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

HIPOTERMIA INADVERTIDA - O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA NO PERIOPERATÓRIO

Autor

Vânia Alexandra Neto Pereira

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

HIPOTERMIA INADVERTIDA - O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA NO PERIOPERATÓRIO

INADVERTED HIPOTHERMIA - THE ROLE OF THE NURSE IN THE PREVENTION OF HYPOTHERMIA IN THE PERIOPERATORY

Orientador(es)
Cristina Maria Correia Barroso Pinto
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Maria de Fátima Segadães Moreira
Professor Adjunto, Mestre

Autor
Vânia Alexandra Neto Pereira

Porto, 2023

RESUMO

O presente relatório de estágio foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCPSPE), da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O principal objetivo deste relatório é analisar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSPE), durante o estágio que decorreu na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) e na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) no Bloco Operatório Central (BOC).

A metodologia utilizada foi a descrição das atividades desenvolvidas e a reflexão e a análise crítica sobre as mesmas, tendo por base a evidência científica. As atividades desenvolvidas durante o estágio foram ao encontro do Projeto de Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória com o tema "Hipotermia Inadvertida – O papel do enfermeiro na prevenção da hipotermia no perioperatório".

O contexto perioperatório engloba um conjunto de características que propicia a exposição dos clientes a condições que os tornam mais suscetíveis à perda de calor corporal. O enfermeiro do perioperatório desempenha um papel crucial na prevenção da hipotermia através das suas intervenções autónomas. A prevenção da hipotermia inadvertida requer uma abordagem abrangente que vai além da simples aplicação de calor. A compreensão do contexto do cliente, a avaliação de riscos e a adaptação de intervenções, têm como finalidade a prevenção deste evento adverso e proporcionar cuidados perioperatórios de qualidade, com vista à segurança do cliente.

A pertinência do estágio em unidades diferenciadas de prestação de cuidados perioperatórios contribuiu positivamente para o desenvolvimento e melhoria de competências especializadas no âmbito da prestação de cuidados ao cliente perioperatório e sua família/pessoa significativa.

Concluiu-se que o desenvolvimento de intervenções autónomas de enfermagem no perioperatório promovem a melhoria da qualidade de cuidados prestados, reduzem o impacto do processo perioperatório e melhoram a experiência cirúrgica no cliente e família/pessoa significativa.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro Especialista, Perioperatório, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem Perioperatória, Hipotermia Inadvertida

ABSTRACT

The present internship report was carried out within the framework of the Master's Course in Medical and Surgical Nursing, in the area of Nurse for Persons in Perioperative Situation (MEMCPSPE), of the Higher School of Nursing of Porto.

The main objective of this report is to analyze the process of acquisition and development of competences of the Nurse Specialist in Medical Surgical Nursing to the Person in Perioperative Situation (EEEMCPSPE), during the stage that took place in the Ambulatory Surgery Unit (UCA) and the Post-Anesthesia Care Unit (UCPA) in the Central Operating Block. (BOC).

The methodology used was to describe the activities carried out and to reflect on and critically analyse them, based on scientific evidence. The activities developed during the internship were in line with the Project for the Development of Specific Competences of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing to the Person in Perioperative Situation with the theme “Inadverted Hypothermia – The role of the nurse in the prevention of hypothermia in the perioperatory.”

The perioperative context encompasses a set of characteristics that favour exposing clients to conditions that make them more susceptible to loss of body heat. Perioperative nurses play a crucial role in preventing hypothermia through their autonomous interventions. Preventing inadvertent hypothermia requires a comprehensive approach that goes beyond simply applying heat. Understanding the client's context, assessing risks and adapting interventions aim to prevent this adverse event and provide quality perioperative care with a view to client safety.

The relevance of the internship in specialised perioperative care units contributed positively to the development and improvement of specialised skills in the field of care for perioperative clients and their families/significant others.

It was concluded that the development of autonomous perioperative nursing activities contributes to minimising the impact of the perioperative process on the client and their family/significant person and promotes an improvement in the quality of perioperative healthcare.

KEYWORDS: Specialist Nurse, Perioperative, Nursing Care, Perioperative Nursing, Inadvertent Hypothermia

ABREVIATURAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

AORN - Association of periOperative Registered Nurses

BI - Business Inteligence

BO - Bloco Operatório

BOC - Bloco Operatório Central BP - Bloco de Partos

CA - Cirurgia de Ambulatório

CCI – Comissão de Controlo de Infeção DGS- Direção Geral de Saúde

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCPSPE - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Perioperatória

ERAS® - Enhanced Recovery After Surgery®

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

ISBAR - Identify, Situation, Background, Assessement, Recommendation

MEMCPSPE - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infeção

PCIRA - Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos PNCI - Programa Nacional de Controlo de Infeção

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPA – Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

TJC - The Joint Commission

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UDA – Unidade de Dor Aguda

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO 13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) 15
3. HIPERIDROSE PALMAR 21
3.1. Enquadramento teórico 21
3.2. Clientes 27
3.3. Medicação 27
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita 27
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica 30
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. 32
3.5. Domínios 34
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico 34
3.6. Dados 41
3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados 43
3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados 44
3.7. Diagnósticos 44
3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades 45
3.8. Especificação das intervenções 47
4. ENCAVILHAMENTO DO FÉMUR 49
4.1. Enquadramento teórico 49
4.2. Clientes 52
4.3. Medicação 53
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita 53
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica 59
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. 60
4.5. Domínios 61
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico 61
4.6. Dados 67
4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados 69
4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados 70
4.7. Diagnósticos 70
4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades 72
4.8. Especificação das intervenções 74
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 75
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO 103

7. BIBLIOGRAFIA 105
ANEXOS 119

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, inserida no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCPSPE), da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo de 2022/2023.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) a Enfermagem é a profissão na área da saúde que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

O enfermeiro possui competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem que visam a manutenção e recuperação das funções vitais. Os cuidados de enfermagem englobam as intervenções interdependentes e autónomas, as quais se diferenciam pela liberdade do enfermeiro na sua implementação, auxiliando-se dos seus conhecimentos científicos e técnicos (OE, 2017).

A enfermagem perioperatória é um processo dinâmico e fundamental para a prestação de cuidados de saúde de qualidade ao cliente cirúrgico, assumindo um papel predominante na sua promoção e no desenvolvimento de novas competências que potenciam a melhoria dos cuidados prestados e consequentemente, geram ganhos em saúde. É da responsabilidade do enfermeiro do perioperatório assegurar a segurança e providenciar um ambiente favorável à prestação de cuidados em contexto perioperatório, através do seu planeamento e da identificação das intervenções de enfermagem necessárias. O enfermeiro do perioperatório assegura a prestação dos melhores cuidados de enfermagem com base na evidência científica desde o pré-operatório até à alta do cliente (Rothrock, 2008). A sua evolução ao longo dos anos, suscitou o interesse do desenvolvimento dos cuidados de enfermagem perioperatórios, sendo reflexo disso a criação da especialização da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória pela OE. Neste contexto, "é competência específica do enfermeiro perioperatório: a) cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa; b) maximizar a segurança da pessoa a vivenciar a situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica", (Regulamento n.º 429/2018, p.19359).

Os cuidados perioperatórios definem-se como um conjunto de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros do perioperatório para dar resposta às necessidades do cliente, caraterizado por cuidados seguros e de qualidade, prestados continuamente à pessoa e família/pessoa significativa, nas diferentes fases do processo cirúrgico (pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório) (OE, 2017).

O EEEMCPSPE tem como foco a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença, auxiliando a pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem o processo de saúde/doença que implicam procedimentos anestésicos e cirúrgicos (Regulamento n.º 429/2018).

Através deste curso de mestrado pretende-se adquirir, melhorar e aprofundar as competências inerentes ao enfermeiro especialista do perioperatório, para uma maior qualidade nos cuidados prestados, e contribuir para o aumento do conhecimento científico nesta área específica.

O desenvolvimento de competências especializadas em contexto perioperatório permite uma tomada de decisão autónoma e a implementação de cuidados adequados pelo enfermeiro do perioperatório, que são fundamentais para garantir a segurança e bem-estar do cliente e da sua família/pessoa significativa.

O reconhecimento e a valorização da enfermagem na área cirúrgica está intrinsecamente ligada à aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas, bem como à aplicação de intervenções autónomas, de modo a proporcionar cuidados de excelência aos clientes cirúrgicos.

Este relatório de estágio tem como objetivo refletir acerca do percurso percorrido para a aquisição e desenvolvimento das competências especializadas, através da descrição, de forma sucinta e organizada, das atividades desenvolvidas durante o período de estágio e como contribuíram para a aquisição das competências gerais e específicas relativas à especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Perioperatória e, encontra-se estruturado da seguinte forma: caraterização dos contextos clínicos, apresentação de casos clínicos elaborados em contexto de estágio e contributos para o desenvolvimento de competências. Na primeira parte, serão apresentados os dois contextos clínicos onde se realizou o estágio e qual a sua pertinência no âmbito deste curso. Na segunda parte do relatório, serão elencados os dois casos clínicos elaborados mediante o estágio realizado em diferentes contextos do perioperatório. Seguidamente, é realizada uma reflexão sobre as Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Perioperatória, indicando de que forma foram adquiridas e explanando as atividades desenvolvidas ao longo do estágio que coadjuvaram na sua aquisição. Por fim, é apresentada uma síntese final e anexos, com elementos considerados relevantes para a demonstração do trabalho desenvolvido durante o estágio. Na síntese final, são evidenciados os contributos do estágio e do projeto para o desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, no âmbito do conhecimento científico e do desenvolvimento profissional adquiridos.

A pesquisa realizada como suporte durante o estágio, bem como para a elaboração deste relatório, englobou várias fontes bibliográficas, provenientes de diversos motores de busca científicos e dos regulamentos publicados pela OE e pela Direção Geral de Saúde (DGS).

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

Segundo a literatura, a qualidade do desenvolvimento de competências do aluno, mediante o contexto clínico em que está inserido, depende da sua oferta de aprendizagem e capacidade de compatibilidade com os objetivos que o aluno pretende alcançar. A promoção da responsabilidade e da autonomia, surgem como fatores facilitadores da aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências (Serrano-Gallardo et al., 2016).

Nesta equação, o tutor do estágio e o orientador têm um papel relevante, na medida em que constituem um elo facilitador e promotor de aprendizagem. No decorrer do estágio, várias foram as experiências proporcionadas e que contribuíram para o desenvolvimento das competências de EEEMCPSPE, coadjuvado com o espírito crítico e procura da melhor evidência científica.

O estágio de natureza profissional foi realizado num hospital no norte do país, nomeadamente na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) e na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA,) alocada ao Bloco Operatório Central (BOC). Esta unidade hospitalar abrange as mais diversas áreas médico-cirúrgicas, com o objetivo de oferecer cuidados médicos de qualidade e segurança a todos os seus clientes. A sua missão preconiza realizar o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos clientes, assegurando os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, respeitando o princípio da humanização. Tem como visão ser um exemplo na prestação de cuidados de saúde a nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, de persistência temporal, de comprometimento, de acolhimento das novas gerações, do sentido de mudança e da diferenciação, ambicionando a excelência e tornando-se referência no setor da saúde. Define um modelo de prestação de cuidados assente na procura contínua de soluções, para dar resposta às necessidades dos clientes.

Devido às particularidades de cada serviço, as diferentes experiências vivenciadas durante o período de estágio foram diversas, o que estimulou um constante sentido de aprofundamento de conhecimentos e reflexão crítica. A exigência da especificidade dos serviços apurou o sentido de responsabilidade, nomeadamente na segurança do cliente e autonomia, no planeamento e estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados ao cliente periopertório.

De seguida, procede-se a uma breve descrição e caraterização dos campos de estágio selecionados que contribuíram para a edificação de competências como EEEMCPSPE.

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

De salientar, a dinâmica da equipa de enfermagem no aprofundamento de conhecimentos através de formação contínua, englobando várias temáticas inerentes ao contexto perioperatório.

A CA implica critérios de seleção específicos que o cliente cirúrgico deve cumprir, tais como:

a) Critérios clínicos (aceitação do regime ambulatório por parte do cliente; bom estado geral (ASA I, II ou eventualmente III; intervenção com duração prevista inferior a 2 horas);

b) Critérios sociais (presença de adulto responsável nas primeiras 24 horas após a intervenção; meio de transporte próprio; telefone disponível na habitação; habitação com condições mínimas de conforto e higiene; habitação a menos de 60 minutos de viagem da UCA).

Em termos organizacionais, está distribuída pelas seguintes áreas: área livre (zona externa do transfere e vestiários); área semi-restrita (corredores de acesso, unidade de recobro e salas de stocks); área restrita (lavabos e salas operatórias). É constituída por duas salas operatórias, uma UCPA com cinco camas e quatro cadeirões monitorizados no recobro de fase um e dezasseis camas no recobro de fase dois (recobro tardio), que se situa no edifício da consulta externa II. Para além destas estruturas físicas, a unidade tem uma sala de espera e secretariado, vestiários para os clientes e para os profissionais, e um gabinete de enfermagem para a preparação dos clientes. Após a admissão, o cliente aguarda pela cirurgia na cama ou cadeirão onde depois irá fazer o recobro.

A UCA é constituída por uma equipa de enfermagem de trinta e cinco elementos, dos quais fazem parte a enfermeira gestora, especialista na área da Reabilitação, oito enfermeiros especialistas (cinco Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e três Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde-Comunitária), sendo os restantes elementos enfermeiros generalistas. Relativamente à distribuição dos elementos de enfermagem, durante os turnos da manhã e tarde estão destacados três enfermeiros para cada sala operatória, dois para o recobro de fase um, dos quais um enfermeiro é o responsável de turno. O recobro de fase dois tem também dois enfermeiros e existe mais um elemento de enfermagem para a admissão/preparação pré-operatória. Por outro lado, está destacado para o turno da manhã um enfermeiro responsável pelo planeamento do material/consumíveis para as cirurgias do dia seguinte, ao qual acresce a função do telefonema 24h após a cirurgia aos clientes submetidos a intervenção cirúrgica no dia anterior. No turno da tarde um enfermeiro é destacado para a consulta pré-operatória. O turno da noite é assegurado por dois elementos no recobro tardio.

A UCA realiza apenas cirurgia eletiva de segunda a sexta-feira das 8h às 20h, de diversas valências cirúrgicas, como: cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia vascular, dermatologia, ginecologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e urologia. As cirurgias de oftalmologia e otorrinolaringologia incluem a área da pediatria. Nesta situação particular, as crianças têm o direito ao acompanhamento dos pais até ao início da fase intraoperatória e, posteriormente na fase pós-operatória.

O aumento do número de cirurgias realizadas em regime de ambulatório, tem sido muito significativo e acompanha a tendência mundial. As particularidades da CA implicam a necessidade de continuidade dos cuidados, muitas vezes assegurados pelos próprios e pela família/cuidador, com base nos ensinos efetuados pelos profissionais de saúde.

Neste sentido, torna-se de extrema importância o papel do enfermeiro no ensino ao cliente/família, de modo a promover a continuidade dos cuidados de saúde e a sua preparação para a alta.

A preparação para a alta inicia-se no período pré-operatório, tendo um primeiro contacto na consulta pré-operatória, segue-se o telefonema das 24h antes da intervenção cirúrgica, continuando na admissão e intraoperatório, recobro imediato, recobro tardio e no ensino aquando da alta para o domicílio ao cliente e família/pessoa significativa. Na consulta pré-operatória, são facultadas ao cliente as esponjas de clorexidina a 2% para os banhos no dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia. Do mesmo modo, é entregue um panfleto onde se inclui o ensino sobre o pré-operatório e o pós-operatório relativo ao procedimento cirúrgico a que será submetido. No momento da alta hospitalar, o cliente recebe um panfleto onde são enumerados os aspetos mais relevantes a ter em atenção no pós-operatório, sendo mais uma vez reforçado o ensino do cliente e do seu familiar/pessoa significativa. Um kit de medicação é disponibilizado ao cliente para levar para o domicílio sempre que prescrito pelo médico.

A equipa de enfermagem tem como foco o ensino e conhecimento do cliente, facultando-lhe ferramentas para que o processo cirúrgico em regime de ambulatório seja uma experiência positiva e, consequentemente contribua para a satisfação dos cuidados de saúde prestados.

No site oficial da instituição hospitalar é disponibilizada informação relevante acerca do processo cirúrgico em regime de ambulatório, onde são abordados vários pontos chave, nomeadamente, o percurso perioperatório do cliente na CA, qual a medicação que deve suspender, o jejum que deve cumprir, o que trazer para o hospital no dia da cirurgia, recomendações para as 24h seguintes, entre outros.

De salientar, a dinâmica da equipa de enfermagem no aprofundamento de conhecimentos através de formação contínua, englobando várias temáticas inerentes ao contexto perioperatório.

Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

A UCPA é uma unidade que tem como objetivo específico receber os clientes submetidos a intervenção anestésica, devidamente equipada de forma a proporcionar a monitorização contínua dos clientes. Como o próprio nome indica, é o local onde os clientes submetidos a procedimentos anestésicos irão recuperar numa primeira fase. Esta fase implica uma vigilância mais apertada do estado hemodinâmico do cliente, daí a importância de existir uma equipa de enfermagem específica e treinada para a interpretação e atuação em caso de ocorrerem eventos adversos relacionados, não só com a anestesia, mas também relativos à parte cirúrgica. A sua localização deve ser no Bloco Operatório (BO), com uma estrutura em open space e duas portas em locais distintos, de modo que a saída de um cliente da UCPA não impeça a entrada de outro.

Neste caso particular, a UCPA é uma unidade integrada no BOC, da qual faz parte uma equipa de enfermagem de anestesiologia. O BOC, é uma unidade orgânico-funcional, constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos, destinados à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assépsia e, no geral, anestesia, normalmente em regime de internamento devendo assegurar, para além das boas condições de acolhimento, segurança e operacionalidade, a qualidade técnica e a celeridade dos cuidados prestados. Tem como missão prestar cuidados peri e intraoperatórios de qualidade, garantindo a segurança e satisfação dos clientes, baseados num processo de melhoria contínua da qualidade. A unidade hospitalar em que decorreu o estágio, preconiza que o BO seja reconhecido como uma unidade prestadora de cuidados anestésico/cirúrgicos de excelência pela atividade que desenvolve, assente na diferenciação de conhecimentos, pelos meios técnicos adequados e pela prestação de cuidados humanizados, procurando a melhoria das suas práticas e procedimentos, com vista à satisfação dos clientes. Os profissionais de saúde deste serviço, baseiam a sua prática profissional tendo em consideração os seguintes valores: integridade, empatia, colaboração, inovação, segurança e sustentabilidade.

O BOC localiza-se no 2.º piso do edifício principal e em termos de áreas considera-se: área livre (zona externa do transfere e vestiários); área semi-restrita (corredores de acesso, unidade de recobro e salas de stocks); área restrita (sala de indução anestésica, lavabos e salas operatórias). O BO é constituído por sete salas operatórias, das quais seis têm uma sala de indução anestésica, e pela UCPA, a qual tem nove boxes devidamente equipadas. Uma das salas operatórias, a sala operatória três, é designada por sala de urgência, uma vez que está preparada e disponível para cirurgias de carácter urgente. Possui ainda uma zona de transfere, onde os clientes passam da cama do internamento (ou maca da urgência), para uma maca do BO, cumprindo o circuito de zona limpa.

A equipa de enfermagem da UCPA é constituída por quarenta e quatro enfermeiros, dos quais, oito enfermeiros especialistas (o enfermeiro responsável com título de Enfermeiro Especialista

em Médico-Cirúrgica, quatro com Especialidade Médico-cirúrgica, um enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, um enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna-Obstétrica e dois enfermeiros com grau de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica).

A distribuição da equipa de enfermagem de anestesiologia é realizada da seguinte forma: um enfermeiro de anestesia em cada sala operatória e dois enfermeiros alocados à UCPA. No turno da noite e no fim-de- semana e feriados, apenas estão destacados dois elementos da equipa de enfermagem de anestesia no BO, um para a sala de urgência e outro para a UCPA. A equipa de enfermagem também está presente em áreas distintas do BO, nomeadamente no Bloco de Partos (BP), que se situa no Piso 5 do edifício principal, tendo sempre dois enfermeiros de anestesia por turno, a prestarem cuidados aquando de procedimentos cirúrgicos e auxiliando na analgesia de parto na sala de partos. O BP possui duas salas operatórias e uma UCPA com capacidade para dois clientes. Por outro lado, a equipa de enfermagem de anestesiologia colabora com outras unidades não alocadas ao BOC, nomeadamente na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (aquando da colocação ou remoção de cateteres epicárdicos), no serviço de Gastrenterologia (realização de exames sob anestesia), na Imagiologia (realização de Ressonância Magnética com necessidade de apoio de anestesia) e no serviço de Pneumologia (broncoscopia sob anestesia).

A Unidade de Dor Aguda (UDA) é constituída por uma equipa multidisciplinar que avalia e trata a dor aguda, nomeadamente em contexto perioperatório. A implementação desta unidade permite melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao cliente, promover a reabilitação funcional o mais precocemente possível e contribuir para a humanização e satisfação do cliente. Tem como objetivo incentivar a coordenação entre profissionais e entre os diferentes serviços integrados na unidade hospitalar, com o intuito de reduzir a prevalência de dor não controlada. A equipa da UDA é composta por anestesiologistas e enfermeiros de anestesia que contribuem diariamente para o seu normofuncionamento e cumprimento de todos os objetivos.

Em termos de especialidades cirúrgicas enumera-se, Cirurgia Bariátrica, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardíaca, Ginecologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia. Como se trata de uma unidade inserida no BOC, recebe maioritariamente clientes submetidos a cirurgia major e clientes submetidos a cirurgia de urgência.

É importante realçar o sentido de inovação e acompanhamento da evolução dos cuidados prestados ao cliente na área do perioperatório, adotado pelo serviço de anestesiologia, na medida em que dispõe dos mais variados equipamentos necessários a uma prestação de cuidados com vista ao conforto do cliente e segurança e qualidade dos cuidados. A equipa de enfermagem de anestesiologia, juntamente com a equipa de anestesistas, assumem um espírito empreendedor no sentido de sustentarem a sua prática profissional nos conhecimentos mais recentes baseados na evidência científica. Existe uma cultura de formação contínua na equipa de enfermagem de anestesiologia, reforçada pela formação em serviço. As particularidades do serviço, nomeadamente o tipo de cirurgias realizadas (cirurgia major), bem como os clientes caraterísticos admitidos no BO (clientes com múltiplas comorbilidades), implicam uma enorme

exigência no âmbito do domínio de conhecimentos específicos na área de atuação do perioperatório.

Relativamente aos projetos em que estão envolvidos, ambos os serviços formaram um grupo de idoneidade formativa. Para além disso, estão a desenvolver um projeto no âmbito da gestão de risco relacionado com o risco de queimadura pela utilização de dispositivos de aquecimento dos clientes.

Os Sistemas de Informação na Saúde têm como objetivo permitir a cooperação, a partilha de conhecimentos e informação, bem como o desenvolvimento de atividades de prestação de serviços nas áreas dos sistemas e tecnologias de informação e comunicação, contribuindo para a melhoria da acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados. Esta unidade hospitalar adotou o sistema de informação evolutivo, o SClínico, que tem crescido para ser uma aplicação única, comum a todos os prestadores de cuidados de saúde e centrada no cliente.

Mais recentemente, aderiu a uma ferramenta de gestão de dados, o Power BI (Business Inteligence), que devido à sua capacidade de processar grandes quantidades de dados e apresentar de forma clara e concisa, permite analisar mais facilmente indicadores de desempenho de qualidade, capacidade, produtividade e rentabilidade. Deste modo, constitui um recurso importante para a gestão em saúde.

3. HIPERIDROSE PALMAR

Cliente de 21 anos, com o diagnóstico de Hiperidrose Palmar. Proposto para cirurgia de Simpaticectomia Torácica. Sem antecedentes pessoais e cirúrgicos. Sem alergias conhecidas.

3.1. Enquadramento teórico

A hiperidrose caracteriza-se como um distúrbio das glândulas sudoríparas, em que ocorre a produção excessiva e incontrolável de suor, que não se adequa às necessidades de termorregulação do sistema corporal e tem um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas (Gunal et al., 2014).

As glândulas sudoríparas presentes no corpo humano desempenham um papel fundamental na homeostase dérmica e termorreguladora do corpo. Existem diferentes tipos de glândulas sudoríparas, nomeadamente glândulas sudoríparas écrinas, apócrinas e apoécrinas. As glândulas sudoríparas écrinas, que correspondem a cerca de 80%, estão presentes por todo o corpo; nas palmas das mãos e plantas dos pés distribuem-se de forma mais concentrada, e caraterizam-se pela produção de uma secreção transparente e inodora de consistência aquosa. São inervadas por fibras nervosas colinérgicas simpáticas e respondem perante necessidades termorreguladoras, bem como estímulos emocionais, gustativos e físicos (Nawrocki et al., 2019). As glândulas sudoríparas apócrinas localizam-se fortemente ao redor das axilas, virilhas e órgãos genitais externos, e produzem uma secreção espessa com odor desagradável. O seu controle é realizado pelas fibras nervosas adrenérgicas (Kisielnicka et al., 2022). Alguma literatura menciona a existência de glândulas sudoríparas apoécrinas, as quais possuem características morfológicas quer das glândulas sudoríparas écrinas quer das apócrinas, sendo predominantes na região axilar e perianal. Este grupo de glândulas sudoríparas responde a estímulos adrenérgicos e colinérgicos (Nawrocki & Cha, 2019). O funcionamento das glândulas sudoríparas é desencadeado por determinados estímulos, que provocam a ativação do núcleo supraótico na região anterior do hipotálamo (Kisielnicka et al., 2022).

A hiperidrose pode ser primária, (com etiologia desconhecida), ou secundária. A hiperidrose primária afeta, geralmente, os mais jovens, sem patologias associadas, onde, por vezes, se evidencia histórico familiar (cerca de 30% a 50% dos casos); manifesta-se principalmente nas axilas, palmas das mãos, plantas dos pés e face, seja em conjunto ou com predomínio numa zona em particular, agravando-se tendencialmente com o stress e as emoções da pessoa (Kisielnicka et al., 2022; Nicolini et al., 2019). Habitualmente, o cliente manifesta desconforto com as manchas de suor que surgem nas roupas, calçado e objetos em que tocam, gotas de

suor visíveis na face, mãos molhadas ou sensação de odor corporal, que se manifestam durante o dia e não durante o sono. Para além de condicionar os mecanismos naturais de proteção da pele, provocando o aparecimento de dermatoses, nomeadamente de origem fúngica, bacteriana e viral, em vários casos está associada ao desenvolvimento de transtornos psicológicos, como a depressão, devido ao isolamento social, por vezes adotado pelos clientes (Kisielnicka et al., 2022). Segunda a literatura, estima-se que a incidência da hiperidrose primária seja de 0,6% a 1% da população em geral, sendo a população jovem a mais afetada (Nicolini et al., 2019). Por seu lado, a hiperidrose secundária prevalece na população mais velha, podendo resultar de processos fisiológicos, comorbilidades, reações adversas (nomeadamente, medicamentosas) ou intervenções cirúrgicas. A hiperidrose secundária está associada ao abuso de álcool, ansiedade, diabetes, doença cardíaca, gravidez, distúrbios metabólicos, hipertiroidismo, obesidade, insuficiência respiratória, paratiroidectomia, simpaticectomia torácica, entre outras. Desta forma, torna-se imperativo identificar a etiologia desta doença de modo a adequar o tipo de tratamento (Kisielnicka et al., 2022).

O diagnóstico é efetuado através de exames laboratoriais, coadjuvado com os padrões de transpiração dos clientes, nomeadamente a localização dos sintomas, a frequência e duração dos episódios, gravidade, e altura em que ocorrem (ocorrência noturna). A história familiar, a influência nas atividades de vida diárias bem como determinados aspetos que suscitam a presença de comorbilidades auxiliam no diagnóstico do tipo de hiperidrose presente. Como requisitos para o diagnóstico da hiperidrose primária enumera-se a transpiração excessiva em determinada região do corpo, de causa desconhecida, com duração mínima de seis meses, conjuntamente com pelo menos quatro dos seguintes critérios: frequência mínima dos sintomas uma vez por semana; ocorrência apenas diurna; comprometimento das atividades de vida diárias; idade de início dos sintomas inferior a 25 anos; história familiar de hiperidrose primária. A Escala de Gravidade da Hiperidrose tem como finalidade avaliar a seriedade da sudorese excessiva, servindo de complemento na monitorização da eficácia do tratamento implementado (Hong et al., 2023; Kisielnicka et al., 2022).

Existem diversos tratamentos da hiperidrose primária desde convencionais, através da farmacologia e de tratamentos médicos, a cirúrgicos. O uso de antitranspirantes anticolinérgicos e, mais recentemente, da toxina botilínica, constituem métodos de tratamento conservador da hiperidrose (Moustafa et al., 2019). Devido à baixa eficácia dos tratamentos convencionais, a cirurgia surge como método opcional para tratamento da hiperidrose. Atualmente, a simpaticectomia torácica endoscópica constitui a técnica cirúrgica de primeira linha para o tratamento desta patologia. A simpaticectomia torácica endoscópica destaca-se como sendo uma técnica cirúrgica pouco invasiva, com baixa incidência de complicações, contribuindo para a diminuição do tempo de permanência hospitalar e retorno precoce às atividades de vida diárias e, consequentemente para a satisfação do cliente (Moustafa et al., 2019).

A taxa de sucesso da simpaticectomia torácica endoscópica varia entre 90% a 97%. Tal como todas as cirurgias, apresenta algumas complicações inerentes, das quais se destacam Síndrome de Horner, hemotórax, pneumotórax, lesão do plexo braquial e hiperidrose compensatória (Felisberto et al., 2021; Nicolini et al., 2019). A Síndrome de Horner resulta da interrupção da

inervação simpática do olho (paresia oculossimpática), refletindo-se em ptose unilateral, miose e anidrose. Habitualmente, esta síndrome não provoca distúrbios visuais funcionais, contudo representa um sinal de alerta de interrupção da via oculossimpática. Esta via corresponde a uma cadeia de três neurônios, com origem no hipotálamo no tronco cerebral, que se estende pela medula espinhal até ao nível da cervical inferior e torácico superior, atravessa a cavidade torácica superior e o ápice do pulmão conjuntamente com a artéria carótida até ao seio cavernoso, atravessando a órbita para inervar o esfíncter pupilar, ramificando-se para inervar os músculos acessórios para retração palpebral. Deste modo, procedimentos cirúrgicos na parte superior do tórax podem ser uma causa iatrogénica da Síndrome de Horner (Martin, 2018). O pneumotórax é outra das complicações possíveis deste procedimento cirúrgico. Por vezes, surge o pneumotórax residual, que se desenvolve devido à falha na exsuflação completa de ar ou gás da cavidade torácica após a cirurgia (depende se é utilizada insuflação de CO2 para expansão da cavidade torácica na técnica cirúrgica). Se o pneumotórax for pequeno e o cliente estiver assintomático, não há necessidade de qualquer intervenção, sendo reabsorvido em poucos dias, sem sequelas para o mesmo. No entanto, o pneumotórax pode ocorrer após lesão pulmonar provocado pelo trocar ou pelo gancho de diatermia, sendo necessário drenagem torácica (Kuhajda et al., 2015). A hiperidrose compensatória é a principal complicação da simpaticectomia torácica afetando cerca de 80% a 98% dos clientes cirúrgicos (Felisberto et al., 2021; Nicolini et al., 2019). Alguns autores defendem que a incidência e o grau de hiperidrose compensatória parecem depender da extensão da ressecção da cadeia simpática (Ibrahim & Allam, 2014). Embora alguns clientes não atribuam muita importância a esta complicação, outros referem algum transtorno a nível da sua vida profissional e social, comprometendo a qualidade de vida dos mesmos. Assim, a hiperidrose compensatória é o principal fator de insatisfação face a este método utilizado (Vasconcelos et al., 2021).

Técnica cirúrgica

Todas as cirurgias têm as suas particularidades, desde material específico necessário, posicionamento cirúrgico adequado, entre outros. Como elemento fundamental no processo cirúrgico do cliente, o enfermeiro do perioperatório deve estar familiarizado com a técnica cirúrgica, para que a sua intervenção seja adequada e faculte a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade.

A Simpaticectomia Torácica è realizada da seguinte forma: o cliente é submetido a anestesia geral com colocação de tubo endotraqueal e posicionado na posição de semi-fowler (45º), com extensão dos braços a 90º, de modo a expor a zona axilar. São efetuadas duas pequenas incisões: uma na zona axilar anterior ao nível do terceiro espaço intercostal, onde se coloca um trocar de 5mm, pelo qual se introduz uma ótica de 30º de 5mm, para visualizar a cavidade torácica; na linha axilar média ou posterior, ao nível do mamilo, é colocado um segundo trocar de 5mm, para o eletrocautério (monopolar). Após a deteção da cadeia simpática é realizada a ablação, através de eletrocoagulação, ao nível do gânglio simpático pretendido sendo, habitualmente, ao nível dos gânglios T2 e T3. A identificação do nível dos gânglios linfáticos tem

como ponto de referência a camada de gordura sobre a 1.ª costela. O feixe de fibras nervosas de Kuntz e as fibras nervosas simpáticas também são secionadas cerca de 2cm a 3 cm ao longo da superfície da cavidade torácica. Nesta fase, é de extrema importância interromper a ventilação e, consequentemente, provocar o colapso do pulmão do lado que está a ser operado, de forma a evitar lesões em estruturas importantes. Entretanto, permite-se a reexpansão do pulmão sob visualização direta. As feridas cirúrgicas são encerradas. O lado direito é feito, preferencialmente, em primeiro lugar, uma vez que é tecnicamente mais exigente, devido à proximidade da veia ázigo e das suas tributárias. Seguidamente, realiza-se a simpaticectomia do lado esquerdo, tendo como referência a aorta torácica e a veia subclávia esquerda. O procedimento é idêntico ao realizado no lado contrário. Para despiste de hemotórax e pneumotórax, está recomendado a realização de RX do tórax 4 horas após a cirurgia (Elimam & Farouk, 2020; Moustafa et al., 2019). Esta técnica cirúrgica pode implicar o uso de CO2 intrapleural, que está associado a algumas complicações, nomeadamente pneumotórax hipertensivo, descompensação hemodinâmica, edema cerebral ou morte. Estas complicações são mais frequentes se a pressão de insuflação do CO2 for superior a 10mmHg. Por este motivo, cada vez mais se realizam simpaticectomias torácicas sem recorrer à insuflação de CO2 (Kuhajda et al., 2015).

Posicionamento

O posicionamento cirúrgico constitui um dos momentos mais importantes para a segurança do cliente, durante a intervenção cirúrgica. Tem como principais objetivos promover a exposição e acesso adequado ao local cirúrgico, manter o correto alinhamento do corpo, não comprometer as estruturas neurovasculares, vasculares e a integridade do tecido cutâneo, permitir ótima função respiratória e circulatória ao cliente, permitir um acesso fácil para a administração de fluidos, fármacos e agentes anestésicos e permitir o máximo conforto ao cliente, promovendo o seu bem-estar e segurança (Association Of periOperative Registered Nurses, 2020).

A posição de semi-fowler (“posição de cadeira de praia”) é considerado o posicionamento ideal para a cirurgia de simpaticectomia torácica. Este posicionamento caracteriza-se pela flexão a 45º da parte superior da mesa operatória e pelo abaixamento da parte inferior, induzindo a flexão dos joelhos. A cabeça e a coluna vertebral devem estar alinhadas e apoiadas de forma adequada, para evitar possíveis lesões. Os braços são colocados em extensão, abduzidos a 90º, devendo estar devidamente fixos ao apoio de braço e, preferencialmente, com dispositivos de proteção de lesões adequados. Do mesmo modo devem ser colocados dispositivos de proteção nos joelhos e na zona do calcâneo. Existem potenciais riscos de lesões inerentes a este tipo de posicionamento, os quais acrescem devido ao fato do cliente estar anestesiado. À posição de semi-fowler associam-se lesões do nervo ciático. Quanto à posição dos braços, é fundamental prevenir a ocorrência de lesão do plexo braquial, associada à pressão caudal da cabeça do úmero sobre a axila, quando a abdução é superior a 90º. A lesão dos nervos ulnar e cubital

também se verifica neste tipo de posição, potenciada pela hiperflexão do cotovelo e compressão pela mesa operatória. Assim, é fundamental o papel de toda a equipa cirúrgica, nomeadamente do enfermeiro perioperatório, no planeamento e implementação de medidas de prevenção de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico para segurança e conforto do cliente (Breyer et al., 2018; Duffy et al., 2017).

Técnica Anestésica

Todos os procedimentos cirúrgicos implicam uma técnica anestésica, a qual é decidida após uma avaliação pré-anestésica do cliente. A avaliação pré-anestésica implica a recolha da história clínica, desde patologias associadas a cirurgias anteriores, bem como uma avaliação física orientada para os sinais vitais e para os sistemas respiratório, cardiovascular e músculo-esquelético. A avaliação do estado físico, baseado na condição fisiológica do cliente, permite presumir o risco perioperatório. Os clientes são classificados segundo o seu estado físico, recorrendo-se à utilização da escala da American Society of Anesthesiologists (ASA). A classificação ASA é universalmente utilizada e engloba seis classes:

- ASA I = saudável;
- ASA II = portador de doença sistémica sem limitação funcional;
- ASA III = portador de doença sistémica grave com limitação funcional;
- ASA IV = portador de uma doença severa que constitui uma constante ameaça à vida;
- ASA V = paciente moribundo que não se espera que sobreviva sem a intervenção;
- ASA VI= doente em morte cerebral, normalmente associada a cirurgia para remoção de órgãos.

A componente neurológica também é relevante na avaliação pré-anestésica, influenciando, por vezes, a seleção da técnica anestésica. Os exames laboratoriais complementam esta avaliação.

Existem diferentes técnicas anestésicas, que podem ser usadas isoladamente ou combinadas entre si. A sua seleção deve ter por base a segurança e satisfação do cliente, assim como proporcionar as melhores condições operatórias para o cirurgião, e permitir uma rápida recuperação do cliente, minimizando a ocorrência de efeitos secundários. Como técnicas anestésicas destacam-se a anestesia geral, anestesia regional e anestesia local. No caso específico da simpaticectomia torácica, a anestesia geral balanceada é a técnica anestésica mais indicada.

A anestesia geral caracteriza-se pela indução da perda de consciência através da administração de fármacos, propiciando um estado de inconsciência reversível, associado a depressão dos reflexos e relaxamento muscular. A anestesia geral está dividida em 3 fases: indução, manutenção e acordar. A indução inicia-se com a administração de anestésicos e prolonga-se

até ao posicionamento cirúrgico/ preparação cirúrgica do cliente. Segue-se a fase de manutenção, que se caracteriza pela administração de fármacos inalatórios e/ou endovenosos, de forma a manter o cliente inconsciente. A última fase corresponde ao despertar, ou seja, há reversão do estado de inconsciência, que varia com a duração e profundidade anestésica. Esta fase termina quando o cliente apresenta as devidas condições para sair da sala operatória e passar para a Unidade de Cuidados Pós- Anestésicos, onde inicia o seu processo de recuperação pós-operatório (Rothrock, 2008).

Neste caso específico, a anestesia geral implica a intubação endotraqueal que pode ser efetuada com um tubo de duplo lúmen ou, mais recentemente, com um tubo endotraqueal simples. Os tubos de duplo lúmen são frequentemente usados para obter ventilação pulmonar única na maioria dos procedimentos cirúrgicos torácicos, exceto se estiverem contra-indicados (Eldawlatly, 2021). Uma das suas principais desvantagens refere-se à probabilidade de lesão das vias aéreas que pode ocorrer por colocação de tubo subdimensionado, colocação forçada do tubo ou presença de patologias nas vias aéreas, como tumores (McGrath et al., 2017). O posicionamento inadequado do tubo endotraqueal de duplo lúmen pode incorrer em consequências graves, nomeadamente, hipóxia e pneumotórax hipertensivo.

Devido à evolução da técnica cirúrgica de simpaticectomia torácica endoscópica, que possibilita o desenrolar do procedimento de forma mais simples e mais rápida, não é imperativo o uso de tubo endotraqueal de duplo lúmen nestas cirurgias, optando-se pelo tubo endotraqueal simples (Eldawlatly, 2021).

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

A CA define-se como toda “a intervenção cirúrgica programada que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, é realizada em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas, em instalações próprias e condições de segurança de acordo com a atual prática clínica, incluindo a cirurgia de ambulatório no mesmo dia ou a cirurgia de ambulatório com pernoita” (Portaria n.º 234/2015, p.5518).

A partir de 2007, é notório um franco desenvolvimento da CA em Portugal, acompanhando a forte tendência desta modalidade cirúrgica a nível mundial, constituindo um exemplo de referência através da sua expansão sustentada. Em termos estatísticos, evidencia-se um aumento considerável das cirurgias realizadas em regime de ambulatório nos últimos 20 anos.

Ao longo dos últimos anos constatou-se que a CA tem um impacto positivo para o cliente que, em menos de 24 horas, é intervencionado de forma programada, podendo recuperar em ambiente familiar.

Para a realização de determinado procedimento cirúrgico em regime de cirurgia de ambulatório, o cliente tem de cumprir determinados critérios sociais, clínicos e cirúrgicos, definidos pelo

Ministério da Saúde/ Direção Geral da Saúde (DGS), com o intuito de viabilizar uma CA segura e eficiente.

A Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) refere como critérios para CA, aceitação do cliente para cirurgia em regime de ambulatório, disponibilidade de veículo automóvel e acompanhamento de um adulto responsável durante as primeiras 24 horas após a cirurgia, residir ou pernoitar a menos de uma hora de distância do hospital, possuir adequadas condições de habitabilidade e acesso permanente a telefone no domicílio (APCA, 2012).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 21 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-03-07 08:30:00	Fentanil 0,15mg EV	
2023-03-07 08:30:00	Propofol 180mg EV	
2023-03-07 08:30:00	Rocurónio 40 mg Ev	
2023-03-07 08:30:00	Dexametasona 4mg Ev	
2023-03-07 08:30:00	Paracetamol 1gr EV	
2023-03-07 08:30:00	Ceterolac 30 mg EV	
2023-03-07 08:30:00	Sugamadex 200mg EV	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

É de extrema importância o conhecimento por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro do perioperatório, das informações associadas aos fármacos utilizados durante o período perioperatório. Seguidamente, é feita uma exposição dos fármacos utilizados durante a fase intra-operatória deste caso clínico.

Fentanil

O fentanil é um fármaco usado, frequentemente, como suplemento analgésico na anestesia geral, e que combinado com outros fármacos (barbitúricos, bloqueadores neuromusculares e anestésicos inalatórios), permitem uma anestesia controlada. Pertence ao grupo dos analgésicos opióides, e atua através daligação aos receptores opióides do sistema nervoso central (SNC), alterando a resposta à dor e a sua percepção. Tem uma semi-vida entre duas a quatro horas (nos adultos), um metabolismo maioritariamente hepático e eliminação renal. Está contraindicado em caso de hipersensibilidade, Intolerância conhecida. As precauções inerentes à utilização do fentanil são as seguintes: especial atenção em clientes geriátricos, debilitados e críticos; clientes com diabetes, doença pulmonar ou hepática, tumores do SNC, pressão intracraniana aumentada, traumatismo craniano, insuficiência da suprarrenal, dor abdominal não diagnosticada, hipotiroidismo, alcoolismo, gravidez e aleitamento. Como possíveis reações adversas é de salientar: apneia e laringospasmo (potencialmente fatais), depressão respiratória, confusão, sonolência pós-operatória, alterações visuais, arritmias, bradicardia, hipotensão, prurido, rigidez muscular e torácica. No adulto, em caso de anestesia geral, a posologia recomendada é de 50-100 mcg (até 150 mcg/ Kg). Os efeitos depressores do fentanil têm maior durabilidade que os efeitos analgésicos, o que torna relevante a monitorização da frequência respiratória e da pressão sanguínea do cliente (Vallerand et al., 2016).

Propofol

O propofol é o hipnótico mais utilizado na indução e manutenção da anestesia geral, quer em adultos quer em crianças. Atravessa a barreira hematoencefálica, a placenta (pode causar depressão neonatal) e passa para o leite materno. O seu mecanismo de ação é desconhecido. Tem uma semi-vida de três a doze horas. O seu metabolismo é essencialmente a nível hepático e a eliminação renal. Tem como contraindicações a hipersensibilidade ao propofol, ao óleo de soja, à lecitina do ovo e ao glicerol, e a lactação. A sua administração requer especial atenção na utilização em clientes com doença cardiovascular, com perturbações lipídicas, com aumento da pressão intracraniana, com perturbações cerebrovasculares, e clientes hipovolémicos. As reações adversas conhecidas são: apneia, bradicardia, hipotensão, tonturas, cefaleias, náuseas, vómitos, e dor/sensação de queimadura no local da administração. A administração de propofol implica a monitorização do estado respiratório, pulso e pressão arterial de forma contínua. O grau de sedação e o nível de consciência também devem ser avaliados. Uma vez que não tem efeitos analgésicos, quando usado para anestesia geral deve ser coadjuvado a um analgésico (Vallerand et al., 2016).

Brometo de Rocurónio

O brometo de rocurónio pertence à família dos relaxantes musculares não despolarizantes. É o relaxante muscular mais utilizado na indução e manutenção da anestesia geral, devido ao seu rápido início de ação e rápida recuperação e, principalmente, à estabilidade cardiovascular que propicia. este fármaco liga-se aos receptores colinérgicos da placa motora, bloqueia a transmissão neuromuscular e, consequentemente paralisa os músculos esqueléticos. Tem uma semi-vida de trinta e cinco a cinquenta e cinco minutos, pelo que em cirurgias prolongadas surge a necessidade de repetir a dosagem de relaxante muscular. O seu metabolismo é hepático e a eliminação é realizada a nível renal e das vias biliares. As reações adversas descritas são: paralisia, broncospasmo, taquicardia, hipotensão, erupção na pele e, muito raramente, choque anafilático (Amniati et al., 2023).

Dexametasona

A dexametasona é um corticosteróide sistémico (glicocorticoide), com efeito antiemético, anti-inflamatório e analgésico. A sua apresentação é em ampolas com 4mg. Quando administrado por via EV, pode provocar efeitos colaterais graves, como hipertensão, úlcera péptica, hiperglicemia e distúrbios hidroeletrolíticos (Madamsetty et al., 2022). O efeito antiemético, anti-inflamatório e analgésico contribui para o bem-estar do cliente e para a diminuição da dor no pós-operatório. A dexametasona contempla as recomendações da profilaxia perioperatória de náuseas e vómitos pós-operatórios, para além de ser parte integrante dos programas Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), nomeadamente pelo seu contributo positivo no pós-operatório (Sinner, 2019).

Paracetamol

O paracetamol é um analgésico não opióide muito utilizado no tratamento de dor leve a moderada, e de dor moderada combinado com analgésicos opióides. O seu mecanismo de ação carateriza-se pela inibição da síntese das prostaglandinas. Tem uma semi-vida de uma a três horas (nos adultos), metabolismo hepático e eliminação, essencialmente, a nível renal. Está contraindicado em caso de hipersensibilidade ao paracetamol, nsuficiência hepática severa e doença hepática activa. É necessário ter especial atenção na utilização deste fármaco em clientes com doença hepática/renal, alcoolismo, hipovolémia severa e insuficiência renal grave. Hepatotoxicidade (doses elevadas), hipotensão, náuseas, vómitos, cefaleias, dispneia, rash cutâneo e urticária (raramente), são reações adversas associadas ao paracetamol (Vallerand et al., 2016).

Cetorolac

O Cetorolac é um anti-inflamatório não esteróide utilizado no tratamento da dor a curto prazo, não devendo exceder os 5 dias de administração. Atua mediante a inibição da síntese de prostaglandinas produzindo analgesia periférica. Tem uma semi-vida de quatro a cinco horas. Metabolismo hepático (< 50%) e eliminação renal (92%). Está contraindicado perante situações dehipersensibilidade, úlcera péptica ou hemorragia gastrointestinal ativa ou prévia, hemorragia cerebrovascular, e insuficiência renal avançada. Requer especial atenção em clientes com doença ou fatores de risco cardiovascular (potencia o risco de eventos cardiovasculares trombóticos graves, enfarte do miocárdio e AVC), insuficiência cardíaca, distúrbios da coagulação, insuficiência hepática e insuficiência renal. Em termos de reações adversas destacam-se: AVC, enfarte do miocárdio, hemorragia gastrointestinal, sonolência, dispneia, asma, reações alérgicas, incluindo anafilaxia (Vallerand et al., 2016).

Sugamadex

O sugamadex é uma ciclodextrina modificada com efeito antagonista dos bloqueadores neuromusculares. Proporciona uma rápida recuperação da função neuromuscular e previne o bloqueio neuromuscular residual pós-operatório. A sua administração por via endovenosa proporciona um gradiente de concentração que favorece o movimento dos relaxantes musculares aminoesteróides da junção neuromuscular de volta ao plasma e, em seguida, encapsula os relaxantes musculares aminoesteróides na sua estrutura interna, formando complexos compactos solúveis em água. A dissociação do relaxante muscular aminoesteróide dos receptores pós-sinápticos de acetilcolina é responsável pelo fim do bloqueio neuromuscular (Ding et al., 2023; Hawkins et al., 2019).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Procedimento invasivo
27-02-2023 17:00

Procedimento invasivo

Tipo de procedimento invasivo: Simpaticectomia torácica (cirurgia planeada para 07/03/2023).

Localização do Pulso

Antebraço Esquerda(o)

Frequência do pulso: 54 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea
Membro superior Direita(o)
Pressão sanguínea sistólica: 122 mm Hg.
Pressão sanguínea diastólica: 68 mm Hg.
Conhecimento sobre circuito do perioperatório precisa ser melhorado
Conhecimento sobre preparação pré-operatória precisa ser melhorado

Conhecimento sobre preparação pré-operatória adequado [RESOLVIDO] 07-03-2023 08:30

Intervenções de Enfermagem
27-02-2023 17:00 - Ensinar sobre preparação pré-operatória [FIM] 06-03-2023 11:45
27-02-2023 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre preparação pré-operatória [FIM] 06-03-2023 11:45

Potencial para melhorar conhecimento sobre circuito perioperatório [RESOLVIDO] 06-03-2023 11:45

Intervenções de Enfermagem
27-02-2023 17:00 - Ensinar sobre circuito perioperatório [FIM] 06-03-2023 11:45
27-02-2023 17:00 - Avaliar conhecimento sobre circuito perioperatório [FIM] 06-03-2023 11:45

06-03-2023 11:45
Tipo de procedimento invasivo: Simpaticectomia torácica (cirurgia planeada para 07/03/2023).
Cliente verbaliza conhecimento sobre preparação pré-operatória
Cliente verbaliza conhecimento sobre circuito perioperatório

Conhecimento sobre circuito perioperatório adequado [RESOLVIDO] 07-03-2023 08:30

07-03-2023 08:30
Tipo de procedimento invasivo: Simpaticectomia torácica.
Localização do Pulso
Tórax
Frequência do pulso: 81 pulsações por minuto.
Pulso de amplitude mediana e regular.
Local de avaliação da pressão sanguínea
Membro inferior Direita(o)
Pressão sanguínea sistólica: 138 mm Hg.
Pressão sanguínea diastólica: 68 mm Hg.
Temperatura corporal periférica
Ouvido: 36.20 ºC.

Atitudes terapêuticas

07-03-2023 08:30

Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:30

Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.
Ventilação invasiva - FiO2: 42 %.
Ventilação invasiva - volume corrente: 500 ml.
Ventilação invasiva - volume/minuto: 5 L/min.
Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 10 cr/min.

Ventilação invasiva - PEEP: 2 cm H2O.
Train of Four (TOF) - nº de respostas TOF igual a 1
Índice Bispectral (BIS) - 44
Intervenções de Enfermagem
07-03-2023 08:30 - Avaliar evolução da ventilação invasiva [FIM] 07-03-2023 09:30

Anestesia [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:30
Intervenções de Enfermagem
07-03-2023 08:30 - Avaliar evolução da anestesia [FIM] 07-03-2023 09:30
07-03-2023 08:30 - Posicionar para procedimento invasivo [FIM] 07-03-2023 09:30
07-03-2023 08:30 - Avaliar evolução do posicionamento cirúrgico [FIM] 07-03-2023 09:30
07-03-2023 08:30 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [FIM] 07-03-2023 09:30

Sondas, Drenos e Cateteres
07-03-2023 08:30

Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:30
Cuff
Traqueia: Com cuff.
Pressão do cuff: 12 cmH20.
Características do dispositivo: TET 7.5.
Nível de inserção do TET: 22cm à comissura labial
Intervenções de Enfermagem
07-03-2023 08:30 - Otimizar tubo endotraqueal [FIM] 07-03-2023 09:30
07-03-2023 08:30 - Manter cuff do tubo endotraqueal insuflado [FIM] 07-03-2023 09:30
07-03-2023 08:30 - Avaliar evolução do nível de inserção do TET [FIM] 07-03-2023 09:30

Cateter venoso periférico
Localização do cateter venoso periférico
Mão Esquerda(o)
Características do dispositivo: 20G.
Intervenções de Enfermagem
07-03-2023 08:30 - Otimizar cateter venoso periférico

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

Procedimento invasivo

O tratamento cirúrgico tem sido um elemento essencial na assistência à saúde ao longo dos séculos, sendo realizado num dos sectores considerados de maior complexidade, onde o cliente está exposto a inúmeros riscos num ambiente desconhecido.

De um modo geral, todos os clientes operados na Cirurgia de Ambulatório têm dois contactos pré-operatórios com a equipa de enfermagem. O primeiro contacto é efetuado na consulta pré-operatória, normalmente presencial, na qual é realizada uma avaliação inicial do cliente,

explica-se o percurso do perioperatório, identificam-se as dúvidas existentes, e realiza-se o ensino do pós-operatório.

A consulta pré-operatória é um instrumento para a educação do cliente, tendo por base as melhores informações que permitam modificar ou melhorar o seu comportamento/atitude, em relação à sua condição de saúde e experiência cirúrgica que irá vivenciar. Assim, constitui uma ferramenta importante no controlo e diminuição da ansiedade. Para além disso, a partilha de informação adequada, entre o enfermeiro e o cliente, contribui para que tenha uma maior envolvência no seu processo cirúrgico, onde terá um papel ativo que leva à diminuição do tempo de internamento, redução de complicações cirúrgicas e melhor controlo da dor (Gonçalves et al., 2017).

Atitudes Terapêuticas

Anestesia (Anestesia Geral Balanceada)

A simpaticectomia torácica endoscópica implica que o cliente esteja inconsciente e relaxado. Assim a anestesia geral balanceada é o método anestésico mais adequado para esta intervenção cirúrgica. Os fármacos administrados na indução e manutenção da anestesia são os analgésicos, hipnóticos e relaxantes musculares (Tulay, 2015).

Sondas, Drenos e Catéteres

Catéter venoso periférico e tubo endotraqueal

Os procedimentos cirúrgicos têm implicações fisiológicas e hemodinâmicas no cliente, pelo que exigem a presença de dispositivos que possibilitem a administração rápida de fármacos (Catarino et al., 2022).

Dependendo da situação, pode ser necessária a colocação de um catéter venoso periférico de maior calibre, para que sejam administrados maiores volumes de soroterapia, de modo a colmatar alguma instabilidade hemodinâmica.

Neste tipo de cirurgia específica, é necessário a colocação de um tubo endotraqueal, uma vez

que estamos perante uma anestesia geral, e é necessário ventilar o cliente e proteger a via aérea. O hipnótico e o relaxante muscular administrados na indução, provocam depressão respiratória levando a apneia do cliente, o que implica uma ventilação invasiva através do tubo endotraqueal (Tulay, 2015). No dia anterior à cirurgia, é realizado um segundo contato telefónico, para informar acerca da hora em que deve comparecer na unidade e avaliada a necessidade de um novo ensino sobre o pós-operatório.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
27-02-2023 17:00	Procedimento invasivo	
07-03-2023 08:30	Atitudes terapêuticas	
07-03-2023 08:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
07-03-2023 08:30	Sistema cardiovascular	
07-03-2023 08:30	Termorregulação	
07-03-2023 09:30	Consciência	
07-03-2023 09:30	Dor	
07-03-2023 09:30	Sistema respiratório	
07-03-2023 09:30	Digestão	
07-03-2023 09:30	Pele	

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

Procedimento invasivo

Através da informação e educação dirigida ao cliente e cuidador/pessoa significativa, o enfermeiro do perioperatório faculta ferramentas que visam facilitar todo o processo cirúrgico, desde o pré-operatório até aos cuidados pós-operatórios no domicílio. Na cirurgia de ambulatório, para além do pequeno período de tempo que o enfermeiro perioperatório tem para fornecer a educação necessária ao cliente e cuidador/pessoa significativa, de modo a orientar a educação para a saúde, acresce um conjunto de fatores relativos a este regime cirúrgico, que o tornam um desafio acentuado. O enfermeiro deve avaliar o cliente e fornecer a educação necessária a cada interação com o mesmo e o seu cuidador/pessoa significativa. A educação para a saúde, nomeadamente em regime de cirurgia de ambulatório, tem como principais vantagens: diminuição da ansiedade e aumento da autoestima do cliente, diminuição do tempo de recuperação e redução dos custos hospitalares. Segundo a literatura, ao melhorar o ensino para a alta no pós-operatório, estima-se que 50% das readmissões hospitalares podem ser evitadas (Strouse, 2022).

A educação para a alta deve ser iniciada ainda no pré-operatório, de forma a permitir que o cliente e cuidador/pessoa significativa exponham as suas dúvidas. A adoção de estratégias eficazes de ensino no pré-operatório e educação para a alta, melhora a transparência e enfatiza a participação ativa do cliente e do cuidador/pessoa significativa no processo perioperatório, proporcionando melhores resultados e consequentemente, ganhos em saúde (Joshi, 2020). No momento da admissão/ acolhimento, o enfermeiro perioperatório deve proporcionar ao cliente empatia e conforto, de modo a minimizar a sua ansiedade face ao procedimento cirúrgico. É importante a recolha de dados da parte do enfermeiro junto do cliente (check-list pré-operatória), de modo a planear os cuidados de forma mais segura e adequada.

Atitudes Terapêuticas

Anestesia (Anestesia Geral Balanceada)

À realização de um procedimento cirúrgico, normalmente está associada uma técnica anestésica. A anestesia geral define-se como um estado reversível induzido por fármacos que conduzem à inconsciência, amnésia, analgesia e imobilidade do cliente (Uhrig et al., 2014). Mediante cada procedimento cirúrgico podem ser utilizadas diferentes técnicas anestésicas, dependendo do tipo de intervenção cirúrgica, do cliente, entre outros fatores. Neste caso, a técnica anestésica adotada foi a anestesia geral balanceada, que implica a administração de determinados fármacos na sua indução, e por vezes, na sua manutenção, nomeadamente, analgésico, indutor do sono e relaxante muscular. Tendo em conta a definição de anestesia geral e tudo o que esta implica, é imperativo a monitorização do estado de consciência do cliente, bem como do bloqueio neuromuscular durante a manutenção da anestesia.

O Índice Bispectral (BIS) é um dos instrumentos mais utilizados na monitorização do estado de consciência e permite medir os efeitos dos anestésicos no cérebro, de modo a avaliar a profundidade anestésica. Tem como vantagens a manutenção da anestesia, permitir um despertar precoce e reduzir a incidência de eventos adversos. Relativamente aos seus valores, estes variam entre 0 e 100, sendo que, quando situados entre 40 e 60 significa baixa probabilidade do cliente acordar ou ter awarness (Oliveira et al., 2017).

A monitorização do relaxamento neuromuscular também se tem revelado fulcral, nomeadamente na prevenção de eventos respiratórios no pós-operatório imediato. O Train of Four (TOF) é um método quantitativo que avalia a profundidade do bloqueio neuromuscular através da estimulação dos nervos, cujos valores considerados adequados para uma recuperação da força muscular aceitável é inferior a 0,9 (Kameyama et al., 2019). No final da cirurgia o cliente é transportado para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), onde lhe são prestados os cuidados necessários para a sua recuperação com vigilância até se restabelecer.

O posicionamento cirúrgico é de extrema relevância para a intervenção cirúrgica, mas deve ser adaptado a determinados fatores relacionados com o cliente e o procedimento a efetuar. A ocorrência de incidentes de segurança mediante o posicionamento cirúrgico é uma realidade ainda presente na prestação dos cuidados de saúde ao cliente cirúrgico, pelo que o desenvolvimento de estatégias que reduzam este fenómeno é vital para a qualidade dos cuidados prestados. Independentemente do tipo de intervenção cirúrgica ou mesmo técnica anestésica utilizada, o risco de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico está presente. O seu dano é evitável, pelo que toda a equipa cirúrgica e anestésica deve elaborar um plano para minimizar esse risco. A vigilância do posicionamento cirúrgico não termina aquando do mesmo, sendo imperativo a sua manutenção durante todo o procedimento, uma vez que o movimento deliberado ou inadvertido do cliente pode resultar em lesão (Hewson & Hardman, 2018). O posicionamento em semi-fowler utilizado na simpaticectomia torácica implica vários riscos, nomeadamente lesões dos nervos periféricos (Breyer, 2018).

Ventilação Invasiva

A anestesia geral implica a administração de fármacos na indução e na manutenção que provocam alterações na função respiratória do cliente, nomeadamente depressão ventilatória, alteração na atividade dos músculos respiratórios e na perfusão pulmonar (Ball et al., 2015). Estas alterações a nível da função respiratória implicam o recurso a suporte ventilatório mecânico, constituindo um componente essencial nos cuidados anestésicos intraoperatórios, para proteção pulmonar e minimização de sequelas pulmonares pós-operatórias. A ventilação mecânica caracteriza-se por ser um procedimento invasivo, no qual se destacam como principais objetivos a otimização da fisiologia pulmonar do cliente, proporcionar trocas gasosas eficazes, manter o recrutamento alveolar, reduzir o potencial de lesão e garantir a estabilidade hemodinâmica (Wright et al., 2020). Durante o procedimento cirúrgico vários fatores associados à cirurgia conduzem a alterações ventilatórias, como o posicionamento cirúrgico (alterações na posição do cliente ou da mesa cirúrgica), hemorragia e estimulação cirúrgica, sendo importante haver uma vigilância dos padrões ventilatórios do cliente. A anestesia geral implica a monitorização contínua de vários parâmetros, nomeadamente ventilatórios, dos quais se destacam oximetria de pulso (acima de 90 %), dióxido de carbono expirado final (ETCO2) - valores de referência entre 30 e 40 mmHg, e pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial (PaCO2) - valores de referência de 35 a 45 mm Hg. A monitorização da pressão, volume e fluxo das vias aéreas também apresenta grande relevância na manutenção da anestesia geral durante a intervenção cirúrgica (Ball et al., 2015). Neste caso em particular, é extremamente importante a vigilância dos padrões ventilatórios, nomeadamente para despiste de pneumotórax.

Sondas, drenos e cateteres

Durante este procedimento cirúrgico, são colocados dispositivos invasivos no cliente de modo a possibilitarem a realização da cirurgia com segurança.

Tubo endotraqueal

A anestesia geral implica a utilização de dispositivos que permeabilizem a via aérea e possibilitem a ventilação mecânica, como o tubo endotraqueal (TET). O tubo endotraqueal possui um balão que deve ser insuflado logo após a intubação, de forma a minimizar complicações como aspiração pulmonar. A pressão do balão recomendada situa-se entre 20 e 30 mmH2O, contudo pode ser modificada por vários fatores, dependendo do procedimento cirúrgico e do tempo de cirurgia. O aumento da pressão do balão pode provocar edema e lesão isquémica da mucosa traqueal devido à compressão da parede da traqueia (Choi et al., 2020).

Cateter venoso periférico

A utilização de cateter venoso periférico (CVP) é uma prática invasiva comum em contexto de saúde, permitindo o rápido tratamento e recuperação do cliente e promovendo o seu conforto face à necessidade de administração frequente de medicação endovenosa. Os procedimentos cirúrgicos têm implicações fisiológicas e hemodinâmicas no cliente, pelo que exigem a presença de dispositivos que possibilitem a administração rápida de fármacos. Assim, a inserção do cateter venoso periférico, perante uma cirurgia, é mandatória. No entanto, a presença deste dispositivo é propensa a complicações que, por vezes, podem atrasar a alta hospitalar. Desta forma, o enfermeiro perioperatório deve assumir uma postura de vigilância e adotar medidas adequadas de manipulação do mesmo (Catarino et al., 2022).

Sistema Cardiovascular

O sistema cardiovascular é dos domínios mais relevantes para a prática dos cuidados de enfermagem perioperatórios. A hemorragia é uma complicação comum no pós-operatório imediato, estando frequentemente na origem de reintervenções cirúrgicas e associando-se, nalgumas situações, a reinternamento ou atraso na alta em contexto de cirurgia de ambulatório. O enfermeiro do perioperatório tem como responsabilidade manter a vigilância, controlar a hemorragia de imediato e alertar a equipa médica (Martins et al.2013).

É imperativo a avaliação contínua do estado geral do cliente, tendo por base variáveis como a pressão arterial e a perfusão dos tecidos, de forma a adaptar a prestação e gestão de cuidados pós-operatórios (Lee, 2017).

A simpaticectomia torácica apresenta como possíveis complicações pneumotórax e hemotórax, pelo que a vigilância contínua dos parâmetros vitais, quer no intraoperatório quer no pós-operatório, são de extrema relevância (Elimam & Farouk, 2020; Moustafa et al, 2019).

Consciência

O pós-operatório imediato inicia-se logo após o final da intervenção cirúrgica, sendo o cliente transferido para a UCPA. Esta fase caracteriza-se por alterações fisiológicas no cliente, das quais se destacam, alterações da consciência e depressão respiratória quando submetido a anestesia geral (Uhrig et al., 2014).

A prestação de cuidados de enfermagem de forma integral e individualizada no pós-operatório imediato tem como foco a prevenção, deteção e tratamento das complicações inerentes à intervenção cirúrgica e técnica anestésica adotada. A avaliação do nível de consciência, do estado hemodinâmico e do padrão respiratório são os principais focos de atenção dos cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato (Madeira et al., 2013; Serra et al., 2015).

A escala de Aldrete e Kroulik é das escalas mais utilizadas na UCPA, como suporte na avaliação contínua do estado do cliente, e inclui cinco parâmetros a ter em atenção: consciência, atividade motora, respiração, circulação e saturação de O2. A pontuação de cada item varia de 0 a 2, sendo 0 a pior resposta e 2 a melhor resposta. Esta escala é utilizada como um dos critérios para a alta do cliente da UCPA. A nível da consciência, pretende-se que o cliente esteja consciente, com reflexos íntegros e resposta a estímulos verbais. A Escala de Coma de Glasgow é uma ferramenta de apoio na avaliação da evolução da consciência (Serra et al., 2015).

Dor

Apesar dos avanços farmacológicos e tecnológicos, a dor permanece como o sintoma pós-operatório predominantemente referido, sendo a principal causa de admissão e readmissão na cirurgia de ambulatório. A dor é considerada o quinto sinal vital e define-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial (APCA, 2013). A maioria dos clientes submetidos a cirurgia experimenta dor pós-operatória aguda. É de extrema importância avaliar o nível de dor cirúrgica, a atitude do cliente e a sua satisfação com o tratamento da dor, contribuindo para a qualidade da recuperação do mesmo. Um bom controle da dor aumenta o conforto, acelera a recuperação e previne complicações pós-operatórias (Venkatesan et al., 2021). A dor pós-operatória deve ser abordada com um planeamento de intervenções, de modo a adequar os recursos às necessidades do cliente (APCA, 2013). A seleção do instrumento de avaliação da dor deve ter como referência determinados parâmetros, nomeadamente, a idade, estado clínico e capacidade cognitiva do cliente, tipo de dor e facilidade de aplicação. A avaliação da dor deve ser ensinada ao cliente/familiar ou pessoa significativa no pré-operatório, instituída nas fases de recuperação (recobro imediato e tardio) e estender-se ao momento após a alta hospitalar (APCA, 2013).

O enfermeiro do perioperatório deve envolver o cliente no controlo da sua própria dor, através do ensino de estratégias de autocontrolo farmacológicas e não farmacológicas, bem como esclarecer acerca dos efeitos colaterais dos fármacos para controlo da dor e alertar para a necessidade de medidas de atuação, perante agravamento da mesma (APCA, 2013).

Sistema Respiratório

Quando submetidos a cirurgia sob anestesia geral, os clientes sofrem alterações ventilatórias que induzem depressão respiratória, sendo fulcral a monitorização dos parâmetros respiratórios durante o pós-operatório imediato, nomeadamente, a saturação de O2, permeabilidade da via aérea, expansão torácica, frequência, simetria e profundidade respiratória. Complicações pulmonares pós-operatórias ocorrem em cerca de 20 % dos clientes submetidos a cirurgia, pelo que a identificação precoce de sintomatologia pode minimizá-las. Na anestesia geral, a obstrução das vias aéreas pode ocorrer a qualquer momento, tendo repercussões, por vezes graves como hipoxémia e edema pulmonar (Serra et al., 2015; Salazar Maya, 2022). Desta forma a evolução da consciência e do padrão ventilatório do cliente constituem focos de atenção de enfermagem relevantes na prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios

diferenciados e que visam a qualidade dos mesmos. Nesta situação específica, uma das complicações é o pneumotórax que provoca alterações do padrão ventilatório. A monitorização contínua da ventilação permite despistar e identificar precocemente sinais de pneumotórax, antecipando o seu tratamento (Uhrig et al., 2014).

Digestão

Apesar dos avanços na anestesia, as náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) continuam a ser uma das complicações mais frequentes e indesejáveis, afetando 20% a 30% dos clientes cirúrgicos, e ainda 70% dos clientes com múltiplos fatores de risco conhecidos (Masiongale, 2018). Para além de diminuir a satisfação e o bem-estar do cliente, as NVPO tem um impacto considerável nos custos das instituições de saúde associados aos atrasos da alta, internamentos imprevistos, readmissões hospitalares e atrasos no regresso às atividades de vida normais (APCA, 2012; Badiea et al., 2022).

As consequências negativas das NVPO incluem hemorragia pós-operatória, deiscência da ferida cirúrgica, aspiração pulmonar, desequilíbrio hidro- eletrolítico, desconforto e insatisfação do cliente, contribuindo assim, para o atraso da alta hospitalar (APCA., 2012; Masiongale, 2018).

Segundo as recomendações da APCA (2012), é imperativo avaliar os fatores de risco inerentes à ocorrência de NVPO em cada cliente, usando o score simplificado de APFEL, de forma a adaptar a administração de profiláxia baseada na avaliação do risco. Os fatores de risco que potenciam o risco de NVPO são: sexo feminino, não fumador, história de NVPO ou cinetose e o uso de opióides no pós-operatório. Cada um dos fatores, se presente, é pontuado com score 1, classifica-se como baixo/moderado risco para o desenvolvimento de NVPO o score 0-1; risco elevado score 3-4. A profilaxia faz-se de acordo com o risco previamente identificado, com administração de fármacos.

Neste caso em particular, o cliente não apresenta muitos fatores de risco associados à ocorrência de NVPO, no entanto, este foco de atenção contribui para a satisfação e segurança do cliente (APCA, 2012).

Termorregulação

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

procedimento cirúrgico, a utilização de soluções antissépticas frias na desinfeção do campo cirúrgico assim como, a infusão de fluídos frios por via endovenosos (Azenha et al., 2017; Onay et al., 2021).

O aquecimento do cliente e a monitorização da temperatura corporal durante o período perioperatório, constituem intervenções fundamentais para a prevenção e deteção precoce da hipotermia inadvertida (Onay et al., 2021).

A hipotermia no intraoperatório provoca um aumento da perda sanguínea, aumento do risco de infeção do local cirúrgico, complicações cardiovasculares, falência de órgãos, diminuição da depuração de várias drogas, hospitalização prolongada e, consequentemente, aumento dos custos hospitalares (Onay et al., 2021). Para além disso, faz parte do "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico (Direção Geral de Saúde, 2015).

Apesar de ser uma intervenção cirúrgica relativamente rápida, implica uma exposição corporal significatica, pelo que a aplicação de medidas de manutenção da normotermia devem ser consideradas relevantes.

Pele

Este domínio está relacionado com a ferida cirúrgica inerente à cirurgia e com as intervenções de enfermagem que implica.

3.6. Dados

Consciência
07-03-2023 09:30
Abertura dos olhos: espontânea.
Resposta verbal: orientada.
Resposta motora: obedece a ordens simples.
Dor
07-03-2023 09:30
Dor
Localização da dor
Tórax Esquerda(o)
Intensidade da dor - 2.
frequência da dor - intermitente.
duração da dor - aguda.

dor de tipo - moedeira.
Tórax Direita(o)
Intensidade da dor - 2.
frequência da dor - intermitente.
duração da dor - aguda.
dor de tipo - moedeira.

Sistema respiratório
07-03-2023 09:30
Frequência respiratória: 12 ciclos/min.
Ritmo respiratório regular.
Movimento respiratório simétrico.
Profundidade da ventilação: inspirações normais.
Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
Saturação do oxigénio no sangue
Periférico(a): 99 %.
Coloração da mucosa: rosada.
Não comunica falta de ar.
Reflexo da tosse: presente.
Expele as secreções das vias aéreas.

Sistema cardiovascular
07-03-2023 08:30

Hemorragia
07-03-2023 09:30
Localização do Pulso
Punho Esquerda(o)
Pulso de amplitude mediana e regular.
Pulso rítmico.
Pulso simétrico.
Frequência do pulso: 56 pulsações por minuto.
Local de avaliação da pressão sanguínea
Membro superior Direita(o)
Pressão sanguínea sistólica: 119 mm Hg.
Pressão sanguínea diastólica: 65 mm Hg.
Perda sanguínea
Tórax Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente.
Tórax Direita(o): Sem perda sanguínea aparente.

Digestão
07-03-2023 09:30
Sem sensação de enjoo.

Pele
07-03-2023 09:30

Ferida cirúrgica
Localização da ferida cirúrgica
Tórax Esquerda(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 3.00 cm.
Tórax Direita(o)
Comprimento da lesão tegumentar: 3.00 cm.
Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

Termorregulação
07-03-2023 08:30
Temperatura corporal
07-03-2023 09:30
Temperatura corporal periférica
Ouvido: 36.00 ºC.

3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

O planeamento de cuidados de enfermagem visa alcançar determinados objetivos que são fundamentais para auxiliar o cliente no seu processo de transição relativo à cirurgia. Em seguida, são elencados os objetivos e prioridades inerentes ao planeamento de cuidados de enfermagem perioperatórios deste caso clínico.

Fase pré-operatória
(1ª Sessão – consulta de enfermagem pré-operatória; 2ª sessão – contacto telefónico 24h antes da cirurgia)

- Promover conhecimento sobre banho pré-cirúrgico;
- Promover conhecimento sobre tricotomia na preparação pré-operatória da pele;
- Promover conhecimento sobre jejum pré-operatório;
- Promover o conhecimento do cliente acerca do circuito perioperatório;
- Promover o conforto psicológico do cliente.

Fase intraoperatória
(3ª Sessão)

- Manter normotermia;
- Manter acesso venoso periférico permeável;
- Prevenir complicações no local de inserção do cateter venoso periférico;
- Prevenir alterações da integridade dos tecidos;
- Prevenir lesões associadas ao posicionamento cirúrgico;
- Prevenir complicações associadas ao cateter venoso periférico.
- Detetar precocemente alterações associadas ao tubo endotraqueal;
- Detetar precocemente alterações associadas ao padrão ventilatório;
- Manter trocas gasosas adequadas.

Fase pós-operatória

(4ª Sessão – Recobro imediato)

- Identificar precocemente sinais de hemorragia;
- Identificar precocemente alterações cardiovasculares;
- Identificar precocemente sinais de comprometimento da ventilação;
- Identificar precocemente alterações do estado de consciência;
- Prevenir alterações da integridade dos tecidos;
- Identificar lesões associadas ao posicionamento cirúrgico;
- Prevenir a infeção do local cirúrgico;
- Prevenir náusea/ vómito;
- Prevenir a dor;
- Identificar precocemente sinais de dor.

3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Fase pré-operatória (2ª sessão)

- O cliente verbaliza conhecimento sobre o circuito perioperatório;
- O cliente verbaliza conhecimento sobre jejum pré-operatório;
- O cliente verbaliza conhecimento sobre tricotomia na preparação pré-operatória da pele;
- O cliente verbaliza conhecimento sobre banho pré-cirúrgico.

Fase intra-operatória (3ª e 4ª sessão)

- O cliente mantém temperatura corporal > 36ºC e < 38ºC;
- O cliente mantém acesso venoso periférico permeável;
- O cliente não apresenta náuseas e vómitos;
- O cliente não apresenta complicações cardiorrespiratórias;
- O cliente não apresenta alteração da integridade dos tecidos decorrentes do posicionamento cirúrgico;
- O cliente verbaliza dor ligeira.

3.7. Diagnósticos

Dor
07-03-2023 09:30
Dor
Intervenções de Enfermagem
07-03-2023 09:30 - Avaliar evolução da dor
07-03-2023 09:30 - Gerir analgesia
07-03-2023 09:30 - Posicionar para aliviar a dor
Sistema cardiovascular
07-03-2023 08:30
Hemorragia
Intervenções de Enfermagem
07-03-2023 08:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia
07-03-2023 08:30 - Aplicar penso cirúrgico
Pele
07-03-2023 09:30
Ferida cirúrgica
Intervenções de Enfermagem
07-03-2023 09:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica
07-03-2023 09:30 - Executar tratamento da ferida cirúrgica
Termorregulação
07-03-2023 08:30
Temperatura corporal
Intervenções de Enfermagem
07-03-2023 08:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal
07-03-2023 08:30 - Aplicar medidas de manutenção da normotermia

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

Fase pré-operatória (1ª e 2 sessão)

Nesta fase, o enfermeiro do perioperatório tem como principal foco a identificação das necessidades do cliente/pessoa significativa perante o processo a percorrer e facultar a informação estritamente necessária e mais adequada ao cliente/pessoa significativa (Gonçalves et al., 2017).

Fase intra-operatória (3ª sessão)

O cliente encontra-se num momento de vulnerabilidade e de grande dependência. O enfermeiro do perioperatório deve estar em vigilância permanente, ser capaz de detetar precocemente sinais e sintomas de possíveis complicações e assegurar um ambiente seguro ao cliente e à equipa multidisciplinar (Rothrock, 2008).

Consciência

A Escala de Coma de Glasgow é uma ferramenta usada para avaliar e calcular o nível de consciência do cliente. A escala avalia três aspetos referentes à capacidade de resposta dos clientes: abertura dos olhos, resposta motora e resposta verbal. A pontuação varia de 3 a 5 (Mehta & Chinthapalli, 2019).

O enfermeiro do perioperatório avalia o estado consciência sistematicamente.

Na fase intra-operatória é importante manter a consciência comprometida para que o cliente não tenha awaresess.

Devido ao comprometimento do estado de consciência, as intervenções de enfermagem também são direcionadas para a prevenção de lesões dos tecidos e dos nervos periféricos, uma vez que o cliente não se mobiliza sozinho.

Sistema cardiovascular e respiratório

Apesar de não ser uma complicação muito frequente neste tipo de cirurgia, a hemorragia nunca pode ser descartada. O cliente é submetido a uma intervenção cirúrgica, que por sua vez implica uma ferida cirúrgica e, por si só, possibilita a ocorrência de hemorragia.

Como já for referido anteriormente, a simpaticectomia torácica tem como risco a ocorrência de pneumotórax. O pneumotórax consiste na presença de ar entre as pleuras visceral e parietal, cujos sinais são: queda da pressão arterial parcial, capacidade vital reduzida, hipoventilação alveolar e paragem cardiorrespiratória (Swierzy et al., 2014).

O enfermeiro do perioperatório tem como intervenção autónoma a avaliação dos parâmetros vitais, de forma a identificar precocemente alterações hemodinâmicas do cliente.

Termorregulação

A avaliação da temperatura corporal no perioperatório é imperativo face a determinados fatores que já foram anteriormente citados. Segundo a Norma nº 020/2015, o feixe de intervenção de prevenção de infeção do local cirúrgico contempla a manutenção da normotermia, pelo que a avaliação da temperatura corporal e a aplicação de medidas de manutenção da normotermia são intervenções autónomas do enfermeiro do perioperatório.

Pele

A prevenção da infeção cirúrgica está relacionada com a ferida cirúrgica e corresponde a um dos feixes de intervenção da Norma nº 020/2015 (DGS, 2015) . É importante que o enfermeiro do perioperatório tenha um papel ativo no cumprimento do feixe de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico, daí a relevância das intervenções inerentes à ferida cirúrgica.

3.8. Especificação das intervenções

Ensinar sobre preparação pré-operatória

- Preparação pré-cirúrgica da pele: Banho no dia anterior à noite com a esponja de clorexidina (passar corpo por água, utilizar a esponja do pescoço para baixo, aguardar dois a três minutos, passar novamente por água, limpar-se a uma toalha limpa, vestir um pijama lavado e a roupa da cama também tem que ser limpa); Banho no dia da cirurgia até duas horas antes de entrada no serviço com a esponja de clorexidina (passar corpo por água, utilizar a esponja do pescoço para baixo, aguardar dois a três minutos, passar novamente por água, limpar-se a uma toalha limpa, vestir uma roupa lavada); Não adicionar nenhum produto à esponja (gel de banho ou cremes); Não aplicar nenhum creme hidratante, nem loções nem perfumes; Não realizar tricotomia da área cirúrgica com giletes nem lâminas; Entregar duas esponjas de clorexidina 2%; Entregar guia orientador sobre banho pré-cirúrgico.
- Jejum pré-operatório: Pausa alimentar para refeição ligeiras e leite de seis horas, sumos com polpa quatro horas, líquidos claros sem polpa e água até 100ml até duas horas antes da cirurgia; Entregar folheto informativo sobre jejum pré-operatório.

- Ausência de adornos corporais, próteses amovíveis

Ensinar sobre circuito perioperatório

- Espaços físicos (sala de admissão, sala operatória, UCPA, Recobro tardio) e suas caraterísticas;

Posicionar para procedimento invasivo

- Membros superiores em abdução com amplitude a 90º em relação ao ombro;
- Elevar a parte superior da mesa operatória até 45º
- Baixar ligeiramente a parte inferior da mesa operatória até flexão dos joelhos;
- Providenciar dispositivos de proteção das zonas de pressão.

Aplicar medidas de manutenção da normotermia

- Limitar a exposição corporal ao estritamente necessário;
- Colocar manta de aquecimento, com dispositivo de conveção se temperatura corporal< 36º;

4. ENCAVILHAMENTO DO FÉMUR

Cliente do sexo feminino, 86 anos, independente nas atividades de vida diárias. Vive com a filha e o genro. Sofreu queda no domicílio e recorre ao Serviço de Urgência. Consciente e orientada. Refere bastante dor na região proximal do membro inferior direito, tendo sido administrado Paracetamol 1gr EV às 10:30h. Segundo a cliente e a filha que a acompanha e presenciou a queda, não bateu com a cabeça. Após exames radiológicos, verifica-se a presença fratura trocantérica do fémur direito, com indicação para tratamento cirúrgico. Proposta para cirurgia de encavilhamento do fémur proximal direito. É explicado o procedimento à cliente e familiar, e pedido consentimento informado. Realizada preparação pré-operatória. A cliente apresenta como antecedentes pessoais, hipertensão e diabetes mellitus tipo 2 .

4.1. Enquadramento teórico

O envelhecimento da população tem contribuído para o aumento da incidência das fraturas da anca, sendo a queda a principal causa. Incapacidade, redução da qualidade de vida e aumento da mortalidade, são consequências inerentes a este contexto.

Segundo a literatura, as fraturas da anca afetam cerca de 1,5 milhões de pessoas por ano em todo o mundo (Hao et al., 2023; Mattisson et al., 2018; Usami et al., 2023).

As fraturas do fémur proximal classificam-se como fraturas intracapsulares ou extracapsulares (trocantéricas e subtrocantéricas). As fraturas trocantéricas e subtrocantéricas estão associadas a pessoas mais fragilizadas, de idade avançada e com várias comorbilidades (Mattisson et al., 2018). Uma vez que ocorrem maioritariamente na população idosa, à qual estão associadas múltiplas comorbilidades, o seu tratamento torna-se um desafio. O objetivo é restaurar a mobilidade o mais precocemente possível, e diminuir o tempo de internamento, bem como a mortalidade. Habitualmente, este tipo de fratura implica tratamento cirúrgico, nomeadamente fixação extramedular (osteossíntese com placas e parafusos), fixação intramedular (osteossíntese com haste intramedular anterógrada) ou artroplastia da anca, que pode ser total ou parcial (Halonen et al., 2021). A fixação interna com haste intramedular é o tratamento cirúrgico preferencial, exceto quando não tem indicação perante o tipo de fratura, demonstrando ser reprodutível e confiável. A fixação com haste intramedular permite uma redução da fratura mais consistente com menor tensão exercida sobre o implante, devido à sua biomecânica. Uma vez que a haste abrange todo o comprimento do fémur, permite uma transferência de carga mais eficiente e resiste às forças deformantes que possam ocorrer,

evitando a medialização excessiva da diáfise femoral. Por outro lado, devido ao seu design de seção fechada, permite que a rigidez à flexão seja similar à do fémur intacto (Yoon et al., 2015).

As vantagens relativas às características da própria cavilha propiciam outras vantagens deste procedimento cirúrgico, nomeadamente uma menor rutura dos tecidos moles e danos no córtex femoral, menor necessidade de transfusão sanguínea, diminuição do tempo cirúrgico, menor tempo de internamento, melhor recuperação pós-operatória e melhor capacidade de deambulação no pós-operatório (Malér et al., 2022; Mavrogenis et al., 2016).

Relativamente a possíveis complicações que contribuem para a diminuição da qualidade de vida e recuperação do cliente, destacam-se: dificuldade na cicatrização óssea, fratura periprotésica distal, refratura, lesão neurovascular, dor trocantérica, migração intrapélvica do parafuso cefálico, má rotação externa e interna do fémur, entre outras (Mavrogenis et al., 2016). As complicações cardiorrespiratórias são uma das mais comuns e preocupantes, sendo que em 50% a 80% dos casos são a principal causa de morte. Salienta-se como sendo as mais frequentes: pneumonia, arritmias, enfarte do miocárdio (EM), acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca, derrame pleural, crise hipertensiva, entre outras (Carow et al., 2017).

Técnica cirúrgica

O cliente é colocado em decúbito dorsal na marquesa cirúrgica, à qual está acoplada uma mesa de tração dos membros inferiores, que irá permitir a redução fechada da fratura. No membro fraturado, é aplicada tração de modo a manter a perna reta. Posteriormente, a perna é rodada internamente entre 10 a 15º, de forma a reduzir completamente a fratura. É realizada uma incisão cutânea (cerca de 2 a 3cm, podendo ser maior, mediante o tamanho do cliente) a partir do trocânter maior em direção à crista ilíaca, e aprofundada na fáscia lata expondo a parte cefálica do trocânter. Com um furador curvo canulado alarga-se o canal medular ao nível da extremidade do trocânter maior, coloca-se um fio guia e faz-se a fresagem proximal com uma broca de 15mm. Em seguida, introduz-se a cavilha (haste medular). Após a colocação da cavilha é necessário proceder à sua fixação, a qual é feita com um parafuso cefálico e um ou dois parafusos distais (dependendo se a cavilha é curta ou longa). Depois, através da colocação de um trocar, que serve de orientador, insere-se um fio guia em direção ao colo do fémur, de forma a medir o tamanho do parafuso cefálico. Seguidamente, faz-se a brocagem através de uma broca canulada e coloca-se o parafuso cefálico, seguido do bloqueio proximal com a colocação de um capuchão na extremidade proximal da cavilha. O trocar, na parte distal da cavilha, serve de guia para a brocagem e colocação do parafuso distal. Todo o procedimento cirúrgico é realizado com o auxílio de intensificador de imagem (Yoon et al., 2015).

Posicionamento cirúrgico

O posicionamento cirúrgico constitui um dos momentos mais importantes para a segurança do cliente durante a intervenção cirúrgica. Tem como principais objetivos promover a exposição e acesso adequado ao local cirúrgico, manter o correto alinhamento do corpo, não comprometer as estruturas neurovasculares, vasculares e a integridade do tecido cutâneo, permitir ótima função respiratória e circulatória do cliente, permitir um acesso fácil para a administração de fluidos, fármacos e agentes anestésicos e permitir o máximo conforto ao cliente, promovendo o seu bem-estar e segurança (Burlingame, 2017).

A cirurgia de encavilhamento do fémur proximal implica a utilização de mesa de tração, na qual é aplicada uma força de tração ao nível do joelho e do fémur, através das botas de tração fixadas ao pé. Simultaneamente, há uma resistência oposta à tração do pé na zona perineal, permitindo a redução e estabilização da fratura.

Contudo, estão associados alguns riscos e complicações ao uso da mesa de tração ortopédica, dos quais se destacam lesão dos tecidos moles na região perineal, lesão do nervo cutâneo femoral lateral, lesão do nervo fíbular comum e síndrome de compartimento no membro inferior (Flierl et al., 2010; Song et al., 2023). Se por um lado, a mesa de tração pode acarretar alguns riscos para o cliente, o facto de ficar em decúbito dorsal permite a manutenção de uma boa hemodinâmica e tolerância ventilatória (Adam, 2014).

Assim, tal como em qualquer procedimento cirúrgico, é fundamental providenciar um posicionamento cirúrgico o mais seguro e confortável possível para o cliente.

Técnica anestésica

Sendo uma cirurgia predominantemente realizada em clientes idosos e com várias patologias associadas, nomeadamente cardiorrespiratórias, a seleção da técnica anestésica é de extrema importância. Após uma avaliação pré-operatória adequada faz-se um planeamento dos cuidados necessários ao cliente, contribuindo para que tenha uma recuperação o mais precoce e positiva possível. A técnica anestésica pode acarretar consequências negativas. Segundo a literatura, a anestesia geral representa um maior risco para a população idosa, sendo mais propícia ao desenvolvimento de insuficiência respiratória aguda, aumento do tempo de internamento, readmissão hospitalar e aumento da mortalidade. Desta forma, a anestesia loco-regional, nomeadamente a raquianestesia, torna-se relevante na cirurgia ortopédica, sendo utilizada sempre que possível (Sivevski et al., 2018).

A raquianestesia caracteriza-se por ser um método simples e rápido, com tempo de duração mínimo. Múltiplas são as vantagens desta técnica anestésica descritas face à anestesia geral. Diminui o risco de ocorrência de náuseas e vómitos no pós-operatório, de lesões neurológicas, tonturas, dor, fadiga, e de desenvolver doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Do mesmo modo, minimiza o stress cirúrgico e o comprometimento pulmonar, o que propicia um melhor controlo da dor, não sendo necessário recorrer ao consumo de opióides. Reduz a perda de sangue e favorece uma melhor circulação vascular periférica, para além de permitir a deambulação precoce, prevenindo a trombose venosa periférica (Sivevski et al., 2018). Na raquianestesia usam-se anestésicos locais que diferem nas doses e baricidades. Em termos de baricidade, temos três tipos diferentes de soluções: a hipobárica, a isobárica e a hiperbárica, que diferem no seu tempo de início de ação, propagação e duração do bloqueio motor (Adam, 2014). Por vezes, associa-se à administração do anestésico local intratecal a administração de opióides, nomeadamente fentanil, sufentanil ou morfina, o que favorece uma analgesia mais eficaz e prolongada, mesmo no pós-operatório, sem bloqueio motor associado (Sivevski et al., 2018). A hipotensão, principalmente em clientes de alto risco, gera uma maior preocupação, uma vez que pode causar morbilidades significativas e disfunção de órgãos se não for tratada convenientemente, e consiste numa das complicações mais frequentes da raquianestesia. Também, está associado a esta técnica loco-regional o aumento do risco de hipotermia e tremores, que propiciam o aumento do consumo de oxigénio e do débito cardíaco, bem como prurido e retenção urinária (Sivevski et al., 2018). O prurido está relacionado com a administração intratecal de opióides e a sua gravidade varia consoante a dose administrada. A retenção urinária deve-se à interrupção neural do reflexo da micção e hiperdistensão da bexiga. O bloqueio parassimpático da raquianestesia deve terminar antes que ocorra a micção (Nysora, 2022).

A técnica da raquianestesia consiste na administração de anestésicos locais através da inserção de uma agulha na linha média, entre os processos espinhosos da terceira e quarta vértebras lombares. No caso de clientes idosos, por vezes recorre-se a uma abordagem lateral ou paramediana, de forma a evitar os ligamentos ossificados característicos desta faixa etária (Nysora, 2022).

A raquianestesia implica a monitorização contínua da função cardiorrespiratória (Stewart et al., 2020).

Esta técnica anestésica está contraindicada em caso de infeção do local da punção, hipovolémia grave não corrigida, aumento da pressão intracraniana e alergia conhecida aos fármacos a administrar (Nysora, 2022).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 86 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-05-16 16:15:00	Cloreto de Sódio 0,9% 1000 ml EV	
2023-05-16 16:30:00	Cefazolina 2 gr EV	2023-05-17 17:00:00
2023-05-16 16:30:00	Fentanilo 0,05 mg EV	2023-05-17 17:00:00
2023-05-16 16:30:00	Bupivacaína 0,5% isobárica intratecal 6 mg intrtecal	2023-05-17 17:00:00
2023-05-16 16:30:00	Paracetamol 1 gr EV	2023-05-17 17:00:00
2023-05-16 16:30:00	Ondansetron 4 mg EV	2023-05-17 17:00:00
2023-05-16 16:30:00	Ctorolac 30 mg EV	2023-05-17 17:00:00

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A preparação e administração de medicamentos é uma intervenção interdependente que se inicia com a prescrição do médico e administração do enfermeiro. Enquadra-se no conjunto das intervenções terapêuticas da competência dos enfermeiros, garantindo que a sua administração seja efetuada com segurança. Neste trabalho serão abordados os aspetos relevantes na administração dos diferentes medicamentos nas diferentes sessões, realçando as particularidades mais importantes na prática profissional do enfermeiro.

Ramipril

Anti-hipertensor, que pertence ao grupo dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA). Muito utilizado para diminuir o risco de enfarte do miocárdio (EM), acidente vascular cerebral (AVC) e morte na doença cardiovascular em doentes de risco. Os IECA’s provocam

vasodilatação sistémica através do bloqueio da conversão da angiotensina I em angiotensina II, do aumento dos níveis plasmáticos de renina e da diminuição dos níveis de aldosterona. Desta forma, o Ramipril provoca a diminuição da pressão arterial e, consequentemente, diminui o risco de desenvolvimento de insuficiência cardíaca, de EM, de AVC e morte por doença cardiovascular. Cerca de 50 a 60% é absorvido por via oral. Atravessa a placenta, no entanto, aparentemente, não passa para o leite materno. Tem uma semivida entre 13h a 17h, que pode ser aumentada em caso de presença de insuficiência renal. A sua metabolização é essencialmente hepática, e a eliminação renal (60%) e pelas fezes (40%). O Ramipril está contraindicado em caso de hipersensibilidade. Está recomendada especial atenção do seu uso em clientes com insuficiência renal, insuficiência hepática, hipovolémia, hiponatrémia e o uso de diuréticos, em simultâneo. Como efeitos colaterais, estão descritos como ocorrendo com maior frequência: tosse, hipotensão e alteração do paladar. O efeito mais preocupante e que poderá incorrer em danos preocupantes é o desenvolvimento de angioedema. A utilização concomitante de IECA's com diuréticos ou outros anti-hipertensores pode provocar hipotensão excessiva. Suplementos de potássio, diuréticos poupadores de potássio e substitutos do sal juntamente com IECA's provocam hipercaliémia. Os antagonistas do receptor da angiotensina II ou o aliscireno com IECA's potencializa o desenvolvimento de hipercaliémia, disfunção renal, hipotensão e síncope. Em termos de posologia, o Ramipril é administrado por via oral, e a sua dose inicial varia de 2,5mg/dia podendo chegar aos 20mg/dia (em adultos). É importante haver uma monitorização regular da pressão arterial e da pulsação e de ocorrência de angioedema (Vallerand et al., 2016).

Metformina

A Metformina é um antidiabético muito utilizado no tratamento da diabetes tipo 2. Permite a manutenção da glicemia, uma vez que diminui a produção hepática e a absorção intestinal de glicose. Tem uma semivida de cerca de 17,6 horas e passa para o leite materno em concentrações similares ao plasma. A sua eliminação é renal. Várias são as contraindicações para a sua administração, nomeadamente em caso de hipersensibilidade, acidose metabólica, disfunção renal, insuficiência hepática, desidratação, sépsis, hipoxémia e ingestão excessiva de álcool. Em clientes com doença renal deve ser usada com precaução, assim como em idosos ou clientes debilitados. Em clientes alcoólicos ou em situações de maior preocupação, como procedimento cirúrgico, septicémia e hipóxia, é importante uma vigilância mais restrita da glicemia e da administração da Metformina. Os efeitos colaterais mais frequentes são: náuseas, vómitos, diarreia, enfartamento abdominal, hipoglicemia, e diminuição dos níveis de vitamina B12. A acidose láctica é o efeito colateral mais preocupante. Relativamente às interações medicamentosas deste antidiabético, é mencionado o aumento do risco de acidose láctica

aquando da ingestão aguda ou crónica de álcool ou contrastes iodados, juntamente com a Metformina. Amilorido, digoxina, morfina, procainamida, quinidina, ranitidina, triamtereno, trimetoprim, bloqueadores dos canais de cálcio e vancomicina, concorrem com a Metformina pelas vias de eliminação. A cimetidina, a furosemida e a nifedipina podem aumentar os efeitos da Metformina, sendo que a nifedipina também potencia a sua absorção. A sua administração é oral. A metformina implica algumas avaliações periódicas referentes a alguns aspetos importantes como, monitorização regular da glicemia, monitorização da função renal e dos níveis séricos de ácido fólico e da vitamina B12. A monitorização quanto à ocorrência de acidose láctica também se torna relevante (Vallerand et al., 2016).

Cefazolina

A cefazolina é uma cefalosporina de primeira geração. As cefalosporinas estão indicadas para o tratamento de vários tipos de infeções, nomeadamente infeções da pele, do trato urinário, infeções ósseas e articulares, bem como situações de septicémia. A cefazolina é um dos principais antibióticos usado na profilaxia perioperatória. O seu mecanismo de ação resulta da sua ligação à membrana da parede celular bacteriana, provocando a morte celular das bactérias. A sua ação bactericida está ativa, essencialmente para cocos gram positivos (Streptococcus pneumoniae, Estreptococos beta-hemolítico grupo A, Estafilococos produtores de penicilinase). Apresenta uma boa distribuição, infiltra-se facilmente no osso e atinge o líquido sinovial, e atravessa a placenta e passa também para o leite materno. Tem uma semivida entre os 90 e 150 minutos. A sua excreção é essencialmente renal, pelo que se torna imperativo adequar as dosagens e/ou o intervalo entre as doses em clientes com insuficiência renal. No caso dos idosos, torna-se também importante adequar as doses, precisamente pela diminuição da função renal relacionada com a idade. Tendo em conta que a sua semivida é curta, quando usada em clientes grávidas ou a amamentar, a sua utilização é segura. Está contraindicado o seu uso em clientes que apresentem hipersensibilidade às cefalosporinas. Tal como qualquer outro fármaco, a cefazolina apresenta efeitos colaterais e reações adversas. As mais frequentes são: náuseas, vómitos, diarreia, erupções cutâneas, flebite no local da punção, quando administrada por via endovenosa. No entanto, podem ocorrer reações adversas que constituem maior gravidade, nomeadamente convulsões, síndrome de Stevens-Johnson e reação anafilática. A probenecida e os diuréticos da ansa ou aminoglicosídeos, quando administrados em conjunto com a cefazolina, provocam interações medicamentosas. No caso da probenecida, diminui a excreção e aumenta os níveis sanguíneos do antibiótico excretado pelos rins. Os diuréticos, por sua vez, podem potenciar o risco de toxicidade renal. A cefazolina é administrada por via intramuscular ou endovenosa, sendo que a sua posologia varia consoante as idades (recém-nascido, criança e adulto). Na profilaxia perioperatória em adultos, está indicada a administração de 2gr de cefazolina até 60 minutos antes da incisão cirúrgica. É importante a recolha, junto do cliente e sempre que possível, do uso anterior de cefalosporinas, para antecipar possíveis riscos de reação anafilática ou outras reações, que podem ser fatais (Vallerand et al., 2016).

Fentanil

O fentanil é um dos fármacos mais utilizados no perioperatório. É um analgésico opióides, empregue quer na anestesia geral, quer na anestesia loco-regional e, em algumas situações, como analgésico pré e pós-operatório. A sua utilização, em perfusão contínua, para analgesia de situações com dor menos passível de ser controlada com outros analgésicos, é muito frequente. O fentanil liga-se aos recetores do sistema nervoso central (SNC), alterando a resposta à dor e a sua perceção. Tem uma semivida de 2h a 4h nos adultos, sendo que poderá estar aumentada em casos de clientes submetidos a bypass cardiopulmonar e em idosos. A sua distribuição ainda é uma incógnita e a metabolização é, maioritariamente, hepática, enquanto uma pequena parte (10% a 25%) é eliminado pelos rins. Está contraindicado em casos de hipersensibilidade ao fentanil. A sua utilização em clientes idosos, debilitados ou críticos deve ser realizada com precaução. Diabéticos, clientes com doença pulmonar ou hepática, com tumores do sistema nervoso central ou com pressão intracraniana aumentada, com insuficiência da suprarrenal, dor abdominal não diagnosticada, hipotiroidismo, alcoolismo ou arritmias, implicam uma administração mais cautelosa deste analgésico. O seu uso, em caso de gravidez ou aleitamento, também deve ser ponderado. Vários são os efeitos colaterais/reações adversas inerentes ao fentanil, nomeadamente: confusão, excitação/delírio paradoxal, depressão e sonolência pós-operatória, visão turva, broncospasmo, depressão respiratória e circulatória, arritmias, bradicardia, hipotensão, náuseas, vómitos, prurido, e rigidez muscular. Em algumas situações, pode provocar apneia e laringospasmo, que podem ser fatais para o cliente se não tratadas imediatamente. Quando usado simultaneamente com outros depressores do sistema nervoso central como álcool, antidepressivos e anti-histamínicos, com sedativos/hipnóticos e outros opióides, pode provocar depressão respiratória. A interação do fentanil com benzodiazepinas potencia o risco de hipotensão. Durante o perioperatório, a sua administração é feita predominantemente por via endovenosa. A monitorização dos sinais vitais, durante a terapêutica com fentanil, é importante, uma vez que os efeitos depressores do sistema respiratório têm uma maior durabilidade que o seu efeito analgésico (Vallerand et al., 2016).

Bupivacaína 0,5% isobárica

A bupivacaína 0,5% é um anestésico local do tipo amida, frequentemente usado na anestesia loco-regional, nomeadamente na raquianestesia, devido à sua eficácia e ausência de neurotoxicidade. Pode ser isobárica ou hiperbárica. A baricidade do anestésico corresponde à relação entre a densidade deste e a do líquido cefalorraquidiano. No caso da bupivacaína 0,5% isobárica, uma das vantagens está relacionada com o facto da sua distribuição não depender da posição durante a sua distribuição, contrariamente ao que acontece na hiperbárica. Está contraindicada a sua utilização nas seguintes situações: hipersensibilidade conhecida aos anestésicos locais do tipo amida, doença do sistema nervoso central ativa (meningite, tumor,

poliomielite, hemorragia craniana), metástases na coluna vertebral, tuberculose ativa, infeção da pele no local da punção, choque cardiogénico ou hipovolémico, alterações da coagulação ou tratamento anticoagulante em curso. Por vezes, são associados outros fármacos à bupivacaína, de modo a reduzir a dose de anestésico local, os seus efeitos colaterais e prolongar a anestesia. A administração de bupivacaína 0,5% isobárica por via intratecal induz bloqueio sensitivo-motor dos membros inferiores. Este bloqueio simpático e motor provoca hipotensão, bradicardia e imobilidade. Assim, é de extrema importância a monitorização contínua dos sinais vitais, enquanto o bloqueio está instalado (Vallerand et al., 2016).

Paracetamol

O paracetamol pertence ao grupo dos antipiréticos e dos analgésicos não opiáceos e está indicado para o tratamento da dor e da febre. Inibe a síntese das prostaglandinas, que servem de mediadores da dor e da febre, no sistema nervoso central. Tem uma semivida, nos adultos, de 1h a 3h. É amplamente distribuído, atravessando a placenta e passa também para o leite materno. É metabolizado a nível hepático (85%-95%) e eliminado pelos rins. A sua utilização está contraindicada em clientes com hipersensibilidade a este fármaco e com insuficiência hepática severa ou doença hepática ativa. Perante clientes com doença hepática ou renal, alcoolismo, malnutrição, hipovolémia severa, deve ser usado com precaução. No caso de gravidez ou aleitamento materno, apenas deverá ser usado se necessário. Os efeitos colaterais mais descritos são: cefaleias, fadiga, insónia, ansiedade, hipertensão ou hipotensão, náuseas e vómitos, aumento das enzimas hepáticas, hipocaliémia, insuficiência renal (quando usado em doses elevadas e por tempo prolongado), pancitopenia, neutropenia, rash e urticária, e espasmos musculares. Os efeitos referenciados como de maior preocupação são o Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica. O risco de toxicidade hepática do paracetamol é potenciado com o uso concomitante de isoniazida, rifampicina, fenitoína, barbitúricos, carbamazepina e outras substâncias hepatotóxicas, como o álcool. Os salicilatos e os anti-inflamatórios não esteróides, juntamente com o paracetamol, aumentam o risco de efeitos colaterais a nível renal. No perioperatório a sua administração é essencialmente por via endovenosa (Vallerand et al., 2016).

Ondansetron

O ondansetron é um antiemético, usado na prevenção de náuseas e vómitos, nomeadamente no pós-operatório. O seu mecanismo de ação atua através do bloqueio dos receptores 5-HT3 da serotonina, localizado nos terminais nervosos vagais e na zona quimiorrecetora do sistema nervoso central. Tem uma semivida de 3:30h a 5:30h, nos adultos. A sua distribuição é desconhecida. A metabolização é, essencialmente, hepática e a eliminação renal de cerca de 5%. Está contraindicado em caso de hipersensibilidade e o uso concomitante com apomorfina (aumenta o risco de hipotensão severa e perda de consciência). O seu uso em clientes com insuficiência hepática e em cirurgias abdominais requer especial atenção, pois pode mascarar sintomas de íleo paralítico. As reações adversas descritas como mais frequentes na administração de ondansetron são: cefaleias, diarreia e obstipação. A Torsade de Pointes é o efeito colateral mais preocupante (Vallerand et al., 2016). O ondansetron está contemplado no protocolo de profilaxia e tratamento de náuseas e vómitos no pós-operatório (Azenha et al., 2017).

Cetorolac

O cetorolac é considerado um anti-inflamatório não esteróide e está indicado no tratamento da dor a curto prazo. Tem uma semivida de 4h30min. Passa para o leite materno em concentrações baixas. Metabolizado a nível hepático (menos de 50%). Eliminação maioritariamente renal (92%). O cetorolac está contraindicado, para além de casos de hipersensibilidade, na presença de úlcera péptica ou hemorragia gastrointestinal ativas ou prévias, dor perioperatória da cirurgia de bypass coronário, hemorragia cerebrovascular, insuficiência renal avançada. O uso concomitante com pentoxifilina ou probenecida também está contraindicado. Não é aconselhável o seu uso no 3º trimestre de gravidez (pode inibir o trabalho de parto e potenciar a hemorragia materna durante o parto). O seu uso deve ser prudente mediante clientes com doença vascular ou fatores de risco cardiovasculares (potencia o risco de eventos cardiovasculares trombóticos graves, enfarte do miocárdio e AVC), insuficiência cardíaca, distúrbios da coagulação, insuficiência hepática e insuficiência renal. As reações adversas/efeitos colaterais que podem surgir são: sonolência, tonturas, cefaleias, náuseas, dor gastrointestinal, hemorragia gastrointestinal, reações alérgicas incluindo anafilaxia. AVC, enfarte do miocárdio, Síndrome Stevens- Johnson, necrólise epidérmica tóxica e dermatite esfoliativa estão descritos como possíveis reações adversas do cetorolac de maior gravidade, tal como o choque anafilático. Várias são as interações medicamentosas descritas para o cetorolac, nomeadamente com: Aspirina (diminui a sua eficácia), diuréticos e anti-hipertensores (pode

diminuir a eficácia destes fármacos), cefotetano, cefoperazona, ácido valpróico, clopidrogrel, ticlopidina, tirofibano, eptifibatida, trombolíticos e anticoagulantes (potencia o risco de hemorragia), ciclosporina (aumenta o risco de nefrotoxicidade), probenecida (aumenta o risco de efeitos colaterais) e pentoxifilina (aumenta risco de hemorragia). É um dos anti-inflamatórios esteróides mais utilizados no perioperatório, sendo a sua administração por via endovenosa (Vallerand et al., 2016).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Procedimento invasivo
16-05-2023 16:15
Procedimento invasivo
Tipo de procedimento invasivo: Encavilhamento do fémur proximal à direita (fixação de haste intramedular) - 16/05/2023.
Localização do Pulso
Tórax
Temperatura corporal periférica
Ouvido: 36.80 ºC.
Cliente verbaliza conhecimento sobre a remoção de adornos pessoais e próteses amovíveis.
Cliente verbaliza conhecimento sobre jejum pré-operatório.
Potencial para melhorar conhecimento sobre circuito perioperatório
Intervenções de Enfermagem
16-05-2023 16:15 - Ensinar sobre circuito perioperatório
16-05-2023 16:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre circuito perioperatório
Atitudes terapêuticas
16-05-2023 16:30
Oxigenoterapia
FiO2: 28 %.
Débito de oxigénio: 3.00 L/min.
Intervenções de Enfermagem
16-05-2023 16:30 - Manter oxigenoterapia
Sondas, Drenos e Cateteres
16-05-2023 16:15
Cateter venoso periférico
Localização do cateter venoso periférico
Mão Esquerda(o)
Características do dispositivo: 18G.
Intervenções de Enfermagem
16-05-2023 16:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

16-05-2023 16:15 - Otimizar cateter venoso periférico
16-05-2023 16:30

Sonda de oxigénio

Características do dispositivo: Cânula binasal.

Intervenções de Enfermagem

16-05-2023 16:30 - Otimizar sonda de oxigénio

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

Procedimento Invasivo

O tratamento cirúrgico tem sido um dos fatores essenciais da assistência à saúde ao longo dos séculos, sendo realizado num dos sectores considerados de maior complexidade, onde o cliente está exposto a riscos dentro de um ambiente desconhecido.

Se, por um lado, perante uma cirurgia programada o cliente é invadido por dúvidas e anseios que geram ansiedade e angústica, o mesmo acontece quando deparados com uma situação repentina, em que de um momento para o outro se deparam com a necessidade de srem submetidos a uma procedimento cirúrgico de urgência.

Aquando da sua chegada ao Bloco Operatório o cliente é acolhido pela equipa de profissionais de saúde, nomeadamente os destacados para a sala de cirurgia de urgência. O enfermeiro perioperatório deve proporcionar ao cliente empatia e conforto, de modo a minimizar a sua ansiedade face ao procedimento cirúrgico. É importante a recolha de dados da parte do enfermeiro junto do cliente (check-list pré-operatória), de modo a planear os cuidados de forma mais segura e adequada.

Atitudes Terapêuticas

Oxigenoterapia

A suplementação de oxigénio por meio de cânula binasal é frequente nas técnicas loco-regionais, nomeadamente na raquianestesia. Associada à administração por via endovenosa de opióides, o risco de hipoventilação aumenta. Para além disso, a possibilidade de ocorrência de complicações inerentes ao bloqueio subaracnoideu, como a hipotensão, torna importante a manutenção dos valores fisiológicos de SatO2 no sangue ((Nysora, 2022).

Catéter venoso periférico

A utilização de catéter venoso periférico (CVP) é uma prática invasiva comum em contexto de saúde, permitindo um tratamento e uma recuperação do cliente mais rápida. Os procedimentos cirúrgicos têm implicações fisiológicas e hemodinâmicas no cliente, pelo que exigem a presença de dispositivos que possibilitem a administração rápida de fármacos (Catarino et al., 2022). Dependendo da situação, pode ser necessária a colocação de um catéter venoso periférico de maior calibre para que sejam administrados maiores volumes de soroterapia, de modo a colmatar alguma instabilidade hemodinâmica**.**

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
16-05-2023 16:15	Procedimento invasivo	
16-05-2023 16:15	Sondas, Drenos e Cateteres	
16-05-2023 16:15	Emoção	
16-05-2023 16:30	Atitudes terapêuticas	
16-05-2023 16:30	Consciência	
16-05-2023 16:30	Sensibilidade	
16-05-2023 16:30	Sistema respiratório	
16-05-2023 16:30	Sistema cardiovascular	
16-05-2023 16:30	Metabolismo	
16-05-2023 16:30	Termorregulação	
17-05-2023 17:00	Pele	
17-05-2023 17:00	Eliminação urinária	

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

Procedimento cirúrgico

O enfermeiro perioperatório valoriza a segurança do cliente. Através da informação e educação dirigida ao cliente e cuidador/pessoa significativa, faculta ferramentas que visam facilitar todo o processo cirúrgico.

Nesta situação específica, o primeiro contacto do cliente com o enfermeiro do perioperatório é

apenas no Bloco Operatório, aquando do acolhimento. Nesta fase, é importante uma abordagem empática de forma a transmitir calma, conforto e segurança ao cliente. É fundamental uma comunicação eficaz e a transmissão de informações pertinentes e necessárias para que o cliente e cuidador/pessoa significativa tenham uma vivência do processo cirúrgico com maior serenidade possível (Lourenço, 2004).

A recolha de dados do cliente é pertinente para a check-list pré-operatória e para o planeamento adequado dos cuidados a prestar. Neste contexto, o enfermeiro perioperatório surge como elemento fundamental para assegurar a segurança da prestação de cuidados ao cliente cirúrgico e providenciar um ambiente favorável à prestação dos mesmos (Rothrock, 2008).

No caso dos adultos, maioritariamente não são acompanhados pelo familiar/ pessoa significativa até ao Bloco Operatório, o que propicia o estado de angústia e ansiedade muitas vezes vivida pelos clientes.

Emoção

Ansiedade

Perante a necessidade de uma intervenção cirúrgica, o cliente depara-se com um evento crítico que lhe pode causar ansiedade, medo e a incerteza face ao futuro. A ansiedade é um estado emocional, caracterizado por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, e causado por um evento desconhecido, como por exemplo a necessidade de intervenção cirúrgica (International Council of Nurses, 2018). A promoção de um ambiente acolhedor e esclarecedor de dúvidas, pelo enfermeiro do perioperatório, no momento do acolhimento, permite ao cliente encarar a situação com mais serenidade (AESOP, 2006).

Segundo a Association of Operating Room Nurses (AORN) (2019), o enfermeiro do perioperatório tem a responsabilidade de identificar as necessidades psicológicas do cliente, mediante as quais desenvolve e implementa um plano de intervenções de enfermagem, tendo em vista o conforto e bem-estar do mesmo, facilitando o processo de transição.

Sondas, drenos e catéteres

Catéter Venoso Periférico

A utilização de catéter venoso periférico é uma prática invasiva comum em contexto de saúde, permitindo um tratamento e uma recuperação do cliente mais rápida. Promove o seu conforto face à necessidade de administração frequente de medicação intravenosa. Os procedimentos cirúrgicos têm implicações fisiológicas e hemodinâmicas no cliente, pelo que exigem a presença de dispositivos que possibilitem a administração rápida de fármacos.

Assim, a inserção do catéter venoso periférico perante uma cirurgia é mandatória. No entanto, a presença deste dispositivo é propensa a complicações que, por vezes, podem atrasar a alta hospitalar. Desta forma, o enfermeiro perioperatório deve assumir uma postura de vigilância, adotando medidas adequadas de manipulação do mesmo (Catarino et al., 2022).

Sistema cardiovascular

O sistema cardiovascular é dos domínios mais relevantes para a prática dos cuidados de enfermagem perioperatórios. Neste caso específico, o facto de estarmos perante uma cirurgia de trauma, cliente idoso e com bloqueio subaracnoideu, aumenta o risco de complicações cardiovasculares. Apesar da abordagem cirúrgica utilizada ser a menos invasiva face a outras possibilidades de abordagem, o risco de hemorragia está sempre inerente. A hemorragia é uma complicação comum no pós-operatório imediato, estando frequentemente na origem de reintervenções cirúrgicas, e associa-se, nalgumas situações, a reinternamento ou atraso na alta.

O enfermeiro perioperatório tem como responsabilidade manter a vigilância, controlar a hemorragia de imediato, e alertar a equipa médica (Martins et al., 2013). É imperativo a avaliação contínua do estado geral do cliente cirúrgico, tendo por base variáveis como a pressão arterial e a perfusão dos tecidos, de forma a adaptar a prestação e gestão de cuidados pós-operatórios (Lee, 2017).

A hipotensão é uma das mais frequentes complicações da raquianestesia, e ocorre devido ao bloqueio do nervo simpático. Pode causar náuseas e vómitos, isquemia de órgãos críticos e colapso cardiovascular. Os fatores de risco associados à hipotensão incluem hipovolémia, hipertensão pré-operatória, altura do bloqueio nervoso sensitivo elevado, idade superior a 40 anos, obesidade, anestesia geral e raquidiana combinada, e consumo crónico de álcool (Nysora,

2022).

A avaliação contínua dos parâmetros vitais do cliente, como SatO2, pressão arterial e frequência cardíaca é fundamental, e faz parte das intervenções de enfermagem durante o perioperatório. É preponderante a comunicação, entre toda a equipa cirúrgica, sobre a evolução da cirurgia e o estado hemodinâmico do cliente, permitindo prevenir, antecipar e tratar adequadamente possíveis complicações que, por vezes, podem ser irreversíveis.

Sistema respiratório

A ventilação do cliente, independentemente do tipo de procedimento cirúrgico ou anestésico, deve ser um foco de atenção do enfermeiro do perioperatório, de forma a detetar e intervir o mais precocemente possível. O fato de serem submetidos a uma anestesia em que não há indução de depressão respiratória como na anestesia geral, não significa que não possa acontecer. Muitas vezes, são administrados sedativos e/ou analgésicos que, mesmo em pequenas dosagens podem induzir dificuldade respiratória, principalmente no caso de clientes mais idosos (Rothrock, 2008). As intervenções de enfermagem passam pela vigilância e despiste de complicações e suporte ventilatório, se necessário.

Consciência

A nível da consciência, pretende-se que o cliente esteja consciente, com reflexos íntegros e resposta a estímulos verbais. Neste caso específico, a cliente foi submetida a uma raquianestesia, com administração de uma dose baixa de analgésico opióide por via endovenosa. Associada à idade avançada da cliente, pode provocar alguma sonolência ou mesmo alterações hemodinâmicas que podem levar ao comprometimento da consciência. A Escala de Coma de Glasgow serve de ferramenta de apoio na avaliação da evolução do estado de consciência (Sousa & Santos, 2021).

Sensibilidade

A raquianestesia provoca alterações da sensibilidade, impedindo o cliente de se mobilizar ou posicionar sozinho. Desta forma, é necessária uma avaliação regular da integridade dos tecidos, assim como a adoção de medidas de prevenção de lesões dos mesmos, na qual o enfermeiro do perioperatório tem um papel preponderante. O posicionamento cirúrgico constitui um fator de risco na realização de um procedimento cirúrgico. O posicionamento incorreto do cliente é um dano evitável e que pode complicar as cirurgias que decorrem sob sedação, anestesia regional ou anestesia geral. Implica um planeamento meticuloso e comunicação entre todos os elementos da equipa cirúrgica e anestésica, de forma a minimizar o risco de possíveis danos para o cliente. É de extrema importância a vigilância, não só aquando do posicionamento, mas também durante a cirurgia, uma vez que o movimento deliberado ou inadvertido do cliente pode resultar em lesão (Hewson & Hardman, 2018).

O posicionamento cirúrgico, em mesa de tração, acarreta vários riscos, nomeadamente a nível da região perineal, em que a pressão aplicada no nervo perineal pode provocar incontinência fecal e perda sensorial perineal. Também são descritas lesões a nível do nervo fibular comum e síndrome de compartimento do membro (Rothrock, 2008).

Termorregulação

Vários são os fatores que contribuem para o desenvolvimento de hipotermia inadvertida no intraoperatório, nomeadamente a inibição dos mecanismos fisiológicos de termorregulação provocada pelo procedimento anestésico, a ventilação mecânica, a exposição corporal mediante o tipo de procedimento cirúrgico, a utilização de soluções antisséticas frias na desinfeção do campo cirúrgico assim como, a infusão de fluídos intravenosos frios (Azenha et al., 2017; Onay et al., 2021). O aquecimento do cliente cirúrgico e a monitorização da temperatura corporal durante o período perioperatório, constituem intervenções fundamentais para a prevenção e deteção precoce da hipotermia (Onay et al., 2021). A hipotermia inadvertida é dos eventos adversos mais frequentes em contexto perioperatório, cujos efeitos podem resultar em complicações importantes e graves, que afetam de forma significativa o cliente, a sua família e as própria instituição de saúde (AESOP, 2017).

“A hipotermia no intraoperatório provoca um aumento da perda sanguínea, aumento do risco de infeção do local cirúrgico, complicações cardiovasculares, falência de órgãos, diminuição da depuração de várias drogas, hospitalização prolongada e, consequentemente, aumento dos

custos hospitalares (Onay et al., 2021). O enfermeiro perioperatório deve manter normotermia peri-operatória (temperatura corporal entre 36ºC e 38ºC)" (DGS, 2015).

A raquianestesia tem muitas vezes o shivering associado, que ocorre mais frequentemente no pós-operatório (Azenha et al., 2017).

Por outro lado, a manutenção da normotermia é parte integrante do "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico, no qual o enfermeiro perioperatório tem um papel fundamental no planeamento de um conjunto de intervenções autónomas de enfermagem com vista à prevenção ou tratamento da hipotermia, tendo em conta vários fatores inerentes ao cliente e ao tipo de procedimento cirúrgico, com base na melhor evidência científica (DGS, 2015).

Metabolismo

A agressão cirúrgica provoca um aumento dos níveis de glicose no sangue, havendo o risco de hiperglicemia, mesmo em clientes não diabéticos (OMS, 2018).

Neste caso em concreto, a cliente é diabética, pelo que necessita de uma avaliação constante da glicemia.

Segundo a OMS (2018), a hiperglicemia está associada a um aumento do risco de infeção do local cirúrgico, o que implica o aumento da morbilidade, mortalidade, má cicatrização da ferida cirúrgica, tempo de internamento e reinternamentos.

Pele

Este domínio está relacionado com a ferida cirúrgica inerente à cirurgia e com as intervenções de enfermagem que implica.

Eliminação urinária

Vários são os fatores que provocam o desenvolvimento de retenção urinária no pós-operatório, como a medicação administrada durante o perioperatório (nomeadamente, opióides), procedimento anestésico (devido à diminuição da sensação de plenitude vesical e desequilíbrio

dos sistemas simpático e parassimpático, sendo mais relevante na anestesia loco-regional), e imobilização e dor perineal e abdominal inferior. Outros fatores, mencionados como relevantes, incluem idade (idosos), sexo (masculino), presença de sintomas prévios do trato urinário inferior, baixo índice de massa corporal, antecedentes de Diabetes Mellitus, osteoporose e história de trombose venosa profunda, bem como, duração do procedimento cirúrgico e administração de fluídos (Lajiness, 2022; Scott et al., 2018). A retenção urinária após o bloqueio do nervo neuroaxial resulta da interrupção neural do reflexo da micção e da hiperdistensão da bexiga. O tipo e a dose do anestésico local influencia o retorno da micção espontânea. O bloqueio parassimpático induzido pela raquianestesia deve terminar antes que ocorra a micção (Nysora, 2022). Neste contexto cirúrgico é fundamental a vigilância da eliminação urinária, não só pelas caraterísticas da cliente, mas também pelo procedimento anestésico adotado.

4.6. Dados

Consciência
16-05-2023 16:30
Abertura dos olhos: espontânea.
Resposta verbal: orientada.
Resposta motora: obedece a ordens simples.
Consciência comprometida [RESOLVIDO] 17-05-2023 17:00
Cliente sonolenta, mas responde a estímulos verbais.
Anestesia (Raquianestesia) [RESOLVIDO] 17-05-2023 17:00
17-05-2023 17:00
Abertura dos olhos: espontânea [MANTEVE].
Resposta verbal: orientada [MANTEVE].
Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].
Sensibilidade
16-05-2023 16:30
Sensibilidade comprometida (bloqueio subaracnoideu)
Tem integridade dos tecidos
Sensibilidade comprometida
17-05-2023 17:00
Mantém integridade dos tecidos
Sistema respiratório
16-05-2023 16:30
Frequência respiratória: 14 ciclos/min.
Ritmo respiratório regular.
Movimento respiratório simétrico.
Profundidade da ventilação: inspirações normais.
Saturação do oxigénio no sangue
Periférico(a): 97 %.
Coloração da mucosa: rosada.

Ventilação

17-05-2023 17:00

Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 97 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Sistema cardiovascular

16-05-2023 16:30

Localização do Pulso

Tórax

Pulso de amplitude mediana e regular.

Pulso rítmico.

Pulso simétrico.

Frequência do pulso: 66 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 99 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 56 mm Hg.

Perda sanguínea

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

Hemorragia

17-05-2023 17:00

Localização do Pulso

Tórax

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Pulso rítmico [MANTEVE].

Pulso simétrico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 60 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 102 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 63 mm Hg.

Temperatura das extremidades

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

Coloração das extremidades

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

Perda sanguínea

Coxa Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MELHOROU].

Eliminação urinária

17-05-2023 17:00

Bloqueio subaracnoideu

Pele
17-05-2023 17:00
Ferida cirúrgica
Localização da ferida cirúrgica
Coxa Direita(o)
Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações / normal.
Metabolismo
16-05-2023 16:30
Glicemia capilar: 110 mg/dl.
Metabolismo
17-05-2023 17:00
Glicemia capilar: 97 mg/dl.
Termorregulação
16-05-2023 16:30
Temperatura corporal periférica
Ouvido: 36.70 ºC.
Termorregulação
17-05-2023 17:00
Temperatura corporal periférica
Ouvido: 36.30 ºC.
Emoção
16-05-2023 16:15
Verbalização de ansiedade.
Cliente verbaliza medo de não voltar a andar
Ansiedade [RESOLVIDO] 17-05-2023 17:00
16-05-2023 16:30
Verbalização de ansiedade (Não) [MELHOROU].
17-05-2023 17:00
Verbalização de ansiedade (Não) [MANTEVE].

4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

O enfermeiro perioperatório tem como função a identificação das necessidades do cliente e o planeamento dos cuidados de enfermagem, de modo a contribuir para um desenrolar positivo do processo cirúrgico vivenciado pelo cliente e a sua família/pessoa significativa.

Assim, em cada momento do período perioperatório, são elaboradas e implementadas intervenções autónomas de enfermagem de acordo com as necessidades inerentes ao cliente e ao procedimento cirúrgico.

Fase pré-operatória (Acolhimento) (1ª sessão)

- Promover o conhecimento do cliente sobre o circuito perioperatório**;**
- Identificar o conhecimento do cliente sobre jejum pré-operatório;
- Promover o conforto psicológico do doente**.**

Fase intra-operatória (2ª e 3ª sessão)

- Manter normotermia;
- Manter glicemia > 80mg/dl e < 180mg/dl;
- Manter acesso venoso permeável;
- Prevenir complicações no local de inserção do catéter venoso periferico**;**
- Identificar precocemente sinais de hemorragia;
- Identificar precocemente alterações cardiovasculares;
- Identificar precocemente sinais de comprometimento da ventilação;
- Prevenir alterações da integridade dos tecidos;
- Prevenir lesões associadas ao posicionamento cirúrgico;
- Prevenir a infeção do local cirúrgico;
- Identificar precocemente sinais/sintomas de retenção urinária.

4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Fase pré-operatória (1ª sessão)

- O cliente verbaliza conhecimento sobre o circuito perioperatório;
- O cliente verbaliza cumprimento do jejum pré-operatório;
- O cliente apresenta níveis de ansiedade**.**

Fase intra-operatória (2ª e 3ª sessão)

- O cliente mantém temperatura corporal > 36ºC e < 38ºC;
- O cliente mantém valores de glicemia > 80mg/dl e < 180mg/dl;
- O cliente mantém acesso venoso periférico permeável;
- O cliente não apresenta complicações cardiorrespiratórias;
- O cliente não apresenta alteração da integridade dos tecidos decorrentes do posicionamento cirúrgico.

4.7. Diagnósticos

Consciência
16-05-2023 16:30
Consciência comprometida [RESOLVIDO] 17-05-2023 17:00
Intervenções de Enfermagem
16-05-2023 16:30 - Avaliar evolução da consciência [FIM] 17-05-2023 17:00
Anestesia (Raquianestesia) [RESOLVIDO] 17-05-2023 17:00
Sensibilidade
16-05-2023 16:30
Sensibilidade comprometida
Intervenções de Enfermagem
16-05-2023 16:30 - Avaliar evolução da sensibilidade
16-05-2023 16:30 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos
16-05-2023 16:30 - Posicionar para procedimento cirúrgico [FIM] 17-05-2023 17:00
Sistema respiratório
16-05-2023 16:30
Ventilação
Intervenções de Enfermagem
16-05-2023 16:30 - Avaliar evolução da ventilação
16-05-2023 16:30 - Avaliar evolução da saturação de oxigénio no sangue
Sistema cardiovascular
16-05-2023 16:30
16-05-2023 16:30 - Avaliar evolução de sinais de arritmia
16-05-2023 16:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea
Hemorragia
Intervenções de Enfermagem
16-05-2023 16:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia
Pele
17-05-2023 17:00
Ferida cirúrgica
Metabolismo
16-05-2023 16:30
16-05-2023 16:30 - Avaliar evolução da glicemia
Metabolismo
Intervenções de Enfermagem
16-05-2023 16:30 - Avaliar evolução da glicemia
Termorregulação
16-05-2023 16:30
16-05-2023 16:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal
Termorregulação
Intervenções de Enfermagem
16-05-2023 16:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal

16-05-2023 16:30 - Aplicar medidas de manutenção da normotermia

Emoção

16-05-2023 16:15

Ansiedade [RESOLVIDO] 17-05-2023 17:00

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

Fase pré-operatória (1ª sessão)

O acolhimento é um momento único, no qual se inicia uma inter-relação entre enfermeiro-cliente, em que a comunicação é o elemento essencial. A forma como se processa deve adequar-se às características e necessidades do cliente, respeitando a sua individualidade.

Nesta fase, o enfermeiro do perioperatório tem um vasto leque de funções. Deve informar o cliente adequadamente e mediante as suas necessidades, identificar fatores de desenvolvimento de ansiedade e facilitar a sua superação.

O enfermeiro do perioperatório deve fazer a validação da checklist pré-operatória.

Fase intra-operatória (2ª e 3ª sessão)

O cliente encontra-se num momento de vulnerabilidade e de grande dependência. O enfermeiro do perioperatório deve estar em vigilância permanente, ser capaz de detetar precocemente sinais e sintomas de possíveis complicações e assegurar um ambiente seguro ao cliente e à restante equipa.

Consciência

A avaliação do estado de consciência deve ser efetuado independentemente do tipo de anestesia adoptada. Nesta situação específica, a cliente foi submetida a raquianestesia com administração de uma dose baixa de um analgésico opióide. Pode surgir eventualmente alteração do estado do consciência como efeito secundário do analgésico ou devido a alterações hemodinâmicas inerentes à cirurgia ou à anestesia.

Sistema cardiovascular

Apesar de não ser uma complicação muito frequente neste tipo de cirurgia, a hemorragia nunca pode ser descartada. A cliente foi submetido a uma intervenção cirúrgica, que por sua vez, implicou uma ferida cirúrgica e, por si só, possibilita a ocorrência de hemorragia, e obrigatoriamente a sua vigilância. A vigilância das perdas hemáticas associada à vigilância dos parâmetros vitais permite identificar precocemente a ocorrência de complicações inerentes à cirurgia e à anestesia.

Sistema respiratório

A vigilância da ventilação permite identificar necessidade de suplemento de oxigénio e despistar complicações que podem ser irreversíveis se não tratadas atempadamente.

Termorregulação

A avaliação da temperatura corporal no perioperatório é imperativo face a determinados fatores que já foram anteriormente citados. O uso de dispositivos de conveção é uma intervenção interligada e fundamental para a manutenção da normotermia, bem como de outros dispositivos de aquecimento. A raquianestesia foi a técnica anestésica adoptada nesta cirurgia, estando associada frequentemente ao desenvolvimento de tremores e shivering, principalmente no pós-operatório.

Pele

A prevenção da infeção cirúrgica está relacionada com a ferida cirúrgica e corresponde a um dos feixes de intervenção DGS (2015). É importante que o enfermeiro do perioperatório tenha um papel ativo no cumprimento da "Bundlle" para a prevenção de infeção do local cirúrgico, daí a relevância das intervenções inerentes á ferida cirúrgica e não só.

Sensibilidade

A raquianestesia provoca bloqueio sensitivo e motor, o que impossibilita o cliente de se mobilizar. Assim, a integridade dos tecidos deve ser vigiada para que não ocorram lesões. O posicionamento cirúrgico é um momento importante da cirurgia, podendo estar ligado ao sucesso da mesma. Neste tipo de cirurgia, a cliente foi colocada em decúbito dorsal, numa mesa de tração. A mesa de tração acarreta alguns riscos para o cliente, nomeadamente a nível da região perineal, em que a compressão do nervo perineal pode resultar em incontinência urinária e perda sensitiva perineal. Lesão do nervo fibular comum e síndrome de compartimento do membro operado, também são identificados como possíveis. O enfermeiro perioperatório assume um papel preponderante na prevenção de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico, bem como na vigilância e deteção das mesmas.

4.8. Especificação das intervenções

Ensinar sobre circuito perioperatório

- Ensinar sobre circuito perioperatório Espaços físicos (sala de admissão, sala operatória, UCPA, Recobro tardio) e suas caraterísticas;

Posicionar para procedimento cirúrgico

- Posicionar para procedimento cirúrgico em mesa de tração:
- Colocar braço esquerdo abduzido < a 90º no suporte de braços;
- Colocar braço direito ligeiramente fletido sobre o abdómen;
- Almofadar os pés com ligadura de algodão;
- Proteger a região perineal;
- Colocar pés nas botas da mesa de tração.

Aplicar medidas de manutenção da normotermia

- Aplicar medidas de manutenção da normotermia:
- Limitar a exposição corporal ao estritamente necessário;
- Colocar manta de aquecimento, com dispositivo de conveção se temperatura corporal< 36º;
- Colocar aquecedor de soros se temperatura corporal inferior a 36ºC e administração de grandes volumes de fluidoterapia.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretende-se elencar as diversas competências do EEEMCPSPE. Será efetuada uma breve contextualização do contexto perioperatório e a pertinência das competências inerentes ao enfermeiro especialista. Seguidamente, serão descritas as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio realizado e de que forma contribuíram para a aquisição das competências pretendidas com o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Perioperatória.

Contextualização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

O conceito de enfermagem do perioperatório desenvolveu-se ao longo das últimas décadas, definindo-se recentemente, como os cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros com formação específica e dotados de conhecimentos particulares para atuarem nas diferentes fases do processo cirúrgico (fase pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória) (Arakelian et al., 2016).

Ao longo da sua vida, o ser humano, percorre múltiplos processos de transição, marcados por diversos eventos críticos. A pessoa deve ser perspetivada como um indivíduo com necessidades próprias e em constante interação com o meio ambiente, detentora de capacidades inatas para se adaptar a alterações que possam surgir, mas que devido a uma situação de vulnerabilidade, experimenta ou pode vir a experimentar um desequilíbrio (Meleis, 2010). Meleis (2010), descreve as transições como o foco de atenção em enfermagem. A compreensão da natureza da transição, das condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição, bem como, dos padrões de respostas, torna-se essencial para o planeamento e desenvolvimento de intervenções de enfermagem adequadas com o cliente e família/pessoa significativa, desenvolvendo respostas benéficas para essa mesma transição. A teoria de Meleis assenta em quatro tipos de transições relevantes para a enfermagem: desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional. O enfermeiro surge como o principal cuidador da pessoa doente e família que se encontram num processo de transição, preparando-os e facilitando o processo de aprendizagem de novas competências. O cliente que será submetido a uma intervenção cirúrgica vivencia um processo similar a uma transição, com uma mistura de sentimentos, tais como a ansiedade, o medo e a incerteza face ao futuro. Frequentemente, uma cirurgia gera limitações físicas e temporárias que condicionam o autocuidado.

Segundo a Association of Operating Room Nurses (AORN), o enfermeiro do perioperatório identifica as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do cliente, mediante as quais desenvolve e implementa um plano de intervenções de enfermagem com base no conhecimento das ciências naturais e do comportamento. Os cuidados de enfermagem perioperatórios englobam as fases do pré, intra e pós-operatório, nas quais o enfermeiro intervém de forma específica e adequada, tendo sempre por base a segurança e satisfação do cliente (Duarte, 2017).

O enfermeiro do perioperatório atua e interage com uma equipa multidisciplinar, de forma a assegurar a qualidade dos cuidados prestados. Tem na sua base cuidados centrados no cliente, com respeito pela sua individualidade, coordena intervenções, assegura a segurança e conforto do cliente, estabelece prioridades e planeia e executa cuidados perioperatórios (Rothrock, 2008).

A especificidade do cliente cirúrgico exige uma complexa e contínua vigilância, bem como o planeamento de um leque alargado de cuidados distintos, pelo que o enfermeiro deve ser detentor de um largo espectro de conhecimentos e destreza técnica, assim como capacidades de raciocínio clínico e reflexivo e tomada de decisão bem desenvolvidas (Castellan et al., 2016). A família/pessoa significativa também são parte integrante e fundamental no planeamento dos cuidados a prestar ao cliente cirúrgico, sendo fulcral o seu envolvimento ao longo do processo para obtenção de melhores resultados.

O Enfermeiro Especialista e o Desenvolvimento de Competências

O envelhecimento da população, a constante aparição de novos desafios da medicina e a evolução dos conhecimentos científicos, no que concerne ao desenvolvimento de novos e complexos cuidados de saúde, nomeadamente na vertente cirúrgica, e a exigência dos próprios cidadãos, implicam que todos os profissionais de saúde se envolvam na evolução dos cuidados, e se capacitem e estejam dotados de novos conhecimentos teóricos e práticos, sempre baseados na melhor evidência.

A prática dos cuidados de enfermagem no perioperatório deve ter como alicerce a formação contínua e o desenvolvimento e manutenção das competências, de modo a perspetivar uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Rothock, 2008).

Segundo a literatura, competência define-se como a capacidade de articular um conjunto de habilidades e conhecimentos e aplicar adequadamente mediante determinado contexto (Lejonqvist et al., 2016). A aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades, aliado a um raciocínio ético, contribui para o desenvolvimento e consolidação de competências ao longo do tempo. O processo de aprendizagem definido como complexo, é cimentado pelo pensamento crítico e reflexivo, disponível para a estruturação de novos conhecimentos.

A OE (2007), considera que o Enfermeiro Especialista "assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente" (OE, 2007, p.16). As competências inerentes na área da conceção, gestão e supervisão dos cuidados, atribuem um papel fundamental na prestação dos cuidados de enfermagem ao indivíduo ao longo da sua vida. O Enfermeiro Especialista possui um conhecimento diferenciado, onde se distinguem as suas capacidades processuais, relacionais e de comunicação, bem como a capacidade de reconhecimento de padrões, permitindo identificar problemas específicos. Compreende os significados atribuídos pelo cliente a determinado problema e planeia uma intervenção particular, adequada ao cliente e família/pessoa significativa (Vogelsang et al., 2019).

Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Relativamente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Regulamento n.º 140/2019 da OE define como as "competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (Regulamento n.º 140/2019, p.4745). Como linha condutora, foram estabelecidos diferentes domínios das competências comuns, nomeadamente: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, prendem-se com o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, de modo a garantir uma prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

É primordial a adoção de práticas éticas profissionais, que sustentem a capacidade dos profissionais para considerarem a individualidade de cada ser humano e respeitarem a sua autonomia no momento da prestação de cuidados. O Código Internacional de Ética de Enfermagem fundamenta como prática de enfermagem, a promoção e o restabelecimento da saúde, a prevenção de doenças e o alívio do sofrimento, baseado no respeito pelo ser humano, no que concerne aos direitos humanos, o direito à vida e à livre escolha, salvaguardando a sua dignidade (Bratz & Sandoval-Ramirez, 2018).

A capacidade do enfermeiro para identificar, reconhecer e intervir adequadamente perante problemas éticos, depende da sua sensibilidade moral. A consciencialização ética do enfermeiro garante a segurança do cliente e propicia a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Fatoş & Dilek, 2021).

A deontologia define-se como um conjunto de normas inerentes a uma determinada profissão, baseada nos princípios da moral e do direito, de modo a definir as boas práticas mediante as caraterísticas de cada profissão (Nunes & Amaral, 2022).

No Código Deontológico de Enfermagem são elencados os deveres profissionais, os direitos dos cidadãos e das comunidades, servindo como um guia orientador da prática de enfermagem.

Tendo em conta o contexto perioperatório, em que o indivíduo se depara com uma situação adversa, independentemente de ser uma intervenção eletiva ou de urgência, despoletando sentimentos de ansiedade, angústia e medo, é imperativo a adoção de uma prática de cuidados que vão ao encontro dos princípios orientadores da bioética, aos direitos humanos e aos direitos dos clientes.

Durante o estágio realizado tive a oportunidade de presenciar e refletir sobre várias situações, denotando a necessidade constante dos profissionais de saúde tomarem decisões que carecem de uma análise reflexiva criteriosa mediante certos procedimentos e técnicas, nomeadamente quando o cliente está incapacitado para responder ou emitir a sua decisão. Assim, denotei a importância do desenvolvimento de competências através de uma prática reflexiva, assente nos princípios da autonomia, justiça e dignidade do cliente, sob a orientação da deontologia de enfermagem, consolidando a minha capacidade de tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar, fundamentada pelos princípios éticos inerentes à prática de enfermagem. Do mesmo modo, as situações vivenciadas contribuíram para um exercício dos cuidados de enfermagem perioperatórios baseado em tomadas de decisões mais assertivas e sensatas, visando a promoção da segurança e o respeito pela dignidade, valores e direitos do cliente.

Foi notória a relevância do consentimento informado, livre e esclarecido para os procedimentos, quer anestésicos quer cirúrgicos, e constituem um dos focos de preocupação de toda a equipa. O consentimento informado, livre e esclarecido implica a transmissão de informação e esclarecimento de forma verbal oral ou escrita acerca de determinada intervenção, mediante a qual o indivíduo tem direito a um período de reflexão (DGS, 2013). De salientar, que a confirmação do consentimento informado, livre e esclarecido está referenciado no programa internacional de práticas de Segurança Cirúrgica - “Cirurgia Segura, Salva-Vidas” emanado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que visa a melhoria da qualidade e garante a segurança nas intervenções cirúrgicas.

De um modo geral, os princípios éticos da autonomia, justiça, igualdade, beneficência e não-maleficiência, o respeito pela dignidade, privacidade e confidencialidade, bem como pelos direitos humanos orientaram a minha prática, conferindo uma prestação de cuidados de enfermagem baseados na premissa da individualidade de cada pessoa.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

Este domínio centra-se nas seguintes competências: garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, no desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria clínica e na garantia de um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

Ao longo dos últimos anos, a qualidade em saúde é uma temática primordial nos cuidados de saúde e define-se como "a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão" (Despacho n.º 5613/2015, p.13551). A qualidade aliada à segurança dos cuidados, contribuem para "a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados", pelo que constituem uma obrigação ética (Despacho n.º 5613/2015, p.13551).

A OMS designou a qualidade em saúde como a prestação de cuidados eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no cliente, equitativos e seguros (OMS, 2020).

A abordagem da qualidade e segurança dos cuidados de saúde contribuiu para melhorar a organização e dinâmica dos cuidados ao cliente, através do desenvolvimento e implementação de sistemas de segurança (Waring et al., 2016).

A ocorrência de incidentes de segurança/eventos adversos aquando da prestação dos cuidados de saúde implica a implementação de políticas e estratégias que contribuam para a sua diminuição. Desta forma, os principais objetivos da segurança do cliente incluem: diminuir a ocorrência de danos nos clientes, física e psicológica; eliminar os danos passíveis de serem prevenidos e reduzir os erros em saúde.

O estudo e reflexão da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, contribuiu para a criação de vários projetos, dos quais se enumera: o World Alliance for Patient Safety em 2004, o programa internacional da "Cirurgia Segura, Salva-Vidas" em 2009, ambos emanados pela OMS, entre outros.

Em Portugal, criou-se o Plano Nacional de Saúde 2015-2020, no qual a segurança foi considerada um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde, assente na premissa que todo o cidadão tem direito a receber cuidados de saúde de qualidade (Despacho n.º 1400-A/2015).

O Ministério da Saúde elaborou o documento "Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 – 2020", cuja principal missão consistia em "potenciar e reconhecer a qualidade e a

segurança da prestação de cuidados de saúde" de modo a "garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde" (Despacho nº 5613/2015, p.13552). O seu foco principal é o reforço da segurança dos clientes através do combate aos incidentes de segurança associados à prestação de cuidados e visa a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde.

Nas diversas instituições de saúde, foram criadas comissões de qualidade e segurança, de modo a planear e monitorizar as estratégias delineadas, e, a fim de se propagar, contínua e permanentemente, a todos os profissionais de saúde, as melhores práticas clínicas e a consolidação de uma cultura de segurança.

O Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolveu os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, como referência para a prática de enfermagem diferenciada, que fomenta a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade. O EEEMC deve conceber, implementar e avaliar planos de intervenção de forma a dar resposta às necessidades da pessoa e família/pessoa significativa, visando o empoderamento da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença (OE, 2017). Assim, o investimento contínuo na qualidade, educação, capacitação e contextos de trabalho adequados aos profissionais de saúde, contribuem para a adoção de práticas seguras e consequentemente, aumento da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A gestão de risco tem como finalidade minimizar a possibilidade de alteração inesperada, que possa afetar a concretização de determinado objetivo, considerando que o risco está associado ao sistema, focado nas condições em que o profissional trabalha e na forma como os gestores planeiam as estratégias para prevenir os erros e reduzir os seus efeitos. As políticas de prevenção do risco apenas são concretizadas quando os diversos intervenientes se empenham e adotam práticas preventivas, sendo da responsabilidade coletiva (Rothrock, 2008).

Ao longo do estágio profissional, procurei inteirar-me dos projetos de melhoria contínua dos serviços, por forma a entender a sua implementação e agir em conformidade com os mesmos. Os estágios revelaram-se importantes e necessários para a procura de novas estratégias e formas de desenvolver a minha atividade, sempre com a máxima qualidade e segurança, fundamentada na evidência científica. No âmbito do estágio, colaborei com os elementos da equipa de enfermagem responsáveis pela gestão de risco e pela Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PCIRA).

"As infeções preveníveis em ambiente hospitalar são uma ameaça séria à segurança dos doentes, aumentam a morbilidade e mortalidade e prolongam a estadia nos hospitais. O seu impacto financeiro nas instituições e nos sistemas de saúde em geral é elevado" (Despacho nº 2757/ 2017, p.6154). Realço o desenvolvimento da minha atividade em colaboração com a equipa multidisciplinar, tendo por base o respeito e a preocupação pelo cumprimento rigoroso das Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) e dos feixes de intervenção, seguindo as diretrizes do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos

Antimicrobianos (PPCIRA).

Atualmente, a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde constitui o núcleo das prioridades das políticas e projetos com vista à exponenciação dos cuidados de saúde prestados, na qual o desenvolvimento de competências dos enfermeiros contribui de modo substancial.

Domínio da prestação e gestão dos cuidados

O domínio da prestação e gestão dos cuidados de enfermagem engloba as seguintes competências: gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, de modo a garantir a qualidade dos cuidados, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, para além de liderar e gerir os recursos de acordo com as situações e os contextos, visando a garantia pela qualidade dos cuidados (OE, 2019).

O EEEMCPSPE deve estar capacitado para a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, devendo adaptar os recursos às necessidades de cuidados, de modo a identificar o estilo de liderança mais adequado que garanta a qualidade dos mesmos (OE, 2019). Assim, é o elemento da equipa melhor preparado e capacitado para gerir o turno, as equipas e os cuidados de enfermagem, de forma responsável, focado na segurança do cliente e da equipa multidisciplinar e, na qualidade dos cuidados. A área da gestão engloba três vertentes, nomeadamente a gestão dos recursos humanos, a gestão de materiais e equipamentos, e a gestão dos cuidados. A gestão de recursos humanos implica a coordenação das equipas de enfermagem e de assistentes operacionais, distribuição dos elementos da equipa e previsão de necessidade de elementos extra. Relativamente à gestão de materiais e equipamentos inclui-se a gestão de stock de fármacos e material (quer seja material de uso único quer seja material reesterilizado). Na gestão dos cuidados prestados, é fulcral a existência de um elemento que coordena, supervisiona e articula a prestação dos mesmos com a equipa multidisciplinar (Ferreira, 2019).

Na ausência ou indisponibilidade do Enfermeiro Gestor, um enfermeiro especialista ficava responsável pela gestão do serviço. Assim, procurei conhecer e compreender o seu papel junto da equipa multidisciplinar. As supervisoras de estágio, quer da UCA quer da UCPA, habitualmente substituíam a Enfermeira Gestora na sua ausência, pelo que presenciei e auxiliei, várias vezes, na gestão do serviço. Tive oportunidade de constatar que, uma das maiores dificuldades se prende com a gestão do material e equipamento. Ambos os serviços apresentam uma crescente atividade cirúrgica, o que implica um cuidado redobrado nesta área de gestão, de modo que, aquando do procedimento cirúrgico e/ou anestésico não se verifique falta de material/equipamento e, consequentemente, as cirurgias não sejam adiadas. Nesta unidade hospitalar, foi implementada a metodologia Kaizen que tem como filosofia a eliminação do desperdício através de soluções criativas e de baixo custo, englobando todos os colaboradores

(Pinto, 2008). Implica uma abordagem estruturada e interativa, com o intuito de propiciar ganhos na qualidade, flexibilidade, produtividade e diminuição dos custos. A identificação dos problemas e respetivas soluções, aliada a possíveis mudanças metodológicas contribuem para a melhoria contínua dos cuidados. Para tal, os gestores deverão incentivar o envolvimento de toda a equipa/colaboradores. Em termos práticos, nos serviços por onde passei, a metodologia Kaizen aplica-se do seguinte modo: no início dos turnos da manhã e da tarde é realizada uma check-list em que toda a equipa cirúrgica deverá estar presente (enfermeiro circulante, de anestesia e instrumentista, médico anestesista e cirurgião); confirma-se o plano cirúrgico do turno com o cirurgião, bem como a necessidade de material e equipamentos para cada intervenção cirúrgica; confirma-se necessidades adicionais, nomeadamente antibioterapia, profilaxia tromboembólica e reserva de sangue. Assim, tive a oportunidade de verificar que o recurso a esta metodologia de trabalho, para além de facilitar a identificação das necessidades inerentes aos procedimentos cirúrgicos e às particularidades de cada cliente e facilitar o planeamento dos cuidados, propicia uma maior segurança e qualidade na prestação dos cuidados de saúde.

Para uma melhor gestão de material (consumíveis) e farmácia, foi implementado o armazém avançado, a partir do qual se estabeleceu um stock mínimo, em que a reposição do mesmo é efetuada mediante débito direto.

Analisando estas medidas implementadas, verifiquei que a probabilidade de ocorrer erro em relação ao processo cirúrgico, mais concretamente na fase intraoperatória é diminuta, uma vez que se procede à verificação de pontos chave cruciais para a realização do procedimento com qualidade e sem falhas. Quando à gestão de material e fármacos, possibilita diminuir o tempo gasto pelos gestores nessa mesma gestão, assim como manter os armazéns com os stocks necessários, sem implicar gastos extra à unidade hospitalar.

Se, por um lado estava familiarizada com esta metodologia, uma vez que no meu serviço já estava implementada, tive oportunidade de constatar os benefícios desta metodologia noutro serviço diferenciado, nomeadamente na UCA. Tendo em conta que as minhas supervisoras tinham delegadas a si várias funções de gestão, no que se refere à gestão de material, equipamentos e fármacos, assim como supervisão e auxílio na prestação de cuidados, consegui aprofundar e dar maior consistência ao desenvolvimento no domínio da competência de prestação e gestão de cuidados.

De salientar a colaboração com a enfermeira gestora da equipa de enfermagem de anestesiologia na elaboração de um trabalho de gestão, de modo a gerir mais facilmente as quantidades existentes no stock de material e no stock de farmácia, assim como controlar as validades dos mesmos.

Domínio do desenvolvimento profissional

O domínio das competências comuns do enfermeiro especialista engloba a competência "Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade" e a competência "Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica" (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

O EEEMC desenvolve ao longo do seu percurso conhecimentos teóricos e práticos aliados ao autoconhecimento e autoconsciência que influenciam a sua intervenção junto da equipa multidisciplinar e dos clientes.

Define-se autoconhecimento como a perceção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que forma de si, cuja constante evolução ocorre com o desenvolvimento psicológico, cognitivo e social (Chambel, 2021). O autoconhecimento pessoal e profissional do enfermeiro condiciona o exercício das suas funções profissionais, contribuindo para a qualificação da sua interação quer com a equipa multidisciplinar quer com o cliente e família/pessoa significativa. Da mesma forma, influencia a sua tomada de decisão perante as diversas situações com que se depara. A procura constante pela excelência do exercício profissional promove o desenvolvimento contínuo da sua formação pessoal e profissional, através da aquisição de novos conhecimentos, fundamentados na evidência científica e que constituem ferramentas para a melhoria contínua dos cuidados.

Os contextos clínicos do estágio, concederam a oportunidade de presenciar e refletir sobre novas abordagens na prestação de cuidados perioperatórios. Esse facto, contribuiu para adquirir, assimilar e consolidar novos conhecimentos, juntamente com os conhecimentos adquiridos através da sustentação da melhor evidência científica.

A enfermagem tem como pilar a prestação de cuidados de qualidade e de acordo com as necessidades do cliente e família/pessoa significativa. A procura de novos conhecimentos, com vista à melhoria das competências individuais e profissionais, torna a formação em serviço uma das ferramentas mais eficazes e consistentes (Kaya & Boz, 2017). Assim, pode considerar-se que a formação em serviço contribui para a evolução da enfermagem.

Os contextos de estágio permitiram adquirir e consolidar conhecimentos de qualidade essenciais para a prática de cuidados de enfermagem no perioperatório. Os processos de tomada de decisão e as intervenções de enfermagem foram sempre fundamentados em conhecimentos com bases teóricas, científicas e éticas.

No decurso da unidade curricular, foi solicitado a elaboração de casos clínicos, que permitiu explorar e compreender determinadas intervenções cirúrgicas, desde o diagnóstico da patologia, às particularidades da cirurgia e suas repercussões no cliente e família/pessoa significativa, passando pelas intervenções de enfermagem, nomeadamente autónomas, que contribuem para melhorar a vivência do processo cirúrgico, de forma segura e prevenindo a

ocorrência de eventos adversos. A elaboração dos casos clínicos implicou uma submersão na procura de evidência científica, que sustentou o desenvolvimento das aprendizagens alcançadas ao longo do estágio.

Mediante o projeto de estágio idealizado no Estágio Módulo I, com a temática "Hipotermia Inadvertida - O papel do enfermeiro na prevenção da hipotermia no perioperatório", foi realizado uma formação em serviço nos dois contextos clínicos (UCA e UCPA), com o intuito de contribuir para a consolidação de conhecimentos e promoção de prestação de cuidados de saúde mais seguros e centrados nas necessidades do cliente (Anexo III).

A partilha de conhecimentos com os pares, permite o desenvolvimento de novas aprendizagens, quer ao EEEMCPSPE quer à restante equipa, estimulando o pensamento crítico e reflexivo e, proporcionando a melhoria contínua dos cuidados e, consequentemente a satisfação dos clientes.

Pessoalmente, a realização destes trabalhos, constituiu um momento ímpar para a consolidação da minha prática profissional, conferindo-me um raciocínio mais crítico aquando da prestação de cuidados e fomentou a relevância da procura contínua de novos saberes.

O percurso de estágio permitiu o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória. O contacto com duas realidades distintas na prestação de cuidados perioperatórios e com outros profissionais de saúde, permitiu conhecer novas metodologias e abordagens no exercício das funções do enfermeiro do perioperatório.

Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Perioperatória

Ao longo dos últimos anos, a evolução técnica e científica na área da saúde, contribuiu para o desenvolvimento de meios de diagnóstico e tratamento, o que permitiu aumentar a sobrevida da população em geral. A evolução das diversas ciências implicou a necessidade do desenvolvimento dos cuidados de saúde prestados pelas várias equipas multidisciplinares, com especial enfoque na segurança dos clientes e melhoria da qualidade, na qual a área de enfermagem tem um papel fulcral.

Os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica requerem a "conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação" (Regulamento n.º 429/2018, p.19360). Visam a melhoria da qualidade de vida das pessoas, em que o EEEMC deverá ter capacidade crítica e reflexiva, que lhe permite impulsionar conhecimentos facilitadores no momento da tomada de decisão e prestar cuidados holísticos à pessoa, considerando-a um ser único e irrepetível.

O EEEMC deve fundamentar os seus cuidados com base na melhor evidência científica e que proporcione o desenvolvimento de competências na área da sua especialização.

A especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresenta diversas áreas de atuação, diferindo de acordo com o contexto e destinatários dos cuidados de saúde.

Neste caso específico, é alvo de interesse a área de especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, cujo foco da prestação dos cuidados está na pessoa e família/pessoa significativa que vivenciam processos cirúrgicos/anestésicos, visando a promoção da saúde, prevenção de eventos adversos e tratamento de doença.

O período perioperatório divide-se em três fases: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. A fase pré-operatória inicia-se aquando da tomada de decisão do procedimento cirúrgico e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória. A fase intraoperatória inicia com a transferência da pessoa para a mesa operatória e termina quando transferida para a UCPA. Por último, a fase pós-operatória inicia com a entrada da pessoa na UCPA e termina quando se considera que a pessoa está recuperada do procedimento. Diferentes áreas de atuação que se interligam, são alvo da intervenção do EEEMCPSP, nomeadamente: consulta pré-operatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós- anestésicos.

As competências específicas do EEEMC decorrem “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

Segundo o Regulamento nº 429/2018, distinguem-se duas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação Perioperatória:

a) Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa;
b) Maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Em seguida, procede-se à descrição da forma como cada competência específica foi desenvolvida, através da análise e reflexão das experiências vivenciadas nos locais de estágio.

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

Os cuidados de enfermagem no perioperatório são sustentados por uma visão holística do indivíduo, em que a colaboração entre as equipas multidisciplinares e o uso de recursos

adequados, facilitam a promoção da saúde e o tratamento das doenças. A prestação de cuidados ao cliente cirúrgico implica conhecimento especializado em diversas áreas (anatomia e fisiologia humana, efeitos da anestesia, fatores de risco cirúrgicos e anestésicos, prevenção de lesões), que ajudam na identificação das necessidades do cliente e da equipa cirúrgica, promovendo um ambiente seguro (AORN, 2021). O enfermeiro do perioperatório carateriza-se pela sua prática baseada nas melhores evidências científicas, o que contribui para uma tomada de decisão consistente e fundamentada, sustentada pelo pensamento crítico-reflexivo. Segundo o regulamento nº 429/2018 (p.19366), em contexto perioperatório, o enfermeiro especialista adequa os seus conhecimentos e habilidades para "cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social". O EEEMCPSPE, prioriza um cuidado especializado e diferenciado, para potencializar resultados e capacitar o cliente e família para superar o processo cirúrgico.

O primeiro momento do estágio foi realizado em contexto de CA. Ao longo dos últimos anos, foi evidente o desenvolvimento da CA, sendo uma referência na prestação de cuidados perioperatórios, baseados na segurança do cliente e na melhoria contínua dos cuidados. A CA tem um impacto positivo no cliente que, em menos de 24 horas, é intervencionado de forma programada, podendo recuperar em ambiente familiar. As vantagens são inequívocas, quer para o cliente, na medida em que a sua cirurgia é realizada com menor afastamento do contexto familiar, quer para a instituição hospitalar, mediante a redução das listas de espera e risco de infeção, associados a internamentos prolongados, com melhor qualidade de cuidados de saúde prestados. O acompanhamento mais próximo por parte da família/pessoa significativa, sendo parte envolvente no processo cirúrgico do cliente, permite uma abordagem mais abrangente das possíveis necessidades do cliente. A cirurgia em regime de ambulatório engloba várias áreas de atuação de enfermagem, de forma a contribuir para a prestação de cuidados de excelência e com ganhos de saúde para o cliente.

A consulta pré-operatória é uma das áreas de atuação do EEEMCPSPE, cuja intervenção visa identificar as principais necessidades do cliente e família/pessoa significativa. O tipo de cliente que surge na CA é bastante abrangente, desde crianças a idosos, bem como o tipo de intervenção cirúrgica, desde cirurgias com menor ou maior potencial para desenvolver complicações, a procedimentos inerentes a tratamentos estéticos ou a tratamentos oncológicos. Perante isto, o EEEMCPSPE, gere um conjunto de particularidades inerentes ao cliente e ao seu processo cirúrgico, o que muitas vezes não é fácil.

Segundo a AORN, numa filosofia de cuidados centrados no cliente, a educação e a prevenção, aliados a uma cultura de apoio físico e emocional do cliente e família pessoa/significativa, são primordiais para a obtenção de melhores resultados. O enfermeiro do perioperatório colabora com o cliente e família/pessoa significativa na formulação dos objetivos, plano de cuidados e tomadas de decisão, como elemento dinamizador e facilitador do processo de transição (Rothrock, 2008).

Aquando da consulta pré-operatória, é realizada uma avaliação inicial do cliente que inclui, a

avaliação educacional, com vista à identificação das principais necessidades educacionais do cliente e família/pessoa significativa, nomeadamente, o que necessita saber, o que pretende saber e a capacidade e os fatores predisponentes para aprender. Assim, a consulta pré-operatória constitui o primeiro momento da educação do cliente e família/pessoa significativa, cujos contributos são chave para o planeamento da alta e para uma maior satisfação do cliente.

O estágio na UCA, permitiu-me colaborar em algumas consultas pré-operatórias, onde constatei a sua extrema relevância, bem como o quão benéfico pode ser para o cliente e família/pessoa significativa. Por outro lado, é importante referir o grau de exigência que esta consulta implica para o enfermeiro. Foi evidente ao longo das consultas as necessidades educacionais dos diversos clientes. Se uns questionavam acerca da recuperação cirúrgica, nomeadamente, o tempo de recuperação e necessidades de cuidados após a alta hospitalar, outros demonstravam dúvidas sobre possíveis complicações inerentes ao procedimento cirúrgico e/ou anestésico. A consulta pré-operatória proporciona ao cliente um momento para verbalizar as suas maiores inquietações, de forma que o enfermeiro consiga adequar e direcionar as suas intervenções, tornando a preparação do processo cirúrgico um momento pessoal e direcionado.

A educação para a alta inicia-se nesta fase e será verificada e validada nas fases posteriores, pelo que é um processo dinâmico, em que a intervenção do EEEMCPSPE é fulcral e influencia o vivenciar das fases seguintes do processo cirúrgico.

No momento da consulta pré-operatória, é visível um misto de emoções resultante do processo percecionado como desconhecido e imprevisível, pela maior parte dos clientes. Aquando do diagnóstico de necessidade de serem submetidos a uma intervenção cirúrgica, os clientes são invadidos por dúvidas e anseios, que podem dificultar os processos de preparação cirúrgica, surgindo a angústia e a ansiedade pré-operatória. A ansiedade é um estado emocional, caracterizado por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, e causado por um evento desconhecido, como por exemplo a necessidade de intervenção cirúrgica (International Council of Nurses [ICN], 2018). Algumas instituições de saúde implementaram o programa Enhanced Recovery After Surgery ® (ERAS) com objetivo de reduzir o stress cirúrgico, promover/manter a função fisiológica pós-operatória e acelerar a recuperação após a cirurgia, no qual o conceito de consulta pré-operatória é parte integrante. Baseia-se em princípios como prática baseada em evidências, processos perioperatórios e uma abordagem multimodal e multiprofissional para trabalho em equipa e auditoria de resultados (Ljungqvist & Hubner, 2018). A informação obtida pelos clientes na consulta pré-operatória é fundamental e influencia positivamente a colaboração dos mesmos nos cuidados pós-operatórios, para além do contributo no controlo da ansiedade, redução do tempo de recuperação, da autonomia no pós-operatório e redução do tempo de internamento (Breda & Cerejo, 2021). Através da assertividade, escuta ativa e transmissão de informações relevantes para o cliente e família/pessoa significativa durante a consulta, são obtidos como ganhos de saúde, uma maior satisfação do cliente, um maior envolvimento no processo e adesão ao regime terapêutico. Assim, é importante referenciar a relevância do estabelecimento de uma relação terapêutica entre o EEEMCPSPE e cliente e família/pessoa significativa.

Segundo a OE (2001), a relação terapêutica em contexto do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela ligação estabelecida com o cliente, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel, através de um processo dinâmico, em que a família/pessoa significativa do cliente é parte envolvente. A educação do cliente engloba o fornecimento de informações e apoio, desmistificar determinados conceitos e ideias, e ajudar na compreensão do seu papel e responsabilidade no autocuidado, envolvendo a família/pessoa significativa. A educação para a saúde do cliente cirúrgico e família/pessoa significativa inclui diversas vantagens, nomeadamente, reduz a ansiedade, aumenta a autoestima, diminui os custos hospitalares e acelera o retorno do cliente à sua vida diária normal. Baseia-se na autoconfiança e responsabilidade pessoal para potenciar o autocuidado (Rothrock, 2008).

Através de uma comunicação, distinta e estruturada, aliada a uma relação de empatia e confiança, o EEEMCPSPE tem conhecimentos baseados na evidência e capacidades para potenciar a aprendizagem, capacitação e mudanças no comportamento do cliente cirúrgico. A perceção do cliente acerca do ensino realizado é parte integrante dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde prestados, no que se refere à satisfação dos clientes.

Neste estágio, para além de fortalecer a minha capacidade de comunicação verbal e não verbal e estabelecer uma relação empática com o cliente e família/pessoa significativa, permitiu aprofundar conhecimentos na identificação de necessidades e definição de estratégias, envolvendo o cliente na tomada de decisões, com vista a propiciar uma vivência saudável do processo cirúrgico. Uma das dificuldades mais evidenciadas da parte dos clientes, nomeadamente, os mais idosos, prende-se com a compreensão e assimilação da informação transmitida. Deste modo, entendi ser pertinente a elaboração de um vídeo com informação acerca de uma determinada patologia, neste caso específico a catarata, descrevendo os sintomas e tratamentos, dando especial ênfase aos cuidados pós-operatórios necessários referentes à intervenção cirúrgica relacionada com a patologia. Esse vídeo é transmitido num ecrã existente na sala de espera da UCA nos dias/turnos em que se realiza a intervenção cirúrgica direcionada para a catarata (Facoemulsificação com implantação de lente intraocular). Foi elaborado com a colaboração de toda a equipa de enfermagem da UCA e constitui, neste momento, um instrumento de ensino diferenciado para o cliente cirúrgico e o seu acompanhante.

Na UCPA, não tive oportunidade para aprofundar competências na área da educação para a saúde, principalmente porque a consulta pré-operatória não é realizada por elementos da equipa de enfermagem deste serviço. Contudo, no caso das cirurgias eletivas, verifiquei que alguns clientes foram devidamente informados acerca do procedimento cirúrgico e anestésico, o que minimizava o estado de ansiedade.

A preparação de crianças para a cirurgia pode ser um verdadeiro desafio para o enfermeiro do perioperatório. O seu foco deve basear-se na construção da confiança na tríade enfermeiro, criança e pai/mãe/familiar. A abordagem do EEEMCPSPE perante este cliente, tem como objetivo tornar a cirurgia numa experiência positiva, identificando os fatores de stress que atingem a criança e família, ajudando-os a desenvolver estratégias que transponham esses fatores. Na

UCA, existem protocolos e projetos que pretendem minimizar os efeitos traumáticos que um procedimento cirúrgico pode ter na criança e família. Um exemplo desses projetos é a transmissão de informação relativa ao circuito na UCA, desde o momento da admissão no secretariado até à alta da unidade hospitalar. É feito através de um vídeo disponibilizado na plataforma do hospital referente à UCA.

Um dos projetos que vivenciei, refere-se à desmistificação do procedimento anestésico, que consiste no ensino realizado na consulta pré-operatória, em que o enfermeiro explica todo o procedimento e, inclusive demonstra como e quais os equipamentos/materiais que serão utilizados, de modo a familiarizarem-se e terem um contato mais próximo com a realidade com a qual se irão deparar. No caso da UCPA, em contexto de BOC, a cirurgia pediátrica apenas ocorre em situações de urgência, pelo que este tipo de ensino é realizado in loco e de uma forma menos estruturada.

Um dos aspetos que mais valorizei na minha prática diária do exercício profissional foi a privacidade do cliente. A privacidade consiste num fator importante na prestação de cuidados, compreendendo a exposição física e psíquica do cliente, bem como o sigilo profissional, como pilares fundamentais para a promoção de um ambiente de apoio e proteção (Watson, 2002). O EEEMCPSPE deve reconhecer a privacidade como um direito inato da pessoa, implementando estratégias para garantia do respeito, individualidade e autonomia do cliente. No estágio realizado em contexto de cuidados perioperatórios, no qual a manutenção da privacidade do cliente pode ser descorada, nomeadamente na fase do intraoperatório, em que é realizada a exposição do local cirúrgico para a realização da intervenção, verifiquei especial atenção dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, em restringir essa exposição ao estritamente necessário.

Constatei que, apesar das estruturas físicas serem propícias ao comprometimento da privacidade, a equipa de enfermagem, em particular, proporcionava um ambiente privado e digno, nomeadamente com o recurso a cortinas aquando da passagem do cliente da maca para a cama, da prestação de cuidados de higiene e na realização de procedimentos técnicos (como por exemplo, realização de penso cirúrgico, cateterização vesical, entre outros). Desta forma, considero que consolidei ainda mais a importância na adequação dos cuidados de enfermagem tendo em conta a manutenção e preservação da privacidade e dignidade do cliente.

Considero que promovi a autonomia dos clientes, informando e solicitando o seu consentimento para a realização de cuidados e procedimentos de enfermagem, garantindo que este foi compreendido e esclarecido, demonstrando respeito pelos seus direitos, dignidade, autonomia, privacidade, crenças, valores e cultura. Segundo o artigo 6º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, a tomada de decisões das pessoas mediante a sua autonomia deve ser respeitada, na medida em que assumem a responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros. Assim, todas as intervenções médicas de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico devem ser realizadas com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada (Comissão Nacional da Unesco, 2006).

O consentimento prévio, livre e informado em contexto perioperatório para a realização dos procedimentos anestésico e cirúrgico é da responsabilidade do anestesista e do cirurgião, respetivamente. No entanto, o enfermeiro do perioperatório tem como função confirmar a existência dos mesmos. Esta função insere-se na Lista de verificação cirúrgica da OMS, "Cirurgia Segura Salva-Vidas", que tem como objetivo melhorar a segurança cirúrgica e reduzir o número de mortes e complicações cirúrgicas, em que o trabalho em equipa, uma anestesia segura e a prevenção da infeção do local cirúrgico são fundamentais (OMS, 2010).

Os cuidados perioperatórios seguros implicam uma sequência de atividades de rotina, que se iniciam com a avaliação pré-operatória do cliente, seguidas da intervenção cirúrgica e, por fim, a preparação adequada dos cuidados pós-operatórios (OMS, 2010). No decorrer do estágio, foi evidenciada a importância da realização adequada da "Cirurgia Segura Salva-Vidas", onde se denotou a colaboração e empenho de toda a equipa na sua realização, sem que em algum momento subvalorizassem a sua relevância. Apesar de fazer parte do meu dia-a-dia enquanto profissional de enfermagem, em momento algum descurei a necessidade da sua realização. É importante referir que esta lista de verificação está suscetível a mudanças que podem acrescentar valor à sua realização. Isso aconteceu na unidade hospitalar onde foi realizado o estágio, em que após um evento adverso (incêndio cirúrgico) foi levantada a necessidade de colmatar esse problema. Perante isto, o grupo da gestão de risco decidiu acrescentar um item aquando da verificação "antes da incisão da pele", de forma a qualificar o risco de incêndio cirúrgico mediante os procedimentos anestésico e cirúrgico, em cada situação particular. Na minha opinião, este facto valorizou a dinâmica de trabalho e a consciencialização dos profissionais de saúde, indo ao encontro da segurança e melhoria contínua dos cuidados.

O posicionamento cirúrgico é um momento importante no processo cirúrgico e implica o respeito pelo alinhamento corporal, manter as funções respiratórias e circulatórias e proteger a integridade neuromuscular e cutânea (Rothrock, 2008). É da responsabilidade de toda a equipa cirúrgica, sendo que o enfermeiro do perioperatório tem um papel fundamental no planeamento e implementação de intervenções de enfermagem que facultem a prevenção de lesões decorrentes do posicionamento. Considero que sempre colaborei com a equipa multidisciplinar de modo a contribuir positivamente para um posicionamento adequado, através da identificação de possíveis riscos inerentes e providenciando material adequado para a sua realização. Para melhor compreender as possíveis complicações que advêm dos vários posicionamentos cirúrgicos, que podem manifestar-se quer no intraoperatório quer no pós-operatório, assim como as suas repercussões, recorri à pesquisa bibliográfica.

A dor é considerada o quinto sinal vital e define-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial. A maioria dos clientes submetidos a cirurgia experimenta dor pós-operatória aguda. É de extrema relevância avaliar o nível de dor cirúrgica, a atitude do cliente e a sua satisfação com o tratamento da dor, contribuindo para a qualidade da recuperação do mesmo. Um bom controle da dor aumenta o conforto, acelera a recuperação, previne complicações pós-operatórias, aumenta a satisfação do cliente e melhora a qualidade de vida (Venkatesan et al., 2021). Segundo a DGS (2017), a dor aguda é limitada no tempo, pode e deve ser controlada. A abordagem da dor pós-operatória deve ser efetuada

através de um planeamento de intervenções, de forma a adequar os recursos às necessidades do cliente (Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório [APCA], 2013). A seleção do instrumento de avaliação da dor deve ter como referência determinados parâmetros nomeadamente, idade, estado clínico e capacidade cognitiva do cliente, tipo de dor e facilidade de aplicação. A avaliação da dor deve ser ensinada ao cliente/familiar ou pessoa significativa no pré-operatório, instituída nas fases de recuperação (recobro imediato e tardio) e estender-se ao momento após a alta hospitalar (APCA, 2013). O enfermeiro do perioperatório deverá envolver o cliente no controlo da sua própria dor, através do ensino de estratégias de autocontrolo farmacológicas e não farmacológicas, bem como dos efeitos colaterais dos fármacos para controlo da dor e alertar para a necessidade de medidas de atuação, perante agravamento da mesma. A dor consiste num indicador de resultado referente aos cuidados de saúde. Na UCA e na UCPA, existem protocolos de analgesia, que são implementados mediante a avaliação do cliente, baseada na identificação das suas necessidades, das comorbilidades clínicas, medicação em curso, histórico de dor crónica, terapêuticas analgésicas prévias e respetivas respostas (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia [SPA], 2018).

Algumas intervenções cirúrgicas implicam uma analgesia mais abrangente, para melhor controlo da dor, sendo os clientes referenciados para a UDA, que consiste numa unidade funcional, com uma estrutura organizacional apropriada com o objetivo de proporcionar o tratamento adequado da dor aguda utilizando conhecimentos já existentes, capazes de assegurar cuidados de elevada qualidade. A avaliação da dor deve ser efetuada com recurso a escalas validadas e adaptadas ao cliente. Os registos da UDA devem integrar o processo clínico do cliente, de modo a garantir a acessibilidade à informação por parte dos outros profissionais (SPA, 2018).

O estágio realizado na UCPA, permitiu-me acompanhar e integrar a equipa de enfermagem que realiza a visita da dor aguda. Diariamente, está destacado um enfermeiro do perioperatório, que faz parte da equipa da UDA, para realizar a visita. Após verificar os clientes que estão referenciados, juntamente com o anestesista, desloca-se aos respetivos serviços do internamento e faz uma avaliação do cliente. Esta análise consiste na avaliação da dor, identificação de efeitos laterais e complicações associadas ao cateter epidural. O registo da visita é duplo. É efetuado um registo no processo clínico informatizado do cliente e numa folha que serve de guia orientador para a visita, e é arquivada numa pasta referente à UDA.

A SPA (2018), releva a importância da formação contínua da equipa multidisciplinar da UDA, baseada na melhor evidência, para melhorar a eficácia e a segurança do tratamento da dor aguda, e está associada à redução da intensidade da dor, menor incidência de efeitos laterais e maior satisfação do cliente. Um dos critérios para a alta da UCPA e para a alta hospitalar é a ausência e/ou controlo da dor. O planeamento meticuloso, o uso de técnicas adequadas ao cliente e procedimento cirúrgico, iniciado no pré-operatório e no intraoperatório, contribui para a diminuição da dor pós-operatória e consequentemente, para a humanização dos cuidados de saúde.

Realço a importância da visita da dor aguda, quer para o cliente quer para a equipa de

enfermagem dos serviços de internamento, havendo uma colaboração entre as diferentes equipas, com efeitos positivos na melhoria dos cuidados prestados ao cliente. Adquiri novos conhecimentos relativos ao controlo da dor, impulsionando o aprofundamento dos mesmos através de pesquisas bibliográficas relacionadas com a temática. Tendo em conta a minha atividade profissional, o contacto com a UDA, permitiu-me ter uma abordagem mais abrangente e sistemática da dor aguda, baseada na evidência científica, adotando medidas de prevenção e controlo da dor, de forma a melhorar a qualidade de vida e capacidade funcional do cliente.

A comunicação é um dos pilares do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, o qual promove a segurança na prestação de cuidados de saúde. Neste âmbito, surge a Norma nr. 001/2017 da DGS, a qual refere que a transição de cuidados deve contemplar uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, de modo a assegurar a segurança do cliente, devendo, para isso, a informação ser normalizada utilizando a técnica ISBAR "(Identify, Situation, Background, Assessement, Recommendation"), sendo aplicável na transmissão da informação em todos os níveis de prestação de cuidados, principalmente nos que envolvem momentos críticos (admissão, alta e transferência do cliente, e passagens de turno dos profissionais) (DGS, 2017).

No decorrer dos estágios foi possível desenvolver competências na área da comunicação, mais concretamente na aplicação da técnica ISBAR, uma vez que está devidamente implementada nos dois serviços. Foi evidente a familiarização com a técnica, da parte das equipas de enfermagem, quer da UCA quer da UCPA, havendo uma transição da informação do cliente de forma simples, concisa e estruturada, promovendo a continuidade da prestação de cuidados de saúde segura. No momento da mudança de turno, também se verificou o recurso à técnica de ISBAR. De um modo geral, considero que os contextos de estágio foram fundamentais para aprimorar o meu desempenho e desenvolvimento de competências específicas no cuidado à pessoa em situação perioperatória e sua família/pessoa significativa. Possibilitaram a aquisição, compreensão e mobilização de conhecimentos, habilidades e condutas referentes às diversas atividades e estratégias, sempre sustentadas pelo pensamento reflexivo e fundamentadas pela prática baseada na evidência.

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

Os cuidados de enfermagem perioperatórios especializados em enfermagem à pessoa em situação perioperatória apresentam um núcleo de objetivos que buscam a excelência do exercício profissional, os quais englobam a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, potenciar o bem-estar e autocuidado e a readaptação funcional do cliente (OE, 2017).

O enfermeiro especialista possui um vasto corpo de conhecimentos e capacidades, que lhe permite avaliar as necessidades de saúde da pessoa alvo dos seus cuidados, bem como atuar

nos vários níveis de prevenção (OE, 2019).

O regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem na Pessoa em Situação Perioperatória, realça a dimensão desta competência quando declara que o exercício profissional do EEEMCPSPE se caracteriza pela atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica através de uma abordagem proativa, seguindo os princípios de atuação com responsabilidade profissional e prudência (OE, 2017).

No âmbito da prevenção de complicações para a saúde dos clientes, vários são os focos de atenção do EEEMCPSPE perante os quais os processos de tomada de decisão e as intervenções, têm como alicerce o conhecimento válido, atual e pertinente, coadjuvado com o pensamento crítico e reflexivo, baseados na evidência científica.

As Infeções Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) consistem numa infeção adquirida pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo afetar também os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2007). Segundo a OMS, as IACS constituem um problema de saúde pública, na medida em que aumentam a morbilidade e mortalidade, prolongam os internamentos e aumentam os custos em saúde, tendo um grande impacto quer nos clientes quer nos serviços de saúde (DGS, 2017). Desta forma, torna-se fulcral compreender as caraterísticas das causas inerentes ao desenvolvimento das IACS, para a implementação de medidas de proteção do hospedeiro suscetível de proteção e controlo da transmissão cruzada da infeção e, consequentemente, proteção da comunidade.

Em 1996 foram criadas as Comissões de Controlo de Infeção (CCI), integradas numa rede nacional de prestação de cuidados, como forma de monitorizar e intensificar a vigilância epidemiológica. Em 1999, surge o Programa Nacional de Controlo de Infeção (PNCI) centrado na melhoria da qualidade dos cuidados e na promoção da segurança dos clientes e profissionais das unidades de saúde (DGS, 2007). Mais tarde, em 2013 é criado o PPCIRA, fundamentado pela necessidade de uma abordagem uníssona face às IACS e ao aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (DGS, 2017). O PPCIRA tem como missão "a prevenção e controlo de infeções associadas a cuidados de saúde, a promoção do uso sensato de antimicrobianos, e a redução da emergência de resistência a antimicrobianos e da transmissão de microrganismos resistentes, através de intervenções de melhoria de qualidade, educativas e comportamentais" (DGS, 2021, p.8).

A partir de 2014, surgem as PBCI que traduzem um conjunto de regras de boa prática, as quais devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, com o objetivo de minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada. As PBCI incidem nos seguintes padrões de qualidade: avaliação individual do risco de infeção na admissão do cliente e colocação/isolamento dos clientes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamento de proteção individual; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017). Assim, torna-

se crucial a adoção de medidas de prevenção e controlo de infeção e o cumprimento de procedimentos simples e eficazes, que exigem apenas a responsabilização e a mudança de comportamentos dos profissionais.

Em 2011/2012, Portugal era considerado um dos países europeus com maior incidência de infeção hospitalar. Perante esta tendência surge o projeto "STOP - Infeção Hospitalar" desenvolvido em 2015-2018, uma parceria entre o PPCIRA da DGS e a Fundação Calouste Gulbenkian, que consiste na implementação de uma aprendizagem colaborativa, com o objetivo de diminuir as IACS, através da prestação de cuidados de saúde adequados, seguros e baseados na evidência científica.

Perante o impacto positivo do projeto "STOP - Infeção Hospitalar" na diminuição das IACS, surge o projeto "STOP - Infeção Hospitalar 2.0", o qual é alargado a mais instituições de saúde e cujo objetivo é reduzir a incidência de cinco tipos de infeção hospitalar (DGS, 2020). A implementação deste projeto tem permitido uma melhoria dos procedimentos de prevenção das infeções do local cirúrgico, nomeadamente nas cirurgias do cólon/reto, da vesícula biliar e prótese da anca e joelho, infeção do trato urinário (clientes com cateter vesical), infeções da corrente sanguínea (clientes com cateter vascular central) e na pneumonia associada à intubação. O conhecimento das normas provenientes do PPCIRA e do projeto STOP Infeção Hospitalar, é fundamental para orientar a prática profissional do EEEMC.

Os profissionais de saúde são responsáveis pela implementação de uma cultura de segurança, de modo a prevenir e controlar as IACS, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a maximização da segurança do cliente. Nesse sentido, na procura permanente da excelência do exercício profissional, mediante as caraterísticas particulares e complexas do contexto perioperatório, o EEEMC maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

O "feixe de intervenções" para a prevenção da infeção do local cirúrgico assume especial destaque no contexto perioperatório. Segundo a norma da DGS 020/2015, perante um cliente que necessita de cuidados perioperatórios, é necessário a implementação de forma integrada de um conjunto de intervenções, realizadas de forma sistemática e uniforme, com vista à melhoria dos cuidados de saúde prestados.

As intervenções que constituem a bundlle para a prevenção da infeção do local cirúrgico são: o banho com clorohexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência; a administração de antibioterapia profilática dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado; a tricotomia é evitada sempre que possível e quando realizada, recorre-se a máquina de corte e imediatamente antes da cirurgia; manutenção de normotermia perioperatória e normoglicémia (glicemia ≤180 mg/dl) durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes (DGS, 2015). Assim, surge a necessidade para questionar, avaliar e investigar sobre a contínua atualização na área da prevenção e controlo da infeção, baseada nas diretrizes da DGS e da melhor evidência científica.

O PPCIRA e o programa “STOP Infeção Hospitalar” serviram de guia de orientação na minha prática profissional, nomeadamente no cumprimento das PBCI e dos feixes de intervenção referentes à prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, da infeção relacionada com o cateter venoso central, da infeção do local cirúrgico e da pneumonia associada à intubação.

O estágio profissional permitiu-me colaborar nas auditorias realizadas nos contextos clínicos, no que concerne ao cumprimento da norma 007/2019 - “Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde” e do feixe de intervenções para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical.

A higienização das mãos continua a ser uma das medidas mais simples, eficaz e económica no que se refere à prevenção das IACS. A DGS (2019) adota o modelo concetual dos “Cinco Momentos” para a higiene das mãos na prática clínica, que determina as indicações/tempos para a higienização das mãos, dos quais se enumeram: 1) antes do contacto com o cliente; 2) antes de procedimentos limpos/asséticos; 3) após risco de exposição a fluidos orgânicos; 4) após contato com o cliente e 5) após contato com o ambiente envolvente do cliente. As mãos dos profissionais de saúde são consideradas o principal veículo de transmissão dos microrganismos, que podem despoletar infeções cruzadas. Daí, a extrema importância das auditorias realizadas regularmente nos serviços, nomeadamente, em contexto periperatório.

Relativamente à norma clínica 019/2015, referente ao “feixe de intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, a auditoria incidiu mais especificamente no cumprimento da norma quanto à realização de técnica asséptica aquando do procedimento e na pertinência do cateterismo vesical mediante cada cliente. Relativamente às PBCI, colaborei na elaboração e realização de uma formação em serviço, em conjunto com os elementos da equipa de enfermagem do BO que representam a PCIRA, com o objetivo de fomentar a prática de cuidados de saúde seguros (ANEXO V). Esta ação de formação para além da componente teórica, teve uma exemplificação prática de como atuar perante a necessidade de determinadas situações que implicam a tomada de PBCI com a participação dos formandos, o que proporcionou um maior interesse da sua parte e, possivelmente promoveu mais facilmente a incorporação das PBCI. Esta ação de formação foi realizada presencialmente e online, e ficou disponível para todos os elementos da equipa através de uma gravação.

A manutenção de normotermia tem assumido especial interesse pelos profissionais de saúde, nomeadamente na procura da melhor evidência científica, como forma de orientação da prática profissional, contribuindo para o cumprimento da norma clínica 019/2015 e, consequentemente, otimização dos cuidados de saúde prestados. Tendo como base o estágio realizado num primeiro momento na UCA e na UCPA e, principalmente a minha prática profissional em contexto de BO, surgiu o interesse por esta temática. A intervenção cirúrgica, por si só, é um fator predisponente de ansiedade e desconforto para o cliente, sendo que, aliado ao desconforto térmico, o processo cirúrgico poderá torna-se uma experiência com uma componente negativa, conduzindo por vezes à sua insatisfação. A hipotermia é uma das complicações cirúrgicas mais frequentes no perioperatório e define-se por uma temperatura central inferior a 36ºC (SPA, 2017). Alguns autores defendem que, a hipotermia inadvertida no perioperatório é uma das

causas do aumento do tempo de internamento pós-operatório (cerca de 40%) e aumenta o risco de infeção do local cirúrgico em 64% (Lynch et al., 2010, citado por Healy et al., 2018). Os efeitos adversos decorrentes da hipotermia inadvertida no perioperatório podem resultar em complicações importantes e graves, que afetam de forma significativa as pessoas intervencionadas, as suas famílias e as próprias instituições de saúde (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas [AESOP], 2017).

A prevenção assenta nos indicadores de qualidade de cuidados de saúde, nomeadamente: maior satisfação do utente; menores níveis de ansiedade do cliente; diminuição da dor pós-operatória; diminuição das perdas sanguíneas e necessidades transfusionais; diminuição do tempo de permanência na UCPA; redução dos custos totais da anestesia; diminuição da necessidade de internamento; redução da incidência de enfarte agudo do miocárdio; redução de necessidade de ventilação mecânica; extubação mais precoce em clientes com ventilação mecânica; redução global da morbilidade e mortalidade (AESOP, 2017; Link, 2020).

O enfermeiro perioperatório, como uma das figuras mais preponderantes na prestação de cuidados de saúde, deve prestar cuidados de enfermagem planeados de acordo com as necessidades do cliente e, tendo por base as melhores evidências e diretrizes científicas (Rocha et al., 2022). Desta forma, torna-se imperativo a consciencialização das equipas de enfermagem sobre a prevenção e tratamento da hipotermia no perioperatório.

O projeto de estágio está direcionado para o desenvolvimento de competências avançadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da prevenção da hipotermia inadvertida no perioperatório. Nesse sentido, durante o estágio aprofundei conhecimentos nesta área, através da pesquisa da melhor evidência científica e das diretrizes da DGS relativas à temática abordada. Com base na pesquisa bibliográfica realizada, foi elaborado uma scoping review, intitulada “Hipotermia Inadvertida – O papel do enfermeiro na prevenção da hipotermia no perioperatório” (ANEXO VI). De modo a contribuir para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos das equipas de enfermagem dos contextos clínicos, foi realizada uma formação em serviço em cada local de estágio, relacionada com este tema e cuja abordagem se focou nas intervenções autónomas de enfermagem, evidenciando o benefício da prática de enfermagem fundamentada e baseada na melhor evidência (ANEXO III). A ação de formação foi realizada presencialmente e online, e ficou disponível para todos os elementos da equipa através de uma gravação. Um dos objetivos do projeto de estágio prendia-se com a apresentação de uma proposta de uma norma de procedimento de prevenção de hipotermia inadvertida no perioperatório. No entanto, o grupo responsável pela gestão de risco da unidade hospitalar, já tinha apresentado uma proposta, a qual foi aceite, pelo que não fez sentido apresentar outra proposta.

A segurança e o bem-estar dos clientes perante um procedimento cirúrgico são preocupações fundamentais de toda a equipa multidisciplinar. Todos os membros da equipa devem contribuir para o desenvolvimento de uma prática segura, baseada na identificação, análise e controlo de potenciais riscos, de modo a assegurar a segurança do cliente e dos próprios profissionais. A adoção de políticas e implementação de procedimentos, com uma abordagem sistematizada

para reduzir o risco de erros e melhorar a segurança dos clientes, constituem pontos chave na melhoria da prestação de cuidados (Rothrock, 2008). Segundo a DGS (2011, p.14), segurança do cliente consiste na "redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável." A segurança do cliente implica uma abordagem sistemática, contínua e promotora de uma cultura de segurança, envolvendo todas as partes interessadas de forma coordenada e consistente (Despacho n.º 9390/2021).

A implementação de projetos de melhoria da qualidade na área da saúde são imperativos, na medida em que estimulam a efetividade, a eficiência, a equidade e a segurança dos cuidados, potenciando ganhos em saúde.

Em Portugal, emerge a "Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 – 2020", cuja missão consiste em "potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde" (Despacho nº 5613/2015, p. 13552), na qual é integrado o PNSD 2015 – 2020.

De acordo com o Despacho nº 1400-A/2015, o PNSD 2015 – 2020 defende que o acesso e a prestação de cuidados de saúde de qualidade, em qualquer etapa do processo, é um direito basilar do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para o exigir. Neste sentido, foram criadas comissões de qualidade e segurança nas diversas instituições de saúde, de modo a proliferar de forma contínua e permanente, a adoção de uma prática dos cuidados baseada na evidência e a consciencialização da cultura de segurança, a todos os profissionais de saúde.

O PNSD 2015-2020, tem como objetivos estratégicos: 1. Aumentar a cultura de segurança; 2. Aumentar a segurança da comunicação; 3. Aumentar a cirurgia segura; 4. Aumentar a segurança na utilização da medicação; 5. Assegurar a identificação inequívoca dos clientes; 6. Prevenir a ocorrência de quedas; 7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; 8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; 9. Prevenir e controlar as infeções associadas aos cuidados de saúde, fomentando a segurança dos cuidados no Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º 1400-A/2015).

O sucesso do PNSD 2015-2020, proporciona a elaboração de um novo plano, o PNSD 2021-2026, que tem como objetivo "consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continua de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos" (Despacho n.º 9390/2021, p. 97). Encontra-se estruturado em cinco pilares, e constitui uma ferramenta de apoio a uma vasta equipa, desde gestores de topo e gestores de risco, lideranças intermédias e profissionais de saúde em geral, que implica o envolvimento ativo na "governação, coordenação e operacionalização nos diferentes níveis de cuidados, de modo a aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo presente o foco no doente e seus cuidadores" (Despacho n.º 9390/2021, p.98). O PNSD 2021-2026 tem como pilares: a) Cultura da segurança; b) Liderança e governança; c) Comunicação; d) Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; e) Práticas seguras em ambientes

seguros. O EEEMCPSPE constitui um elemento fulcral na dinamização do desenvolvimento e adoção da cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde ao cliente no perioperatório, servindo como elemento facilitador e promotor de cuidados de enfermagem diferenciados e de qualidade. Dois dos pilares do PNSD 2021-2026, assentam na prioridade em assegurar a cultura da segurança e na prevenção e gestão de incidentes de segurança do cliente.

O BOC é um contexto diferenciado e complexo, em que por vezes, ocorrem emergências, que contribuem para o aumento da ocorrência de erros, o que implica a implementação de políticas e medidas de segurança, que facilitem a prática segura dos profissionais de saúde e, paralelamente, assegurem, a segurança do cliente. Nesse sentido, o programa internacional da "Cirurgia Segura, Salva-Vidas" em 2009, do qual faz parte a lista de verificação cirúrgica, surge como instrumento essencial na segurança dos cuidados de saúde perioperatórios.

A marcação do local cirúrgico é um dos focos de verificação cirúrgica. A cirurgia no local errado é um evento sentinela grave e evitável. Os procedimentos que envolvem lateralidade implicam a marcação do local cirúrgico, nomeadamente pelo cirurgião e a confirmação dos restantes elementos da equipa, a verificação no processo clínico do cliente e, sempre que possível, a confirmação do próprio cliente. Assim, a marcação do local cirúrgico depende da interação e envolvimento dos elementos da equipa disciplinar e do cliente, contribuindo para a segurança do mesmo. Cirurgias do foro ortopédico são as mais suscetíveis à ocorrência deste tipo de evento (Bathla et al., 2021; Davis et al., 2012).

O Programa "Cirurgia Segura, Salva-Vidas", destaca-se pelo seu contributo de forma a diminuir a ocorrência deste tipo de erros, uma vez que faz parte da lista de verificação cirúrgica "antes da indução", confirmar se foi realizada a marcação do local cirúrgico (o qual pode ser não aplicável). The Joint Commission (TJC) define evento sentinela como sendo um evento de segurança do cliente que resulta em morte, dano permanente ou dano temporário grave, tendo efeitos negativos quer nos clientes quer nos profissionais de saúde envolvidos. A identificação e divulgação dos eventos sentinela, aliada a uma abordagem colaborativa da equipa multidisciplinar, permite identificar e prevenir ocorrências futuras, contribuindo para a melhoria contínua e promoção da segurança e do cuidado centrado no cliente e família (Patra & De Jesus, 2023).

A retenção de corpos estranhos em contexto cirúrgico é um evento sentinela, perfeitamente evitável, mas que ainda ocorre nos dias de hoje. Pode suceder em vários tipos de procedimentos cirúrgicos, contudo, algumas condições propiciam o aumento do risco da sua ocorrência, nomeadamente: cirurgias de emergência, alteração do procedimento planeado inicialmente, tipo de procedimento, procedimentos demorados, perda excessiva de sangue, clientes obesos, realização de mais do que um procedimento em simultâneo. Para além destes fatores de risco, a mudança de turno de elementos da equipa, distração, má comunicação, falta de cooperação, o cansaço da equipa cirúrgica, erro na contagem dos dispositivos ou contagens incompletas, uso de compressas não radiopacas, bem como a ausência de uma política de contagem, contribuem para a ocorrência deste evento adverso (Cobb, 2010).

Diretrizes direcionadas para a prevenção da retenção de corpos estranhos na ferida cirúrgica, constitui uma ferramenta importante na medida em que proporciona um ambiente de maior segurança para os clientes e para os profissionais de saúde envolvidos. Assim, releva-se a importância da elaboração de procedimentos padronizados para contagem de compressas, corto-perfurantes e instrumentos, definindo os momentos das contagens, que incluem uma boa comunicação entre toda a equipa cirúrgica. A contagem deve ser efetuada pela enfermeira instrumentista e pela enfermeira circulante, em voz alta, e registada em local apropriado (Rothrock, 2008). Nos locais de estágio, verifiquei a importância atribuída a este tema por todos os elementos da equipa cirúrgica, nunca descurando a realização da contagem dos dispositivos. O desenvolvimento da cultura de segurança em contexto perioperatório é enaltecido, reforçando a relevância da elaboração e cumprimento de procedimentos padronizados para a prevenção deste evento sentinela. Desta forma, considero que a minha prática, quer em estágio, quer profissionalmente, foi orientada no sentido da prevenção da sua ocorrência, atribuindo uma maior importância ao momento das contagens e promovendo essa mesma consciência diante dos restantes profissionais.

O EEEMCPSPE potencializa o cumprimento dos procedimentos que visam a melhoria da prestação dos cuidados de saúde. Administração insegura e erros na medicação constituem uma das principais causas de danos evitáveis nos sistemas de saúde mundiais. Um erro de medicação é qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir ao uso inapropriado de medicamentos e potenciar danos ao cliente (Brady et al., 2009). Erros de medicação em contexto perioperatório podem resultar em morbilidade ou, mesmo, mortalidade para o cliente, sendo resultado de falhas multidisciplinares e multifatoriais. Neste sentido, como forma de auxiliar no processo de melhoria dos cuidados prestados e segurança do cliente, em 2011 a AORN apresenta as “Práticas recomendadas para segurança de medicamentos”, as quais fornecem uma linha de orientação aos enfermeiros do perioperatório no desenvolvimento, implementação e avaliação de práticas de uso de medicamentos.

A implementação das práticas recomendadas implica a compreensão do papel do enfermeiro do perioperatório no processo de administração de medicamentos, promovendo o desenvolvimento de um plano de gestão de medicamentos, assim como políticas e procedimentos que propiciam a segurança no manuseamento e administração dos mesmos (Hicks et al., 2012). Têm por base a evidência e a identificação de pontos de risco, e incluem o armazenamento de medicamentos (por exemplo, separar medicamentos com rótulos semelhantes), práticas seguras de administração, segurança quanto aos cortoperfurantes, e armazenamento e uso de frascos multidose.

Considero que as práticas supracitadas orientaram e facilitaram a minha prática e facultaram a prestação de cuidados de saúde com vista à melhoria da qualidade da sua prestação e segurança do cliente. Tive como máxima a validação dos “cinco certos da administração da medicação”, como uma das ferramentas essenciais para a prevenção de eventos adversos: “medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa e doente certo”, garantindo a assépsia adequada. A rotulagem de toda a medicação (nome e dosagem) também foi realizada e

verificada, de modo a evitar troca da mesma.

Perante situações de urgência e fármacos mais específicos que exigem uma determinada preparação, recorri várias vezes à dupla verificação dos fármacos com os enfermeiros da equipa, de modo a confirmar a preparação e a dosagem, zelando pela segurança do cliente. Do mesmo modo, atribuí maior importância à utilização de rótulos adesivos para identificar as seringas, com cores e formas distintas para cada classe medicamentosa, de forma a diminuir o risco de ocorrência de erro.

Os posicionamentos cirúrgicos estão associados a determinados riscos de lesão, cujo local e tipologia de lesão dependem da posição. Múltiplos são os fatores que potencializam o risco, dos quais se destacam a duração do procedimento cirúrgico e os fatores inerentes ao cliente. As lesões podem ocorrer por estiramento ou compressão dos tecidos, conduzindo à diminuição do fluxo sanguíneo e isquemia, por fricção ou pressão prolongada. O posicionamento cirúrgico tem como principal objetivo permitir a adequada exposição do local cirúrgico, assegurando-se o conforto e a privacidade do cliente. Outros aspetos a ter em atenção aquando do posicionamento prende-se com a necessidade de manter fácil acesso a linhas intravenosas e equipamentos de monitorização, permitir uma ventilação adequada e manter a circulação, proteger as zonas de maior pressão com equipamento adequado (Burlingame, 2017).

A AORN elenca um conjunto de diretrizes de posicionamento cirúrgico com o intuito de orientar os profissionais de saúde na sua prática, baseada na melhor evidência. É evidenciada a importância de um avaliação pré-operatória para a identificação do risco de lesões, facilitando a identificação das necessidades para a elaboração e implementação de um plano de ação de prevenção adequado. A avaliação no pós-operatório é crucial para a identificação do desenvolvimento de lesões aquando do posicionamento, tendo o enfermeiro perioperatório um papel preponderante nesta avaliação (Burlingame, 2017; Lopes & Galvão, 2010).

É da responsabilidade da equipa multidisciplinar planear o posicionamento cirúrgico. A implementação de práticas seguras no posicionamento cirúrgico faz parte das intervenções autónomas de enfermagem, sendo o EEEMCPSPE um elemento com conhecimentos diferenciados para garantir um planeamento adequado. Deste modo, considero que cumpri adequadamente as guidelines da AORN no que se refere ao posicionamento cirúrgico, colaborando no planeamento adequado do mesmo e, posteriormente na sua implementação, com vista a garantir a segurança do cliente. Apesar de ter alguns anos de experiência profissional em contexto perioperatório, senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos acerca desta temática, nomeadamente, em relação a determinados tipos de posicionamentos cirúrgicos, procurando a melhor evidência científica. Um sentido de maior responsabilidade e sensibilidade para a importância de um correto e adequado posicionamento cirúrgico, foi-me incutido durante todo o curso de mestrado, e consequentemente, impulsionou um sentimento de maior valorização de uma prática segura em busca do bem-estar e conforto do cliente.

A comunicação é fundamental na manutenção da segurança dos cuidados prestados, na medida

em que contribui para a identificação de possíveis eventos adversos. A implementação de estratégias e diretrizes permitem uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde (Bento, 2015). Define-se como um processo em que são trocadas informações entre indivíduos através de um sistema comum de símbolos, sinais ou comportamento, cuja eficácia depende do modo como a informação é transmitida e como é percebida e compreendida pelo recetor. Permite que a equipe multidisciplinar compreenda as ações para um objetivo comum de cirurgia segura e eficiente, facilitando as atividades interdependentes de cada profissional de saúde, com o intuito de diminuir os riscos à segurança do cliente. Quando estruturada e padronizada, caraterizada por uma abordagem sistemática destinada a melhorar a capacidade de comunicação entre os vários elementos da equipa, contribui para a precisão e entendimento entre toda a equipa multidisciplinar. A comunicação eficaz pode ser comprometida em situações de stress extremo ou pressão de tempo, nomeadamente em situações de urgência (Etherington et al., 2019).

As técnicas de comunicação permitem a melhoria da transmissão da informação entre os profissionais de saúde, contribuindo para a melhoria dos cuidados e segurança do cliente. No entanto, no intraoperatório, os profissionais de saúde deparam-se mediante determinados fatores caraterísticos do próprio contexto que constituem risco para a comunicação eficaz dentro da equipa. Situações de emergência, casos complexos e dinâmicos, afetam a comunicação entre a equipa. Fatores ambientais da sala operatória, nomeadamente o ruído inerente aos equipamentos existentes, ou mesmo às conversas entre os elementos da equipa, a entrada e saída de pessoas da sala, telefonemas, entre outros, contribuem para a distração e por vezes, ineficácia da comunicação entre os pares e o cliente (Etherington et al., 2019). Nesse sentido, o EEEMCPSPE tem como competência assegurar uma comunicação eficaz em contexto perioperatório, nomeadamente no intraoperatório, devendo atenuar o ruído na sala operatória, dentro das suas possibilidades e alertar para a necessidade de um ambiente calmo e de concentração. Desta forma, mantém o seu enfoque na maximização da prestação de cuidados de saúde seguros, visando o bem-estar e proteção do cliente.

A minha postura nos diferentes locais de estágio foi ao encontro de uma comunicação eficaz, de modo a assegurar a segurança do cliente em diferentes fases do contexto, nomeadamente na passagem de informação do cliente aos elementos da equipa utilizando a técnica de ISBAR, bem como na padronização da comunicação através da lista de verificação cirúrgica e do briefing pré-operatório (através da realização do Kaisen), usando uma linguagem assertiva. Tive oportunidade de verificar a relevância dos diferentes momentos da lista de verificação cirúrgica, nomeadamente no pré-operatório, assim como do briefing, na medida em que possibilitam a identificação de determinados fatores, como falta de vaga na Unidade de Cuidados Intensivos, falta de material cirúrgico, fatores relativos às condições hemodinâmicas do cliente, entre outros, que condicionam a realização do procedimento cirúrgico e, caso este momento de comunicação não existisse, colocaria em risco a segurança do cliente. Assim, considero que o estágio desenvolvido na UCA e na UCPA contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas, através da consolidação de conhecimentos sólidos e fundamentados no que concerne à maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O percurso realizado ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, fomentou uma transformação profissional e pessoal, evidenciada por uma maior sensibilidade acerca das múltiplas dimensões que envolvem o enfermeiro especialista no processo de cuidado da pessoa em situação perioperatória. Neste relatório, foi elencado o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e das competências específicas do EEEMCPSPE. Os estágios realizados na UCA e posteriormente na UCPA, proporcionaram vários momentos diferenciados de aprendizagem, embutidos de partilha de conhecimento e experiências, os quais contribuíram para o desenvolvimento das diferentes competências inerentes ao grau de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente no que se refere ao cuidado da pessoa em situação perioperatória e sua família/pessoa significativa e na maximização da sua segurança e da prevenção de eventos adversos, bem como da segurança da equipa multidisciplinar.

O estágio de natureza profissional proporcionou uma maior sensibilidade para questões relacionadas com a prevenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos e a comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar e entre enfermeiro e cliente/pessoa significativa. A minha prática foi orientada pelos princípios éticos e deontológicos, zelando pelo respeito da dignidade humana, autonomia da pessoa e respeito pela cultura e valores pessoais. Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica foram parte integrante do processo de desenvolvimento de competências inerentes ao mestrado, servindo de instrumento para a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A necessidade de uma reflexão crítica ao longo do estágio foi constante e imprescindível para a consciencialização das dificuldades e sua superação, contribuindo para o crescimento pessoal e profissional, permitindo a consolidação do papel do enfermeiro especialista, e das responsabilidades acrescidas.

A aquisição e o aprofundamento de conhecimentos exigidos pela prática clínica sustentados pelos contributos das diversas unidades curriculares da componente teórica do curso de mestrado, sustentaram o raciocínio critico e a tomada de decisão no que respeita ao planeamento dos cuidados e à resolução de problemas, fomentando o autoconhecimento e a assertividade enquanto profissional de saúde, com vista a assegurar a segurança e melhoria da qualidade dos cuidados prestados com base na melhor evidência científica.

Os objetivos delineados para o estágio seguiram como principais critérios a prestação de cuidados altamente diferenciados, de modo a facilitar a vivência do processo perioperatório ao

cliente e sua família/pessoa significativa, antecipando necessidades inerentes à especificidade do processo cirúrgico e das características inerentes ao cliente e seu meio envolvente, assistindo o cliente e família nas perturbações emocionais decorrentes do processo, através de uma comunicação adequada e estabelecimento de relação terapêutica. A gestão de risco inerente ao cliente e aos próprios profissionais de saúde constituíram um dos focos de atenção do meu percurso académico, evidenciado pela elaboração de trabalhos nesta área.

A temática abordada no projeto de estágio, hipotermia inadvertida no perioperatório e a dinamização dos cuidados de enfermagem no sentido da sua prevenção, constituiu um ponto de crescimento no sentido de valorização das intervenções autónomas de enfermagem. O desenvolvimento do projeto permitiu-me adquirir e consolidar conhecimentos acerca do tema, fundamentando a minha prática profissional diária na evidência científica. Do mesmo modo, contribuiu para que atribuísse uma maior importância à prevenção deste evento adverso e, consequentemente, através desse sentido de valorização, fomentasse a relevância da implementação de intervenções autónomas de enfermagem junto dos restantes profissionais de saúde. Em suma, este trabalho permitiu enaltecer o exercício profissional do EEEMCPSPE, como elemento essencial na prática de cuidados de saúde de qualidade e segurança em contexto perioperatório.

Este percurso de aprendizagem permitiu a aquisição de um vasto leque de conhecimentos e o desenvolvimento de competências avançadas, que facultam a tomada de decisão consciente e fundamentada e a comunicação clara e concisa, orientando a minha prática profissional no sentido da prestação de cuidados de excelência.

7. BIBLIOGRAFIA

Adam P. (2014). Treatment of recent trochanteric fracture in adults. Orthop Traumatologie Surgeries, 100(1), 75-83. Disponível em: https://doi: 10.1016/j.otsr.2013.11.007.

Amniati, S., Malekpour, S., Khatibi, A., Kiaei, M., Jalali, A. & Jafarian, A. (2023). A Comparison Of Emergence Agitation Between Succinylcholine And Rocuronium. Journal of Pharmaceutical Negative Results. 14 (3), 2775-2780. Disponível em: https://doi: 0.3.04.1310.47750/pnr.202.

Arakelian, E., Swenne, C., Lindberg, S., Rudolfsson, G., & Vogelsang A. (2016). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing contexto from the patient's perspective – An integrative review. Journal Clinical Nursing, 26(17-18), 2527-2544. Disponível em: https://doi: 10.1111/jocn.13639.

Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas (2017). Práticas Recomendadas para Bloco Operatório - Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida.

Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas (2006). Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados. Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda. ISBN 978-972-8930-16-5.

Association Of periOperative Registered Nurses (2020). Standardizing positioning equipment and practices to prevent patient injury. AORN Journal, 111 (4), 19- 21.

Association Of periOperative Registered Nurses (2019). PERIOPERATIVE NURSING: Scope and Standards of Practic. 2019. AORN. Disponível em: https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee_1.

Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA). Recomendações Portuguesas para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória. Janeiro. 2013. Disponivel em: https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao_DorAguda.pdf.

Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) (2012). - Recomendações Portuguesas para a Profilaxia e Tratamento das Náuseas e Vómitos em Cirurgia Ambulatória. Janeiro.

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal, M., Macedo, A.L., & Gomes, M. (2017), SOCIEDADE PORTUGUESA DE ANESTESIOLOGIA (SPA), Recomendações da SPA para a manutenção de normoterapia no período perioperatório.

Badiea, M., Moustafa, Z., Alem, A., Mohamed, W. & Elbeialy, M. (2022). General anesthesia versus ultrasound-guided axillary block for ambulatory hand surgery: Randomized prospective study Ain Shams Journal of Anesthesiology. 14 (1)1-10.

Ball, L., Dameri, M. & Pelosi, P. (2015). Best Practice & Research. Clinical anaesthesiology. Conceção de cuidados em contexto de perioperatório. 29 (3), 285-99.

Bashaw, M., & Keister, K. (2019). Perioperative Strategies for Surgical Site Infection Prevention. AORN Journal, 109(1)6, 8-78. Disponível em: https://doi: 10.1002/aorn.12451.

Bathla, S., Chadwick, M., Nevins, E., & Seward, J. (2021). Preoperative Site Marking: Are We Adhering to Good Surgical Practice?. Journal Patient Safety, 17(6), 503-508. Disponível em: https://doi:10.1097/PTS.0000000000000398. PMID: 28661999.

Beitz, J. (2019). Addressing the Perioperative Nursing Shortage Through Education: A Perioperative Imperative. AORN Journal, 110(4), 403–414. Disponível em: https://doi:10.1002/aorn.12805.

Bento, F. (2015). Contributo da comunicação efetiva na promoção da segurança da pessoa em situação crítica durante a transição perioperatória: Percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem (Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Brady, A., Malone, A., & Fleming, S. (2009). A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. Journal of Nursing Management, 17(6),679-97. Disponível em: https:// doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.00995.x.

Bratz, J., & Sandoval-Ramirez, M. (2018). Ethical competences for the development of nursing care. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(4), 1810–1814. Disponível em: https://doi:10.1590/0034-7167-2017-0539.

Breda, L., & Cerejo, M. (2017). Influence of the preoperative nursing consultation in meeting the patient's information needs. Revista de Enfermagem Referência. 2021, Série V, nº5: e20088, 1-8.

Breyer, E. (2018). Patient positioning and associated risks. Secção III – Preoperative preparation and intraoperative management. 19, 321-336.

Burlingame, B. (2017). Guideline Implementation: Positioning the Patient. AORN Journal, 106(3), 227-237. Disponível em: https://doi: 10.1016/j.aorn.2017.07.010.

Carow, J., Coburn, M., Kim, B., Bucking, B., Bliemel, C., Bollheimer, L., Werner, C., Bach, J. & Knobe, M. (2017). Mortality and cardiorespiratory complications in trochanteric femoral

fractures: a ten year retrospective analysis. International orthopaedics. 41 (11),2371-2380. Disponível em: https://doi: 10.1007/s00264-017-3639-3.

Castellan, C., Sluga, S., Spina, E., & Sanson, G. (2016). Nursing diagnosis, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in intensive care unit. Journal of Advanced Nursing, 72(6), 1273-1286. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1111/jan.12913.

Catarino, F., Lourenço, C., Correia, C., Dória, J., Dixe, M., Santos, C., Sousa, J., Mendonça, S., Cardoso, D. & Costeira, C. (2022). Nursing Care in Peripheral Intravenous Catheter (PIVC):Protocol of a Best Practice Implementation Project. Nursing reports. 12 (3), 515-519.

Chambel, M. (2021). Promoção do autoconceito da pessoa com experiência de doença mental: Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica). Repositório aberto Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44344/1/MESMP_8860_reformulada.pdf.

Choi, H., Kim, S., Kim, H., Ahn, E., Kim, K. & Bang, S. (2020). Endotracheal tube cuff pressure increases in patients undergoing shoulder arthroscopy: A single cohort study. Revista Brasileira de Anestesiologia. 70(6), 583-587.

Cobb, T. (2010). Iatrogenic retention of surgical objects: risk factors and prevention strategies. JAAPA, 23(12), 33-40. Disponível em: https://doi: 10.1097/01720610-201012000-00008.

Comissão Nacional da Unesco – Portugal. (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. [Consultado a 6 julho 2023] Disponível em: https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declara%C3%A7%C3%A3o-universal-sobre-bio%C3%A9tica-e-direitos-humanos.pdf.

Davis, J., Karmacharya, J., & Schulman, C. (2012). Duplication of surgical site marking. Journal Patient Safety, 8(4),151-152. Disponível em: https://doi: 10.1097/PTS.0b013e3182699a01.

Despacho n.º 9390/2021. Diário da República. Série II. 187 (24-09-2021) 96-103. [Consultado a 6 julho 2023]. Disponível em: https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf.

Despacho n.º 2757/2017. Diário da República, Série II. 66 (03-04-2017) 6153-6154. [Consultado a 6 julho 2023]. Disponível em: https://www.iasaude.pt/attachments/article/2345/despacho_2757_2017_infecao_resistencias_antimicrobianas.pdf.

Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República. 1º Suplemento. Série II. 28 (10-02-2015) 3882(2) 3882(10). [Consultado a 6 julho 2023]. Disponível em: https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf.

Despacho n.º 5613/2015. Diário da República, Série II. 102 (27-05-2015) 13550-13553. [Consultado a 6 julho 2023] Disponível em https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf.

Ding, X., Zhu, X., Zhao. C., Chen, D., Wang, Y., Liang, H. & Gui, B. (2023). Use of sugammadex is associated with reduced incidence and severity of postoperative nausea and vomiting in adult patients with obesity undergoing laparoscopic bariatric surgery: A post-hoc analysis. BMC anesthesiology. 23 (1), 163. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12871-023-02123-y.

Direção-Geral da Saúde. PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS – Stop Infeção Hospitalar 2.0. [Consultado a 8 julho 2023]. Disponível em: https://www.dgs.pt/ms/15/pagina.aspx?ur=1&id=5514.

Direção-Geral da Saúde (2021). INFEÇÕES E RESISTÊNCIAS A ANTIMICROBIANOS – Relatório do Programa Prioritário PPCIRA. [Consultado a 8 julho 2023]. Disponível em: https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx.

Direção-Geral da Saúde (2020). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de resistência aos Antimicrobianos. [Consultado a 8 julho 2023]. Disponível em: https://www.dgs.pt/ms/15/pagina.aspx?ur=1&id=5514.

Direção-Geral da Saúde (2019). Norma nº 007/2019: Higiene das mãos nas Unidades de Saúde. [Consultado a 8 julho 2023]. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf.

Direção-Geral da Saúde (2017). Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. [Consultado a 10 julho 2023]. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-desaude.pdf.

Direção-Geral da Saúde (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. [Consultado a 8 julho 2023]. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf.

Direção-Geral da Saúde (2015). Norma nº 020/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. [Consultado a 8 julho 2023]. Disponível em: https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0202015-de-15122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx.

Direção-Geral da Saúde (2013). Norma nº 015/2013: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre dado por escrito. [Consultado a 6 julho 2023]. Disponível em: https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx.

Direção-Geral da Saúde (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente – Relatório Técnico. [Consultado a 6 julho 2023]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf.

Direção-Geral da Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. [Consultado a 8 julho 2023]. Disponível em: https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf.

Duarte, A., (2017). Estágio no serviço de anestesiologia do centro hospitalar do porto. (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório aberto.

Duffy, J. & Tubog, T. (2017). The prevention and recognition of ulnar nerve and brachial plexos injuries. Journal of Perianesthesia Nursing, 1-14.

Eldawlatly, A. (2021). Double lumen tube: Size and insertion depth. Saudi Journal of Anesthesia. 15(3), 280-282. Disponível em: https://doi: 10.4103/sja.sja_192_21.

Elimam, S. & Farouk, N. (2020). Video-assisted thoracoscopic sympathectomy for thoracic three versus thoracic four for the treatment of primary hyperhidrosis. Egyptian Journal of Surgery. 39 (4), 1158-1162. Disponível em: https://doi: 10.4103/ejs.ejs_209_20.

Etherington, C., Wu, M., Cheng-Boivin, O., Larrigan, S., & Boet, S. (2019). Interprofessional communication in the operating room: a narrative review to advance research and practice, 66(10), 1251-1260. Disponível em: https://: 10.1007/s12630-019-01413-9.

Fatoş, U., & Dilek, G. (2021). The importance of moral sensitivity in nursing education: A comparative study. Nursing Forum, 56(3), 635-639. Disponível em: https://doi:10.1111/nuf.12584.

Felisberto, G., Cataneo, A. & Cataneo, D., (2021). Simpatectomia torácica para o tratamento da hiperidrose axilar primária: Revisão sistemática e meta-análise proporcional. Annals of medicine, 53 (1), 1216-1226. Disponível em: https://doi: 10.1080/07853890.2021.1953126.

Ferreira, A. (2019). Análise e melhoria de um sitema de melhoria. (Dissertação de Mestrado Integrado em Engenhari e Gestão Industrial). Repositório aberto Disponível em: https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/61657/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Ana_Ferreira.pdf.

Flierl, M., Stahel, P., Hak, D., Morgan, S. & Smith, W. (2010). Traction table-related complications in orthopaedic surgery. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 18(11),668-75. Disponível em: https://doi: 10.5435/00124635-201011000-00004.

Gonçalves, M., Cerejo, M. & Martins, J. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. Revista de Enfermagem Referência. Série IV - n.º 14 - jul./ago./set. 2017, 17-26.

Gunal, N., Özpolat, B., Gunal, Y. & Dural, K. (2014). Single port thoracoscopic sympathectomy for primary palmar hyperhidrosis in adolescence. Turkish Journal of Medical Sciences. 44, 79-83. Disponível em: https://doi:10.3906/sag-1211-96

Halonen, L., Stenroos, A., Vasara, H. & Kosola, J. (2022). Peri-implant fracture: A rare complication after intramedullary fixation of trochanteric femoral fracture. Archives of orthopaedic and trauma surgery, 142 (12), 3715-3720. Disponível em: https://doi: 10.1007/s00402-021-04193-4.

Hao, Y., Zhang, Z., Zhou, F., Ji, H., Tian, Y., Guo, Y., Lv, Y., Yang, Z. & Hou, G. (2023). Trochanteric and subtrochanteric fractures irreducible by closed reduction: A retrospective study. Journal of orthopaedic surgery and research, 18 (1),141.

Hawkins, J., Khanna, S. & Argalious, M. (2019). Sugammadex for Reversal of Neuromuscular Blockade: Uses and Limitations. Current pharmaceutical design. 25(19), 2140-2148. Disponível em: https://doi: 10.2174/1381612825666190704101145.

Healy, K., O'Sullivan, A., & McCarthy, L. (2018). A nurse-led audit on the incidence and management of inadvertent hypothermia in an operating theatre department of an Irish hospital. Journal of Perioperative Practice, 29(3), 54–60.

Hewson, D., Hardman, J. (2018). Physical injuries during anaesthesia. British Journal of Anaesthesia Education, 18 (10), 310-316. Disponível em: https://doi: 10.1016/j.bjae.2018.06.003.

Hicks, R., Wanzer, L., & Denholm, B. (2012). Implementing AORN Recommended Practices for Medication Safety. AORN Journal, 96(6), 605-622. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.09.012.

Hong, Z., Wu, X., Sheng, Y., Cui, B., Bai, X., Lu, Y., Cheng, T., Jin, D. & Gou, Y. (2023). Comparison of the efficacy of ETS with different segments for palmar, axillary and plantar hyperhidrosis. BMC surgery, 23(1), 82. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12893-023-01976-x.

Ibrahim, M. & Allam, A. (2014). Comparing two methods of thoracoscopic sympathectomy for palmar hyperhidrosis. Journal of the American Academy of Physician Assistants. 27(9), 1-4.

Disponível em: https://doi: 10.1097/01.JAA.0000453237.17130.6b.

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

Yoon, R., Donegan, D. & Liporace, F. (2015). Reducing subtrochanteric femur fractures: Tips and tricks, do's and don'ts. Journal of orthopaedic trauma.29 (4), 28-33. Disponível em: https://doi: 10.1097/BOT.0000000000000287.

Joshi, G. (2020). Enhanced recovery pathways for ambulatory surgery. Current Opinion in Anaesthesiology. 33(6), 711-717. Disponível em: https://doi: 10.1097/ACO.0000000000000923.

Kaya, A., & Boz, İ. (2017). The development of the Professional Values Model in Nursing. Nursing Ethics, 26(3), 914-923. Disponível em: https://doi: 10.1177/0969733017730685.

Kameyama, Y., Takagi, S., Seto, K., Kajiwara., Goto, M., Kitajima, O. & Suzuki, T. (2019). Efficiency of the TOF-Cuff for the evaluation of rocuronium-induced neuromuscular block and its reversal with sugammadex: A comparative study vs. Acceleromyography. Journal of anesthesia. 33 (1), 80-84.

Kisielnicka, A., Szczerkowska-Dobosz, A., Purzycka-Bohdan, D. & Nowicki, R., (2022). Hyperhidrosis: Etiology, classification and treatment of the disease in the light of modern treatment modalities. Advances in Dermatology & Allergology / Postepy Dermatologii i Alergologii. 39 (2), 251-257. Disponível em: https://doi: 10.5114/ada.2022.115887.

Kuhajda., I., Djuric, D., Milos, K., Bijelovic, M., Milosevic, M., Ilincic, D., Ilic, M., Koledin, B., Kuhajda, D., Tsakiridis, K., Mpakas, A., Zarogoulidis, K., Kioumis, I., Lampaki, S., Zarogoulidis, P. & Komarcevic, M. (2015). Semi-Fowler vs. lateral decubitus position for thoracoscopic sympathectomy in treatment of primary focal hyperhidrosis. Journal of Thoracic Disease. 7 (1), 5-11. Disponível em: https://doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2015.01.29.

Lajiness, M. (2022). Non-Urological Postoperative Urinary Retention (POUR). Urologic Nursing. 42(1), 25-33.

Lee, J. (2017). Anesthesia for ambulatory surgery. Korean Journal of Anesthesiology. 70(4), 398-406.

Lejonqvist G., Eriksson K., & Meretoja, R. (2016). Evaluating clinical competence during nursing education: A comprehensive integrative literature review. International Journal of Nursing Practice, 22(2),142-51. Disponível em: https://doi: 10.1111/ijn.12406.

Ljungqvist, O., & Hubner, M. (2018). Enhanced recovery after surgery—ERAS®—principles, practice and feasibility in the elderly. Aging Clin Exp Res 30, 249–252.

Link, T. (2020). Guidelines in practice:hypothermia prevention. AORN Journal 111(6):653- 666.

Lopes, C., & Galvão, C. (2010). Surgical positioning: evidence for nursing care. Revista Latino Americana de Enfermagem, 18(2), 287-294. Disponível em: https://doi: 10.1590/s0104-11692010000200021.

Lourenço, Maria Clara – Cuidar no Bloco Operatório. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 15, n.º 187. (Abril, 2004), p. 25-28.

Madamsetty, V.S., Mohammadinejad, R., Uzieliene, I., Nabavi, N., Dehshahri, A., Garcia-Couce, J., Tavakol, S., Moghassemi, S., Dadashzadesh, A., Makvandi, P., Pardakhty, A., Aghaei, A., & Seyfoddin, A. (2022). Dexamethasone: Insights into Pharmacological Aspects, Therapeutic Mechanisms, and Delivery Systems. Ciência e engenharia de biomateriais da ACS, 8(5), 1763-1790. Disponível em: https://doi:10.1021/acsbiomaterials.2c00026

Madeira, M., Costa, C., Sousa, L., Amorim, B., Odinéa, M., Vieira, C. & Trabasso, P. (2013). Nurse's perception on nursing care in the in recovery room postanesthesic. Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental, 5, 104-114.

Malér, J., Džupa, V., Buk, M., Michna, M., Marvan, J. & Skála-Rosenbaum, J. (2022). CT analysis of femoral malrotation after intramedullary nailing of trochanteric fractures. Archives of orthopaedic and trauma surgery, 142 (8), 1865-1871. Disponível em: https://doi: 10.1007/s00402-021-03902-3.

Martin, T. (2018). Horner Syndrome: A Clinical Review. ACS Chemical Neuroscience. 9(2), 177-186. Disponível em: https://doi: 10.1021/acschemneuro.7b00405.

Martins, A., Alves, C. & Pereira, L. (2013). Manual de Anestesiologia. Lidel (1ª edição).

Masiongale, A. (2018). Reexamining Metoclopramide's Role in the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting: A Secondary Analysis. Journal of the American Association of Nurse Anesthetists. 86(3), 212-219.

Mattisson, L., Bojan, A. & Enocson, A. (2018). Epidemiology, treatment and mortality of trochanteric and subtrochanteric hip fractures. BioMed Central Musculoskelet Disorders, 19(1),369. Disponível em: https://doi: 0.1186/s12891-018-2276-3.

Mavrogenis, A., Panagopoulos, G., Megaloikonomos, P., Igoumenou, V., Galanopoulos, I., Vottis, C., Karabinas, P., Koulouvaris, P., Kontogeorgakos, V., Vlamis, J. & Papagelopoulos, P. (2016). Complications After Hip Nailing for Fractures. Orthopedics, 39(1), 108-16. Disponível em: https://doi: 10.3928/01477447-20151222-11.

McGrath, B., Tennuci, C. & Lee, G. (2017). The History of One-Lung Anesthesia and the Double-Lumen Tube. Journal of Anesthesia History. 3(3), 76-86. Disponível em:

https://doi:016/j.janh.2017.05.002.

Mehta, R. & Chinthapalli, K. (2019). Glasgow coma scale explained. Consultant neurologist, 365, 1296. Disponível em: https://doi: 10.1136/bmj.l1296.

Meleis, A. (2010). Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company, New York ISBN: 978-0-8261- 0535-6.

Moustafa, E., Razik, M. & Agwa, M., (2019). Evaluation of Efficiency of Endoscopic trans-thoracic Sympathectomy for Primary Palmar Hyperhidrosis. Egyptian Journal of Hospital Medicine. 76 (3), 3816-3823.

Nawrocki, S. & Cha, J. (2019). The etiology, diagnosis, and management of hyperhidrosis: A comprehensive review: Etiology and clinical work-up. Journal of American Academy of Dermatology. 81(3), 657-666. Disponível em: https://doi: 10.1016/j.jaad.2018.12.071.

Nicolini, E., Costa, V., Montessi, J., Rodrigues, G., Cangussu, V., Reis, A. & Filho, F., (2019). Video-assisted thoracic sympathectomy: Review of the literature. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 46(2), 2157, ISSN: 1809-4546. Disponível em: https://doi:10.1590/0100-6991e-20192157.

Nysora (2022). Técnicas neuroaxiais: anestesia espinhal. https://www,nysora.com/pt/t%C3%A9cnicas/t%C3A9cnicas-neuroaxiais-e-perineuraxiais/raquianestesia/

Nunes, L., & Amaral, G. (2022). Sobre Fundamentos do agir profissional em Enfermagem. Manual de ética, Direito e Deontologia profissional I. Vol. 1. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/41867.

Oliveira, C., Bernardo, W. & Nunes, V. (2017). Benefit of general anesthesia monitored by bispectral index compared with monitoring guided only by clinical parameters. Systematic review and meta-analysis. Brazilian journal of anesthesiology. 67 (1), 72-84. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.bjane.2015.09.001.

Onay, M., Karakoç, E., Çobaner, N., Kurada, G. & Yelken, B. (2021). Investigation of the Effect of Heating Blanket Use on Bleeding and Long of Intensive Care Unit Stay After Major Open Urology Surgeries. Turkish Journal of Intensive Care, 19 (4), 152-157. DDisponível em: https://doi: 10.4274/tybd.galenos.2020.57966.

Ordem dos Enfermeiros (2017). Assembleia Extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica: Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos enfermeiros - PARECER N.º 60 / 2017 – Definição de funções. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2017. [Consultado em 4 de julho de 2023]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_60_DefinicaoFuncoes.pdJ.

Ordem dos enfermeiros - Desenvolvimento profissional - Certificação de competências - Fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema. SUPLEMENTO DA REVISTA DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, N.º 26 (2007), 9-20.

Ordem dos Enfermeiros – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual enunciados descritivos, (2001). [Consultado em 5 de julho de 2023]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf.

Organização Mundial de Saúde. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf.

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

Organização Mundial da Saúde. (2010). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva-Vidas. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf.

Patra, K., & De Jesus, O. (2023). Sentinel Event. National Library of Medicine – National Center for Biotechnology Information. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564388/

Pinto, J., (2008). Kaizen nas Unidades Hospitalares Criar Valor Eliminando Desperdício. (Projeto de dissertação do Mestrado Integrado em Engenharia Industrial e Gestão). Repositório aberto Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/57973.

Programa Nacional Controlo da Dor. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2008. Disponível em: www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n11dscsdpcd-de-18062008.aspx.

Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Regulamento n.º 140/2019 – Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06.

Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, Regulamento n.º 429/2018 – Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16.

Rocha, C., Carmo, T., Primo, C., Moura, A., & Monteiro, V. (2022). Cuidado de enfermagem no

reaquecimento seguro de pacientes hipotérmicos: Scoping Review. Revista Científica de Enfermagem. 12(37), 243-255. Disponível em: https://doi:10.24276/rrecien2022.12.37.243-255.

Rothrock, J. (2008) Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 13ª ed. Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-07-9.

Portaria n.º 234/2015 de 7 de agosto. Diário da República nº 153/2015, Série I. Ministério da Saúde.

Salazar Maya, Á. (2022). Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. Investigacion & Educacion en Enfermeria, 40(2), 11-31.

Scott, A., Mason, S., Langdon, A., Patel, B., Mayer, E., Moorthy, K. & Purkayastha, S. (2018). Prospective Risk Factor Analysis for the Development of Post-operative Urinary Retention Following Ambulatory General Surgery. World journal of surgery. 42 (12), 3874-3879.

Serra, M., Filho, F., Albuquerque, A., Santos, C., Junior, J. & Araújo e Silva, R. (2015). Nursing Care in the Immediate Postoperative Period. Online Brazilian. Journal of Nursing, 14(2), 161-167.

Serrano-Gallardo, P., Martínez-Marcos, M., Espejo-Matorrales, F., Arakawa, T., Magnabosco, G., & Pinto I. (2016). Factors associated to clinical learning in nursing students in primary health care: An analytical cross-sectional study. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24(0). Disponível em: https://doi10.1590/1518-8345.0327.2803.

Sinner, B. (2019). Perioperatives Dexamethason [Perioperative dexamethasone]. Anaesthesist, 68(10), 676-682. Disponível em: https://doi: 10.1007/s00101-019-00672-x

Sivevski, A., Karadjova, D., Ivanov, E. & Kartalov, A. (2018). Neuraxial Anesthesia in the Geriatric Patient. Frontiers in Meddicine, 5, 254. Disponível em: https://doi: 10.3389/fmed.2018.00254.

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA) (2018). - Recomendações Portuguesas para as unidades de dor aguda. Fevereiro. [Consultado em 10 de julho de 2023]. Disponível em: http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes_Portuguesas_para_as_Unidades_de_Dor_Aguda.pdf.

Song, W., Wang, Y., Chen, W., Zhang, Z., Liu, X., Ou, G., Cheng, B. & Lin, H. (2023). The comparison of the Effect of double reverse traction repositor (DRTR) and traction table assisted Anterograde Intramedullary nail in treatment of femoral shaft fractures. BioMed Central Musculoskelet Disorders, 24(1), 303. Disponível em: https://doi: 10.1186/s12891-023-06421-x.

Sousa, L. & Santos, M. (2021). Application of the Glasgow coma scale: A bibliometric analysis of publications in the field of Nursing. Research, Society and Developmen. 10(14). Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21643

Stewart, J., Gasanova, I. & Joshi, G. (2020). Spinal anesthesia for ambulatory surgery: Current controversies and concerns. Current Opinion in Anaesthesiology, 33(6), 746-752. Disponível em: https://doi: 10.1097/ACO.0000000000000924.

Strouse, S. (2022). Healthy Literacy and Discharge Education. Medsurg Nursing. 31(6), 402-404.
Swierzy, M., Helmig, M., Ismail, M., Rückert, J., Walles, T., Neudecker, J. & Zentralbl C. (2014). Pneumothorax, 139 (1), 69-86. Disponível em: https://doi: 10.1055/s-0034-1383029.

Tulay, M. (2015). Sympathectomy for Palmar Hyperhidrosis. Indian Journal of Surgery, 77(2), 327–329. Disponível em: https://doi:10.1007/s12262-013-0822-7.

Uhrig, L., Dehaene, S. & Jarraya, B. (2014). Annales francaises d'anesthesie et de reanimation. Société française d'anesthésie et de réanimation 33 (2), 72-82. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.annfar.2013.11.005.

Usami, T., Takada, N., Iwata, H., Sakai, H., Hattori, Y., Sekiya, I., Ueki, Y., Nagaya, Y., Murakami, H. & Kuroyanagi, G. (2023). A biomechanical analysis of the effect of hydroxyapatite augmentation for trochanteric femoral fractures. Experimental and therapeutic medicine, 25 (6), 256. Disponível em: https://doi:10.3892/etm.2023.11955.

Vallerand, A., Sanoski, C. & Deglin, J. (2016). Guia Farmacológico para Enfermeiros. 14ª ed. Lusodidacta, ISBN: 978-989-8075-68-0.

Vasconcelos, C., Aguiar, W., Cordeiro, G., Silveira, K., Moreira, R., Lisboa, D. & Ferraz, Á. (2021). Modified R5-R8 Thoracic Sympathectomy for Severe Compensatory Hyperhidrosis. The Annals of Thoracic Surgery. 111(1), 57-59. Disponível em: https://doi: 10.1016/j.athoracsur.2020.05.099.

Venkatesan, U., Kamal, S., & Viswanathan, J. (2021). Perception of Pain, Attitude and Satisfaction of Pain Management among Postoperative Patients. Journal of Clinical & DiagnosticResearch, 15 (1), 5-8. Disponível em: https://doi 10.7860/JCDR/2021/45991.14457.

Vogelsang, A., Swenne C., Gustafsson, B., & Brynhildsen, K. (2019). Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper. Nursing Open, 7(2), 495-502. Disponível em: https://doi: 10.1002/nop2.424.

Waring, J., Allen, D., Braithwaite, J., & Sandall, J. (2016). Healthcare quality and safety: A review of policy, practice and research. Sociology of Health Illness, 38(2),198-215. Disponível em : https://doi: 10.1111/1467-9566.12391.

Watson, J. (2002). Enfermagem ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem. Lusociência.

Wright, G., Ashworth, L. & Pettey, S. (2020). Update for Nurse Anesthetists-Optimizing MechanicalVentilation During General Anesthesia. Journal of the American Association of Nurse

Anesthetists. 88 (2), 149-157.

8. ANEXOS

Anexo I

Formadora: Enfermeira Vânia Pereira **Tutoria:** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica **Orientação:** Professora Doutora Cristina Barroso e Professora Fátima Segadães **Destinatários:** Enfermeiros da UCA **Data/Hora:** 28/04/2023 às 8h	
Tema: AÇÃO DE FORMAÇÃO "HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO – O PAPEL DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO"	
Objetivo Geral	• Promover cuidados de saúde de qualidade e seguros, em contexto perioperatório.
Objetivos Específicos	• Consolidar os conhecimentos relativos à Hipotermia inadvertida noperioperatório (HIP); • Fomentar a aplicação de medidas preventivas para a HIP em contexto deCirurgia de Ambulatório; • Promover o recurso a intervenções autónomas de enfermagem naprevenção e tratamento da HIP; • Contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatóriosprestados em regime de Cirurgia de Ambulatório.
Conteúdos	Enquadramento teórico Abordagem da Hipotermia Inadvertida no Perioperatório na Unidade de Cirurgia de Ambulatório Considerações Finais
Estratégias metodológicas	Método expositivo
Recursos Materiais	Sala de Formação Computador Projetor
Tempo	30 minutos

Anexo II

Formadora: Enfermeira Vânia Pereira **Tutoria:** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica **Orientação:** Professora Doutora Cristina Barroso e Professora Fátima Segadães **Destinatários:** Enfermeiros do Serviço de Anestesiologia **Data/Hora:** 09/06/2023 às 8h	
Tema: AÇÃO DE FORMAÇÃO "HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO – O PAPEL DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO"	
Objetivo Geral	• Promover cuidados de saúde de qualidade e seguros, em contexto perioperatório.
Objetivos Específicos	• Consolidar os conhecimentos relativos à Hipotermia inadvertida no perioperatório (HIP); • Fomentar a aplicação de medidas preventivas para a HIP em contexto de Bloco Operatório; • Promover o recurso a intervenções autónomas de enfermagem na prevenção e tratamento da HIP; • Contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios prestados no Bloco Operatório.
Conteúdos	Enquadramento teórico Abordagem da Hipotermia Inadvertida no Perioperatório Considerações Finais
Estratégias metodológicas	Método expositivo
Recursos Materiais	Sala de Formação Computador Projetor
Tempo	30 minutos

Anexo III

MEMCPSPE

HIPOTERMIA INADVERTIDA NO PERIOPERATÓRIO

O PAPEL DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Elaborado por: Enf. Vânia Pereira

Tutoria: Enfermeira Especialista MédicoCirúrgica

Orientadoras: Professora Doutora Cristina Barroso eProfessora Fátima Segadães

ÍNDICE

1. Objetivos
2. Introdução
3. Enquadramento teórico
4. Abordagem da Hipotermia Inadvertida no Perioperatório
5. Considerações finais
6. Referências Bibliográficas

1. OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Promover cuidados de saúde de qualidade e seguros, em contexto perioperatório.

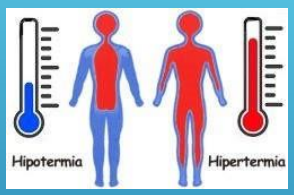
Objetivos específicos:

- Consolidar os conhecimentos relativos à Hipotermia inadvertida noperioperatório (HIP)
- Fomentar a aplicação de medidas preventivas para a HIP em contexto de Cirurgia de Ambulatório
- Promover o recurso a intervenções autónomas de enfermagem na prevenção e tratamento da HIP
- Contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios prestados em regime de Cirurgia de Ambulatório

2. INTRODUÇÃO

- O Bloco Operatório é um contexto que sujeita o utente a uma exposição corporal, que, por si só, propicia o aumento da perda de calor, favorecendo o desenvolvimento da Hipotermia Inadvertida no Perioperatório (HIP).
- A hipotermia é o distúrbio térmico que ocorre mais frequentemente no período perioperatório, estando associada a várias complicações que influenciam negativamente o processo cirúrgico do utente, quer em cirurgias em regime de ambulatório quer em regime convencional.
- Alterações da temperatura corporal central durante a cirurgia aumentam o risco de morbilidade e mortalidade.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO



HIPOTERMIA → Temperatura corporal central < 36,0ºC

(SPA, 2017)

Fisiologia da termorregulação

Manutenção das funções metabólicas (variações de 0,2 a 0,4ºC em torno dos 37ºC) → Activação do hipotálamo e dos mecanismos de termorregulação

- Vasoconstrição
- Vasodilatação dos shunts arteriovenosos periféricos, t
- ↑ da produção de calor pelo tecido adiposo
- Shivering
- Suor

Insuficiente em 50% a 90% das cirurgias

2. INTRODUÇÃO

- 26% a 90% dos utentes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresentam hipotermia no final do mesmo.
- A prevenção da HIP contribui para melhores resultados em saúde e benefícios no processo cirúrgico.
- A implementação de protocolos de monitorização e prevenção da HIP constitui um método de melhoria dos cuidados de saúde prestados ao utente no período perioperatório.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO

FATORES DE RISCO HIP

- EXTRÍNSECOS
  - AMBIENTAIS
  - ANESTÉSICOS
  - CIRÚRGICOS
- INTRÍNSECOS

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

FATORES DE RISCO HIP

EXTRÍNSECOS

AMBIENTAIS → temperatura da sala operatória (< 21ºC)

ANESTÉSICOS → inibição dos mecanismos fisiológicos de termorregulação

CIRÚRGICOS → natureza, extensão e duração da cirurgia; perdas hemáticas; uso de fluidos endovenosos e soluções de irrigação frias

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

FATORES DE RISCO HIP

EXTRÍNSECOS

ANESTÉSICOS

- **Anestesia Geral** - taxa metabólica é reduzida em 15 a 40%; a redução do calor gerado juntamente com o aumento do calor perdido durante a AG conduz a um balanço térmico negativo)
- **Anestesia Regional** - inibe o controlo central da temperatura através do bloqueio do sistema nervoso simpático e dos nervos motores
- - Anestesia local – o anestésico local não interfere no mecanismo de termorregulação

Anestesia Combinada → > Risco HIP

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

FATORES DE RISCO HIP

INTRÍNSECOS

- ASA > I
- sexo (feminino)
- Idade (> 60 anos ou baixa idade)
- Baixo índice de massa corporal (IMC)/ mau estado nutricional
- Diabetes mellitus
- Hipotiroidismo
- Utentes com risco cardiovascular elevado
- Consumo de psicotrópicos

Spa, (2017)

MEMCPSP

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

FATORES DE RISCO HIP

INTRÍNSECOS

- ASA > I
- sexo (feminino)
- Idade (> 60 anos ou baixa idade)
- Baixo índice de massa corporal (IMC)/ mau estado nutricional
- Diabetes mellitus
- Hipotiroidismo
- Utentes com risco cardiovascular elevado
- Consumo de psicotrópicos

Spa, (2017)

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

COMPLICAÇÕES da HIP

- **Cardiovasculares** (> risco de isquemia do miocárdio, HTA, taquicardia, TVP)
- **Sistema imunitário** (↓ resposta imunitária tecidular → ↑ **do risco de ILC**)
- **Sistema nervoso** (> stress emocional do utente e insatisfação/desconforto)
- **Alterações da coagulação** (ativação plaquetária, ↑ de tromboxano A2, coagulopatia)
- **Alterações hidro-electrolíticas** (hipocaliémia, hipomagnesémia e hipofosfatémia)
- **Alterações metabólicas** (diminuição da secreção de corticóides, diminuição da produção de insulina com aumento resistência à sua actividade nos tecidos, ↑ produção TSH/tiroxina, hiperglicemia)

NORMA DA DGS
Nº 020/2015

MEMCPSPE

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

COMPLICAÇÕES da HIP

HIP

Alterações no metabolismo dos fármacos

- Instabilidade hemodinâmica
- Recuperação anestésica prolongada
- Impacto na função cognitiva

IDOSO
> RISCO

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

COMPLICAÇÕES da HIP

- Prolongamento da hospitalização
- Aumento da utilização de cuidados diferenciados hospitalares
- Aumento dos custos
- Diminuição da satisfação dos utentes

MEMCPSPE

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

COMPLICAÇÕES da HIP

- Prolongamento da hospitalização
- Aumento da utilização de cuidados diferenciados hospitalares
- Aumento dos custos
- Diminuição da satisfação dos utentes

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

COMO PREVENIR?

COMO TRATAR?

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A prevenção e o tratamento da HIP no utente cirúrgico através de uma abordagem estruturada, visa contribuir para a qualidade dos cuidados de saúde.

Identificar os utentes em risco de desenvolverHIP

Monitorizar a temperatura corporal

Avaliar a presença de sinais e sintomas de hipotermia

Determinar o nível de conforto do utente

Pré-operatório

Intra-operatório

Pós-operatório

Medidas de prevenção de HIP

Pré-aquecimento
Aquecimento passivo
Aquecimento ativo
Aquecimento de fluidos de infusão
Aquecimento de soluções de irrigação

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

MONITORIZAÇÃO

Avaliação Temperatura Central

- **Artéria pulmonar** (gold standard; muito limitado, principalmente na CA)
- Nasofaringe
- **Esófago distal** (mais fidedigno, impraticável em algumas cirurgias)
- Bexiga
- Membrana timpânica
- Pele
- **Cavidade oral** (local de medição não invasiva mais fidedigno)
- Reto

Monitor de medição de temperatura/ Sensor de temperatura

Aspetos a considerar:

- Nível de invasibilidade da monitorização
- Grau de precisão do método
- Local cirúrgico
- Segurança e conforto do utente

MEMCPSP

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA HIP

Aquecimento passivo

1. Cobertores de algodão
2. Campos cirúrgicos aquecidos
3. Cobertores isotérmicos
4. Aumento da temperatura do BO

Aquecimento ativo

Mais eficaz

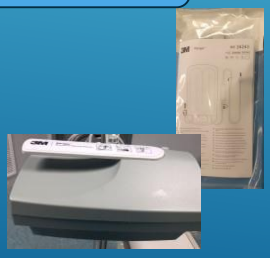
1. **Sistema de ar quente forçado**
2. **Mantas de aquecimento**
3. Colchões com circulação de água quente, irradiação de calor
4. Aquecimento de fluidos intravenosos e de soluções de irrigação e gases anestésicos

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA HIP

Aquecimento ativo

Aquecedor de soros / Sistema



Mantas térmicas

Sistema de aquecimento de ar forçado

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

PEDIATRIA

As crianças correm maior risco de desenvolver HIP comparado com os adultos.

FATORES DE RISCO:

- Idade jovem
- Cirurgia > 30 min.
- Cirurgia major
- Temperatura pré-operatória < 36,5ºC

PREVENÇÃO DA HIP:

- Aquecimento passivo pré-operatório
- Aumentar temperatura da sala (dentro do aceitável)
- Aquecimento ativo (monitorização contínua da temperatura – prevenir **hipertermia** e possíveis **queimaduras**)

4. ABORDAGEM DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

PRÉ-OPERATÓRIO

1. Avaliar risco de HIP
2. Avaliar a presença de sinais e sintomas de HIP
3. Avaliar temperatura corporal

   Se < 36ºC providenciar medidas de aquecimento ativo

   Se utente proposto para anestesia do neuro -eixo, considerar medidas de aquecimento ativo
4. Sala de acolhimento 24ºC
5. Implementar medidas de aquecimento passivo (manutenção da normotermia e conforto do utente)

Avaliar conforto do utente

MEMCPSP

4. ABORDAGEM DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

INTRA-OPERATÓRIO

1. Avaliar risco de HIP
2. Avaliar a presença de sinais e sintomas de HIP
3. Monitorização da temperatura corporal
4. Manter sala operatório entre 20ºC – 25ºC
5. Implementar medidas de aquecimento passivo
6. Implementar medidas de aquecimento ativo

   Se temperatura corporal **< 36ºC, cirurgias > a 60 minutos** e em **todos os utentes de risco**
7. Aquecimento de soluções de irrigação a ser utilizadas (aquecidas a 38ºC -40ºC)

Avaliar conforto do utente

4. ABORDAGEM DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

PÓS-OPERATÓRIO — Recobro imediato

Avaliar conforto do utente

1. Manter temperatura ambiente do recobro acima de 24ºC
2. Avaliar a presença de sinais e sintomas de HIP
3. Monitorização da temperatura corporal

Se normotermia (instituir medidas de aquecimento passivo; reavaliar a temperatura se sinais ou sintomas de hipotermia ou se alteração do conforto do utente)

Se hipotermia (implementar medidas de aquecimento ativo com dispositivo de ar quente forçado; avaliar temperatura de 15/15 minutos até normotermia; considerar medidas adjuvantes)

MEMCPSPE

4. ABORDAGEM DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

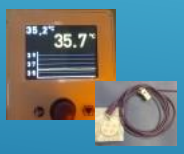
PÓS-OPERATÓRIO — Recobro tardio

Avaliar conforto do utente

1. Manter temperatura ambiente do recobro tardio acima de 24ºC
2. Avaliar a presença de sinais e sintomas de HIP
3. Reavaliar a temperatura na presença de sinais ou sintomas de hipotermia ou se alteração do conforto do doente
4. Se hipotermia, iniciar aquecimento ativo com dispositivos de ar quente forçado.

4. ABORDAGEM DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

MONITORIZAÇÃO



Cirurgias > 60 min.

Utentes de risco

AQUECIMENTO ATIVO

Manta de aquecimento

Local e duração da cirurgia

Tipo de utente

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A implementação de medidas de manutenção da normotermia gera economia de custos para o sistema de saúde e melhora a qualidade de vida dos utentes submetidos a cirurgia.
- Manter o equilíbrio da temperatura corporal é crucial para a prestação de cuidados de saúde de qualidade e de segurança ao utente, sendo fulcral o planeamento dos cuidados de enfermagem perioperatórios, de acordo com as melhores evidências científicas.
- A determinação dos métodos mais eficazes de aquecimento perioperatório permite aumentar o conforto do utente, diminuir as alterações hemodinâmicas e diminuir o tempo de permanência na unidade hospitalar.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP (2017) ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES Práticas Recomendadas para Bloco Operatório - Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida.
- Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal, M., Macedo, A.L., & Gomes, M. (2017), SOCIEDADE PORTUGUESA DE ANESTESIOLOGIA (SPA), Recomendações da SPA para a manutenção de normoterapia no período perioperatório
- Direção Geral da Saúde (2015). Feixes de intervenção de prevenção de infeção do local cirúrgico. Recuperado de https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx.
- Healy, K., O'Sullivan, A., & McCarthy, L. (2018). A nurse-led audit on the incidence and management of inadvertent hypothermia in an operating theatre department of an Irish hospital. Journal of Perioperative Practice, 29(3), 54–60.
- Rocha, C.; Carmo, T.; Primo, C.; Moura, A.; Monteiro, V., Cuidado de enfermagem no reaquecimento seguro de pacientes hipotérmicos: Scoping Review. Revista Científica de Enfermagem. 2022, Vol. 12 Issue 37, p243-255. 13p. DOI: 10.24276/rrecien2022.12.37.243-255.
- Wu, Cuihuan; Wu, Ling; Jin, Pan. Effect of SWOT Analysis Combined with the Medical and Nursing Integration Emergency Nursing Process on Emergency Treatment Efficiency and Prognosis of Patients with Acute Myocardial Infarction. Emergency Medicine International. 2022, p1-6. 6p. DOI: 10.1155/2022/7106617.

OBRIGADA!

Anexo IV

Formadoras: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enfermeira Vânia Pereira

Orientação: Professora Doutora Cristina Barroso e Professora Fátima Segadães

Destinatários: Enfermeiros /Alunos do BO e Serviço de Anestesiologia

Data/Hora: 23 /05/2023 às 9h

Tema: AÇÃO DE FORMAÇÃO FORMAÇÃO "PRECAUÇÕES BÁSICAS CONTROLO DE INFEÇÃO/PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO"

Objetivos Gerais	• Relembrar conceitos básicos de Prevenção Básica de Controlo de Infeção (PBCI); • Promover cuidados de saúde seguros, minimizando os riscos para profissionais, doentes, visitantes e colaboradores; • Otimizar um ambiente de prestação de cuidados integro.
Objetivos Específicos	• Prevenir a transmissão de agentes patogénicos e de infeção associada; • Elencar os componentes das PBCI; • Prevenir a disseminação cruzada da infeção por MEI, entre doentes, doentes/visitantes e doentes/profissionais tendo em conta as vias de transmissão; • Reconhecer a importância da adoção das boas práticas de PCI e PBVT; • Evitar a contaminação do ambiente hospitalar.
Conteúdos	Enquadramento teórico Precauções Básicas de Controlo de Infeção Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão Considerações Finais
Estratégias metodológicas	Método expositivo Exemplos práticos
Recursos Materiais	Sala de Formação Computador Projetor
Tempo	60 minutos

Anexo V

Precauções Básicas Controlo Infeção
Precauções Baseadas Vias Transmissão

Enfermeira Vânia Pereira

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Objetivos Gerais:

- Relembrar conceitos básicos de PCI
- Promover cuidados de saúde seguros, minimizando os riscos para profissionais, doentes, visitantes e colaboradores
- Otimizar um ambiente de prestação de cuidados integro

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Objetivos Específicos:

- Prevenir a transmissãode agentes patogénicos e de infeção associada
- Elencar os componentes das PBCI
- Prevenir a disseminação cruzada da infeção por MEI, entre doentes, doentes/visitantes e doentes/profissionais tendo em conta as vias de transmissão
- Reconhecer a importância da adoção das boas práticas de PCI e PBVT
- Evitar a contaminação do ambiente hospitalar

ACSA International

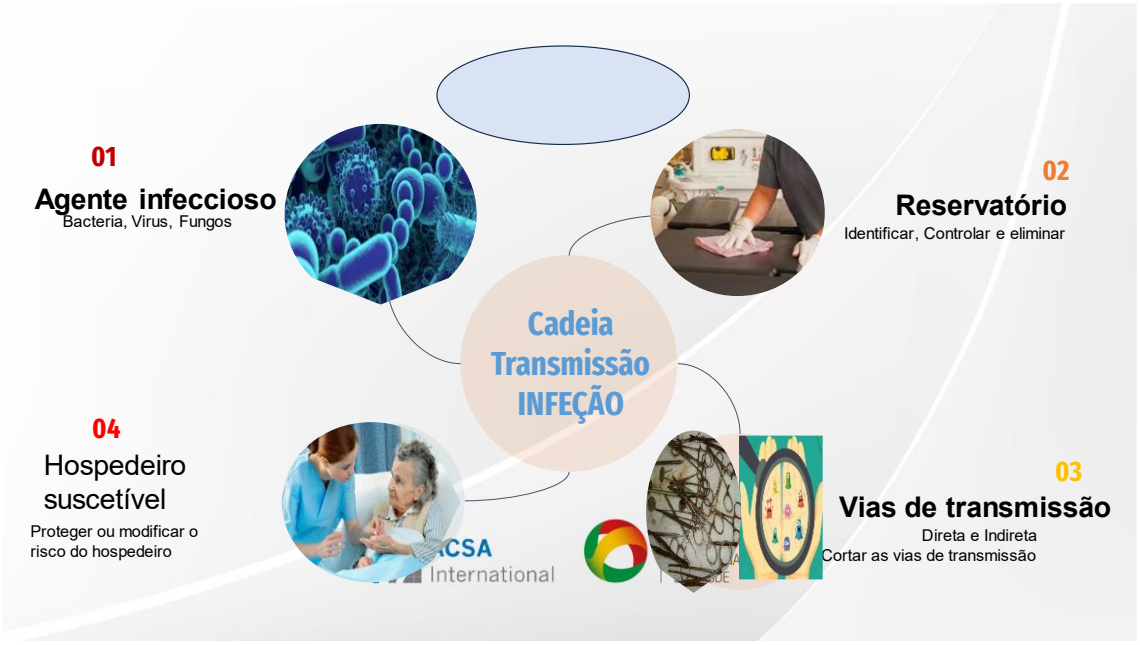
SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

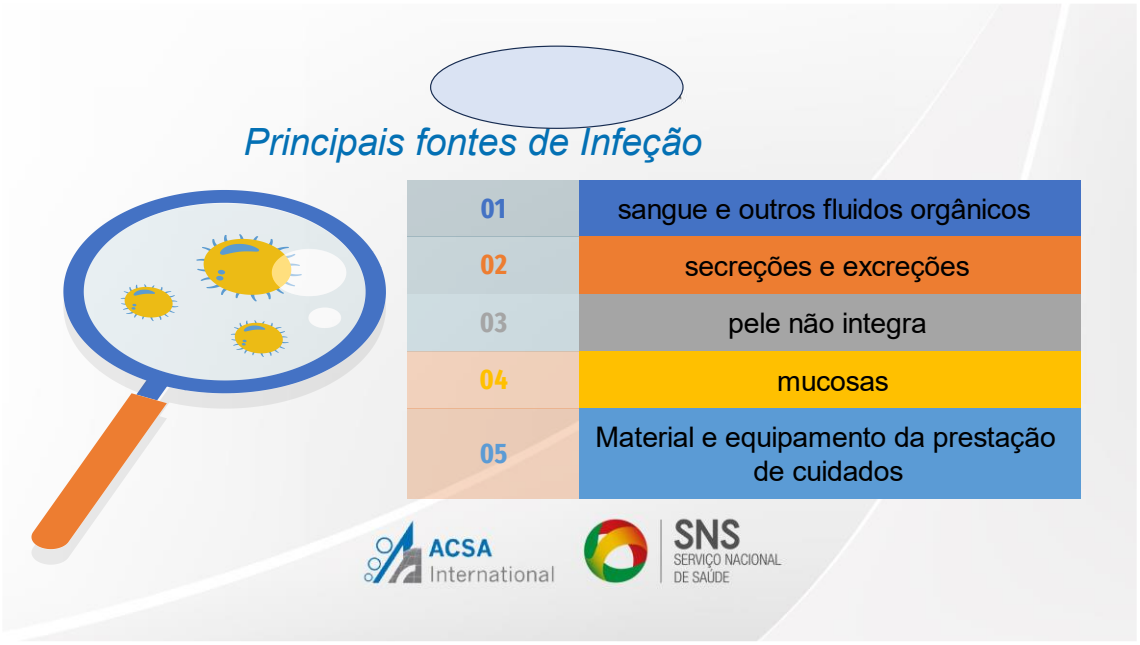
ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Infeção Associada aos Cuidados de saúde - IACS

- Direção Geral da Saúde (2007, p.4), define IACS como ***"uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, e que pode também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade".***


01
Agente infeccioso
Bacteria, Virus, Fungos
02
Reservatório
Identificar, Controlar e eliminar
Cadeia
Transmissão
INFEÇÃO
04
Hospedeiro
suscetível
Proteger ou modificar o
risco do hospedeiro
03
Vias de transmissão
Direta e Indireta
Cortar as vias de transmissão
International


Principais fontes de Infeção
01
sangue e outros fluidos orgânicos
02
secreções e excreções
03
pele não integra
04
mucosas
05
Material e equipamento da prestação de cuidados
ACSA
International
SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

PRINCÍPIO das PBCI

Não há doentes de risco

Há procedimentos de risco

Ênfase é dada para as precauções a implementar consoante os procedimento e os riscos inerentes ao mesmo.

A aplicação das PBCI é determinada pelo:

- Tipo de contacto ou nível interação que se prevê entre doente -profissional,
- Grau de exposição previsto no contacto com sangue e fluidos orgânicos
- Exposição com material e equipamento contaminado

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Precauções Básicas de Controlo Infeção

1- Colocação dos doentes
2- Higiene das mãos
3- Etiqueta respiratória
4-Utilização EPI`s (luvas, proteção facial, avental/bata, calçado, barrete)
5- Descontaminação equipamento clinico
6- Controlo ambiental
7- Manuseamento seguro roupa
8- Recolha segura de resíduos
9- Práticas seguras na preparação e administração injetáveis
10- Exposição a agentes microbianos no local trabalho

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO

Sendo medidas ***ESSENCIAIS*** de PCI

SEMPRE aplicadas

Por ***TODOS*** profissionais

Em ***TODOS*** os doentes

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

❖ Condição de saúde

❖ Tipo de MO

Isolamentos

Conjunto de medidas adotadas para reduzir a transmissão cruzada de microrganismos.

- *Isolamento de proteção*
- *Isolamento de contenção*
- *Isolamento* restrito

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO

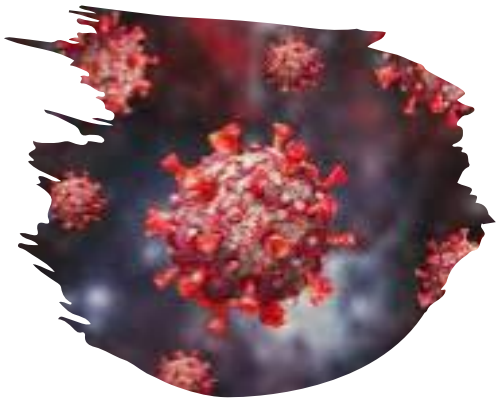
- Tem como finalidade proteger doentes especialmente suscetíveis e minimizar o risco de complicações infeciosas, independentemente de serem microrganismos com perfil hospitalar ou não.

ISOLAMENTO RESTRITO

- Este tipo de isolamento deve ser adotado quando há suspeita ou confirmação de doença provocada por agente altamente infecioso (fácil transmissão) e causador de quadro clínico infecioso grave, ou o agente envolvido na infeção é novo ou pouco conhecido.

ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO

- Usado para evitar a transmissão cruzada de MIE.



. Aplica-se a todos os casos de suspeita ou confirmação de infeção ou colonização de doentes com microrganismos de fácil transmissão nosocomial ou multirresistentes .

Neste tipo de isolamento incluem-se as PBCI e PBVT.

PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO (PBVT)

Conjunto de medidas aplicadas a doentes portadores de microrganismos epidemiologicamente importantes, ou portadores de síndromas ou condições clínicas que possam indiciar a presença de infeção/colonização, com o objetivo de reduzir o risco de transmissão cruzada de microrganismos e subdivide-se em transmissão por contacto, por gotículas, via aérea, ou por múltiplas vias.

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO (PBVT)

Conjunto de medidas aplicadas a doentes portadores de microrganismos epidemiologicamente importantes, ou portadores de síndromas ou condições clínicas que possam indiciar a presença de infeção/colonização, com o objetivo de reduzir o risco de transmissão cruzada de microrganismos e subdivide-se em transmissão por contacto, por gotículas, via aérea, ou por múltiplas vias.

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO (PBVT)

- **Transmissão por Contacto:** Este tipo de transmissão de infeção dá-se por contacto físico direto (contacto com a mão ou outra superfície cutânea que ocorre durante a prestação de cuidados) ou indireto (contacto com objetos ou superfícies que se encontram no ambiente envolvente do doente).

- **Transmissão por Gotículas:** Este tipo de transmissão de infeção dá-se por inalação de partículas superiores a 5 µm, produzidas pelo doente com infeção quando tosse, espirra, fala ou é sujeito a certos procedimentos invasivos envolvendo as vias aéreas, tais como, aspiração de secreções ou endoscopias/broncoscopias. Os microrganismos que se transmitem por este mecanismo requerem para o contágio, uma curta distância de pessoa a pessoa, até aproximadamente um metro, uma vez que as gotículas não permanecem em suspensão no ar.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO (PBVT)

- **Transmissão por Via Aérea:** Este tipo de transmissão de infeção dá-se por inalação de pequenas partículas com diâmetro igual ou inferior a 5 µm, provenientes das vias respiratórias do doente ou de partículas de pó que contêm um agente infecioso que podem ficar suspensas no ar durante longos períodos. Microrganismos transmissíveis por esta via, podem ser dispersos amplamente por correntes de ar e ser inalados por hospedeiros suscetíveis, no mesmo quarto, ou a grande distância da fonte, dependendo de fatores ambientais.

- **Transmissão por Múltiplas Vias:** Este tipo de transmissão de infeção dá-se em simultâneo, por mais que uma via, ou seja, por múltiplas vias. Nestes casos, são de adotar as medidas correspondentes ao somatório das vias envolvidas.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

REGRAS GERAIS: ESCOLHA DO LOCAL PARA ISOLAMENTO

Aquando da decisão de internamento, em caso de escassez de vagas de quarto individual para isolamento, deve ser dada a seguinte prioridade decrescente para atribuição de camas, dentro da mesma prioridade clínica:

a) Doente com necessidade de isolamento Restrito ou com suspeita ou confirmação de agente transmitido por Via Aérea;
b) Doente com colonização ou infeção por ERC nos últimos 12 meses;
c) Doente com isolamento de contacto por outro microrganismo multirresistente;

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

REGRAS GERAIS: ESCOLHA DO LOCAL PARA ISOLAMENTO

d) Doente com isolamento de contato por agente de fácil transmissão;
e) Doente aguardando resultado de rastreio com feridas exsudativas;
f) Doente aguardando resultado de rastreio com diarreia.
g) A alternativa ao quarto individual passa pela alocação em coorte, desde que o agente seja da mesma espécie, com tempo de incubação ou tempo de tratamento idêntico ou pela alocação afastada de zonas de passagem de outros doentes e com separação física, e tendo em consideração a população dos doentes aí alocados. Em caso de dúvida, consultar os profissionais de controlo de infeção

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

REGRAS GERAIS: ESCOLHA DO LOCAL PARA ISOLAMENTO

A PORTA DO QUARTO DEVE PERMANECER FECHADA COM DÍSTICO INFORMATIVO DO RESPETIVO ISOLAMENTO

REGRAS GERAIS: CUIDADOS COM A ROUPA

a) Evitar movimentos bruscos quando mexer na roupa (para evitar a dispersão de partículas que eventualmente possam conter microrganismos).

b) Evitar contacto da roupa suja com corpo e farda do profissional e quando necessário utilizar avental de proteção.

c) Colocar e selar convenientemente os respetivos sacos.

d) Higiene das mãos **OBRIGATÓRIA**, após o procedimento anterior, especialmente antes de manipular a roupa lavada.

REGRAS GERAIS: RESÍDUOS

Todos os resíduos produzidos em unidades de isolamento devem ser imediatamente introduzidos em saco plástico de cor branca (resíduo do Grupo III) ou em saco duplo de cor vermelha para os resíduos produzidos em isolamento restrito.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

REGRAS GERAIS: DESCONTAMINAÇÃO

a) Os materiais não críticos (estetoscópio, esfigmomanómetro, termómetro, etc...) que, habitualmente, apenas exigem uma lavagem e desinfeção entre doentes, nas situações de potencial transmissão devem ser individualizados (não partilhados com outros doentes).

b) Se for inevitável o uso comum destes materiais ou equipamentos, então deverão ser adequadamente limpos e desinfetados antes de serem usados noutro doente.

c) A higienização do quarto (mesa de cabeceira, cadeiras, camas, pavimento...) deverá realizar-se duas vezes ao dia, de acordo com a Norma de Higienização do Ambiente PRO.017.PCIRA ex código 0236_Nor_ PCI.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

REGRAS GERAIS: TRANSPORTE DO DOENTE

a) O transporte do doente para fora do quarto será limitado ao estritamente necessário.

b) No caso de o doente ter de sair do quarto, deverão ser tomadas precauções para evitar a transmissão de microrganismos a outros doentes ou ambiente.

c) Avisar os intervenientes no transporte e o serviço de destino através de contacto telefónico prévio de forma agendar a melhor hora e forma de atender o doente. Identificar o doente em isolamento de contacto com autocolante roxo, e nas situações de transmissão por gotícula ou via aérea deve ser colocada ao doente a máscara cirúrgica.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

REGRAS GERAIS: TRANSPORTE DO DOENTE

d) Informar os tripulantes de ambulância das medidas a adotar e a instituição recetora do tipo de isolamento instituído.

e) Em movimentações imprescindíveis respeitar o estabelecido de acordo com o tipo de isolamento.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

REGRAS GERAIS: EDUCAÇÃO AO DOENTE/FAMÍLIA

a) O isolamento de um doente deve ser feito de forma a que seja bem aceite por este, pelo que é importante explicar-lhe a necessidade e os objetivos do isolamento.

b) Deve ser dado apoio e informação ao doente, familiares e visitantes para que compreendam a necessidade do isolamento, desmistificando riscos não justificáveis e responsabilizando-os para o cumprimento das medidas recomendadas.

c) É importante fazê-los compreender a necessidade de restrição de visitas apenas a duas pessoas por doente, evitando a presença de crianças.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

REGRAS GERAIS: EDUCAÇÃO AO DOENTE/FAMÍLIA

d) Devem ser dadas ao doente e visitantes indicações em relação aos cuidados a ter conforme o tipo de isolamento a que o doente está sujeito, para sua própria proteção, proteção do seu doente e dos outros doentes internados. (PRO.052.PCIRA ex código 0640_Doc_ PFE).

e) Ensinar aos familiares/visitas a técnica correta para a higiene das mãos, que devem efetuar ao entrar e ao sair do quarto de isolamento.

f) Deve ser feita a preparação de doente e familiares para a alta clínica (PRO.052.PCIRA ex código 0640_Doc_ PFE).

g) O programa de ensino deve incluir sempre, a avaliação sistemática da adesão às medidas de precaução para tentar melhorar as “performances” e registar as mesmas no SClínico.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

TIPOS DE ISOLAMENTO

ISOLAMENTO DE CONTACTO

ISOLAMENTO PROTETOR

ISOLAMENTO DE GOTÍCULAS

ISOLAMENTO AÉREO

ISOLAMENTO RESTRITO

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE CONTACTO

RECOMENDAÇÕES A TODAS AS PESSOAS:

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE CONTACTO

RECOMENDAÇÕES A TODAS AS PESSOAS:

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE CONTACTO

MODO DE TRANSMISSÃO:

- Por contacto direto com o doente ou objetos contaminados do meio envolvente, principalmente através das mãos

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE CONTACTO

PROFISSIONAIS DE SAÚDE/CUIDADORES:

- Uso de luvas sempre que seja previsível contacto direto com o doente e/ou seu meio envolvente e sua eliminação ainda dentro do quarto ou enfermaria.
- Uso de bata de manga comprida preferencialmente ou avental sempre que seja previsível contacto direto com o doente, cama ou meio envolvente.
- Materiais e/ou equipamentos devem ser de uso exclusivo para esse doente e limpos e desinfetados após a alta.
- Equipa informa ensina e avalia doente e família sobre as medidas a serem implementadas (Registar no SClínico)

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE CONTACTO

DOENTE:

- Deve ser colocado em quarto individual, sempre que possível. Na impossibilidade fazer coorte ou então, separação física através de biombo ou cortina. A porta deve estar fechada e a cortina corrida, ambos com dístico informativo (DOC.055.PCIRA ex código 0742_Doc_PCI).

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE CONTACTO

DOENTE:

- A presença em enfermaria com outros doentes, não deverá acontecer mas se for necessária deverá obedecer aos seguintes critérios:

- Doente compreende e cumpre as medidas estabelecidas;
- Não há disseminação incontrolável de microrganismos (localização respiratória, incontinência, feridas não contidas por penso);
- Antes de sair do quarto deve:
  - Pensos devem estar limpos e secos;
  - Usar roupa limpa (mudar roupa imediatamente antes de sair do quarto);
  - Proceder à higiene das mãos de forma adequada;

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE CONTACTO

VISITAS E VOLUNTÁRIOS:

- Higiene das mãos ao entrar e sair do quarto ou enfermaria.
- Uso de luvas, bata de manga comprida preferencialmente ou avental sempre que seja previsível contacto direto com o doente, cama ou meio envolvente.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO

RECOMENDAÇÕES A TODAS AS PESSOAS:

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO

MODO DE TRANSMISSÃO:

- O doente tem um elevado risco de contrair infeções, devido à sua baixa imunidade. Deve ser considerada a transmissão de microrganismos por qualquer via.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO

CUIDADORES/PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

- Deve ser usada máscara cirúrgica sempre que alguém entre no quarto.
- Uso de bata sempre que seja previsível contato com o doente, cama ou meio envolvente.
- Materiais e equipamentos devem ser de uso exclusivo para esse doente.
- Equipa informa, ensina e avalia doente e família sobre as medidas a serem implementadas (Registar no SClínico).
- Os profissionais que prestam cuidados a estes doentes devem estar imunizados contra a gripe (vacinados).

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO

DOENTE:

- É requerido quarto individual.
- O quarto deve estar dotado de equipamento ventiloconvector de insuflação (ar condicionado) ligado.
- A porta deve estar sempre fechada com dístico informativo (DOC.058.PCIRA ex código 0745_Doc_PCI).
- São necessários filtros antibacterianos para a água.
- Se for imprescindível a sua saída do quarto deve usar máscara cirúrgica.
- Pode ser necessária uma dieta especial.
- Os microrganismos presentes no pó podem constituir risco para a vida do doente.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO

VISITAS E VOLUNTÁRIOS:

- Usar máscara cirúrgica ao entrar no quarto.
- Usar bata de manga comprida se houver contacto com o doente.
- Higiene das mãos ao entrar e sair do quarto.
- Evite tocar no ambiente envolvente do doente.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE GOTÍCULAS

RECOMENDAÇÕES A TODAS AS PESSOAS:

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE GOTÍCULAS

MODO DE TRANSMISSÃO:

- Por gotículas de dimensão superior a5µm, que se podem encontram num raio até cerca de aproximadamente 1 metro; devido ao seu tamanho, rapidamente se depositam no chão e cessam a sua transmissão.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE GOTÍCULAS

PROFISSIONAIS DE SAÚDE/CUIDADORES:

- Deve ser usada máscara cirúrgica quando é realizado um procedimento num raio até 1 metro, quer o doente esteja ou não sintomático. Exceto quando se trata de meningite em que a máscara é usada logo ao entrar no quarto.
- Materiais e/ou equipamentos devem ser de uso exclusivo para esse doente ou doentes com o mesmo microrganismo.
- Equipa informa, ensina e avalia doente e família sobre as medidas a serem implementadas (Registar no SClínico)

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE GOTÍCULAS

DOENTE:

- Deve ser colocado em quarto individual, sempre que possível. Na impossibilidade fazer corte ou então, separação física através de biombo ou cortina. A porta deve estar fechada e a cortina corrida, ambos com dístico informativo (DOC.056.PCIRA ex código 0743_Doc_PCI).
- A presença em enfermaria com outros doentes, não deverá acontecer mas se for necessária deverá o doente ser capaz de compreender e cumprir as medidas estabelecidas.
- As saídas do quarto devem ser limitadas ao mínimo necessário e antes de sair deve:
  - Proceder à higiene das mãos de forma adequada;
  - Usar máscara cirúrgica.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO DE GOTÍCULAS

VISITAS E VOLUNTÁRIOS:

- Devem colocar máscara cirúrgica antes de entrar no quarto, quer o doente esteja sintomático ou assintomático. Exceto no caso de meningite que o seu uso é obrigatório ao entrar no quarto.
- Higiene das mãos ao entrar e ao sair do quarto/enfermaria.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO AÉREO

RECOMENDAÇÕES A TODAS AS PESSOAS:

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO AÉREO

MODO DE TRANSMISSÃO:

Por partículas de dimensão inferior a 5 µm que permanecem em suspensão no ar durante horas, dispersando-se facilmente para o meio ambiente circundante de acordo com a circulação de ar que houver no local de internamento da fonte.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO AÉREO

PROFISSIONAIS DE SAÚDE/CUIDADORES:

- É necessário o uso de respirador de partículas (classe P2) a todos que entrem no quarto, colocada antes de entrar no quarto e retirada após a saída do mesmo.
- Materiais e/ou equipamentos devem ser de uso exclusivo para estes doentes, ou doentes com o mesmo microrganismo e limitado ao mínimo (ter em conta as necessidades reais e diárias do doente).
- Equipa informa, ensina e avalia doente e família sobre as medidas a serem implementadas (Registar no SClínico).

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO AÉREO

DOENTE:

- É necessário quarto individual.
- A porta deve estar sempre fechada com dístico informativo (DOC.054.PCIRA ex código 0741_Doc_PCI).
- O quarto deve ter pressão negativa, filtros HEPA e 6 a 12 renovações de ar por hora.
- As saídas do quarto devem ser limitadas ao mínimo necessário e antes de sair deve:
  - Colocar máscara cirúrgica;
  - Qualquer intervenção ou procedimento deve ser programado para o final do turno e o serviço recetor avisado com antecedência.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO AÉREO

VISITAS E VOLUNTÁRIOS

- É necessário o uso de respirador de partículas (classe P2) a todos que entrem no quarto.
- Higiene das mãos ao entrar e ao sair do quarto.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA GUIMARÃES EPE

ISOLAMENTO RESTRITO

RECOMENDAÇÕES A TODAS AS PESSOAS:

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO RESTRITO

MODO DE TRANSMISSÃO:

- Partir do princípio de que o microrganismo responsável pela doença é altamente transmissível por contacto, gotículas, e aéreo ou pouco conhecido.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO RESTRITO

CUIDADORES/PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

- Deve ser usado respirador classe P2 ou P3, bata, luvas e óculos/viseira sempre que alguém entre no quarto.
- Equipa informa, ensina e avalia doente e família sobre as medidas a serem implementadas (Registar no SClínico)

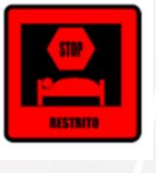
ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO RESTRITO

DOENTE:

- É requerido quarto individual com antecâmara.
- O quarto deve estar dotado de pressão negativa.
- A porta deve estar sempre fechada com dístico informativo (DOC.057.PCIRA ex código 0744_Doc_PCI).
- O material de limpeza diária do ambiente é restrito a esse espaço.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



ISOLAMENTO RESTRITO

VISITAS (QUANDO PERMITIDO):

- Usar respirador classe P2 ou P3, bata, luvas e óculos/viseira sempre que alguém entre no quarto.
- Higiene das mãos ao entrar e sair do quarto.
- Evitar tocar no ambiente envolvente do doente.

ACSA International SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ISOLAMENTO RESTRITO

NOTA IMPORTANTE:

- A estas medidas devem ser adicionadas outras, conforme o agente patogénico em causa nomeadamente os de Grupo de Risco 4 (alto risco individual e coletivo), segundo a classificação de biossegurança.

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

RESUMO DAS PRINCIPAIS MEDIDAS

Categoria das precauções	Quarto individual	EPI's		
		Mascara/Respirador	Bata	Luvas
Contacto	Sim[a]	Não[b]	Sim	Sim
Gotículas	Sim[a]	Sim, para contacto <1 metro (mascara cirúrgica)	Não[c]	Não[d]
Via aérea	Sim (pressão negativa)	Sim (Respirador P2)	Não[c]	Não[d]
Restrito	Sim (pressão negativa)	Sim (Respirador P2)	Sim	Sim

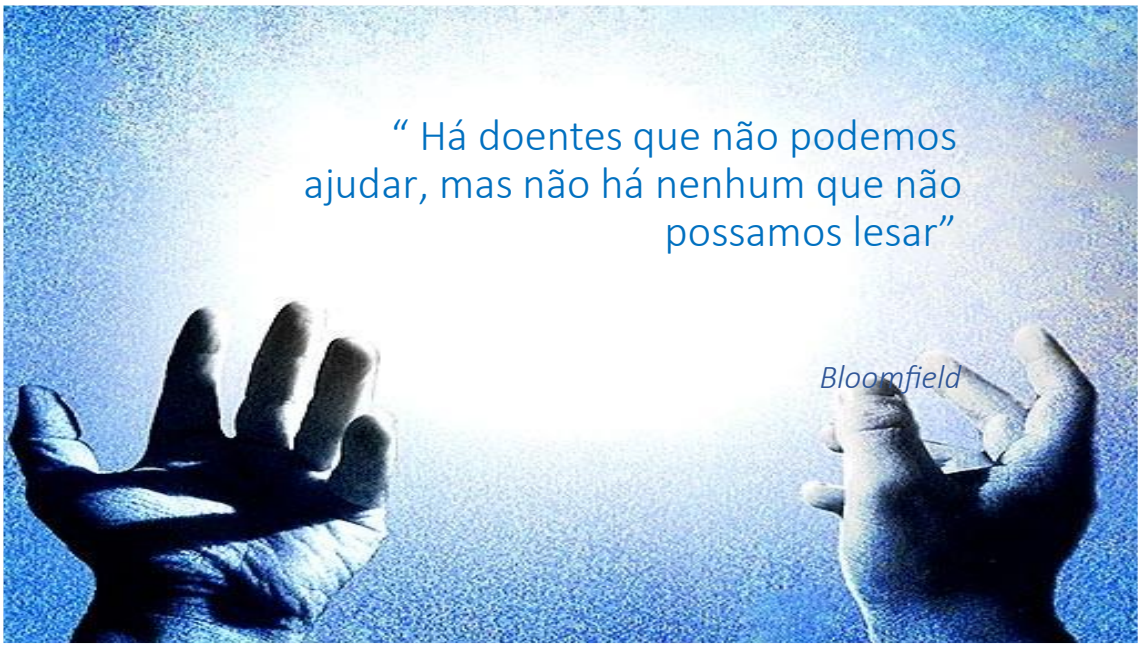
[a] Preferível mas não obrigatório; fazer coorte de doentes com o mesmo agente patogénico.
[b] Necessário máscara durante procedimentos potencialmente geradores de salpicos ou aerosolização de fluidos corporais, como aspiração de secreções.
[c] Usar bata quando houver risco de pulverizações ou salpicos de sangue, fluidos corporais ou secreções.
[d] Uso de luvas para contacto com sangue, fluidos corporais, mucosas, pele não íntegra, ou objetos contaminados.

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

- **A Prevenção e Controlo da IACS é da responsabilidade de todos profissionais de saúde**

- **Não devemos delegar a nossa responsabilidade nos outros ....**



“GESTOS SIMPLES.....

SALVAM VIDAS!”

ACSA International

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

OBRIGADA

ACSA International

SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Anexo VI

Hipotermia Inadvertida: O papel do enfermeiro na prevenção da hipotermia no perioperatório

Vânia Pereira, Fátima Segadães, Cristina Pinto

Enquadramento: A hipotermia inadvertida no perioperatório (HIP) é uma das complicações mais frequentes nas cirurgias. No final da cirurgia, muitos utentes submetidos a procedimento cirúrgico apresentam hipotermia. A hipotermia está associada a taxas consideráveis de mortalidade e morbilidade. A prevenção da hipotermia inadvertida é um indicador de qualidade de cuidados de saúde. A hipotermia pode ser prevenida através da identificação e atuação perante os fatores de risco.

Objetivo: Mapear os cuidados de enfermagem na prevenção da hipotermia inadvertida no perioperatório.

Metodologia: S*coping review*, efetuada através de pesquisa nas bases dados: CINAHL Complete; MEDLINE Complete e Academic Search Complete (via EBSCO e Pubmed). Critérios de inclusão: estudos sobre intervenções dirigidas à prevenção da hipetermia inadvertida em adultos submetidos a cirurgia, publicados em inglês, português ou espanhol; e estudos publicados nos últimos cinco anos (desde 2018).

Resultados: Obtiveram-se um total de cinco artigos para análise. As intervenções autónomas de enfermagem, referentes à prevenção da hipotermia inadvertida no perioperatório identificadas foram: monitorização regular da temperatura central ou periférica; identificação de fatores de risco; utilização de métodos de avaliação da temperatura personalizados e que melhor se adequem à situação clínica da pessoa; manutenção de aquecimento pré, intra e pós-operatório; trabalho em equipa para garantia da eficácia da implementação das medidas preventivas e de tratamento da hipotermia inadvertida.

Conclusão: Neste estudo foram identificadas as intervenções autónomas de enfermagem para a prevenção da hipotermia inadvertida, assim como lacunas na formação dos enfermeiros.