **DIMENSIONAMENTO DA AMOSTRA:** Aplicação da Escala de Avaliação de Risco de Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico ELPO- PT a 37 utentes/doentes, 37 instrumentos de recolha de dados preenchidos e válidos.
- 4 - **PERÍODO DE REALIZAÇÃO:** Implementação da colheita de dados, de 11 de fevereiro de 2023 e 16 de maio 2023.
- 5 - **GARANTIA DA PSEUDOANONIMIZAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS:** O registo de dados será feito através de Codificação de todos os utentes/doentes elegíveis.
- 6 - **PERÍODO APÓS O QUAL OS DADOS SÃO DESTRUÍDOS:** Os dados recolhidos no âmbito do presente estudo, serão conservados durante 6 meses após a conclusão do mesmo. Os mesmos ficarão à guarda da Sra. Professora orientadora do estágio de natureza profissional, Professora Fátima Segadães.
- 7 - **EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO:**
- Carla Maria Pereira Teixeira, investigadora principal (IP), aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

COMISSÃO LOCAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO
EMIÇÃO DE PARECER

8 -PARECER: REVER

1. Trata-se de um projeto metodológico observacional, através da aplicação da Escala de Avaliação de Risco de Desenvolvimento de Lesões Relacionadas com o Posicionamento Cirúrgico ELPO-PT, a utentes/doentes submetidos a cirurgias em decúbito ventral e posição litotómica, no Bloco Central da [REDACTED] com o objetivo, de mediante o risco apresentado, implementar intervenções de enfermagem com base na individualidade de cada doente/utente, na garantia da segurança dos cuidados diminuindo o risco de desenvolvimento de lesões na pele decorrentes do posicionamento cirúrgico. O estudo é desenvolvido no âmbito da frequência, do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, por parte da IP, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação da Professora Fátima Segadães e coorientação da Professora Doutora Cristina Barroso.

2. A licitude para a realização deste estudo está na aplicação do consentimento, informado, livre e explícito, de forma verbal, aos respetivos participantes e/ou cuidadores/responsáveis legais, conforme a alínea a) do número 1 do artigo 6º do Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD). Como o estudo também se enquadra nas vertentes de melhoria da prestação de cuidados de saúde e investigação científica, aplicando-se, ainda, o disposto nas alíneas i) e j) do ponto 2 do artigo 9º do RGPD.

Para a IP contactar com os utentes/doentes no Bloco Central, foram definidos os seguintes profissionais como elos de ligação, [REDACTED]

3. A recolha de dados será feita pela IP, a desenvolver o estágio de natureza profissional no Bloco Central, abrangida pelo dever de sigilo. Os dados a recolher são os que constam no instrumento de recolha de dados, elaborado para o estudo e que integra o protocolo do estudo, e, no qual não existe qualquer referência a dados pessoais. O questionário destina-se a recolher dados



COMISSÃO LOCAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO

EMISSÃO DE PARECER

sacio demográficos (idade e género), clínicos (comorbilidades, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, posicionamento cirúrgico e posição dos membros) e materiais (superfícies de suporte utilizadas para o posicionamento).

No estudo é efetuada a aplicação da Escala de Avaliação de Risco de Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico ELPO-PT a utentes/doentes submetidos a cirurgia e que necessitem como posicionamento o decúbito ventral ou a posição litotómica e mediante o resultado dessa avaliação implementar Intervenções de Enfermagem para efetuar um posicionamento seguro, proporcionando conforto ao doente, na perspetiva de diminuir os riscos de desenvolvimento de lesões na pele (úlceras por pressão) relacionados a esses posicionamentos.

A avaliação com recurso à referida escala será efetuada ao posicionar o utente/doente na marquesa operatória, será ainda efetuada uma avaliação da integridade cutânea e avaliação de pulsos pré posicionamento cirúrgico, para comparar com a avaliação da integridade cutânea no pós-operatório imediato no sentido de observar se houve desenvolvimento de lesões na pele decorrentes do posicionamento efetuado.

4. Os dados recolhidos serão depois organizados numa base de dados pela IP, que está abrangida pelo dever de sigilo. A base de dados deverá estar protegida por palavra-passe forte e apenas do conhecimento da IP. Posteriormente os dados serão analisados com recurso ao Google Forms. O tratamento dos dados envolve uma análise exploratória através da estatística descritiva no sentido de avaliar os participantes relativamente ao risco de desenvolverem lesões na pele decorrentes do posicionamento cirúrgico. Os questionários deverão ser armazenados em local físico do conhecimento da IP e de acesso reservado.
5. A IP vai utilizar um computador pessoal, para armazenar e tratar os dados, este deverá estar equipado com software atualizado, em especial, no que se refere à firewall e ao antivírus, e o acesso ao mesmo deverá ser por credenciais específicas. Como a IP é externa à instituição, foi designado um elo de ligação, profissional de enfermagem, para a acompanhar na recolha dos





COMISSÃO LOCAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO
EMIÇÃO DE PARECER

dados, uma vez que os investigadores externos à  não deverão ter acesso à identificação dos participantes, só deverão aceder à base de dados anonimizada.

6. A IP pretende publicar os resultados do estudo, pelo que se recomenda que a instituição: -  não seja referida nos métodos do estudo, tendo em conta que na submissão dos artigos, a identificação dos autores e da instituição deve ser cega.
7. Os dados deverão ser eliminados (digitalmente e os papéis destruídos) no prazo máximo de 6 meses.
8. Podemos resumir as fases do estudo e o cumprimento dos requisitos do RGPD da seguinte forma:

Fases do estudo	Metodologia	RGPD
Recolha de dados	Acesso aos dados de forma licita.	Artigo 5º, n.º 1, alínea f) e n.º 2 Artigo 6º, n.º 1 alínea e)
Tratamento dos dados	-Codificação pelo investigador principal (pseudoanonimização) -Acesso limitado aos dados -Profissional sujeito a sigilo.	Artigos 5º, n.º 1 alíneas e) e f); 8º n.ºs 1 e 2 Considerandos 78, 156
Conservação	-Dados inseridos pelo investigador principal em base de dados criada pelo próprio.	Artigos 5º, n.º 1, alíneas e) e f) 8º, n.ºs 1 e 2 Considerandos 39, 65, 81
Eliminação dos dados	-No termo do prazo de conservação, de acordo com as melhores práticas.	Considerandos 39, 65, 81

9. Por tudo o que aqui foi exposto, é emitido parecer favorável à realização do presente estudo
- Na----- uma vez que se considera que a análise de risco é aceitável. No entanto, a IP deve cumprir o descrito no presente documento, e, atender às seguintes recomendações:



COMISSAO LOCAL DE PROTECAO E SEGURANCA DA INFORMACAO
EMISSÃO DE PARECER

- a) Reforçar as medidas de segurança previstas para a conservação dos documentos em papel, se existirem, que impeçam o acesso à informação a pessoas não autorizadas, bem como o seu manuseamento indevido;
- b) Garantir medidas de segurança adicionais no transporte dos dados com recurso a dispositivos eletrónicos de armazenamento (laptop, pen, disco externo) nomeadamente através de medidas de cifragem e autenticação, dada possibilidade de perda e/ou extravio destes dispositivos;
- c) No caso de existir alteração, como por exemplo, extensão de prazo e/ou de qualquer alteração dos pressupostos relativos ao presente parecer, o IP deverá solicitar a reapreciação do estudo de investigação junto do DPO/EPD.

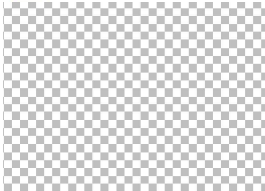
A emissão deste parecer teve por base o preconizado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (EU) 2016/679 em vigor, bem como, na Lei nº 58/2019, que assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do RGPD do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

A _____ reserva-se o direito de realizar auditorias para verificar o cumprimento do referido ao longo deste documento.

6 de junho de 2023

P' Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação

Anexo VIII



LISTA DE FORMAÇÃO POR COLABORADOR

Carla Maria Pereira Teixeira, portador do Documento de Identidade n.º  N.º Mecanográfico ESEP-CMPT, esteve presente, no período de 2023-01-01 a 2023-07-19, nas seguintes ações de formação:

Formação / Cursos

Curso	Duração	Data inicio	Data Fim	Horas Frequentadas
Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório Enfermagem Perioperatório: Futuro e Inovação	4.50	2023-02-15	2023-02-15	4.50
				4.50



 julho de 2023

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada



Anexo IX

COMEMORAÇÃO DO DIA INTERNACIONAL DA COBERTURA UNIVERSAL EM SAÚDE

2.º ENCONTRO DO NÚCLEO
DE ENFERMEIROS DE
MÉDICO-CIRÚRGICA DO CHTS

12 dezembro 2022

08:00 | Auditório

Associação Empresarial de Penafiel



CERTIFICADO

Certifica-se que

O E-Poster “PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO: REVISÃO DA INTEGRATIVA DA LITERATURA” da autoria de Ana Rita Roque, Ana Isabel Costa, Carla Teixeira, Juliana Maria, foi apresentada por **Ana Rita Roque** na “Comemoração do Dia Internacional da Cobertura Universal em Saúde - 2º Encontro do Núcleo de Enfermeiros de Médico-Cirúrgica” do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, que se realizou no auditório da Associação Empresarial de Penafiel, no dia 12 de dezembro de 2022.



Evento Técnico-científico “Comemoração do Dia Internacional da Cobertura Universal em Saúde – 2º Encontro do Núcleo de Enfermeiros de Médico-Cirúrgica do CHTS”,

realizado pelo Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE - Serviço de Ensino, Formação e Investigação está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de Qualificação Profissional, com a atribuição de 0,40 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Penafiel, 12 de dezembro de 2022

O CONSELHO DA ADMINISTRAÇÃO

(Enfermeiro Diretor)

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFÉ - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sefi@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

Programa Científico

08:00 Abertura do secretariado

08:10 Apresentação de trabalhos científicos (e- pósteres e comunicações orais)

09:00 O papel do enfermeiro EEMC como investigador, para o desenvolvimento de Enfermagem como profissão e ciência

Moderador: Enfermeira EEMC Luísa Nunes (CHTS)

A importância da investigação nos contextos de prática clínica

Professora Doutora Helena José (Presidente do Colégio da Especialidade de EMC)

A investigação na transformação do conhecimento

Professor Doutor Paulo Parente (ESEP)

A prática baseada na evidência para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem especializada em médico-cirúrgica

Professora Doutora Susana Regadas (Aces Tâmega III - Vale do Sousa Norte)

10:00 Coffee-Break

10:00 Apresentação de trabalhos científicos (e-pósteres e comunicações orais)

10:30 Passado, presente e futuro da EMC: pertinência da

diferenciação na competência dos acessos venosos

centrais/periféricos

Moderador: Enfermeira EEMC Ana Luísa Coelho (CHTS)

Da especialização à equipa multidisciplinar de acessos vasculares no CHTS

Enfermeira EEMC Filipa Martins (CHTS)

"Acessos Vasculares" a perspetiva multidisciplinar do papel do EEMC

Dr. Rafael Silva (CHTS)

Experiência em acessos vasculares

Enfermeiro EEMC Rúben Fidalgo (CH Leiria)

A integração da competência dos acessos nas qualificações dos EEMC. Qual o caminho?

Enfermeiro EEMC Carlos Ferreira (CHUSJ)

12:00 Sessão Solene de Abertura

12:30 Almoço (incluído no evento)

13:00 Apresentação de trabalhos científicos (e-pósteres e comunicações orais)

14:00 Da conceção à implementação: o contributo do EEMC na gestão de projeto

Moderador: Enfermeira EEMC Paula Guimarães (CHTS)

Projeto Safecare

Professora Doutora Cristina Barroso (ESEP)

Projeto ISBAR

Enfermeira EEMC Cármen Passos (IPO Porto)

14:45 O Enfermeiro EEMC como gestor de casos

Moderador: Enfermeira EEMC Lúcia Rodrigues (CHTS)

A experiência da ULS de Matosinhos do papel do EMC na gestão de doentes crónicos complexos

Enfermeira EEMC Eduarda Almeida (ULS Matosinhos)

O Impacto dos cuidados especializados em EMC na gestão de casos do doente crónico, paliativo, crítico e peri operatório:

Vice-Presidente da AEEEMC Isabel Costa

Novos desafios do enfermeiro especialista de Médico Cirúrgica como gestor de caso - Do modelo teórico à prática

Professora Doutora Liliana Mota (ESS CVP Norte- Oliveira de Azeméis)

16:00 Debate: O Empreendedorismo e a Inovação na EMC

Moderador: Enfermeira EEMC Elsa Pinto (CHTS)

Enfermeira EEMC Magda Guerra (CH Tondela-Viseu)

Enfermeiro EEMC Mauro Rosa (CHUSJ)

Enfermeiro EEMC João Nobre (CHUSJ)

17:00 Entrega de prémios e-póster e comunicação oral

17:30 Sessão de encerramento

Enfermeiro José Ribeiro (Enfermeiro Diretor do CHTS)

Anexo X

COMEMORAÇÃO DO DIA INTERNACIONAL DA COBERTURA UNIVERSAL EM SAÚDE

2.º ENCONTRO DO NÚCLEO
DE ENFERMEIROS DE
MÉDICO-CIRÚRGICA DO CHTS

12 dezembro 2022

08:00 | Auditório

Associação Empresarial de Penafiel



CERTIFICADO

Certifica-se que

A Comunicação Livre “SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA: BENEFÍCIOS DA APLICAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA CIRÚRGICA DA OMS” da autoria de **Ana Rita Roque, Ana Costa, Carla Teixeira, Ana Ribeiro, Natália Machado**, foi apresentado por **Ana Rita Roque** na “Comemoração do Dia Internacional da Cobertura Universal em Saúde - 2º Encontro do Núcleo de Enfermeiros de Médico-Cirúrgica” do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, que se realizou no auditório da Associação Empresarial de Penafiel, no dia 12 de dezembro de 2022.



Evento Técnico-científico “Comemoração do Dia Internacional da Cobertura Universal em Saúde – 2º Encontro do Núcleo de Enfermeiros de Médico-Cirúrgica do CHTS”,

realizado pelo Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE - Serviço de Ensino, Formação e Investigação está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de Qualificação Profissional, com a atribuição de 0,40 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Penafiel, 12 de dezembro de 2022

O CONSELHO DA ADMINISTRAÇÃO

Enf. José Ribeiro

(Enfermeiro Diretor)

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFE - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sefi@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

Programa Científico

08:00 Abertura do secretariado

08:10 Apresentação de trabalhos científicos (e- pósteres e comunicações orais)

09:00 O papel do enfermeiro EEMC como investigador, para o desenvolvimento de Enfermagem como profissão e ciência

Moderador: Enfermeira EEMC Luísa Nunes (CHTS)

A importância da investigação nos contextos de prática clínica

Professora Doutora Helena José (Presidente do Colégio da Especialidade de EMC)

A investigação na transformação do conhecimento

Professor Doutor Paulo Parente (ESEP)

A prática baseada na evidência para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem especializada em médico-cirúrgica

Professora Doutora Susana Regadas (Aces Tâmega III - Vale do Sousa Norte)

10:00 Coffee-Break

10:00 Apresentação de trabalhos científicos (e-pósteres e comunicações orais)

10:30 Passado, presente e futuro da EMC: pertinência da diferenciação na competência dos acessos venosos

centrais/periféricos

Moderador: Enfermeira EEMC Ana Luísa Coelho (CHTS)

Da especialização à equipa multidisciplinar de acessos vasculares no CHTS

Enfermeira EEMC Filipa Martins (CHTS)

"Acessos Vasculares" a perspetiva multidisciplinar do papel do EEMC

Dr. Rafael Silva (CHTS)

Experiência em acessos vasculares

Enfermeiro EEMC Rúben Fidalgo (CH Leiria)

A integração da competência dos acessos nas qualificações dos EEMC. Qual o caminho?

Enfermeiro EEMC Carlos Ferreira (CHUSJ)

12:00 Sessão Solene de Abertura

12:30 Almoço (incluído no evento)

13:00 Apresentação de trabalhos científicos (e-pósteres e comunicações orais)

14:00 Da conceção à implementação: o contributo do EEMC na gestão de projeto

Moderador: Enfermeira EEMC Paula Guimarães (CHTS)

Projeto Safecare

Professora Doutora Cristina Barroso (ESEP)

Projeto ISBAR

Enfermeira EEMC Cármen Passos (IPO Porto)

14:45 O Enfermeiro EEMC como gestor de casos

Moderador: Enfermeira EEMC Lídia Rodrigues (CHTS)

A experiência da ULS de Matosinhos do papel do EMC na gestão de doentes crónicos complexos

Enfermeira EEMC Eduarda Almeida (ULS Matosinhos)

O Impacto dos cuidados especializados em EMC na gestão de casos do doente crónico, paliativo, crítico e peri operatório:

Vice-Presidente da AEEEMC Isabel Costa

Novos desafios do enfermeiro especialista de Médico Cirúrgica como gestor de caso - Do modelo teórico à prática

Professora Doutora Liliana Mota (ESS CVP Norte- Oliveira de Azeméis)

16:00 Debate: O Empreendedorismo e a Inovação na EMC

Moderador: Enfermeira EEMC Elsa Pinto (CHTS)

Enfermeira EEMC Magda Guerra (CH Tondela-Viseu)

Enfermeiro EEMC Mauro Rosa (CHUSJ)

Enfermeiro EEMC João Nobre (CHUSJ)

17:00 Entrega de prémios e-póster e comunicação oral

17:30 Sessão de encerramento

Enfermeiro José Ribeiro (Enfermeiro Diretor do CHTS)

Anexo XI

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que, Carla Maria Pereira Teixeira, participou - I Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPO Porto - Humanização dos Cuidados em Oncologia que decorreu no Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., entre os dias 2023-04-28 e 2023-04-29 com 7 horas de duração.

Pela Comissão Organizadora




Enf.^a Paula Fernandes Enf.^a Bárbara Lamas

Escola Portuguesa de Oncologia do Porto


Prof.^a Doutora M.^a José Bento
Diretora da EPOP
N.º Mec. 1202
Prof.^a Doutora Maria José Bento

PROGRAMA

28 Abril

9:00-9:30 (Sessão de Abertura) - Prof. Doutora Ana Espírito Santo (IPO-Porto) - Enf. Jorge Freitas (Ordem dos Enfermeiros) - Enf. Fernando Monteiro (IPO-Porto)

9:30- 10:30 - MESA 1 "Humanização dos Cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória" - Moderação: Enf.^a Graça Miguel
ISBAR no perioperatório, que realidade? - Enf.^a Cármen Passos

Desafios na comunicação com a família no perioperatório - Dr.^a Mariana Peyroteo

Úlcera por Pressão, uma preocupação no intra operatório - Escala ELPO - Enf.^a Andreia Salvini

Capacitação e empoderamento do doente cirúrgico oncológico - Enf.^a Carla Silva

11:00- 12:00 - MESA 2 "Humanização dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica" - Moderação: Prof.^a Dr.^a Liliana Mota

Novas estratégias de comunicação do doente/família - Enf.^a M.^a Céu Veloso

Projeto de humanização em cuidados intensivos - Enf. José António

Desafios que a pandemia impôs na comunicação com a família ? vivências da equipa - Enf. Nuno Carones

Que necessidades depois da SMI? - Enf.^a Sónia Briga

14:00-15:00 - MESA 3 "Humanização dos Cuidados à Pessoa em Situação Crónica" - Moderação: Enf.^a Graça Braz

O papel do EEEMC na capacitação e empoderamento da pessoa a realizar tratamento antineoplásico sistémico - Enf.^a Marisa Rafael e Enf.^a Cátia Teixeira

Cuidar a pessoa com Dor Oncológica ? uma estratégia em humanização - Enf.^a Juliana Santos

Humanização em Oncologia que realidade? - Enf.^a Ana Sofia Lopes

O impacto da humanização nos sobreviventes - Dr.^a Mariana Abranches

15:00-17:00 (comunicações livres e apresentação de posters)

29 Abril

9:30- 10:30 - MESA 4 "Humanização dos Cuidados à Pessoa em Situação Paliativa" - Moderação: Prof.^a Doutora Olga Fernandes

Comunicação em Saúde - Enf.^a Ângela Simões

Cuidar a pessoa em situação de últimas horas de vida - Enf.^a Ana Paiva

Apoio domiciliário - Enf.^a Lurdes Barreira

Paradigma de tratamento de Feridas malignas/UPP em cuidados paliativos - Enf.^a Ana Guterres

10:30-11:00 Conferência multidisciplinar Humanização dos Cuidados em Oncologia - Enf. Fernando Jorge - Enf. João Alberto - Enf. João Pedro - Enf. Tiago Pinto - Enf. Hugo Filipe

11:30- 12:00 (Entrega de Prémios)

12:00 (Sessão de Encerramento)

Anexo XII

Webinar

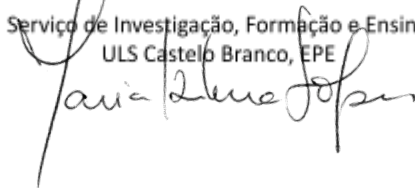
Certifica-se que: Carla Maria Pereira Teixeira

Participou no **I webinar 2023 “Segurança no Bloco Operatório”** promovido pelo Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, no dia 9 de março de 2023, com a duração de 2 horas:

I webinar 2023 “Segurança no Bloco Operatório”

- A Segurança em contexto Peri-operatório;
- Retenção Inadvertida de Itens Quantificáveis;
- Implicações do Fumo Cirúrgico para os Enfermeiros

Serviço de Investigação, Formação e Ensino
ULS Castelo Branco, EPE



Anexo XIII



IPOPORTO

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FG, EPE
CENTRO DE ENSINO E FORMAÇÃO

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Decreto-Lei 396/2007 de 31 de Dezembro)

CERTIFICADO

Implementação da Escala de Avaliação de risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico-ELPO-PT

Para os devidos efeitos certifica-se que, CARLA MARIA PEREIRA TEIXEIRA, nascido(a) a 1973-05-31, com a identificação n. XXXXXXXXX frequentou o curso de Formação em Serviço promovido pelo Instituto Portugues de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., no dia 2023-01-18, com a duração de 1.0 horas.

Escola Portuguesa de Oncologia do Porto


Prof.ª Doutora M.ª José Bento
Diretora da EPOP
N.º Mec. 1202

PROGRAMA

- Implementação da Escala de Avaliação de risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico-ELPO-PT.
- Escala Elpo.
- Aplicação clínica Escala.
- Considerações finais. - Implementação da Escala de Avaliação de risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico-ELPO-PT.
- Escala Elpo.
- Aplicação clínica Escala.
- Considerações finais.

Anexo XIV



IPOPORTO

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FG, EPE
CENTRO DE ENSINO E FORMAÇÃO

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Decreto-Lei 396/2007 de 31 de Dezembro)

CERTIFICADO

Validação da escala ELPO para Portugal - Instrumento de apoio a tomada de decisão dos enfermeiros

Para os devidos efeitos certifica-se que, CARLA MARIA PEREIRA TEIXEIRA, nascido(a) a 1973-05-31, com a identificação n. XXXXXXXXXX frequentou o curso de Formação em Serviço promovido pelo Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., no dia 2021-03-15, com a duração de 1.0 horas.

Escola Portuguesa de Oncologia do Porto


Prof.ª Doutora M.ª José Bento
Diretora da EPOP
N.º Mec. 1202

PROGRAMA

- Validação escala ELPO;
- Contexto Cirurgico;
- Fatores de risco lesão decorrente do posicionamento cirurgico;
- Avaliação risco lesão;
- Colheita de dados - ELPO pré-intra e pós-operatório

Anexo XV



IPOPORTO

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FG, EPE
CENTRO DE ENSINO E FORMAÇÃO

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Decreto-Lei 396/2007 de 31 de Dezembro)

CERTIFICADO

Posicionamento cirúrgico - ELPO-PT

Para os devidos efeitos certifica-se que, CARLA MARIA PEREIRA TEIXEIRA, nascido(a) a 1973-05-31, com a identificação n. XXXXXXXX, frequentou o curso de Formação em Serviço promovido pelo Instituto Portugues de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., no dia 2023-03-29, com a duração de 1.0 horas.

Escola Portuguesa de Oncologia do Porto


Prof.ª Doutora M.ª José Bento
Diretora da EPOP
N.º Mec. 1202

PROGRAMA

Anexo XVI

NURSID SPRING SCHOOL 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Carla Teixeira** proferiu o painel com o tema ***Prevenção de Complicações: Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico*** no **Seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória**, integrado na **NursID Spring School 2023**, realizado no dia 9 de maio de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Comissão Organizadora

(Professor Doutor Carlos Sequeira)



ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Anexo XVII

NursID Spring School 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Carla Maria Pereira Teixeira** 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 XVIII

Dados/ Diagnósticos/ Intervenções de Enfermagem

Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica
Diagnóstico - Posicionamento cirúrgico
Dados relevantes que podem interferir no risco de desenvolvimento de lesão na pele (lesão por pressão) decorrente do posicionamento cirúrgico: • Posição cirúrgica • Superfícies de suporte utilizados no posicionamento cirúrgico • Posição dos membros • Tempo de cirurgia • Tipo de anestesia • Comorbilidades do cliente • Idade do cliente • Alterações cutâneas • Humidade • IMC do cliente

Posicionamento em decúbito ventral	Posicionamento em posição litotômica
Intervenções de enfermagem	Intervenções de enfermagem
• Avaliação pré-operatória do risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico com recurso a uma escala (ELPO-PT) • Avaliação da pele, integridade cutânea, temperatura, coloração, humidade, textura • Avaliar mobilidade do cliente e presença de dor • Posicionar a 5 a 10 graus de Trendelenburg reverso, se possível • Manter o cliente em decúbito ventral pelo menor tempo possível • Posicionar a cabeça do cliente em posição neutra, sem flexão, extensão ou rotação excessiva • Colocar um posicionador facial projetado para esse fim quando a cabeça do cliente estiver na linha média • Avaliar e monitorizar a posição da face do cliente após atividades de posicionamento e durante o procedimento e implementar ações corretivas conforme indicado • Avaliar e monitorizar o dispositivo de manutenção das vias aéreas	• Avaliação pré-operatória do risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico com recurso a uma escala (ELPO-PT) • Avaliação da pele, integridade cutânea, temperatura, coloração, humidade, textura • Avaliar mobilidade do cliente e presença de dor • Posicionar os braços do cliente ao longo do corpo prendendo-os flexionados nas laterais com protetores de braço ou estendê-los em suportes de braços • Colocar os braços do cliente em posição neutra com as palmas voltadas para o corpo e sem hiperextensão dos cotovelos quando os braços estão dobrados nas laterais e presos com um lençol • Proteger os cotovelos e as mãos do cliente com acolchoamento extra, se necessário • Colocar o lençol sobre os braços desde acima do cotovelo até aos dedos do cliente e prendê-lo entre o cliente e o colchão da cama de cirurgia • Colocar os braços em posição

após mudanças de posicionamento • Implementar intervenções para evitar pressão direta nos olhos do cliente • Avaliar e monitorizar os olhos do cliente após as atividades de posicionamento e durante o procedimento e implementar ações corretivas conforme indicado • Posicionar os braços do cliente em suportes de braços lateralmente e paralelamente á marquês operatória • Aplicar superfícies de suporte para acolchoar os braços e redistribuir a pressão • Colocar os apoios de braço a um nível inferior ao do peito • Colocar os braços em abdução a menos de 90 graus com os cotovelos flexionados • Evitar posicionar os braços acima da cabeça do cliente • Colocar os braços em pronação com as palmas das mãos voltadas para baixo • Manter braços e punhos em alinhamento neutro • Fixar os braços aos suportes com fitas de ajuste de forma a não fazerem pressão • Posicionar os braços do cliente em posição neutra, com as palmas voltadas para o corpo e sem hiperextensão dos cotovelos quando os braços ficarem posicionados ao lado do corpo presos com lençol, este deve ser puxado para cima entre o corpo e o braço do cliente, colocado sobre o braço do cliente e dobrado entre o cliente e o colchão da mesa de cirurgia • Colocar superfícies de suporte da clavícula até à crista ilíaca que permitam a expansão torácica e abdominal completa • Posicionar seios, abdómen e órgãos genitais do cliente livres		supina (ou seja, colocar as palmas das mãos voltadas para cima) quando estiverem colocados em suportes de braços • Usar acolchoamento com superfície de suporte no suporte de braços • Colocar os braços nivelados com o colchão da cama cirúrgica • Abduzir os braços a menos de 90 graus • Evitar posicionar os braços acima da cabeça do paciente • Manter os braços e punhos em alinhamento neutro sem hiperextensão presos aos suportes de braço • Proteger as mãos e os dedos do cliente contra lesões quando o pé da cama da sala de cirurgia for levantado, abaixado ou recolocado se dobradas ao lado do corpo • Manter o cliente na posição de litotomia pelo menor tempo possível • Reposicionar os clientes na posição de litotomia em intervalos estabelecidos durante o procedimento, se possível • Não colocar contenção de segurança sobre o tórax ou abdómen do cliente • Posicionar as nádegas do cliente niveladas com a quebra inferior da cama operatória • Posicionar de forma que o sacro esteja firmemente apoiado na superfície da cama • Colocar superfície de suporte de posicionamento debaixo do sacro quando o cliente está na posição de litotomia exagerada • Posicionar os quadris do cliente de forma a evitar flexão, rotação ou abdução excessiva • Colocar os suportes das pernas a uma altura uniforme • Usar suportes para pernas que apoiem as pernas do cliente sobre a maior superfície possível

de torção ou pressão • Colocar superfície de suporte para acolchoar os joelhos e redistribuir a pressão • Elevar os dedos dos pés do cliente colocando superfícies de suporte para acolchoamento sob as canelas de forma que fiquem elevadas o suficiente para evitar pressão nas pontas dos dedos dos pés. • Avaliar os pulsos pediosos do cliente após o posicionamento na posição joelho-peitoral e durante o procedimento • Ter uma maca prontamente acessível para se houver necessidade urgente de reposicionamento • Documentação dos procedimentos		da perna • Usar suportes de perna tipo bota pois suportam toda a perna, reduzindo o potencial de pressão • Evitar usar suportes de perna com muleta de joelho pois suportam o peso da perna do cliente no joelho e podem não redistribuir a pressão • Colocar um acolchoamento adicional ao redor do pé e do tornozelo do cliente, quando os suportes de perna em forma de bengala são usados, o peso da perna do cliente é apoiado pelas tiras do pé • Colocar os calcanhares do cliente na posição mais baixa possível • Posicionar as pernas ao nível do coração ou abaixo se possível • Evitar deixar as pernas do cliente ficar apoiadas nos postes do suporte da perna • Evitar que os membros da equipa operatória se apoiem nas coxas do cliente • Colocar as pernas do cliente lenta e simultaneamente nos suportes de pernas por no mínimo duas pessoas • Remover as pernas do cliente dos suportes de pernas num processo de duas etapas: no mínimo duas pessoas (ou seja, no mínimo uma pessoa por perna) devem remover as pernas lenta e simultaneamente dos suportes de pernas e juntá-las antes que as pernas sejam baixadas para a cama da sala de cirurgia • Usar meias de compressão gradual e/ou intermitente e dispositivos de compressão pneumática na posição de litotomia apenas quando indicação médica sendo preferível usar outros métodos de profilaxia venosa tromboembólica • Evitar usar a posição de hemilitotomia se possível

		• Documentação dos procedimentos

Processo corporal
Processo do sistema tegumentar
Diagnóstico - Lesão na pele (lesão por pressão) decorrente do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral e posição litotômica
Dado – localização da lesão na pele decorrente do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral
Intervenções de enfermagem • Vigiar sinais de desenvolvimento de lesão na pele (lesão por pressão) decorrente do posicionamento cirúrgico; • Avaliar evolução de lesão na pele (lesão por pressão) decorrente do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral; • Aplicar almofada para alívio de pressão; • Aplicar dispositivos / superfícies de suporte para distribuição e alívio da pressão

Processo corporal
Processo do sistema tegumentar
Diagnóstico- Potencial para melhorar conhecimento sobre lesão na pele (lesão por pressão) decorrente do posicionamento cirúrgico
Dado – conhecimento sobre lesão na pele (lesão por pressão) decorrente do posicionamento cirúrgico em decúbito ventral ou posição litotômica – Demonstra / Não demonstra
Intervenções de enfermagem • Avaliar conhecimento sobre lesão na pele decorrente do posicionamento cirúrgico • Ensinar sobre lesão na pele decorrente do posicionamento cirúrgico • Ensinar sobre sinais de complicação de lesão na pele decorrente do posicionamento cirúrgico • Ensinar sobre posicionamento • Ensinar sobre cuidados de alívio de pressão • Avaliar evolução do conhecimento sobre lesão na pele decorrente do posicionamento cirúrgico

Anexo XIX

PROPOSTA DE DOCUMENTAÇÃO POSICIONAMENTOS CIRÚRGICOS EM DECÚBITO VENTRAL E POSIÇÃO LITOTÓMICA

Um dos pilares importantes para o desenvolvimento profissional tem por base, segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002, 2017), *“a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente”*.

Por norma, as folhas de registo de enfermagem, ou o seu suporte informático, limitam-se a definir só o tipo de posicionamento (outras vezes, nem o posicionamento é referido), não referem ou têm em consideração outros critérios importantes, que podem interferir no posicionar ou no tempo em que o cliente esteve posicionado. Essas “falhas” ou “incidentes” acontecem com alguma frequência e é importante que qualquer intercorrência seja registada, podendo deste modo prevenir lesões, alterações ou complicações ao organismo ou sistema do cliente (AESOP, 2012). O enfermeiro perioperatório deve documentar os cuidados ao cliente e uso de dispositivos e equipamentos de posicionamento no registo intraoperatório (EORNA, 2020).

A qualidade dos serviços prestados reflete-se no tipo de registos de enfermagem perioperatória efetuados. Estes registos devem assegurar a continuidade e a validade dos cuidados, dando ao mesmo tempo, visibilidade à atuação efetuada pelos profissionais. A sua existência detém também um caráter de defesa para o profissional e para a própria instituição, servindo de suporte legal em caso de situações de conflito ou mesmo de litígio (AESOP, 2012). Documentação abrangente relacionada com o posicionamento do cliente é necessária para demonstrar que o padrão de atendimento foi atendido ao defender reivindicações que alegam cuidados abaixo do padrão (AORN, 2018).

Gestão efetiva e colheita de informações de cuidados de saúde que refletem o cuidado, o tratamento e os serviços prestados ao cliente é um requisito regulamentar, pelo que a instituição de saúde deve manter registos dos cuidados relacionados com o posicionamento cirúrgico do cliente bem como a processos organizacionais relacionados a posicionamento de equipamentos e dispositivos (AORN, 2018).

A documentação precisa no processo médico do cliente fornece (AORN 2018):

- Uma descrição dos cuidados perioperatórios administrados;
- Status dos resultados do cliente após a transferência e informações para apoiar a continuidade dos cuidados;
- Fornece dados para identificar tendências e demonstrar conformidade com os requisitos regulamentados e padrões de acreditação;
- Facilita o atendimento abrangente ao cliente;
- Fornece informações para revisão retrospectiva e dados de pesquisa e estabelece um registro legal;
- Fornece um registro básico da condição do cliente;
- A documentação de ações específicas de posicionamento pode resultar em processos de posicionamento aprimorados porque ajuda os profissionais a focar a atenção em aspectos relevantes do posicionamento do cliente, fornecendo informações sobre estratégias de posicionamento que melhoram a qualidade do atendimento ao cliente.

A documentação das intervenções de enfermagem promove a continuidade do atendimento ao cliente e melhora o intercâmbio de informações sobre cuidados com o cliente entre os membros da equipa de saúde. O uso de uma ferramenta de comunicação padronizada para fornecer informações da avaliação pós-operatória em relação a: áreas do corpo do cliente que devem ser avaliadas e monitorizadas quanto a possíveis lesões; eventos durante o período intraoperatório que podem ter contribuído para uma lesão relacionada com o posicionamento e a posição do paciente durante o procedimento. A comunicação das áreas de preocupação pode melhorar a monitorização pós-operatória e a gestão de possíveis lesões relacionadas com o posicionamento. O uso de ferramentas de comunicação padronizadas ajuda a garantir que as informações necessárias sobre o atendimento ao cliente sejam comunicadas (AORN,2018).

Documentação relacionada ao posicionamento do cliente deve incluir:

- A avaliação pré-operatória (inclui avaliação integridade cutânea, avaliação de pulsos, presença de dor e dificuldades de mobilidade);

- Avaliação de risco com recurso a Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões relacionadas com o posicionamento cirúrgico ELPO-PT; A escala poderá ser incluída na folha de circulante ou no sistema informático em uso.
- Identificação e titulação dos participantes no posicionamento do cliente;
- O tipo e localização de dispositivos críticos, implantes superficiais, joias ou outros itens que não podem ser removidos e quaisquer ações tomadas (por exemplo, uso de preenchimento adicional) para evitar lesões ao cliente do item que não pode ser removido;
- Posição do cliente, incluindo a posição dos braços e pernas do paciente e quaisquer atividades de reposicionamento;
- Tipo e localização de equipamentos ou dispositivos de posicionamento;
- Tipo e localização das restrições de segurança;
- Tipo e localização de qualquer preenchimento adicional fornecido;
- Ações específicas tomadas para prevenir lesões ao cliente, especialmente quaisquer ações tomadas em resposta aos achados da avaliação pré-operatória;
- Avaliação pós-operatória (inclui avaliação integridade cutânea, avaliação de pulsos, presença de dor e dificuldades de mobilidade).

Bibliografia

Associação dos Enfermeiros de sala de Operações Portuguesas (2012). Posicionamentos. In Enfermagem Perioperatória, Da Filosofia à Prática dos Cuidados. (Capítulo V, pag.69- 89).

Association of periOperative Registered Nurses (AORN) (2018). Positioning the Patient. Guidelines for Perioperative Practice (pág.673- 744)

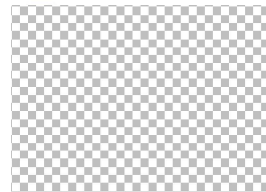
Ordem dos Enfermeiros (2002). Conselho de Enfermagem – Divulgação – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Revista Ordem Enfermeiros, nº 6 (p 39- 42).

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica

The European Operating Room Nurses Association (EORNA) (2020) Bruxelas, Bélgica. Best

practice for safe positioning of patients. www.eorna.eu ISBN: 9789082370904

Anexo XX



LISTA DE FORMAÇÃO POR COLABORADOR

Carla Maria Pereira Teixeira, portador do Documento de Identidade  e Nº Mecnográfico ESEP-CMPT, esteve presente, no período de 2023-01-01 a 2023-07-19, nas seguintes ações de formação:

Formação em Serviço - como formador/a

Curso	Data	Duração
Prevenção de Desenvolvimento de Lesões na Pele Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico em Decúbito Ventral e Posição Litotómica	2023-06-02	1,00
		1,00

 julho de 2023

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada



Anexo XXI

Instrumento de Recolha de Dados - Prevenção de lesões na pele decorrentes de posicionamento cirúrgico

1. Código	
2. Data da Cirurgia	____-____-____
3. Cirurgia Proposta	

4. Género

☐ Masculino ☐ Feminino

5. Idade

☐ Superior a 80 anos ☐ 70 a 79 anos ☐ 60 a 69 anos ☐ 40 a 59 anos ☐ 18 a 39 anos

6. Peso (Kg)	
7. Altura (Cm)	
8. IMC	

9. Comorbilidades

☐ Úlcera por pressão ou Neuropatia previamente diagnosticada ou Trombose Venosa Profunda

☐ Obesidade ou Desnutrição

☐ Diabetes Mellitus

☐ Doença Vascular

☐ Sem Comorbilidades

10. Avaliação Escala Braden Pré-Operatória

☐ Baixo Risco

☐ Alto Risco

11. Avaliação Integridade Cutânea Pré-Operatório Imediato

☐ Alterações da cor

☐ Alterações da humidade

☐ Alterações da temperatura

☐ Alterações da textura

☐ Alterações de mobilidade

☐ Presença de dor

☐ Sem alterações

12. Tipo de posicionamento

☐ Decúbito ventral ☐ Posição litotómica

13. Score de Avaliação de Escala ELPO Pré-Operatória

14. Nível de Risco

☐ Baixo risco <20 ☐ Elevado risco >20

15. Avaliação de Pulsos (Início de Posicionamento)

Ritmo

☐ Rítmico ☐ Arritmico

16. Avaliação de Pulsos (Início de Posicionamento)

Amplitude

☐ Amplos ☐ Diminuídos

17. Avaliação de Pulsos (Início de Posicionamento)

Simetria

☐ Simétricos ☐ Assimétricos

Instrumento de Recolha de Dados - Prevenção de lesões na pele decorrentes de posicionamento cirúrgico

18. Avaliação de Pulsos (Fim de Posicionamento)

Ritmo

☐ Rítmico ☐ Arrítmico

19. Avaliação de Pulsos (Fim de Posicionamento)

Amplitude

☐ Amplos ☐ Diminuídos

20. Avaliação de Pulsos (Fim de Posicionamento)

Simetria

☐ Simétricos ☐ Assimétricos

21. Tempo de Cirurgia

☐ Superior a 6 horas ☐ 4 a 6 horas ☐ 2 a 4 horas ☐ 1 a 2 horas ☐ Até 1 hora

22. Tipo de Anestesia

☐ Geral + Regional ☐ Geral ☐ Regional ☐ Sedação ☐ Local

23. Superfícies de Suporte Utilizadas

- ☐ Sem uso de superfícies de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas
- ☐ Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + almofadas de espuma
- ☐ Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + placa gel
- ☐ Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + almofadas de viscoelástico
- ☐ Colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico + almofadas de viscoelástico

24. Posição dos Membros

- ☐ Elevação de joelhos $>90^\circ$ e abertura dos membros inferiores $>90^\circ$ ou Abertura dos membros superiores $>90^\circ$
- ☐ Elevação de joelhos $>90^\circ$ ou abertura dos membros inferiores $>90^\circ$
- ☐ Elevação joelhos $<90^\circ$ e abertura dos membros inferiores $<90^\circ$ ou Pescoço sem alinhamento mento-esternal
- ☐ Abertura dos Membros Superiores $<90^\circ$
- ☐ Posição Anatômica

25. Avaliação da Integridade Cutânea no Pós-Operatório Imediato

- ☐ Sem Alterações
- ☐ Rubor Branqueável
- ☐ Rubor Não Branqueável
- ☐ Outra:

Índice de Massa Corporal

Designação	IMC	
		Classe de Baixo Peso
Magreza severa	<16,00	III
Magreza média	16,00 – 16,99	II
Magreza moderada	17,00 – 18,49	I
Normal	18,50 – 24,99	Peso Normal
Pré-obesidade	25,00 – 29,99	Pré-obesidade
		Classe de Obesidade
Obesidade	30,00 – 34,99	I
Obesidade	35,00 – 39,99	II
Obesidade	≥ 40,00	III
Fórmula cálculo do IMC = $\frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura x Altura (m)}}$		

Fonte: Organização Mundial de Saúde (1995-2000)

Escala ELPO

Itens	Pontuação					
	5	4	3	2	1	
Posição cirúrgica	Litotômica	Ventral	Trendelemburg	Lateral	Dorsal	
Tempo de cirurgia	Superior a 6 horas	Entre 4 a 6 horas	Entre 2 a 4 horas	Entre 1 a 2 horas	Até 1 hora	
Tipo de anestesia	Geral + Regional	Geral	Regional	Sedação	Local	
Superfície de suporte	Sem uso de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + almofada de espuma	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + Placa Gel	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + almofadas de viscoelástico	Colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico + almofadas de viscoelástico	
Posição dos membros	Elevação dos joelhos >90° e abertura dos membros inferiores >90° ou abertura dos membros superiores >90°	Elevação dos joelhos >90° ou abertura dos membros inferiores >90°	Elevação dos joelhos <90° e abertura dos membros inferiores <90° ou pescoço sem alinhamento-esternal	Abertura dos membros superiores <90°	Posição anatómica	
Comorbilidades	Úlcera por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	Obesidade ou desnutrição	Diabetes mellitus	Doença vascular	Sem comorbilidades	
Idade do paciente	Superior a 80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos	
					Pontuação total	

Fonte: Guimarães 2021

Anexo XXII

LISTA DE FORMAÇÃO POR COLABORADOR

Carla Maria Pereira Teixeira, portador do Documento de Identidade nº [REDACTED] e Nº Mecnográfico ESEP-CMPT, esteve presente, no período de 2023-01-01 a 2023-07-19, nas seguintes ações de formação:

Formação em Serviço

Curso	Data	Duração
Manutenção da Normotermia da Pessoa no Perioperatório	2023-06-02	1,00
		1,00

[REDACTED] julho de 2023

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada

