

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Satisfação do cliente com a experiência perioperatória

Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas especializadas
em Enfermagem Médico Cirúrgica,
na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Paciente satisfaction with the perioperative experience

Development Project of clinical skills
in Medical-Surgical Nursing
for the person in Perioperative Situation

Autor

Rita Liliana Freitas Novais

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Maria de Fátima Segadães Moreira
Professor Adjunto, Mestre

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

Autor

Rita Liliana Freitas Novais

Porto, 2024

RESUMO

A concretização 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, pressupõe a elaboração de um relatório de estágio.

Este documento tem como finalidade analisar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSPE), no decurso do estágio desenvolvido num Bloco Operatório Central (BOC) e num Bloco Operatório de Especialidades, mais especificamente, Ginecologia.

Para a elaboração do presente documento optou-se pela descrição das atividades desenvolvidas, com a respetiva análise reflexiva. As atividades desenvolvidas durante os momentos de estágio pretendem dar resposta ao Projeto de Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória com a temática: “Satisfação do Cliente com a Experiência Perioperatória”. Para suportar a pertinência do projeto, foi realizada uma revisão scoping, de modo a mapear as intervenções de enfermagem que influenciam a satisfação do cliente com a experiência perioperatória. A revisão efetuada contribuiu para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatória, promovendo-se a centralidade dos cuidados no cliente.

O desenvolvimento de intervenções autónomas de Enfermagem no perioperatório contribui para promover a melhoria dos cuidados prestados, assim como para minimizar o impacto do processo perioperatório no cliente e sua família/pessoa significativa.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro Especialista, Perioperatório, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem Perioperatória, Satisfação do cliente

ABSTRACT

The completion of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for Individuals in Perioperative Situations (MEMCPSPE) at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, entails the elaboration of an internship report.

This document aims to analyze the process of acquisition and development of competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing for Individuals in Perioperative Situations (EEEMCPSPE), during the internship carried out in a Central Operating Room (BOC) and in a Specialty Operating Room, more specifically, Gynecology.

For the preparation of this document, it was chosen to describe the activities carried out, along with their reflective analysis. The activities developed during the internship aim to respond to the Specific Competence Development Project of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing for Individuals in Perioperative Situations with the theme: "Client Satisfaction with the Perioperative Experience." To support the relevance of the project, a scoping review was conducted to map nursing interventions that influence client satisfaction with the perioperative experience. The review contributed to the continuous improvement of the quality of perioperative nursing care, promoting client-centered care.

The development of autonomous nursing interventions in the perioperative period contributes to promoting the improvement of care provided, as well as to minimizing the impact of the perioperative process on the client and their family/significant other.

KEYWORDS: Specialist Nurse, Perioperative, Nursing Care, Perioperative Nursing, Patient Satisfaction

ABREVIATURAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

AORN - Association of periOperative Registered Nurses

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

BO - Bloco Operatório

BOC - Bloco Operatório Central

BP - Bloco de Partos

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®

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

IASP - International Association for the Study of Pain

IACS - Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

ILC - Infeção do Local Cirúrgico

ISBAR - Identify, Situation, Background, Assesment, Recommendation

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

OCDE - Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económicos

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infeção

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

SABA - Solução Antissética de Base Alcoólica

SPA- Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

UC- Unidade Curricular

UCPA- Unidade de Cuidados Pós- Anestésicos

UDA- Unidade de Dor Aguda

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Distribuição das cirurgias

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A enfermagem perioperatória tem uma história rica e evolutiva que acompanha o desenvolvimento da medicina ao longo dos séculos, confundindo-se deste modo, com a história da cirurgia, da higiene hospitalar e do controlo da infeção.

Um longo caminho foi percorrido desde a Idade Média, onde as cirurgias eram realizadas nas enfermarias, até ao aparecimento das primeiras salas de operações contíguas às enfermarias, em meados de 1800. No entanto, foi após a I Guerra Mundial, que os blocos operatórios foram projetados como unidades próprias, no meio hospitalar, com acessos e circuitos específicos, levando-nos aos modelos e salas atuais (Pinheiro et al., 2012).

Por forma a acompanhar esta evolução, também os profissionais sentiram necessidade formativa, a nível académico e profissional, surgindo as primeiras publicações sobre as funções das enfermeiras de salas de operações e normas para blocos operatórios. Deste modo, foram fundadas as primeiras associações de enfermeiros de blocos operatórios, que procuravam implementar boas práticas de cuidados, e elaborar um programa de ensino para os seus enfermeiros (Pinheiro et al., 2012).

Portugal acompanhou a tendência mundial, tendo sido criada a Associação Portuguesa de Enfermeiros das Salas de Operações (AESOP), em 1986, alterando-se o paradigma do modelo biomédico, para uma centralização do cuidado na pessoa, passando o cliente no seu todo a ser o centro das atenções, e alvo de planeamento, execução e avaliação por parte dos enfermeiros perioperatórios. Deste modo, questões relacionadas com a segurança do cliente e prevenção de infeção prenderam a atenção do enfermeiro do bloco operatório (Pinheiro et al., 2012).

Em suma, a enfermagem perioperatória passou por uma trajetória marcada por desafios, avanços e aprimoramentos, desempenhando um papel fundamental no cuidado cirúrgico ao longo dos séculos, e continuando a evoluir para atender às demandas da prática contemporânea.

As competências específicas da enfermagem perioperatória e os seus padrões de qualidade foram definidos em 2013, bem como o programa formativo da especialidade. Em julho de 2014 foi elaborada a matriz da idoneidade formativa, e em 7 de maio de 2015 foi aprovada, por unanimidade, em assembleia extraordinária da OE, a Especialidade de Enfermagem Perioperatória. Em 2018 é publicado o Regulamento nº 429/2018, onde são definidas as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória.

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, tem como foco a aquisição de competências para a produção e aplicação do

conhecimento científico avançado, bem como para a tomada de decisão autónoma, reflexiva e baseada na melhor evidência disponível, com vista a tornar patente o contributo dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde da população, nesta área de intervenção.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória tem como centro de atenção 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 nº 429/2018, 2018). A Mesa do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica, da OE, pronuncia-se quanto à satisfação do cliente. Defendendo que o “Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa)” (OE, 2017, p.28), devendo, para isso, contribuir para a existência de um sistema de avaliação da satisfação da pessoa (OE, 2017). Foi com base nestas premissas que desenvolvi o projeto de estágio intitulado “Satisfação do cliente com a experiência perioperatória”, recorrendo a uma revisão tipo *scoping*, orientada pela metodologia do The Joanna Briggs Institute (JBI), com o objetivo de mapear as intervenções de enfermagem que interferem com os níveis de satisfação dos clientes.

O presente documento pretende ser, acima de tudo, uma reflexão sobre os desafios enfrentados, as lições aprendidas e o desenvolvimento profissional, ao longo do estágio em enfermagem perioperatória. Serão discutidas, também, as competências necessárias para uma prática segura e eficaz neste ambiente, incluindo comunicação eficaz, trabalho em equipa e capacidade de gestão. Por meio deste relatório, procura-se não apenas documentar as experiências vivenciadas, mas também refletir sobre o papel crucial da enfermagem perioperatória na promoção da segurança e no bem-estar dos clientes durante o processo cirúrgico.

Este relatório encontra-se estruturado do seguinte modo: após a introdução, apresenta-se a caracterização dos contextos clínicos, onde são descritos os dois contextos onde foi realizado o estágio. Em seguida, apresento dois capítulos, compostos pela descrição de estudos de caso alusivos a situações específicas de cuidados perioperatórios, experienciadas nos estágios clínicos. Estes casos clínicos foram baseados na Ontologia de Enfermagem e documentados com recurso à plataforma educacional "e4Nursing", desenvolvida pela ESEP. Esta, é uma plataforma orientada para o processo de conceção de cuidados de enfermagem, sendo uma mais valia no meu desenvolvimento de competências de tomada de decisão clínica, pensamento crítico e sistematização dos cuidados de enfermagem.

No capítulo seguinte, é feita uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas, com vista à aquisição das competências necessárias à prestação de cuidados especializados à pessoa em situação perioperatória.

De seguida serão apresentadas as conclusões, evidenciando-se os contributos dos momentos de estágio e do projeto para o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória.

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

A unidade curricular Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II refere-se a uma unidade curricular (UC), que integra o plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCPSPE), que funciona no terceiro semestre do respetivo curso. Esta unidade curricular tem como precedente a Unidade Curricular de Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I.

Assim, no seguimento dos momentos 1 e 2, realizados no Módulo I, surgem os momentos 3 e 4, concretizados nesta unidade curricular, apresentando-se como uma continuidade de aprendizagem, em estreita articulação com o Módulo I.

O Estágio de natureza profissional Módulo II, decorreu em contexto de prática clínica num bloco operatório central, de uma instituição hospitalar do Norte do País, com um total de 340 horas, divididas em 240 horas em contexto de Bloco Operatório Central e 100 horas em Bloco Operatório de Especialidades (Ginecologia), considerando as opções no âmbito do Módulo I.

O estágio foi realizado numa unidade hospitalar que abrange as mais diversas áreas médico-cirúrgicas, suportada por nos meios técnicos e na qualidade dos seus profissionais, 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 (HSOG, 2023).

O Bloco Operatório (BO) corresponde, para a DGS (2015), à unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia. O Bloco Operatório, para Bilbao (2006, p.20), é “uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, como o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida”.

No decurso do estágio de natureza profissional, as várias experiências vivenciadas, assim com a

procurar pela melhor evidência científica potenciaram o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSPE). Segue-se uma descrição concisa dos campos de estágio selecionados, que foram imprescindíveis para a aquisição de tais competências.

Bloco Operatório Central

Os primeiros momentos de cada módulo de estágio decorreram no bloco operatório central da referida unidade hospitalar. Deste modo, farei, de seguida, uma breve descrição desse contexto de prática clínica.

O bloco operatório central, localiza-se no piso dois do edifício principal, possui ligação direta aos cuidados intensivos e ao serviço de urgência. A estrutura física desta unidade apresenta áreas livres (vestiários, gabinetes das chefias, receção administrativa e transfe dos clientes), zonas semi-restritas (unidade de cuidados pós-anestésicos, armazéns de stock, corredores de acesso e circuitos de sujos) e zonas restritas (salas operatórias e de indução anestésica). Relativamente à estrutura física convém ainda referir que este bloco apresenta um corredor e circuito de materiais sujos bem definido, e um circuito de materiais limpos, o que contribui para o bom funcionamento do mesmo e respeito das normas instituídas.

O serviço apresenta na sua totalidade sete salas operatórias, das quais seis têm uma sala de indução anestésica, e a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos , com capacidade para nove clientes. Abrangendo as seguintes especialidades: cirurgia geral, ortopedia, ginecologia, urologia, cirurgia vascular, otorrinolaringologia e cirurgia plástica. O horário de funcionamento da cirurgia programada é das oito às vinte horas, de segunda a sexta-feira. Uma vez por semana, uma equipa do BO é destacada para a unidade de diagnóstico e intervenção cardíaca. Uma sala funciona exclusivamente para serviço de urgência, 24h por dia, sete dias por semana. De ressaltar, que a equipa de enfermagem do BO central assegura, também, o bloco de partos (BP), localizado no piso cinco do referido hospital, com horário de funcionamento contínuo, à semelhança da sala de urgência do piso dois. O BP possui duas salas operatórias e uma UCPA com capacidade para dois clientes.

Segue-se um quadro exemplificativo da distribuição das especialidades pelas diferentes salas operatórias:

BLOCO OPERATORIO 2023									
		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	
Manhã	Sala 1	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia		Ortopedia M/T		
	Sala 2	Cirurgia	CRI-O	Cirurgia	Cirurgia	Ginecologia	Cirurgia		
	Sala 3	URGÊNCIA							
	Sala 4	Urologia	Cirurgia	Urologia	Cirurgia	Urologia	Urologia		
	Sala N3	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	DOR (1 x mês)			
	Sala N1	CRI-O/C. Plástica	Ginecologia	Ginecologia	Cirurgia Vascular	Cirurgia Plástica			
	Sala N2	O.R.L.	Cirurgia Vascular	O.R.L.	O.R.L.	Cirurgia Vascular (15/15)			
Tarde	Sala 1	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia			
	Sala 2	Cirurgia	CRI-O	Cirurgia	Cirurgia	CRI-O			
	Sala 3	URGÊNCIA							
	Sala 4	Ortopedia	Cirurgia	Urologia	Cirurgia	Cirurgia			
	Sala N1	Cirurgia		Ginecologia	Ortopedia	Cirurgia Plástica			
	Sala N3	Ortopedia Urg. Diferida	Ortopedia Urg. Diferida	Ortopedia Urg. Diferida	Ortopedia Urg. Diferida	Ortopedia Urg. Diferida	Ortopedia Urg. Diferida	Ortopedia Urg. Diferida	
	Sala N2		O.R.L.	Ortopedia					
N	PROL/AD.	Ortopedia (S1)	Ortopedia (S1)	Ortopedia (S1)	Ortopedia (S1)	Ortopedia (S1)			
			CRI-O (S2)						
			Cirurgia (S4)		Cirurgia (S4/2)				

Quadro 1 - Distribuição das cirurgias

A equipa de enfermeiros do BO encontra-se dividida em duas áreas - anestésica e cirúrgica. A equipa de anestesia fica responsável pelos cuidados de anestesia de cada sala operatória, unidade de cuidados pós-anestésicos, sala de partos, bloco de obstetrícia, unidade de gastroenterologia, ressonância magnética, serviço de Pneumologia (realização de broncoscopia sob anestesia) e serviço de dor aguda. A equipa cirúrgica é constituída por enfermeiros com competência de circulante e instrumentista, encarregue pelos cuidados nestas áreas em cada sala operatória. Estas equipas funcionam de forma independente e cada uma apresenta a sua organização e o seu próprio gestor.

O estágio de natureza profissional decorreu na área cirúrgica, pelo que farei de seguida uma apresentação dos recursos humanos dessa mesma área. Deste modo, esta equipa caracteriza-se por um total de 46 enfermeiros. Destes, 12 enfermeiros especialistas reconhecidos como tal e que exercem funções de enfermeiros especialistas, dos quais um em médico-cirúrgica - pessoa em situação crítica, seis especialistas em reabilitação, um em pediatria e quatro em médico-cirúrgica - pessoa em situação perioperatória. Os três enfermeiros especialistas não reconhecidos, e que não exercem funções de formação acrescida, têm especialidade em médico-cirúrgica - pessoa em situação crítica. Para além dos referenciados, ainda incorporam a equipa 30 enfermeiros de cuidados gerais e um enfermeiro gestor.

A par da equipa do Bloco Operatório Central, também a equipa de anestesia é fundamental na prestação de cuidados integrada na área, sendo constituída por 43 enfermeiros, sendo 7 elementos enfermeiros especialistas, o restante são enfermeiros de cuidados gerais e um enfermeiro responsável.

A equipa de enfermagem de cada sala cirúrgica é composta por três elementos: enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista, cumprindo assim, com a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (Diário da República nº 184/2019, Série II de 2019-09-25, Regulamento nº 743/2019).

A equipa de BO central e anestesia dá, de igual forma, apoio ao bloco de partos onde destaca quatro enfermeiros por turno. Um deles direcionado para a analgesia de parto e os restantes asseguram o funcionamento do bloco de partos.

Neste momento, está em prática um projeto realizado por três enfermeiros especialistas, em desenvolvimento entre o BO Central e o serviço de esterilização, com objetivo de articular e obter melhoria no circuito organizacional, assim como no método de prevenção de dano do material esterilizado.

No decurso deste contexto de prática clínica, tive oportunidade de estar presente e participar nos cuidados de enfermagem perioperatórios das diferentes especialidades, assumindo funções de circulante e instrumentista.

Bloco Operatório Especialidades- Ginecologia

Os segundos momentos dos estágios de natureza profissional foram realizados na especialidade de ginecologia.

A ginecologia, como é do conhecimento geral, é a especialidade médica que se dedica à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças do sistema reprodutor feminino.

Em termos de prevalência de patologia uterina, os miomas e os pólipos (sobretudo em mulheres de idade mais avançada) e a endometriose (uma patologia frequentemente subdiagnosticada, mas com um impacto importante na qualidade de vida da mulher reprodutiva), são as patologias mais frequentes nesta especialidade, a necessitar de intervenção cirúrgica. Afetando mais as mulheres mais velhas, a patologia do pavimento pélvico, como a incontinência urinária e o prolapso dos órgãos pélvicos são, também, uma causa de intervenção por parte da ginecologia (Martinho, 2022).

Tal vai de encontro à realidade da especialidade de ginecologia do hospital onde foi realizado o estágio. A especialidade de ginecologia funciona no Bloco operatório central com cirurgia programada em dias fixos durante a semana (terça-feira, quarta-feira e sexta-feira). Às terças-feiras, as cirurgias mais realizadas são as do foro oncológico, onde se destacam as

histerectomias por lesões oncológicas. As quartas-feiras são dedicadas à correção da patologia do pavimento pélvico, onde se destacam as correções de retocelo e cistocelo. Por fim, às sextas-feiras, são realizados procedimentos laparoscópicos como, por exemplo, histerectomias, salpingectomias e anexectomias.

A equipa de enfermagem é constituída por uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, responsável pela gestão de stocks e material cirúrgico, e por mais 6 enfermeiras que se dedicam mais de perto a esta especialidade.

3. TUMORECTOMIA GUIADA POR ARPÃO, POR NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA DIREITA

Cliente do género feminino, 43 anos de idade, proposta para tumorectomia guiada por arpão por neoplasia maligna mama direita

3.1. Enquadramento teórico

Cliente do género feminino, com 43 anos, com diagnóstico de neoplasia da mama direita, proposta para tumorectomia guiada por arpão, realizada no dia 12/10/2023. Tem antecedentes pessoais de hipotireoidismo, medicada com levotiroxina 75 mcg/ dia , e colecistectomia em 2021.

Com base nesta premissa surge o presente trabalho desenvolvido sobre o carcinoma da mama. O carcinoma de mama é uma das formas mais comuns de cancro entre as mulheres, e sua incidência continua a ser uma preocupação global de saúde pública.

O carcinoma de mama representa uma carga significativa para os sistemas de saúde em todo o mundo e tem implicações profundas na vida das pacientes e das suas famílias. Além disso, a incidência do carcinoma de mama tem aumentado, tornando-se uma preocupação crescente em termos de saúde global.

O objetivo deste estudo de caso é examinar em profundidade um caso específico de carcinoma de mama, acompanhando o percurso do cliente no perioperatório.

Carcinoma da Mama

A incidência e a prevalência do cancro da mama têm aumentado progressivamente em Portugal. Anualmente são detetados cerca de 7.000 novos casos de cancro da mama, e 1.800 mulheres morrem com esta doença (Globocan, 2020).

O cancro da mama é o tipo de cancro mais comum entre as mulheres (não considerando o cancro da pele), e corresponde, nos dias de hoje, à primeira causa de morte por cancro, na mulher (Liga Portuguesa contra o Cancro, 2023).

Por outro lado, o diagnóstico e o tratamento, do cancro da mama, estão em constante evolução e registaram um progresso notável ao longo dos últimos anos.

Esta patologia apresenta um enorme impacto na nossa sociedade, não só por ser muito frequente, e associado a uma imagem de grande gravidade, mas também porque agride um órgão cheio de simbolismo, na maternidade e na feminilidade.

Seguindo esta ordem de ideias, surge a necessidade de "integrar os avanços do conhecimento nas áreas da biologia tumoral e molecular com as novas abordagens terapêuticas, as quais permitem aumentos de sobrevivência e de qualidade de vida" (Cortes, 2020, p. 7).

Etiologia

O carcinoma da mama é uma doença heterogénea e multifactorial, cuja causa é extremamente complexa de determinar. Assim, em certos casos ocorrem "mutações germinativas para as quais o risco de carcinoma da mama está bem definido, na maioria dos doentes não se encontra um perfil de risco claramente identificável" (Sociedade Portuguesa de Oncologia, 2020).

Apenas 5% a 10% dos casos de cancro da mama se devem a mutações hereditárias em genes de alta penetrância. Assim, a idade, a história pessoal e familiar, fatores reprodutivos e hormonais, terapêutica hormonal de substituição, obesidade, consumo de álcool, inatividade física e exposição a radiações surgem como fatores de risco para o desenvolvimento do carcinoma da mama (Batista & Braga, 2020).

No que diz respeito à idade, é seguro afirmar que o risco de cancro da mama aumenta com a idade. Segundo dados da SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) entre 2012 e 2014 a média de idade para o diagnóstico da patologia foi de 62 anos (Batista & Braga, 2020).

Também a idade da menarca e da menopausa interferem com o risco de desenvolvimento de cancro da mama. Estes dois marcos do ciclo reprodutivo da mulher são utilizados para determinar os anos reprodutivos da mesma. Neste período, os ovários produzem hormonas esteróides que influenciam o desenvolvimento e função da mama (Batista & Braga, 2020). Um longo período de exposição a altas concentrações de estrogénios endógenos aumenta o risco de carcinoma da mama em mulheres pré e pós-menopausa. Também, a nuliparidade e idade avançada no primeiro parto têm sido associadas a um risco aumentado de carcinoma da mama hormono-dependente, verificando-se também uma redução do risco de cancro da mama por cada gravidez da mulher.

A idade da primeira gravidez e o tempo decorrido entre duas gestações consecutivas alteram a magnitude e o timing do risco de vir a desenvolver carcinoma da mama. Estes factos indicam que a associação entre a história reprodutiva e o risco de carcinoma da mama é complexa. As mudanças a que temos assistido nos padrões de maternidade, com as mulheres a tendencialmente terem menos filhos e uma idade mais avançada na primeira gravidez, vão afetar a incidência de cancro da mama nas próximas décadas, pois as transições

epidemiológicas demoram muito tempo a se verificar. A evidência sugere que a amamentação reduz o risco de carcinoma da mama.

O cancro da mama é mais frequente no género feminino, embora também aconteça no masculino. “No homem, o cancro da mama tem maior probabilidade de ser diagnosticado em estadio avançado, pela sua raridade”. (Batista & Braga, 2020) Em Portugal, cerca de 1% de todos os cancros da mama são no homem (Liga Portuguesa contra o Cancro, 2023).

A hiperplasia atípica aumenta o risco de desenvolvimento de cancro de mama em 4 a 5 vezes, comparativamente ao risco de mulheres sem alterações proliferativas da mama. Mulheres com quistos palpáveis, fibroadenomas complexos, papilomas ductais, adenose esclerosante e hiperplasia epitelial têm um risco ligeiramente aumentado de cancro da mama (1,5 a 3 vezes). Uma maior densidade mamária é, também, um dos fatores de risco mais fortes e prevalentes para cancro da mama (Batista & Braga, 2020).

Também a história familiar influencia o risco de desenvolvimento de cancro da mama, sendo que este duplica perante um familiar de primeiro grau afetado e triplica se existirem dois familiares de primeiro grau diagnosticados. (Abreu, 2020)

A obesidade, definida por um índice de massa corporal $>30\text{kg/m}^2$, surge também como fator predisponente para o desenvolvimento deste cancro, pelos níveis de estrogénio mais aumentados, provenientes da conversão periférica de precursores de estrogénios, presentes no tecido adiposo (Batista & Braga, 2020).

A literatura sugere que a ingestão de álcool parece aumentar o risco de cancro da mama, sendo esse efeito evidente mesmo para consumos mais ligeiros. Uma meta-análise demonstrou um aumento de risco de desenvolvimento de cancro de mama ligeiro, mas significativo, em mulheres que consumiam três a seis bebidas alcoólicas por semana, comparativamente com não consumidoras, existindo um aumento de risco em 10% por cada aumento de 10g/dia de ingestão de álcool (Batista & Braga, 2020).

Existe um aumento de risco de desenvolvimento de cancro da mama após exposição a radiação ionizante. Este é um efeito tardio, ocorrendo anos após a exposição. Esta associação foi verificada em doentes expostas na infância a radioterapia torácica, como é o caso de crianças com Linfoma de Hodgkin. Também se verificou o aumento de incidência de neoplasia da mama em sobreviventes de acidentes nucleares. A idade mais vulnerável de exposição parece ser entre os 10 e os 14 anos (Batista & Braga, 2020).

Determinados compostos químicos são considerados responsáveis pelo aumento do risco de desenvolver cancro da mama. Estudos demonstram que os ftalatos se ligam e ativam os recetores de estrogénio, podendo ter interferência na carcinogénese do cancro da mama. Está também provado que o diclorodifeniltricloroetano, os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, o benzeno e o bisfenol A, aumentam o risco de cancro da mama, uma vez que interferem na

diferenciação de células estaminais e alteram o microambiente mamário (Batista & Braga, 2020).

Epidemiologia

A incidência e mortalidade por cancro estão a aumentar por todo o mundo. O aumento populacional, com o respetivo envelhecimento e a modificação da prevalência e distribuição de alguns fatores de risco parecem ser os responsáveis por esta alteração (Abreu, 2020).

Segundo os dados de Globocan (2020), em Portugal, o cancro da mama é a segunda neoplasia mais comum com 7 041 (11.6%) / 60 467 novos casos de cancro, sendo a 5ª causa de mortalidade por cancro. Cerca de 1 em cada 9 mulheres desenvolverá cancro da mama ao longo da vida, se viver até aos 80 anos.

Verifica-se que existem diferenças significativas no que diz respeito à incidência e mortalidade por cancro da mama, relacionadas com o desenvolvimento económico e estilo de vida de cada país. Constata-se que a incidência é mais elevada nas regiões da Europa ocidental, Austrália, Nova Zelândia e América do Norte. Por outro lado, os países africanos e asiáticos apresentam incidência menor. Verifica-se também que existem diferenças entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, o que pode ser explicado pelos fatores relacionados com a idade na altura do nascimento do primeiro filho, o número de filhos, a duração da amamentação e alterações dos hábitos alimentares. Deste modo, o estilo de vida ocidental, associado com a obesidade e o consumo de álcool parecem contribuir para o aumento de incidência do cancro da mama (Abreu, 2020).

Na Europa, e no ano de 2018, o número de novos casos de cancro da mama foi de 404.920, com uma incidência anual estimada de 144.9/100.000 e mortalidade de 32.9/100.000. Existe um gradiente acentuado na incidência de cancro da mama relacionado com a idade, sendo que apenas um quarto dos cancros da mama ocorre antes dos 50 anos, e menos de 5% antes dos 35 anos. Na Europa, a incidência de cancro da mama tem vindo a aumentar nas mulheres jovens (< 45 anos) (Abreu, 2020).

A prevalência de cancro da mama aos 5 anos, em 2012, foi de cerca de 1.814.572 casos na Europa e 6.875.099 no mundo. A prevalência está a aumentar, motivada pelo aumento da incidência por um lado, e, por outro, pela melhoria no tratamento (Abreu, 2020).

A mortalidade por cancro da mama tem diminuído. Tal deve-se à melhoria do tratamento e à deteção mais precoce. Um estudo revelou diferenças importantes na sobrevivência em mulheres que iniciam tratamento precocemente (pela deteção precoce através do rastreio com mamografia), com uma redução de risco de mortalidade por cancro da mama aos 10 anos de 60%. (Abreu, 2020). É ainda a causa mais frequente de cancro em mulheres, sendo responsável

por cerca de 450 000 mortes no mundo e 139 000 na Europa (Abreu, 2020).

A falta de programas de detecção precoce, associado à escassez de recursos para diagnóstico e tratamento, resulta num elevado número de mulheres com doença em estadios avançados. Justificando por isso, a grande disparidade mundial existente no que diz respeito à taxa de sobrevivência por cancro da mama (Abreu, 2020).

Fisiopatologia

Os tumores da mama têm origem nas células epiteliais do tecido lobular ou dos ductos, e são designados por carcinomas. Estão igualmente identificados alguns subtipos histológicos, se bem que não sejam tão comuns nem tão invasivos como o carcinoma lobular ou dos ductos. Quando o tumor está limitado a um ducto ou lóbulo, sem invasão do tecido circundante, diz-se que o carcinoma é localizado ou *in situ*. O carcinoma infiltrativo é um tumor que se disseminou diretamente para o tecido circundante, podendo ter metástases à distância, se penetrar nos gânglios mamários internos ou da axila, ou na circulação sistémica. (Gladys & Deters, 2003).

A mama apresenta um vasto sistema de drenagem linfática, constituído por gânglios axilares centrais, gânglios peitorais (anteriores), gânglios subescapulares (posteriores) e laterais. Os gânglios axilares, ipsilaterais, drenam até 75% da linfa da mama. Outra drenagem faz-se no sentido ascendente, para os gânglios infra e supraclaviculares.

A mama está dividida em quatro quadrantes. A maioria dos tumores da mama situa-se no quadrante superior externo. Dos tumores invasivos da mama, o carcinoma infiltrativo dos ductos é o tipo histológico com maior prevalência, seguido do carcinoma lobular infiltrativo. Os subtipos de cada um destes tipos histológicos abrangem os restantes tumores.

Para definir o risco de recorrência do cancro da mama, assim como para orientar a abordagem terapêutica mais apropriada, é indispensável fazer a caracterização histológica dos tumores primários. Desta forma, é essencial definir as características morfológicas do tumor, determinar o tipo histológico e grau, e avaliar os principais fatores prognósticos e preditivos da doença (Ribeiro, 2020).

O cancro da mama é uma doença altamente heterogénea onde diferentes tipos de tumores apresentam características histopatológicas e biológicas muito variáveis, resultando em diferentes *outcomes* clínicos e diferentes respostas às terapêuticas sistémicas. A classificação atual agrega os tumores em três grandes grupos, no entanto, a classificação perfeita ainda não foi concretizada (Ribeiro, 2020).

O cancro da mama é caracterizado pelo *status* dos recetores hormonais (recetor de estrogénio alfa e recetor de progesterona) e o fator de crescimento epidérmico, que têm um papel

importante na determinação do fenótipo do tumor e nas decisões terapêuticas.

Na prática clínica, atualmente, distinguem-se três grandes subtipos biológicos de cancro de mama: recetor hormonal positivo/HER2 negativo (RH+vo/HER2-vo), HER2 positivo (HER2+vo) e triplo negativo (TN).

As características histopatológicas do cancro da mama constituem a base da caracterização patológica da doença. Consistem no tipo histológico, grau histológico e invasão vascular.

O estadiamento do carcinoma da mama deve ser realizado de acordo com a oitava edição do sistema Tumor Node Metastasis (TNM) da American Joint Committee on Cancer (AJCC), e pode ser definido clinicamente (cTNM), após tratamento cirúrgico (pTNM), ou após tratamento neoadjuvante (ypTNM).

Este sistema de estadiamento inclui, atualmente, para além dos dados anatómicos informação prognóstica relacionada com a biologia do tumor (grau, expressão de recetores de estrogénio e progesterona, HER2 e testes genéticos se aplicáveis e disponíveis).

Tratamento cirúrgico

O cancro da mama é uma doença com impacto epidemiológico mundial significativo. Quando a lesão por cancro da mama é localizada e sem metástases distais, a cirurgia apresenta-se como um apoio fundamental para o tratamento da doença.

A cirurgia por cancro da mama sofreu uma evolução enorme ao longo dos últimos 100 anos. Inicialmente, a abordagem mais utilizada era a mastectomia radical, introduzida por Halsted. Assente num falso pressuposto de que à medida que o tumor da mama cresce, dissemina-se de forma ordenada, do núcleo, para o exterior, para todos os tecidos adjacentes e gânglios linfáticos desse trajeto, praticava-se extração completa da mama, pele, músculos da parede torácica e gânglios linfáticos axilares. Esse tratamento cirúrgico perdurou durante cerca de 70 anos. Nos dias de hoje, após inúmeros ensaios clínicos, abandonou-se esta metodologia, dando-se preferência à remoção tecidual menos extensa (Gladys & Deters, 2003).

Os avanços da biologia molecular e da imunohistoquímica foram decisivos para a alteração da abordagem cirúrgica. Passou-se a considerar o cancro de mama como um grupo de doenças biologicamente diferentes, o que veio a alterar o paradigma da abordagem da terapêutica sistémica que até então era baseada na carga tumoral, passando a ter em consideração os marcadores biológicos (recetores hormonais, ERB 2 e Ki67) e os testes genómicos (Oncotype, mamoprint). Estes avanços vieram também influenciar as abordagens cirúrgicas, tornando-as menos agressivas, com melhorias acentuadas no controlo locoregional da doença (Alves & Bártolo 2020).

Os programas de rastreio e o uso generalizado da mamografia pelos cuidados de saúde primários permitiram a deteção precoce de lesões infra-clínicas e de pequenas lesões invasivas. Assim, 60% a 80% dos casos de cancro da mama são diagnosticados nos estadios I e II, o que contribui para um aumento do número de cirurgias conservadoras, melhorando assim a qualidade de vida da doente (Alves & Bártolo 2020).

A cirurgia conservadora da mama consiste na ressecção parcial da mama que contém o tumor com margem negativa, associada a cirurgia axilar, em combinação com radioterapia adjuvante. Esta técnica é uma opção para os carcinomas da mama em estadios I e II. A relação entre o volume da mama e a dimensão do tumor é o fator anatómico mais importante para o planeamento desta técnica. Se possível a cirurgia reconstrutora deve ser realizada de imediato. A cirurgia conservadora pressupõe sempre terapêutica adjuvante com radioterapia. As lesões infra-clínicas passíveis de cirurgia conservadora devem ser previamente marcadas com arpão ou carbono. Após a tumorectomia, a peça é referenciada e enviada para realização de uma radiografia para avaliação das margens. Posteriormente, no intra-operatório, deve ser realizado um exame extemporâneo das margens por um Médico Patologista (Oliveira & Silva, 2010).

Assim, os principais passos desta técnica cirúrgica, são os seguintes: colocação do arpão, orientado por ecografia ou estereotaxia, e marcação na pele, com lápis dermográfico, do local onde se encontra o arpão. Posteriormente, deve ser realizada uma incisão na pele no local palpável ou no local marcado, indicando a posição do arpão. De seguida procede-se à excisão do tumor palpável com margem de segurança. No caso de uma lesão não palpável deve passar-se o fio do arpão para dentro da local operatória e proceder-se à excisão do tecido que envolve o arpão, com margem de segurança, descolando o tecido mamário do plano superficial. Após a excisão do tumor (com ou sem arpão), a peça operatória deve ser identificada com fios (por exemplo, mediano, lateral e anterior) e observada pelo radiologista e/ou patologista para avaliação da presença da lesão na peça operatória e de margem de segurança (Oliveira & Silva, 2010).

Esta margem consegue-se passando um fio pelo local do tumor e que se traciona, facilitando a disseção. De seguida colocam-se os cliques na local operatória, para permitir a identificação do local da excisão, facilitando assim, a cirurgia de reexcisão posterior e/ou a marcação dos campos para radioterapia. Posteriormente, procede-se ao encerramento da local, por planos, evitando-se a retração e deformação da glândula (pode haver necessidade de recorrer a técnicas de cirurgia oncoplastica). Pode ser deixado um dreno na local operatória. No caso de se justificar o esvaziamento axilar procede-se a uma segunda incisão na porção média da axila. Nalguns casos a incisão da tumorectomia pode permitir o acesso à axila para esvaziamento (Oliveira & Silva, 2010).

Procede-se à retracção superior e inferior dos bordos da ferida operatória axilar e, após identificação do bordo externo do músculo grande peitoral, este é tracionado para permitir o

acesso à axila. O esvaziamento inicia-se exercendo tração nos músculos peitorais e abrindo a fáscia clavículo-peitoral, de modo a expor a anatomia cirúrgica da axila. Assim, é possível proceder-se ao esvaziamento ganglionar.

Após a tumorectomia, a loca tumoral deve ser marcada com clips que vão permitir a localização do leito tumoral para posterior controlo mamográfico e para o boost da RT Adjuvante (Oliveira & Silva, 2010).

A ressecção de um carcinoma invasivo deve incluir uma margem de segurança superior a 1mm numa peça única de modo a reduzir o risco de recidiva local. Nos CDIS a margem cirúrgica deve ser inferior a 2 mm (Alves & Bártolo, 2020).

A mastectomia é utilizada para doentes com carcinomas invasivos avançados, lesões multicêntricas, situações em que a relação volume da mama versus dimensão da lesão não permite conservar a mama ou quando existe alguma contra-indicação para terapêutica com radioterapia (Alves & Bártolo, 2020).

Tipos de técnicas de mastectomia:

- Mastectomia radical de Halsted (mastectomia + linfadenectomia axilar nível I, II e III + ressecção dos músculos grande e pequeno peitorais);
- Mastectomia radical modificada (mastectomia + linfadenectomia axilar nível I e II);
- Mastectomia simples;
- Mastectomia simples poupadora de pele e/ou complexo areolomamilar (Alves & Bártolo, 2020).

A todas as clientes submetidas a mastectomia deve ser oferecida a reconstrução mamária, imediata ou diferida, com exceção de doentes com Carcinoma Inflamatório.

Tratamento não cirúrgico

O papel da farmacoterapia sistémica (quimioterapia e terapia hormonal), no tratamento do cancro da mama consiste em erradicar ou travar o desenvolvimento da doença micrometástica.

A quimioterapia consiste na utilização de fármacos para matar as células cancerígenas. A quimioterapia para o cancro da mama é constituída, geralmente, por uma associação de fármacos. Os fármacos podem ser administrados oralmente, sob a forma de comprimidos, ou através de uma injeção intravenosa.

A radioterapia, ou terapêutica por radiações, consiste na utilização de raios altamente

energéticos para matar as células cancerígenas. Por norma faz-se depois de uma cirurgia conservadora da mama. Por vezes, dependendo da dimensão do tumor e de outros fatores, a radioterapia pode também ser usada depois da mastectomia, com o objetivo de destruir as células do cancro da mama que possam ainda ter ficado, depois da cirurgia (Bravo, I. et al, 2020).

Algumas mulheres fazem radioterapia antes da cirurgia, para destruir células cancerígenas e diminuir o tamanho do tumor, ou seja, em contexto "neo-adjuvante"; esta situação é mais utilizada quando o tumor é grande ou a sua remoção por cirurgia não é fácil. Nestes casos, podem fazer apenas radioterapia (monoterapia), ou podem fazer radioterapia com quimioterapia ou terapêutica hormonal (Bravo et al., 2020).

Podem ser utilizados dois tipos de radiação:

- Radiação externa: a radiação provém de uma máquina. Para a radioterapia externa, a mulher com cancro da mama vai para um hospital ou clínica. Geralmente, os tratamentos são realizados durante 5 dias por semana, durante várias semanas;
- Radiação interna (radiação por implante ou braquiterapia): a radiação provém de material radioativo contido em finos tubos de plástico, colocados diretamente na mama. Para fazer radiação por implante, a cliente permanece internada no hospital. Os implantes permanecem no local, ou seja, na mama, durante vários dias; são retirados antes de ir para casa;
- Algumas mulheres com cancro da mama fazem os dois tipos de radioterapia.

A terapêutica hormonal impede que as células cancerígenas "tenham acesso" às hormonas naturais do nosso organismo - estrogénios e progesterona - que necessitam para se desenvolverem. Se os testes laboratoriais demonstrarem que o cancro da mama tem recetores hormonais, ou seja, que é "positivo para os recetores hormonais", pode fazer terapêutica hormonal. Tal como a quimioterapia, a terapêutica hormonal pode afetar as células de todo o organismo, pois tem atividade sistémica.

Na terapêutica hormonal são utilizados medicamentos que bloqueiam os recetores hormonais. Para além destes medicamentos, se ainda não estiver na menopausa, poderá fazer uma cirurgia para remoção dos ovários; os ovários são a principal fonte de produção de estrogénios do organismo (depois da menopausa, esta produção declina naturalmente, não sendo necessária a cirurgia) (Bravo et al., 2020).

Técnica anestésica e principais complicações

Em qualquer intervenção cirúrgica é necessário utilizar fármacos, com o objetivo de bloquear a sensibilidade tátil e dolorosa de um utente, podendo esta ser na totalidade do corpo ou em

parte, assim como, com ou sem compromisso da consciência (Sousa & Marques, 2014).

A técnica anestésica a utilizar dependerá sempre de diversos fatores tais como: o procedimento cirúrgico, as comorbidades da pessoa, as instalações disponíveis e as habilidades e preferências do anestesista e até mesmo do utente (Hore & Harley, 2014). Neste caso em particular, a técnica anestésica eleita foi a anestesia geral balanceada.

Na anestesia geral os fármacos utilizados têm como função provocar um estado de depressão generalizada do sistema nervoso central, induzindo à inconsciência, à imobilização, à ausência de aprendizagem e memorização e à anulação da resposta orgânica à agressão (Tavares, 2013), o que conduz à necessidade de assistência ventilatória mecânica de modo a manter as funções vitais do organismo.

A anestesia balanceada é um dos métodos mais comumente usado na administração da anestesia geral. Este, associa vários agentes para induzir hipnose, analgesia e relaxamento muscular com o mínimo de perturbações fisiológicas. Cada fármaco é utilizado com um objetivo específico. Os barbitúricos por via endovenosa são usados para indução, os analgésicos opioides para analgesia, os bloqueadores neuromusculares para relaxamento muscular e os agentes inalatórios para manutenção. Dependendo do estado geral do cliente e do tipo de procedimento cirúrgico, a anestesia geral é adequada de modo a manter a estabilidade hemodinâmica do cliente (Boehnlein & Marek, 2010).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 43 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-12 14:00:00	Fentanil 100 µg EV	2023-10-12 16:00:00
2023-10-12 14:00:00	Propofol 150mg EV	2023-10-12 16:00:00
2023-10-12 14:00:00	Cefazolina 2000mg EV	2023-10-12 16:00:00
2023-10-12 14:00:00	Dexametasona 8mg EV	2023-10-12 16:00:00
2023-10-12 14:00:00	Paracetamol 1000mg EV	
2023-10-12 14:00:00	Tramadol 100mg EV	2023-10-12 16:00:00
2023-10-12 14:00:00	Cetorolac de trometamina 30mg EV	2023-10-12 16:00:00
2023-10-12 14:00:00	Ondansetron 4 mg EV	
2023-10-12 16:00:00	Petidina 30mg EV	

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Se a prescrição de fármacos é um ato médico da responsabilidade do médico anestesista, a preparação e administração de fármacos é da responsabilidade do enfermeiro, tratando-se deste modo, de uma intervenção interdependente de enfermagem.

O enfermeiro deve ter conhecimentos sobre a história clínica do cliente, conhecimentos científicos e farmacológicos, de modo a manusear, administrar, vigiar e documentar a administração de fármacos por si realizada.

Promovendo uma cultura de segurança há, por isso, determinados aspetos a que o enfermeiro deve ter atenção, tais como: cliente certo; medicação certa; dose certa; via certa; validade; observação de possíveis reações medicamentosas. De seguida serão explanados os fármacos utilizados nesta cirurgia particular, de acordo com Deglin & Vallerand (2003):

Fentanil 0,15mg EV

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

administração pressupõe a monitorização da tensão arterial, do ritmo e frequência cardíaca, frequência respiratória e outros sinais relacionados com a mesma, quer durante o período intraoperatório, quer no pós-operatório. A dose pré-medicação é 50 a 100 mcg (0,05 a 0,1 mg), e deve ser administrada 30 a 60 minutos pré-cirurgia. No intraoperatório a dose indicada para cirurgias com dor de baixa intensidade é de 2 mcg/kg.

Propofol 200mg EV

O propofol pertence à classe farmacológica dos anestésicos. É utilizado para a indução anestésica. É um hipnótico de curta duração, provocando amnésia. As reações adversas/efeitos colaterais mais frequentes descritas são: apneia, bradicardia, hipotensão, hipertensão, cólicas, náuseas, vômitos, rubor tegumentar, mioclonias, febre e, localmente no local de inserção, por via endovenosa, dor, sensação de queimadura e ardor. O seu início de ação ocorre após 40 segundos do início da sua administração e a sua duração é de três a quatro minutos. Em adultos com menos de 55 anos, na indução, a dose indicada é de 1,5 a 2,5mg/kg. Na manutenção anestésica, a velocidade adequada de administração varia consideravelmente dependendo do indivíduo, e a dose indicada é na faixa de 4 a 12mg/kg/h. A dose máxima considerada na literatura em adultos é 6-12mg/kg/h. Em caso de comorbilidades do cliente como insuficiência hepática, renal deve ser ponderado o seu uso. É comercializado como uma emulsão contendo óleo de soja, lecitina de ovos e glicerol. Deve ter-se em atenção a presença de alergias a estes componentes, por parte do cliente.

As reações alérgicas ao propofol são raras, com uma incidência previamente estimada de 1:60,000. Após a sua administração o enfermeiro avalia o estado de consciência do cliente, os parâmetros respiratórios e a tensão arterial.

Cefazolina 2g EV

Cefalosporina de primeira geração. Indicação: profilaxia antibiótica cirúrgica. A administração da profilaxia antibiótica é efetuada nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, de modo a assegurar níveis tecidulares adequados na altura da incisão cirúrgica, e deve estar completa antes da incisão (DGS, 2022). Reações adversas: convulsões, náuseas, vômitos, cólicas, diarreia, erupções cutâneas, prurido, urticária, discrasias sanguíneas, e no local da punção flebite, dor, podendo causar anafilaxia.

Dexametasona 4 mg EV

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

Paracetamol 1g EV

O paracetamol é um analgésico não opióide, usado para controlo da dor leve a moderada. A APCA (Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório) defende que a abordagem analgésica deve ser multimodal, ou seja, a administração consiste na combinação de analgésicos opióides e não-opióides que atuem quer no sistema nervoso central, quer no periférico. Como reações adversas/efeitos laterais estão descritas hipotensão, erupção cutânea e urticária muito raramente. Em indivíduos com doença hepática a sua administração deve ser ponderada. Importa transmitir a informação da hora da sua administração para se evitar sobredosagens.

Tramadol 100mg EV

O tramadol é um analgésico opióide minor de ação central, com duplo mecanismo de ação para tratamento da dor moderada a intensa. Como reações adversas/efeitos colaterais estão descritas tonturas, vertigens, sonolência, convulsões, obstipação, náuseas, prurido e sudorese. O uso combinado de analgésicos permite que se administrem doses totais menores. Por sua vez, essas doses mais baixas reduzem o número de efeitos colaterais. Como resultado, a analgesia multimodal pode reduzir a dor pós-operatória, sendo frequente a administração de múltiplos analgésicos no intraoperatório.

Ondansetron 4mg EV

O ondansetron é um antiemético. É administrado no intraoperatório e está contemplado no protocolo de profilaxia e tratamento de náuseas e vômitos no pós-operatório. Como efeitos colaterais/reações adversas mais frequentes estão descritos: cefaleias, diarreia, tonturas e reações extrapiramidais.

Cetorolac 30mg EV

O ceterolac é um medicamento anti-inflamatório não esteróide (AINE's), usado no meio hospitalar para alívio da dor pós-operatória moderada a grave. A sua ação inibe o sistema enzimático do ciclo das oxigenases e, portanto, a síntese das prostaglandinas e demonstra um efeito anti-inflamatório mínimo na sua dose analgésica.

Petidina 30mg EV

A petidina é um medicamento opióide utilizado para aliviar a dor moderada a intensa. Atua no sistema nervoso central para reduzir a percepção da dor e aumentar a sensação de bem-estar. Pode ser administrada por via oral, intravenosa, intramuscular ou subcutânea. Os efeitos colaterais comuns incluem sonolência, náuseas e hipotensão. Além disso, a petidina pode interagir com outros medicamentos, incluindo sedativos e ansiolíticos, aumentando o risco de efeitos adversos.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

11-10-2023 16:00

11-10-2023 16:00 - Procedimento invasivo

11-10-2023 16:00 - Tipo de procedimento invasivo: Tumorectomia guiada por arpão por neoplasia maligna mama direita.

12-10-2023 14:00 - Tipo de procedimento invasivo: Tumorectomia guiada por arpão por neoplasia maligna mama direita.

12-10-2023 14:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

12-10-2023 14:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo

12-10-2023 14:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

12-10-2023 14:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

12-10-2023 14:00 - Posicionar em decúbito dorsal

12-10-2023 14:00 - Aplicar dispositivos de alívio de pressão

12-10-2023 14:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

11-10-2023 16:00 - Promover autogestão: procedimento invasivo

11-10-2023 16:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-10-2023 14:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador [MELHOROU].

11-10-2023 16:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo [RESOLVIDO] 12-10-2023 14:00

11-10-2023 16:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo [FIM] 12-10-2023 14:00

11-10-2023 16:00 - Ensinar sobre circuito [FIM] 12-10-2023 14:00

11-10-2023 16:00 - Ensinar sobre procedimento anestésico [FIM] 12-10-2023 14:00

11-10-2023 16:00 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico [FIM] 12-10-2023 14:00

11-10-2023 16:00 - Regime de nada pela boca

11-10-2023 16:00 - Promover adesão: regime de nada pela boca

11-10-2023 16:00 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-10-2023 14:00 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: facilitador [MELHOROU].

11-10-2023 16:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [RESOLVIDO] 12-10-2023 14:00

11-10-2023 16:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [FIM] 12-10-2023 14:00

11-10-2023 16:00 - Ensinar sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [FIM] 12-10-2023 14:00

12-10-2023 14:00

12-10-2023 14:00 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 12-10-2023 16:00

12-10-2023 14:00 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

12-10-2023 14:00 - Ventilação invasiva - FiO₂: 35 %.

12-10-2023 14:00 - Ventilação invasiva - volume corrente: 500 ml.

12-10-2023 14:00 - Ventilação invasiva - volume/minuto: 6 L/min.

12-10-2023 14:00 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 12 cr/min.

12-10-2023 14:00 - Ventilação invasiva - PEEP: 5 cm H₂O.

12-10-2023 14:00 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]

12-10-2023 16:00

12-10-2023 14:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [FIM] 12-10-2023 16:00

Sondas, Drenos e Cateteres

12-10-2023 14:00

12-10-2023 14:00 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 12-10-2023 16:00

12-10-2023 14:00 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

12-10-2023 14:00 - Cavidade oral: 23.00 cm.

12-10-2023 14:00 - Presença de cuff

12-10-2023 14:00 - Traqueia: Com cuff.

12-10-2023 14:00 - Pressão do cuff: 25 cmH2O.

12-10-2023 14:00 - Características do dispositivo: Tubo simples nº 7.

12-10-2023 14:00 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

12-10-2023 16:00

12-10-2023 14:00 - Otimizar tubo endotraqueal [FIM] 12-10-2023 16:00

12-10-2023 14:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal [FIM] 12-10-2023 16:00

12-10-2023 14:00 - Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal [FIM] 12-10-2023 16:00

12-10-2023 14:00 - Avaliar evolução da pressão do cuff [FIM] 12-10-2023 16:00

12-10-2023 14:00 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal [FIM] 12-10-2023 16:00

12-10-2023 14:00 - Manter cuff insuflado [FIM] 12-10-2023 16:00

12-10-2023 14:00 - Insuflar cuff [FIM] 12-10-2023 16:00

12-10-2023 14:00 - Cateter venoso periférico

12-10-2023 14:00 - Localização do cateter venoso periférico

12-10-2023 14:00 - Mão Esquerda(o)

12-10-2023 14:00 - Características do dispositivo: G18.

12-10-2023 14:00 - Ausência de dor.

12-10-2023 14:00 - Ausência de calor.

12-10-2023 14:00 - Ausência de rubor.

12-10-2023 14:00 - Ausência de tumefação.

12-10-2023 14:00 - Ausência de exsudado.

12-10-2023 14:00 - Ausência de infiltração.

12-10-2023 14:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

12-10-2023 14:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

12-10-2023 14:00 - Assegurar funcionamento do cateter

12-10-2023 14:00 - Otimizar cateter venoso periférico

12-10-2023 14:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

12-10-2023 14:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

12-10-2023 14:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

12-10-2023 14:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

12-10-2023 14:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

12-10-2023 14:00 - Trocar cateter venoso periférico

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

Fase pré-operatória - 1ª sessão (realizada em contexto de visita pré-operatória)

Atitudes terapêuticas- Procedimento invasivo

A visita pré-operatória de enfermagem consiste na primeira etapa da assistência de enfermagem perioperatória. É uma atividade realizada pelo enfermeiro perioperatório, de forma autónoma, sendo um momento muito importante de interação com o cliente/família, antecipando o seu acolhimento na sala de operações, num processo contínuo e dinâmico, propício ao desenvolvimento de uma relação de ajuda, sendo benéfico no planeamento dos cuidados de enfermagem (Pires & Rego, 2016). Os cuidados pré-operatórios de enfermagem têm como principal objetivo disponibilizar ao cliente e família, a preparação e compreensão para a experiência cirúrgica e as intervenções do enfermeiro, neste momento, são de suporte, ensino, informação e preparação para os procedimentos cirúrgicos e anestésicos (Silva, 2016). Seguindo esta ordem de ideias, realizei uma visita pré-operatória, onde foi possível recolher dados sobre o jejum pré-operatório e a preparação pré-cirúrgica da pele. Tendo constatado que a cliente necessitava de melhorar os conhecimentos sobre esses dois aspetos, e sendo o momento oportuno, prescrevi intervenções de enfermagem, que serão avaliadas no dia da intervenção cirúrgica.

De acordo com a APCA (2012), o cumprimento do jejum pré-operatório torna-se um ponto fulcral na preparação do cliente cirúrgico, podendo levar a cancelamento se não for cumprido. No dia da cirurgia o cliente deve cumprir as indicações dadas pelo enfermeiro na visita pré-operatória. A presença de conteúdo alimentar, durante o ato anestésico, pode levar à mobilização de conteúdo gástrico para a via aérea. O jejum noturno praticado antes de cirurgias eletivas foi instituído para prevenir complicações pulmonares, vômitos, regurgitação e aspiração do conteúdo gástrico (Ludwig et al., 2013).

Em contexto de visita de enfermagem pré-operatória, também as questões que dizem respeito à preparação pré-cirúrgica da pele devem ser abordadas, uma vez que, estão diretamente relacionadas com a infeção do local cirúrgico.

Segundo a norma da DGS, norma clínica: 020/2015 de 15/12/2015, atualizada a 17/11/2022, "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (ILC) - no cliente a ser submetido a intervenção cirúrgica, no âmbito da ILC têm de ser implementadas, de forma integrada, as seguintes intervenções: "realizar banho com clorexidina (CHD 2 a 4%), exceto quando existe contra-indicação, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia (com

pelo menos 2 horas de antecedência); "(...) Não realizar tricotomia por rotina e, quando absolutamente necessária, realizá-la imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único" (DGS, 2022, p. 3).

Fase intraoperatória - 2ª sessão

O período intraoperatório inicia-se desde que o cliente é recebido na sala de operações e termina quando entra na sala de recuperação anestésica (UCPA). O papel do enfermeiro perioperatório envolve a coordenação e gestão de um leque de atividades que inclui a preparação adequada do ambiente físico, a transferência e posicionamento do cliente, a promoção de uma técnica de assepsia correta e a manutenção de um ambiente físico e psicológico seguro para cada cliente. As áreas de intervenção do enfermeiro centram-se na segurança do cliente, na facilitação do procedimento, na prevenção de complicações e na satisfação das necessidades fisiológicas, em resposta à anestesia e à intervenção cirúrgica (Silva, 2016).

Incluído neste domínio, prescrevi intervenções relacionadas com o posicionamento cirúrgico, pois é um elevado fator de risco durante a cirurgia, uma vez que poderá potenciar complicações no cliente. Um posicionamento incorreto é considerado um dano evitável, que pode complicar as cirurgias que decorrem sob sedação, anestesia regional ou anestesia geral (Hewson & Hardman, 2018).

Lopes et al. (2016) salientam que o posicionamento cirúrgico é um procedimento relevante executado por todos os profissionais envolvidos no atendimento do cliente, no período intraoperatório. Posto isto, devem ser consideradas as particularidades do cliente, preferências do cirurgião para a melhor exposição do local cirúrgico, técnica cirúrgica a ser realizada e o acesso para a administração de medicação, monitorização e ventilação deste pelo anestesista.

O enfermeiro perioperatório deve ter conhecimento das alterações anatómicas e fisiológicas, decorrentes do posicionamento cirúrgico. De igual forma, deve utilizar os equipamentos e dispositivos disponíveis para auxiliar a técnica cirúrgica, possibilitando o planeamento e implementação de intervenções meticolosas, para atuar na prevenção de complicações decorrentes do posicionamento.

As principais complicações relacionadas ao posicionamento cirúrgico, incluem a dor músculo esquelética, lesões de pele e em nervos periféricos e a síndrome compartimental (Lopes et al., 2016).

Sondas, Drenos e Cateteres

Cateter Venoso Periférico (CVP)

O cateterismo venoso periférico é a forma de administração de terapêutica intravenosa mais utilizada nos hospitais, sendo o enfermeiro, o profissional de eleição responsável por todo o procedimento.

O enfermeiro é o profissional de saúde de primeira linha responsável pela colocação do cateter venoso periférico (CVP), manutenção do acesso venoso e respetiva remoção do dispositivo (Miranda et al., 2012). Por estes motivos, este deve ser detentor das competências técnicas e teóricas sobre a temática e considerar as diferentes variáveis envolvidas, nomeadamente o estado clínico do cliente, as características do seu sistema vascular, os fármacos administrados e o tempo previsto para a terapêutica (Steffens & Brandão, 2012).

Sobre esta temática e para Arreguy-Sena & Carvalho (2009), o enfermeiro apresenta a responsabilidade de executar, avaliar e acompanhar o processo de cateterização venosa periférica e a manutenção do acesso para cumprimento dos objetivos previamente definidos.

Neste âmbito, Malagutti & Roehrs (2012) referem que “a tomada de decisão do enfermeiro após a avaliação do utente sobre o uso do CVP, o rigor na realização da técnica de punção, o tipo de penso para fixação e o protocolo para a sua troca, são medidas e estratégias que devem ser estimuladas para diminuir as falhas referentes a esse tipo de procedimento”.

Neste contexto, o enfermeiro perioperatório assume um papel fundamental na vigilância e na adoção de medidas adequadas na manipulação do mesmo.

Tubo orotraqueal

Neste domínio foi incluído o tubo orotraqueal, na medida em que será através deste dispositivo que o cliente será ventilado, pois, como referido acima, este encontra-se sob anestesia geral.

A anestesia geral é uma técnica anestésica que visa deixar a pessoa inconsciente, sem sensibilidade e imóvel no decorrer de um procedimento. O efeito da anestesia geral é no cérebro, bloqueando os impulsos nervosos de dor e reduzindo ações motoras e respostas hormonais (Butterworth et al., 2013).

Na anestesia geral os fármacos utilizados têm como função provocar um estado de depressão generalizado do sistema nervoso central, induzindo à inconsciência, à imobilização, à ausência de aprendizagem e memorização e à anulação da resposta orgânica à agressão (Tavares, 2013), o que conduz à necessidade de assistência ventilatória mecânica de modo a manter as funções vitais do organismo.

Neste contexto, existem monitorizações que o enfermeiro perioperatório terá de ter em conta

para prevenir ou minimizar os riscos associados a este dispositivo médico, de modo a otimizar a sua utilização, garantindo sempre a segurança do cliente.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
11-10-2023 16:00	Atitudes terapêuticas	
12-10-2023 14:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
12-10-2023 14:00	Metabolismo	
12-10-2023 14:00	Termorregulação	
12-10-2023 14:00	Sistema respiratório	
12-10-2023 14:00	Sistema cardiovascular	
12-10-2023 14:00	Pele e mucosas	
12-10-2023 16:00	Sensações somáticas	
12-10-2023 16:00	Digestão	

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

1ª Sessão- Pré-Operatório (Visita pré-operatória- 11/10)

Esta primeira sessão reflete uma visita pré-operatória de enfermagem, realizada na véspera da intervenção cirúrgica.

Durante esta sessão pré-operatória, a informação dada ao cliente e acompanhante assume particular importância. Esta informação promove a perceção de maior controlo em relação ao processo cirúrgico, à redução da ansiedade do cliente e à redução da morbilidade pós-operatória (Durling et al., 2007). Este esclarecimento deve incluir entre outros, o tempo de jejum, e a preparação cirúrgica da pele. (Caseiro & Tavares, 2013).

Neste contexto, abordo como domínio atitude terapêutica para prescrever as intervenções realizadas diretamente com o procedimento cirúrgico e anestésico. Este domínio é explanado nos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, anteriormente abordado.

2ª Sessão- Intraoperatório

O período intraoperatório inicia-se desde que o utente é recebido na sala de operações e termina quando entra na Unidade de Cuidados Pós- Anestésicos (UCPA) (Duarte & Martins,

2014).

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

Esta 2ª sessão correspondente ao período intraoperatório. Desta forma foram selecionados os domínios a seguir explanados.

Metabolismo

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

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

Termorregulação

A normotermia perioperatória faz parte das recomendações da OMS e do CDC, bem como um dos feixes de intervenção da norma da DGS para a prevenção da infeção do local cirúrgico-NORMA CLÍNICA: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022: “Manter normotermia do doente durante o procedimento cirúrgico (Categoria IA) (5-9,15,16,29,32,71); a temperatura deve ser de 36°C ou mais, antes da transferência para o bloco, antes e durante a cirurgia e na área de recuperação (...)” (DGS, 2022, pág. 4).

A hipotermia perioperatória inadvertida é uma complicação frequente, capaz de ser prevenida e que está associada a piores *outcomes*. A prevenção de hipotermia constitui outros dos focos de atenção nesta fase operatória, pois este quadro pode fazer aumentar as exigências de oxigénio no pós-operatório, levando a um aumento do débito cardíaco, da ventilação, compromisso do processo cicatricial e da recuperação anestésica. Deste modo, a monitorização da temperatura intraoperatória é fundamental, assim como o uso de manta térmica e dispositivos de aquecimento de fluidos e gestão da temperatura ambiental.

Também o programa ERAS (2017) para a cirurgia da mama defende, que tanto a nível do pré-operatório como do intraoperatório, devem ser utilizados mecanismos para prevenir a hipotermia, tais como aquecimento periférico com recurso a mantas de aquecimento. A temperatura deve ser monitorizada e deve rondar os 36°C.

Pele e mucosas

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

Sistema respiratório

Na reversão anestésica é natural que o cliente tussa por ato reflexo devido à passagem do tubo orotraqueal na traqueia, motivo pelo qual direcionei a atenção para a limpeza das vias aéreas. Compete ao enfermeiro perioperatório identificar precocemente sinais de eventuais complicações respiratórias, tanto associadas ao procedimento cirúrgico, como ao procedimento anestésico.

Este domínio requer um conjunto de intervenções de vigilância e de avaliação contínua com o objetivo de intervir atempadamente, se assim for necessário. A vigilância permanente, passa por vigilância dos parâmetros respiratórios, incluindo a saturação de oxigénio no sangue, e a otimização do posicionamento do cliente (Grams et al., 2012).

Como nos refere Rothrock (2006), uma das principais complicações no pós-operatório é a obstrução da via aérea, em que a causa mais comum é a queda da língua, e a presença de secreções pela diminuição de capacidade de as expelir, podendo o cliente apresentar ronco, pouco ou nenhum movimento respiratório, e uma conseqüente diminuição da saturação de oxigénio. As ações de enfermagem tornam-se assim fulcrais neste domínio, podem ser simples como estimular o cliente a respirar fundo, posicionar, aspirar secreções e fornecer oxigénio suplementar, ou então abrir as vias aéreas com uma manobra de fixar o queixo ou abrir a mandíbula.

Sistema cardiovascular

A instabilidade cardiovascular é um achado frequente após um procedimento cirúrgico; a sua avaliação fornece ao enfermeiro perioperatório dados relevantes para a identificação das necessidades fisiológicas do utente, permitindo o planeamento de intervenções de enfermagem adequadas às necessidades da pessoa.

Dentro do domínio cardiovascular incidi como foco de atenção a hemorragia, pois após uma intervenção cirúrgica o risco de perdas sanguíneas aumenta, e quando diagnosticado atempadamente poderá ser corrigido, reduzindo deste modo os danos para o cliente. Se se justificar, poderá haver necessidade de realizar revisão da hemostase (Rothrock, 2006).

3ª Sessão- UCPA

Silva (2016), citando vários autores, define a UCPA como uma unidade altamente especializada, dotada de recursos humanos competentes e vocacionados para a monitorização, vigilância e cuidados intensivos, durante um período curto, mas crítico que se segue imediatamente à intervenção cirúrgica, também provido de meios tecnológicos sofisticados. Nesta sessão, darei relevância aos cuidados prestados no pós-operatório, abordando os domínios que necessitam de atenção por parte do enfermeiro.

Digestão

Este domínio é abordado pela necessidade de se realizar uma vigilância do risco de náuseas por parte do cliente, pois é um problema que acomete cerca de 30% das pessoas submetidas a cirurgia. O tratamento profilático tem sido efetivo para a redução da sua incidência, pois na maioria das vezes, os fatores causais estão relacionados com a anestesia (Rothrock, 2006).

Os enfermeiros da unidade de cuidados pós-anestésicos devem estar atentos às alterações fisiológicas do cliente, direcionando o seu foco de atenção na recuperação do cliente, promovendo conforto e prevenindo as complicações pós-operatórias, principalmente as mais recorrentes, como as náuseas e vômitos (Machado, 2013).

A prevenção de náuseas e vômitos (NVPO) assume particular importância para os clientes, quer pela sua elevada incidência, quer pelo impacto no seu grau de satisfação. Daí, surgem as recomendações portuguesas para a profilaxia e tratamento das náuseas e vômitos em cirurgia de ambulatório. (APCA, 2013).

Sensações Somáticas

No pós-operatório de qualquer intervenção cirúrgica o domínio da dor deve ser abordado. Apesar de todos os avanços farmacológicos e tecnológicos, a dor permanece como o sintoma pós-operatório mais vezes referido, sendo a primeira causa de admissão e readmissão hospitalar (APCA, 2013). 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 (IASP, 2020).

No pós-operatório imediato, é de extrema importância avaliar o nível de dor, pois é vivenciada pela maior parte dos clientes submetidos a cirurgia (Venkatesan et al., 2021).

Cabe ao enfermeiro perioperatório avaliar a sua evolução durante este período através de escalas apropriadas, neste caso a escala numérica da dor, gerir a analgesia quando necessário, e providenciar técnicas não farmacológicas de controlo da dor, como posicionar. Pretende-se, desta forma, promover o conforto do utente durante a sua permanência na UCPA.

Um bom controle da dor aumenta o conforto, acelera a recuperação e previne complicações, a sua abordagem deve ser efetuada com um planeamento de intervenções, de forma a adequar os recursos às necessidades da pessoa (APCA, 2013).

De acordo com Temple-Oberle et. al (2017), o programa ERAS também defende que o controle da dor no pós-operatório deve ser adequado de modo a facilitar a mobilização precoce.

3.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

12-10-2023 16:00

12-10-2023 16:00 - Manifesta dor.

12-10-2023 16:00 - Dor

12-10-2023 16:00 - Localização da dor

12-10-2023 16:00 - Mama Direita(o)

12-10-2023 16:00 - Intensidade da dor - 1.

12-10-2023 16:00 - frequência da dor - intermitente.

12-10-2023 16:00 - duração da dor - aguda.

12-10-2023 16:00 - dor de tipo - moedeira.

12-10-2023 16:00 - Determinar evolução da dor

12-10-2023 16:00 - Avaliar evolução da dor

12-10-2023 16:00 - Diminuir dor

12-10-2023 16:00 - Gerir analgesia

12-10-2023 16:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

12-10-2023 16:00 - Posicionar para aliviar a dor

Sistema respiratório

12-10-2023 14:00

12-10-2023 14:00 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

12-10-2023 14:00 - Ritmo respiratório regular.

12-10-2023 14:00 - Movimento respiratório simétrico.

12-10-2023 14:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

12-10-2023 14:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

12-10-2023 14:00 - Sem adejo nasal.

12-10-2023 14:00 - Saturação do oxigénio no sangue

12-10-2023 14:00 - Periférico(a): 98 %.

12-10-2023 14:00 - Coloração da mucosa: rosada.

12-10-2023 14:00 - Não comunica falta de ar.

12-10-2023 14:00 - Reflexo da tosse: presente.

12-10-2023 14:00 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico.

12-10-2023 14:00 - Sons respiratórios: normais.

12-10-2023 14:00 - Secreções em pequena quantidade.

12-10-2023 14:00 - Secreções normais.

12-10-2023 14:00 - Secreções esbranquiçadas.

12-10-2023 14:00 - Determinar evolução da ventilação

12-10-2023 14:00 - Avaliar evolução da ventilação

12-10-2023 14:00 - Limpeza da via aérea comprometida [RESOLVIDO] 12-10-2023
16:00

12-10-2023 14:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

12-10-2023 14:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea

12-10-2023 16:00

12-10-2023 16:00 - Frequência respiratória: 17 ciclos/min.

12-10-2023 16:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

12-10-2023 16:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

12-10-2023 16:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

12-10-2023 16:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

12-10-2023 16:00 - Sem adejo nasal.

12-10-2023 16:00 - Saturação do oxigênio no sangue

12-10-2023 16:00 - Periférico(a): 99 %.

12-10-2023 16:00 - Coloração da mucosa: rosada.

12-10-2023 16:00 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].

12-10-2023 16:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

12-10-2023 16:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MELHOROU].

12-10-2023 16:00 - Sons respiratórios: normais.

12-10-2023 16:00 - Secreções em pequena quantidade.

12-10-2023 16:00 - Secreções normais [MANTEVE].

12-10-2023 16:00 - Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

12-10-2023 14:00

12-10-2023 14:00 - Localização do Pulso

12-10-2023 14:00 - Punho Direita(o)

12-10-2023 14:00 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

12-10-2023 14:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

12-10-2023 14:00 - Pulso rítmico.

12-10-2023 14:00 - Pulso simétrico.

12-10-2023 14:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

12-10-2023 14:00 - Membro superior Esquerda(o)

12-10-2023 14:00 - Pressão sanguínea sistólica: 133 mmHg.

12-10-2023 14:00 - Pressão sanguínea diastólica: 59 mmHg.

12-10-2023 14:00 - Perda sanguínea

12-10-2023 14:00 - Mama Direita(o): Sem perda sanguínea aparente.

12-10-2023 14:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

12-10-2023 14:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

12-10-2023 14:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

12-10-2023 14:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

12-10-2023 16:00

- 12-10-2023 16:00 - Localização do Pulso
12-10-2023 16:00 - Punho Esquerda(o)
12-10-2023 16:00 - Frequência do pulso: 71 pulsações por minuto.
12-10-2023 16:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
12-10-2023 16:00 - Pulso rítmico.
12-10-2023 16:00 - Pulso simétrico.
- 12-10-2023 16:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
12-10-2023 16:00 - Membro superior Esquerda(o)
12-10-2023 16:00 - Pressão sanguínea sistólica: 115 mmHg.
12-10-2023 16:00 - Pressão sanguínea diastólica: 68 mmHg.
- 12-10-2023 16:00 - Temperatura das extremidades
12-10-2023 16:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.
- 12-10-2023 16:00 - Coloração das extremidades
12-10-2023 16:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.
- 12-10-2023 16:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.
- 12-10-2023 16:00 - Perda sanguínea
12-10-2023 16:00 - Mama Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].
- 12-10-2023 16:00 - Localização da dor
12-10-2023 16:00 - Mama Direita(o)
12-10-2023 16:00 - Intensidade da dor - 1.
12-10-2023 16:00 - frequência da dor - intermitente.
12-10-2023 16:00 - duração da dor - aguda.
12-10-2023 16:00 - dor de tipo - moedeira.

12-10-2023 16:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

12-10-2023 16:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

Digestão

12-10-2023 16:00

- 12-10-2023 16:00 - Sem sensação de enjojo.
12-10-2023 16:00 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.
12-10-2023 16:00 - Sem vômitos.

12-10-2023 16:00 - Náusea

12-10-2023 16:00 - Gravidade da náusea: sem gravidade.

12-10-2023 16:00 - Determinar evolução da náusea

12-10-2023 16:00 - Avaliar evolução da náusea

12-10-2023 16:00 - Referenciar náusea ao médico

12-10-2023 16:00 - Aliviar náusea

12-10-2023 16:00 - Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea

12-10-2023 16:00 - Determinar vômitos

12-10-2023 16:00 - Avaliar evolução do vomitar

Pele e mucosas

12-10-2023 14:00

- 12-10-2023 14:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

12-10-2023 14:00 - Ferida cirúrgica

12-10-2023 14:00 - Localização da ferida cirúrgica

12-10-2023 14:00 - Mama Direita(o)

12-10-2023 14:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

12-10-2023 14:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

12-10-2023 14:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

12-10-2023 14:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

12-10-2023 14:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

12-10-2023 14:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica

12-10-2023 14:00 - Aplicar penso de ferida

12-10-2023 16:00

12-10-2023 16:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

Metabolismo

12-10-2023 14:00

12-10-2023 14:00 - Glicemia capilar: 78 mg/dl.

12-10-2023 14:00 - Determinar evolução da glicemia

12-10-2023 14:00 - Avaliar evolução da glicemia

12-10-2023 14:00 - Referenciar hiperglicemia ao médico [SOS]

12-10-2023 16:00

12-10-2023 16:00 - Glicemia capilar: 98 mg/dl.

Termorregulação

12-10-2023 14:00

12-10-2023 14:00 - Temperatura corporal periférica

12-10-2023 14:00 - Região temporal: 36.40 °C.

12-10-2023 14:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

12-10-2023 14:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

12-10-2023 14:00 - Hipotermia

12-10-2023 14:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

12-10-2023 14:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

12-10-2023 14:00 - Promover termorregulação

12-10-2023 14:00 - Aplicar manta de aquecimento

12-10-2023 16:00

12-10-2023 16:00 - Temperatura corporal periférica

12-10-2023 16:00 - Região temporal: 36.50 °C.

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre necessidade de manter regime de nada pela boca

- 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

Ensinar sobre procedimento cirúrgico

- 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 de 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
- Providenciar duas esponjas de clorexidina 2%

3.8. Síntese relativa ao caso

A incidência e a prevalência do cancro da mama têm aumentado progressivamente em Portugal. Anualmente, são detetados cerca de 7.000 novos casos de cancro da mama, e 1.800 mulheres morrem com esta doença (Globocan, 2020).

O cancro da mama é o tipo de cancro mais comum entre as mulheres (não considerando o cancro da pele), e corresponde, nos dias de hoje, à primeira causa de morte por cancro, na mulher.

Este, é uma das doenças com maior impacto na nossa sociedade, não só por ser muito frequente, e associado a uma imagem de grande gravidade, mas também porque agride um órgão cheio de simbolismo, na maternidade e na feminilidade.

A técnica cirúrgica realizada foi a tumorectomia guiada por arpão e a técnica anestésica considerada mais adequada ao caso foi a anestesia geral balanceada. Tendo por base estas considerações, foi elaborado um plano de conceção de cuidados por forma a dar resposta às necessidades da cliente referente ao período perioperatório.

A primeira sessão foi referente a uma visita pré-operatória de enfermagem, onde me pareceu importante direcionar a atenção para melhorar o conhecimento da cliente, quer em relação ao procedimento anestésico, quer cirúrgico, dando também ênfase à importância do jejum pré-operatório.

Ainda dentro deste domínio, o enfermeiro prescreve intervenções do tipo "avaliar o conhecimento", de acordo com os dados recolhidos, de modo a verificar se a cliente adquiriu conhecimentos indispensáveis no processo cirúrgico, e posteriormente dar termo às intervenções prescritas previamente.

Relativamente ao período intraoperatório, a monitorização da temperatura e da glicemia torna-

se imperativa. Com vista a manter valores normais, considero pertinente prescrever intervenções de carácter autónomo nomeadamente a aplicação de manta de aquecimento, a avaliação contínua destes parâmetros, e em caso de alteração, a sua referenciação à equipa médica. Desta forma promove-se não só a otimização dos aspetos fisiológicos da cliente, como o conforto e bem-estar do mesmo.

O tratamento da ferida assume especial importância, uma vez que é um cuidado de enfermagem que releva para a cicatrização, e a prevenção da infeção do local cirúrgico. É da função do enfermeiro, realizar o tratamento à ferida cirúrgica, mantendo a assepsia durante esse procedimento.

Dentro do domínio cardiovascular incidiu-se como foco de atenção a hemorragia, pois após uma intervenção cirúrgica o risco de perdas sanguíneas é elevado, e quando diagnosticado atempadamente será corrigido, reduzindo os danos para a cliente. A hemorragia traduz-se habitualmente por uma hipotensão acentuada, provocada pela hipovolémia, tratando-se com reposição hídrica e/ou sangue, ou mesmo sendo conduzido de volta à sala cirúrgica, para realizar uma revisão da hemostase. (Rothrock, 2006)

Durante a extubação da cliente, e no âmbito do sistema respiratório, intervenções do tipo "avaliar a limpeza das vias aéreas", "aspirar via aérea", "posicionar para facilitar a limpeza da via aérea" tornam-se necessárias para identificar alguma alteração do padrão respiratório induzido pela anestesia geral. Este momento assume particular importância, na medida em que ocorre a reversão dos fármacos anestésicos, esperando-se que a cliente responda por si. Neste sentido, o enfermeiro perioperatório dirige a sua atenção para a vigilância e proteção da via aérea.

No pós-operatório de qualquer intervenção cirúrgica o domínio das sensações somáticas -dor- deve ser abordado. Cabe ao enfermeiro perioperatório avaliar a sua evolução durante este período através de escalas apropriadas, neste caso, a escala numérica da dor, gerir a analgesia quando necessário, e providenciar técnicas não farmacológicas de controlo da dor, como posicionar, promovendo desta forma o conforto do utente durante a sua permanência na UCPA.

A prevalência de náuseas e vômitos após uma indução anestésica é uma realidade nos cuidados pós-operatórios, sendo uma das complicações mais frequentes. São um fator com grande impacto no estado da cliente e no atraso na alta (regresso ao domicílio). Assim, cabe ao enfermeiro implementar intervenções com vista a contrariar esta complicação, nomeadamente a gestão terapêutica e referenciar ao médico.

4. HISTERECTOMIA VAGINAL

Cliente género feminino, 54 anos de idade, com diagnóstico de mioma uterino, proposta para realização de histerectomia vaginal

4.1. Enquadramento teórico

Cliente do género feminino, 54 anos de idade, com antecedentes pessoais de dislipidemia, medicada com sinvastatina 20mg. Proposta para histerectomia vaginal por mioma uterino.

O mioma uterino é o tumor pélvico benigno mais frequente na mulher em idade reprodutiva, associando-se a significativa morbilidade e constituindo a principal causa para a realização de histerectomia (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

São tumores benignos, com origem na célula muscular, que contêm quantidades variáveis de tecido fibroso. Trata-se de tumores mesenquimatosos, benignos e monoclonais, com origem nas células musculares lisas do miométrio (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

O objetivo deste estudo de caso é examinar em profundidade um caso específico de carcinoma de mama, acompanhando o percurso do cliente no perioperatório.

Etiologia

Continua a haver algum desconhecimento quanto ao que está na origem do seu crescimento, embora se julgue estar relacionado com o estrogénio, uma vez que são raros antes da menarca e, muitas vezes, diminuem de tamanho depois da menopausa. Os tumores, frequentemente, aumentam de tamanho na gravidez e com o uso de contraceptivos orais. (Reel & Lierman, 2006).

Na etiologia dos miomas estão envolvidos fatores genéticos, hormonais e de crescimento.

Fatores genéticos: 40% dos miomas apresentam anomalias cromossómicas detectáveis (translocações, deleções e trissomias);

Fatores hormonais: as evidências sugerem que os estrogénios e a progesterona promovem o seu desenvolvimento;

Fatores de crescimento: produzidos pelas células musculares lisas e fibroblastos promovem o crescimento dos miomas (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

Os fatores de risco apontados como os mais comuns são:

- idade;
- menarca precoce;
- história familiar (1º grau);
- raça negra,
- obesidade;
- hipertensão arterial;
- dieta (carnes vermelhas, álcool, cafeína5);
- nuliparidade.

Epidemiologia

Os leiomiomas são o tipo mais comum de tumores pélvicos, desenvolvem-se em 20% a 25% das mulheres durante a idade fértil. A verdadeira incidência é desconhecida dado que muitas mulheres são assintomáticas. Estima-se, no entanto, que a sua incidência varie entre 5 e 80% dependendo da idade e da raça, com uma prevalência de 20-40% nas mulheres em idade reprodutiva e de 70-80% aos 50 anos (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

Fisiopatologia

Os leiomiomas têm origem no miométrio e são classificados de acordo com a sua localização anatómica. Na literatura podemos encontrar diferentes tipos de classificação consoante a localização dos miomas. A classificação da European Society of Gynecologic Endoscopy (ESGE) é utilizada quando o intuito é essencialmente terapêutico. Por sua vez, a classificação da International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO) permite estabelecer uma estratégia de abordagem definida e uma procura de padrões de classificação para estudos subsequentes (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

Os miomas submucosos encontram-se imediatamente abaixo do endométrio, comprimindo-o à medida que crescem. Podem desenvolver um pedículo e estenderem-se para dentro da cavidade uterina, ou mesmo para o canal cervical. Os miomas intramurais encontram-se no músculo uterino, ao passo que os tumores subserosos se encontram na superfície serosa do

útero ou projetam-se, para fora, a partir do miométrio. Estes tumores externos também tendem a ficar pedunculados (Reel & Lierman, 2006).

Os miomas intramurais representam 75% dos casos, ao passo que 20% são do tipo subseroso e apenas 5% são submucosos (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

Os leiomiomas são, na sua maioria, assintomáticos e podem não ser detectados, mesmo os de grandes dimensões, especialmente na mulher obesa. Mas em 30-40% dos casos podem manifestar-se por sintomatologia dependente da localização e dimensões dos nódulos (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

A manifestação de sintomas depende da localização, do tamanho e do estado do tumor. A menorragia é o sintoma mais comum. No entanto, a associação entre mioma e hemorragia uterina anormal não está claramente estabelecida, dado que a presença de miomas não conduz necessariamente a menorragia e esta pode ocorrer em apenas 30% das mulheres com miomas (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

As hemorragias podem resultar de distorção e congestão dos vasos envolventes ou de ulceração do endométrio subjacente. A hemorragia, geralmente, apresenta-se como perda sanguínea pré-menstrual ou hemorragia ligeira e prolongada após a menstruação. A metrorragia está associada a trombose venosa, ou necrose, na superfície do tumor, em especial se este se estender pelo colo do útero. A perda de sangue pode ser suficientemente significativa para originar anemia ferropénica, que não responde à terapia de ferro (Reel & Lierman, 2006).

A maioria dos miomas tem uma evolução lenta e alguns mantêm as suas dimensões por longos períodos de tempo. O crescimento rápido do tumor (aumento do volume uterino equivalente a 6 semanas de gestação durante 1 ano) pode ser sugestivo de malignidade (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

A dor não é um sintoma característico, se bem que possa ocorrer degeneração do tumor ou devido a contrações miométricas que tentam expulsar o mioma do útero. A torção do pedículo pode causar dor súbita e intensa. É frequente a mulher referir sensação de pressão, ou peso na pelve, especialmente quando o tumor é grande. O tumor pode causar congestão circulatória pélvica e provocar lombalgia, obstipação ou dismenorreia. A mulher pode, inclusivamente, notar um aumento do perímetro abdominal malignidade (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

Os leiomiomas interferem na fertilidade, ao bloquearem a abertura das trompas de Falópio, induzindo o aborto espontâneo, ou obstruindo o canal cervical, tornando o parto um risco. O crescimento súbito de um mioma, depois da menopausa, é considerado um sinal clássico de leiomiosarcoma, o que requer histerectomia (Reel & Lierman, 2006).

A anemia está associada à perda crónica de sangue, mas a mulher também pode apresentar

eritrocitose. Embora a sua etiologia não seja completamente conhecida, especula-se que a compressão dos ureteres pode aumentar a pressão ureteral posterior e estimular a produção de eritropoietina pelos rins (Reel & Lierman, 2006).

Diagnóstico

O diagnóstico dos miomas faz-se com recurso ao exame clínico e meios complementares de diagnóstico, tais como: ecografia pélvica, ressonância magnética, histeroscopia, histerossonografia, entre outros (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

Tratamento médico

A intervenção farmacológica no tratamento dos miomas foi, durante muito tempo, pouco relevante, devido à limitação da eficácia e/ou efeitos adversos dos medicamentos disponíveis. No entanto, esta situação alterou-se nos últimos anos, face ao desenvolvimento e comercialização de novos fármacos (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

A gravidade da sintomatologia, o tamanho, a localização das lesões, a idade e o desejo da fertilidade futura, assim como as preferências individuais da mulher podem orientar o plano de tratamento para a área médica com intervenção farmacológica.

A contribuição dos novos fármacos passa, não só, pelo controlo dos sintomas, mas também pela redução, ou até mesmo desaparecimento do mioma (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

Existe uma tendência crescente na evicção dos tratamentos cirúrgicos, mas importa lembrar que determinadas situações, nomeadamente, aquelas que suscitam dúvidas em relação à benignidade das lesões, devem ser esclarecidas devendo-se atuar em conformidade (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

Tratamento cirúrgico

Durante muitos anos, o tratamento cirúrgico, especificamente a histerectomia, apresentou-se como o tratamento de eleição para os miomas uterinos. Em Portugal, apesar de se ter registado uma diminuição do número de histerectomias por miomas (39,2% em 2014), estes continuam a ser a indicação principal para a realização dessa cirurgia, em mulheres com menos de 50 anos, com valores estáveis ao longo dos últimos anos (59,3% em 2000 vs 59,2% em 2014), (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

Atualmente continua a ser o tratamento mais eficaz e definitivo, apesar de existirem alternativas, como as abordadas anteriormente.

A histerectomia é neste contexto o tratamento com maior eficácia, sobretudo a longo prazo, mas a miomectomia é, em casos específicos, uma abordagem terapêutica não só possível, mas até a mais indicada. A embolização das artérias uterinas (EAU), a sua laqueação e outros tratamentos como a miólise constituem alternativas terapêuticas a considerar (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

A histerectomia é um dos procedimentos cirúrgicos major mais frequentemente realizados em ginecologia, cuja causa, em 33,5% dos casos se deve a miomas uterinos. São elegíveis para esta abordagem, as mulheres com miomas sintomáticos, que não desejam preservar a fertilidade e que pretendam um tratamento definitivo (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

Técnica cirúrgica e possíveis complicações

A partir da década de 1980 assistiu-se ao aumento da utilização da via vaginal para a realização da histerectomia em doentes sem prolapso urogenital. Inicialmente reservada a doentes com útero não muito aumentado, como na adenomiose ou nos miomas submucosos, tem vindo a utilizar-se cada vez mais em úteros de maiores dimensões.

A confirmação das vantagens desta via em relação a laparotomia, aliada ao aumento do número dos ginecologistas treinados em cirurgia vaginal, têm vindo a mudar os paradigmas na escolha da via de acesso.

Atualmente, a histerectomia vaginal sem prolapso é cada vez mais uma solução de primeira escolha. Os critérios para se optar por esta via dependem essencialmente da experiência do cirurgião, principalmente no que diz respeito ao tamanho do útero. O fator mais importante para a sua escolha é a acessibilidade ao útero por via vaginal. Uma vagina mais estreita que dois dedos, especialmente no ápex, ou um útero que não desce são os principais fatores limitativos.

Segundo Kovac, são três as questões críticas que influenciam a seleção da via da histerectomia: volume uterino, acessibilidade vaginal e extensão da doença (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2017).

A técnica cirúrgica mais usada atualmente é a descrita por Kovac. A cirurgia começa com uma incisão na mucosa vaginal, a nível da reflexão cervico-vaginal, junto ao início das pregas transversais da vagina. Alguns autores aconselham uma incisão circunferencial contínua, mas há quem defenda haver vantagem em interromper lateralmente a incisão às 3 e 9 h, principalmente quando o colo desce pouco (Falcão & Carvalho, 2011).

Se a incisão vaginal posterior for feita corretamente, na reflexão cervico vaginal, onde se iniciam as pregas vaginais, ficamos perto da inserção dos uterossagrados e do peritoneu do

fundo do saco posterior. A abertura da cavidade peritoneal consegue-se fazendo tracção numa pinça colocada no lábio posterior do colo e seccionando os tecidos entre os uterossagrados. Caso a abertura do Fundo do saco seja difícil pode prosseguir-se com a secção dos ligamentos cardinais e uterossagrados extraperitonealmente.

A secção dos ligamentos útero sagrados é o passo mais importante da histerectomia vaginal sem prolapso, depois vai permitir a descida do útero. A sua laqueação deve ser sempre transfixiva e deve sempre deixar se uma referência.

Seguidamente, traciona-se para baixo o colo e eleva se a bexiga na linha média, como auxílio de uma pinça de dissecação. Secciona-se o septo supravaginal com tesoura, de modo a expor o espaço vesico-uterino, que é avascular e facilmente dissecado com tesoura. A dissecação romba deste espaço com o auxílio de uma compressa é um erro que aumenta o risco de lesão vesical.

Após a dissecação do espaço vesico-uterino chega-se à prega peritoneal anterior, que pode ser aberta sob Visão direta. Deve evitar-se seccionar esta prega muito perto do útero, o que sucede frequentemente por medo de lesão vesical, pois isso vai fazer com que a dissecação continue retroperitonealmente, junto ao útero. No caso de dúvida é melhor adiar a secção do peritoneu anterior para uma fase mais adiantada da histerectomia.

Após a secção e laqueação dos ligamentos cardinais e o uterossagrados faz-se a laqueação da artéria uterina. Nesta altura, o útero desceu francamente.

Kovak defende que, é exemplo do que sucede na histerectomia abdominal, após a laqueação das artérias uterinas não é necessário fazer laqueações no ligamento largo, podendo a cirurgia neste ponto progredir para os ângulos uterinos.

As laqueações devem ser realizadas com pinças mais fortes e seguras que as tradicionais pinças de Faure, como por exemplo, e as pinças de Heaney.

Nesta fase, se o útero for pequeno, desce facilmente, eventualmente como o auxílio de tração e rotação tornando acessíveis os pedículos anexiais. Caso contrário, há técnicas que facilitam a descida de um útero grande. A mais conhecida é o coring, que permite remover a porção interna do útero sem entrar na cavidade endometrial.

Após a descida do útero os pedículos anexiais, ou seja, os ligamentos útero-ováricos, redondos e a trompa, são laqueados, e é conveniente colocar uma referência para ajudar a inspeção dos ovários e eventual anexectomia.

O encerramento do peritoneu e a suspensão dos ligamentos redondos são gestos inúteis, e a histerectomia termina com a suspensão da parede posterior aos ligamentos útero sagrados, e pelo encerramento da cúpula vaginal.

As principais complicações no intraoperatório na histerectomia incluem a hemorragia, lesão da

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

Técnica anestésica e possíveis complicações

Nesta cirurgia em particular, a técnica anestésica utilizada foi o bloqueio subaracnoideu. Para realizar essa técnica é importante o correto posicionamento do doente. Assim, o doente deve estar posicionado de modo a ter a coluna na posição horizontal, com os joelhos fletidos e encostados ao abdómen e o queixo encostado ao peito, de modo a flectir a coluna o mais possível (Sousa & Ambrósio, 2013).

A posição sentada é útil na realização de bloqueios da zona pélvica (bloqueio em cela) e em doentes obesos para melhor localização do espaço. O doente deverá estar com a cabeça e os ombros fletidos em direção ao tronco, com os braços a abraçar o tronco (com a ajuda de uma almofada), é aconselhável a estabilização do doente por um assistente.

A realização de bloqueio subaracnoideu deve ser executado preferencialmente em decúbito lateral, especialmente quando há a necessidade de sedação, pelo risco de ocorrer uma reação vaso-vagal, pela dificuldade em mobilizar doente obesos, uma vez instalado o bloqueio e quando se planeia um bloqueio mais lateralizado através da administração de anestésicos locais hipo ou hiperbáricos (NYSORA, 2023).

Os espaços mais utilizados são L2-L3, L3-L4 e L4-L5. a linha imaginária que passa pelas apófises ilíacas superiores atravessa a apófise espinhosa de L3 ou L4 ou o espaço L3-L4.

A pele deverá ser cuidadosamente desinfetada com uma solução alcoólica, de preferência clorhexidina (no caso da utilização de iodopovidona, este deve ser retirado de modo a não haver risco de ser arrastado para o espaço medular, pois tem um efeito neurotóxico), sendo obrigatório o uso de luvas, máscara e touca.

A abordagem pode ser mediana ou paramediana: na mediana, a agulha atravessa o ligamento interespinhoso no linha média, com uma orientação cefálica; na paramediana, a agulha é introduzida 1 a 2 cm lateralmente à linha média, do lado pendente, 15 graus médio cefálica até atravessar o ligamento amarelo e entrar no espaço intertecal. Aplica-se em doentes com dificuldade em fletir a coluna convenientemente ou em doentes com espaços estreitos ou muito calcificados (Sousa & Ambrósio, 2013).

As principais complicações associadas a esta técnica anestésica são: hipotensão; bradicardia; parestesias durante a inserção da agulha, que obriga a um reposicionamento desta ou durante a

administração do anestésico local; dispneia; apneia; náuseas e vômitos, cefaleias pós-punção da dura-máter; retenção urinária; síndrome de cauda equina; sintomas neurológicos transitórios; meningite e aracnoidite (Correia & Lages, 2013).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 54 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-09 08:00:00	Cefazolina 2g EV	2024-01-09 11:00:00
2024-01-09 08:00:00	Midazolam 1mg EV	2024-01-09 11:00:00
2024-01-09 08:00:00	Fentanil 50 µg EV	2024-01-09 11:00:00
2024-01-09 08:00:00	Bupivacaína hiperbárica 15mg IT	2024-01-09 11:00:00
2024-01-09 08:00:00	Paracetamol 1g EV	
2024-01-09 08:00:00	Parecoxib 40mg EV	2024-01-09 11:00:00
2024-01-09 08:00:00	Ondansetron 4 mg EV	
2024-01-09 11:00:00	Petidina 30mg EV	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Se a prescrição de fármacos é um ato médico da responsabilidade do médico anestesista, a preparação e administração de fármacos é da responsabilidade do enfermeiro, tratando-se deste modo, de uma intervenção interdependente de enfermagem.

O enfermeiro deve ter conhecimentos sobre a história clínica do cliente, conhecimentos científicos e farmacológicos, de modo a manusear, administrar, vigiar e documentar a administração de fármacos por si realizada.

Promovendo uma cultura de segurança, há por isso, determinados aspetos a que o enfermeiro deve ter atenção, tais como: cliente certo; medicação certa; dose certa; via certa; data de validade; observação de possíveis reações medicamentosas. De seguida serão explanados os fármacos utilizados nesta cirurgia particular, de acordo com Deglin & Vallerand (2003):

Midazolam 1mg EV

O Midazolam é uma benzodiazepínica utilizada para tratar ansiedade, insónia e como pré-medicação para procedimentos médicos. A sua ação aumenta a atividade do neurotransmissor GABA, o que provoca o aumento da atividade inibitória no sistema nervoso central. Isso resulta em sedação, alívio da ansiedade, relaxamento muscular e efeito anticonvulsivante.

Fentanil 0,15mg EV

O fentanil é um analgésico opióide. A administração por via endovenosa é geralmente usada na anestesia geral, na indução anestésica, associada à administração dos bloqueadores neuromusculares e aos anestésicos (endovenosos/inalatórios). Este fármaco liga-se aos recetores opiáceos no sistema nervoso central, alterando a resposta à dor e à sua perceção. A administração endovenosa deve ser lenta (1-3 minutos), de modo a reduzir a possibilidade de bradicardia, hipotensão e rigidez muscular. A ação analgésica inicia-se após 2 minutos da sua administração endovenosa e mantém-se por cerca de 30 minutos. No entanto, a sobrevida pode permanecer até às 24 horas. Como reações adversas/efeitos colaterais reportam-se com maior frequência: depressão respiratória, broncospasmo, laringospasmo, arritmias, bradicardia, hipotensão, prurido, rigidez muscular esquelética, náuseas e vômitos. Assim, a sua administração pressupõe a monitorização da tensão arterial, do ritmo e frequência cardíaca, frequência respiratória e outros sinais relacionados com a mesma, quer durante o período intraoperatório, quer no pós-operatório. A dose pré-medicação é 50 a 100 mcg (0,05 a 0,1 mg), e deve ser administrada 30 a 60 minutos pré-cirurgia. No intraoperatório a dose indicada para cirurgias com dor de baixa intensidade é de 2 mcg/kg.

Cefazolina 2g EV

Cefalosporina de primeira geração. Indicação: profilaxia antibiótica cirúrgica. A administração da profilaxia antibiótica é efetuada nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, de modo a assegurar níveis tecidulares adequados na altura da incisão cirúrgica, e deve estar completa antes da incisão(DGS, 2022). Reações adversas: convulsões, náuseas, vômitos, cólicas, diarreia, erupções cutâneas, prurido, urticária, discrasias sanguíneas, e no local da punção flebite, dor, podendo causar anafilaxia.

Bupivacaína hiperbárica 15 mg IT

A bupivacaína é utilizada para a anestesia espinal (subaracnoideia) em procedimentos cirúrgicos e obstétricos, podendo, também ser usado em cirurgia abdominal, urológica e dos membros inferiores em procedimento com duração de 1,5 a 3 horas. Estão descritas as seguintes contra-indicações: hipersensibilidade conhecida aos anestésicos locais do tipo amida; doença aguda ativa do sistema nervoso central, tal como meningite, tumor, poliomielite e hemorragia craniana; a presença de tuberculose ativa ou lesões metastáticas na coluna vertebral são também uma contra-indicação; septicémia; anemia perniciosa com degeneração subaguda combinada da medula espinal; infecção pirogénica da pele no local da punção ou adjacente a este; choque cardiogénico ou hipovolémico; desordens de coagulação ou tratamento anticoagulante em curso.

De um modo geral quase todos os efeitos secundários observados com a anestesia espinal são devidos ao próprio bloqueio nervoso e não ao fármaco utilizado. Estes efeitos incluem hipotensão, bradicardia e cefaleias pós-espinais. Outros efeitos indesejáveis relacionados com a anestesia espinal são:

- Bloqueio espinal alto ou total- um efeito adverso raro, mas grave, consequente à anestesia espinal é o bloqueio espinal alto ou total que resulta em depressão cardiovascular e respiratória. A depressão cardiovascular é originada por bloqueio simpático extenso que pode originar hipotensão profunda e bradicardia ou mesmo paragem cardíaca. A depressão respiratória é causada por bloqueio dos nervos dos músculos periféricos, incluindo o diafragma;
- Complicações neurológicas- as lesões neurológicas são uma consequência rara, embora reconhecida, da anestesia espinal. Podem ter várias causas tais como: lesões diretas da medula espinal ou dos nervos espinais, síndrome da artéria espinal anterior, injeção de uma substância irritante, injeção de uma solução não estéril ou o desenvolvimento de lesões ocupando espaço como hematomas ou abscessos no canal espinal. Tal pode resultar em áreas localizadas de parastesia ou anestesia, fraqueza motora, perda do controlo de esfíncteres e paraplegia. Ocasionalmente estas são permanentes. As complicações neurológicas deste tipo encontram-se descritas para todos os anestésicos locais usados em anestesia espinal.

Paracetamol 1g EV

O paracetamol é um analgésico não opióide, usado para controlo da dor leve a moderada. A APCA defende que a abordagem analgésica deve ser multimodal, ou seja, a administração consiste na combinação de analgésicos opióides e não-opióides que atuem quer no sistema nervoso central, quer no periférico. Como reações adversas/efeitos colaterais, estão descritas: hipotensão, erupção cutânea e urticária (muito raramente). Em indivíduos com doença hepática a sua administração deve ser ponderada. Importa transmitir a informação da hora da sua

administração para se evitar sobredosagens.

Ondansetron 4mg EV

O ondansetron é um antiemético. É administrado no intraoperatório e está contemplado no protocolo de profilaxia e tratamento de náuseas e vômitos no pós-operatório. Como efeitos colaterais/reações adversas mais frequentes estão descritos: cefaleias, diarreia, tonturas e reações extrapiramidais.

Parecoxibe 40 mg

Utilizada no tratamento de curta duração da dor pós-operatória em adultos. Tem como contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes; Antecedentes de qualquer tipo de reações alérgicas graves a medicamentos, em particular reações alérgicas cutâneas como o síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de reação medicamentosa com eosinofilia e sintomas sistêmicos (síndrome DRESS), necrólise epidérmicatóxica, eritema multiforme, ou doentes com hipersensibilidade conhecida às sulfonamidas; Úlcera péptica ativa ou hemorragia gastrointestinal; Doentes com antecedentes de broncospasmo, rinite aguda, pólipos nasais, edema angioneurótico, urticária ou outras reações de tipo alérgico após ingestão de ácido acetilsalicílico ou anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), incluindo os inibidores da COX-2; Mulheres no terceiro trimestre de gravidez ou a amamentar; Compromisso hepático grave; Doença intestinal inflamatória; Insuficiência cardíaca congestiva; Tratamento da dor pós-operatória após cirurgia de bypass da artéria coronária; Doença isquêmica cardíaca, doença arterial periférica e/ou doença cerebrovascular estabelecidas.

Petidina 30mg EV

A petidina é um medicamento opióide utilizado para aliviar a dor moderada a intensa. Atua no sistema nervoso central para reduzir a percepção da dor e aumentar a sensação de bem-estar.

Pode ser administrada por via oral, intravenosa, intramuscular ou subcutânea. Os efeitos colaterais comuns incluem sonolência, náuseas e hipotensão. Além disso, a petidina pode interagir com outros medicamentos, incluindo sedativos e ansiolíticos, aumentando o risco de efeitos adversos.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

09-01-2024 08:00

09-01-2024 08:00 - Procedimento invasivo

09-01-2024 08:00 - Tipo de procedimento invasivo: Histerectomia vaginal.

09-01-2024 08:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum.

09-01-2024 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo

09-01-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

09-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

09-01-2024 08:00 - Posicionar em litotomia [FIM] 09-01-2024 11:00

09-01-2024 08:00 - Aplicar dispositivos de alívio de pressão [FIM] 09-01-2024 11:00

09-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

09-01-2024 08:00 - Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 09-01-2024 11:00

09-01-2024 08:00 - FiO₂: 28 %.

09-01-2024 08:00 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

09-01-2024 08:00 - Assegurar oxigenoterapia [FIM] 09-01-2024 11:00

09-01-2024 08:00 - Manter oxigenoterapia [FIM] 09-01-2024 11:00

Sondas, Drenos e Cateteres

09-01-2024 08:00

09-01-2024 08:00 - Sonda de oxigénio [RESOLVIDO] 09-01-2024 11:00

09-01-2024 08:00 - Características do dispositivo: Cânula binasal.

09-01-2024 08:00 - Assegurar funcionamento da sonda [FIM] 09-01-2024 11:00

09-01-2024 08:00 - Otimizar sonda de oxigénio [FIM] 09-01-2024 11:00

09-01-2024 08:00 - Cateter urinário

09-01-2024 08:00 - Quantidade de urina: 100 ml.

09-01-2024 08:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

09-01-2024 08:00 - Transparência da urina: Límpida.

09-01-2024 08:00 - Características do dispositivo: Algália látex CH 18.

09-01-2024 08:00 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário

09-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário

09-01-2024 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter

09-01-2024 08:00 - Otimizar cateter urinário

09-01-2024 08:00 - Cateter venoso periférico

09-01-2024 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

09-01-2024 08:00 - Mão Esquerda(o)

09-01-2024 08:00 - Características do dispositivo: G18.

09-01-2024 08:00 - Ausência de dor.

09-01-2024 08:00 - Ausência de calor.

09-01-2024 08:00 - Ausência de rubor.

09-01-2024 08:00 - Ausência de tumefação.

09-01-2024 08:00 - Ausência de exsudado.

09-01-2024 08:00 - Ausência de infiltração.

09-01-2024 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

09-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

09-01-2024 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter

09-01-2024 08:00 - Otimizar cateter venoso periférico

09-01-2024 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

09-01-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

09-01-2024 08:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico

09-01-2024 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

09-01-2024 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

09-01-2024 08:00 - Trocar cateter venoso periférico

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

1ª Sessão- Intraoperatório- (09-01-2024- 8:00)

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

No acolhimento do cliente no bloco operatório, o enfermeiro perioperatório assume uma importância fundamental na confirmação de determinados dados que são imprescindíveis para a realização do procedimento cirúrgico. Desta forma, sob a forma de check- list, são confirmados aspectos relacionados com a identificação do cliente, antecedentes pessoais,

possíveis alergias, consentimento informado assinado, existência de próteses e jejum pré-operatório.

Em 2004 a OMS criou a Aliança Mundial pela Segurança do Doente com a missão de coordenar e implementar um programa de medidas tendentes a melhorar a segurança do doente ao nível mundial e, publicou o documento Patient Safety (WHO, 2011). Este procedimento, óbvio, simples, mas da maior importância, consiste em confirmar a identidade do cliente antes da realização de qualquer procedimento, por mais banal que pareça. O uso de pulseiras de identificação e a sua consulta, acompanhados da verbalização pelo doente de dois dados inequívocos de identificação (habitualmente o nome completo e a data de nascimento) à solicitação do profissional, são medidas que permitem confirmar a identidade do mesmo e evitar troca de procedimentos.

De acordo com a APCA (2012), o cumprimento do jejum pré-operatório torna-se um ponto fulcral na preparação do cliente cirúrgico, podendo levar a cancelamento se não for cumprido. A presença de conteúdo alimentar durante o ato anestésico, pode levar à mobilização de conteúdo gástrico para a via aérea. O jejum noturno praticado antes de cirurgias eletivas foi instituído para prevenir complicações pulmonares, vômitos, regurgitação e aspiração do conteúdo gástrico (Ludwig et al., 2013).

Para manter valores de SatO₂ fisiológicas, torna-se essencial recorrer à oxigenoterapia com recurso a dispositivos que permitam a administração FiO₂ necessária. A cânula nasal é o dispositivo mais utilizado, tanto pela disponibilidade quanto pela facilidade do uso. É um dispositivo simples, de baixo fluxo, suportando um fluxo de até 6 L/min, fornecendo uma FiO₂ de, no máximo, 45%. Um aumento maior no fluxo não é transmitido em aumento da FiO₂. A sua principal indicação é a hipoxemia leve, conseguindo reverter a hipoxemia na maioria dos casos em que há uma ligeira diminuição da SatO₂ (92-94%). A principal desvantagem é que o uso prolongado ou aplicação de fluxos altos podem levar a secura da mucosa nasal ou até lesões na mucosa. Neste caso particular, recorreu-se ao cateter binasal sendo da responsabilidade do enfermeiro a otimização do respectivo dispositivo.

O cateterismo venoso periférico é a forma de administração de terapêutica intravenosa mais utilizada nos hospitais, sendo o enfermeiro, o profissional de eleição responsável por todo o procedimento. O enfermeiro é o profissional de saúde de primeira linha responsável pela colocação do cateter venoso periférico (CVP), manutenção do acesso venoso e respetiva remoção do dispositivo (Miranda et al., 2012). Por estes motivos, este deve ser detentor das competências técnicas e teóricas sobre a temática e considerar as diferentes variáveis envolvidas, nomeadamente o estado clínico do cliente, as características do seu sistema vascular, os fármacos administrados e o tempo previsto para a terapêutica (Steffens & Brandão, 2012).

Sobre esta temática e para Arreguy-Sena & Carvalho (2009), o enfermeiro apresenta a

responsabilidade de executar, avaliar e acompanhar o processo de cateterização venosa periférica e a manutenção do acesso para cumprimento dos objetivos previamente definidos.

Neste âmbito, Malagutti & Roehrs (2012) referem que a tomada de decisão do enfermeiro após a avaliação do cliente sobre o uso do CVP, o rigor na realização da técnica de punção, o tipo de penso para fixação e o protocolo para a sua troca, são medidas e estratégias que devem ser estimuladas para diminuir as falhas referentes a esse tipo de procedimento. Neste contexto, o enfermeiro perioperatório assume um papel fundamental na vigilância e na adoção de medidas adequadas na manipulação do mesmo.

Uma das potenciais complicações associada ao procedimento cirúrgico (histerectomia vaginal), é a ocorrência de lesões do trato urinário. A avaliação das características da urina pode ser um indicador da ocorrência de lesão. Hematúria contínua é mais sugestiva de lesão do que uma hematúria transitória uma vez que esta, pode resultar de um trauma provocado pela manipulação do trato urinário aquando a inserção da sonda vesical ou pela pressão de um afastador (Glimour, 2022). Pelos motivos explicados anteriormente, opta-se pela cateterismo vesical das doentes submetidas a histerectomia vaginal.

Para a realização de uma histerectomia vaginal é imprescindível posicionamento da cliente em posição de litotomia. Este posicionamento requer especial atenção de toda a equipa, uma vez que um posicionamento incorreto é considerado um dano evitável, que pode complicar as cirurgias que decorrem sob sedação, anestesia regional ou anestesia geral (Hewson & Hardman, 2018).

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

As principais complicações relacionadas ao posicionamento cirúrgico, incluem a dor músculo esquelética, lesões de pele e em nervos periféricos e a síndrome compartimental (Lopes et al., 2016).

Neste tipo de posicionamento são utilizados suportes para os membros inferiores, tornando-se, por isso, necessário um posicionamento protetor (Foust-Wright & Berkowitz, 2022), recorrendo a dispositivos de alívio de pressão.

Lopes et al. (2016) salientam que o posicionamento cirúrgico é um procedimento relevante executado por todos os profissionais envolvidos no atendimento do cliente, no período intraoperatório. Posto isto, devem ser consideradas as particularidades do cliente. Deste modo, o enfermeiro perioperatório deve ter conhecimento das alterações anatómicas e fisiológicas, decorrentes do posicionamento cirúrgico. De igual forma, deve utilizar os equipamentos e dispositivos disponíveis para auxiliar a técnica cirúrgica, possibilitando o planeamento e

implementação de intervenções meticolosas, para atuar na prevenção de complicações decorrentes do posicionamento.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
09-01-2024 08:00	Atitudes terapêuticas	
09-01-2024 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
09-01-2024 08:00	Eliminação urinária	
09-01-2024 08:00	Sensações somáticas	
09-01-2024 08:00	Sistema respiratório	
09-01-2024 08:00	Sistema cardiovascular	
09-01-2024 08:00	Metabolismo	
09-01-2024 08:00	Termorregulação	
09-01-2024 11:00	Digestão	

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

1ª Sessão - Intraoperatório - (09-01-2024- 8:00)

O período intraoperatório inicia-se quando o cliente é recebido no bloco operatório e termina no momento em que entra na Unidade de Cuidados Pós- Anestésicos (UCPA) (Duarte & Martins, 2014).

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

Esta sessão abrange o acolhimento do cliente no bloco operatório, a sua transferência para a sala de operações, onde se dá a indução anestésica e posteriormente a cirurgia propriamente dita.

Posto isto, parece-me pertinente, explanar, de seguida, os domínios que julgo adequarem-se a este caso particular.

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

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

A anestesia permite conforto ao cliente durante a cirurgia, uma vez que a escolha da categoria anestésica é baseada no tipo, duração e abordagem necessária durante o procedimento cirúrgico, associada às condições clínicas, mentais e psicológicas do cliente. Assim, os tipos de

anestesia são classificados em geral, regional, sedação ou combinada. (Lemos et al., 2017).

Neste caso particular, a escolha do anestesista recaiu no bloqueio subaracnoideu. O enfermeiro perioperatório, é responsável pela preparação do equipamento de ecografia e neuro estimulador, ensinando e capacitando a cliente para o posicionamento durante a técnica anestésica, garantindo paralelamente a assepsia em todo o procedimento. Depois do bloqueio instalado, avalia a evolução da anestesia e da sensibilidade, garantindo o conforto da cliente.

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

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

Assim sendo, o enfermeiro perioperatório assume particular importância no controle dos valores da glicemia capilar, atuando em conformidade, garantindo níveis estáveis ao longo da permanência do cliente no bloco operatório.

A hipotermia perioperatória inadvertida é uma complicação frequente, capaz de ser prevenida e que está associada a piores *outcomes* (Azenha, 2017).

De acordo com a literatura, 26% a 90% dos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresentam-se hipotérmicos no final da cirurgia e esta complicação pode ocorrer em qualquer fase do período perioperatório (Azenha, 2017).

A prevenção da hipotermia perioperatória está associada a melhores resultados em saúde e benefícios no processo cirúrgico, como: maior satisfação do doente, diminuição dos níveis de ansiedade, diminuição das perdas sanguíneas e necessidades transfusionais, diminuição do tempo de estadia na unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), redução dos custos totais da anestesia, diminuição de necessidade de internamento em UCI, redução de enfarte do miocárdio, redução de necessidade de ventilação mecânica, extubação mais precoce em doentes com ventilação mecânica, redução da infeção do local cirúrgico (ILC), redução global da mortalidade (ASPAN, 2010).

A prevenção de hipotermia constitui outro dos focos de atenção nesta fase operatória, pois este quadro pode fazer aumentar as exigências de oxigénio no pós-operatório, levando a um

aumento do débito cardíaco, da ventilação, compromisso do processo cicatricial e da recuperação anestésica. Deste modo, a monitorização da temperatura intraoperatória é fundamental, assim como o uso de manta térmica e dispositivos de aquecimento de fluidos e gestão da temperatura ambiental. Estas intervenções são da responsabilidade do enfermeiro perioperatório.

O domínio do sistema respiratório, requer um conjunto de intervenções de vigilância e de avaliação contínua com o objetivo de intervir atempadamente, se assim for necessário. A vigilância permanente, passa por vigilância dos parâmetros respiratórios, incluindo a saturação de oxigénio no sangue, e a otimização do posicionamento do utente (Grams et al., 2012).

Dentro do domínio cardiovascular incidi como foco de atenção a hemorragia, pois após uma intervenção cirúrgica o risco de perdas sanguíneas aumenta, e quando diagnosticado atempadamente poderá ser corrigido, reduzindo deste modo os danos para o utente. Se se justificar poderá haver necessidade de realizar revisão da hemostase (Rothrock, 2006).

De acordo com a literatura, existe a probabilidade de ocorrência de lesões do trato urinário, daí a necessidade de algaliar estas doentes e consequentemente vigiar as características da urina no decorrer da cirurgia. A hematúria contínua é mais sugestiva de lesão do que uma hematúria transitória uma vez que esta, pode resultar de um trauma provocado pela manipulação do trato urinário aquando a inserção da sonda vesical ou pela pressão de um afastador (Glimour, 2022). Justifica-se, deste modo, a atenção que o enfermeiro perioperatório presta à eliminação urinária.

2ª Sessão - UCPA - (09-01-2024- 11:00)

Silva (2016), citando vários autores, define a UCPA como uma unidade provida de meios tecnológicos sofisticados, altamente especializada, dotada de recursos humanos competentes e vocacionados para a monitorização, vigilância e cuidados intensivos, durante um período curto, mas crítico que se segue imediatamente à intervenção cirúrgica. De acordo com esta ordem de pensamento, darei, nesta sessão, relevância aos cuidados prestados no pós-operatório imediato, abordando os domínios que necessitam de atenção por parte do enfermeiro.

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 (Masiogale et al, 2018). Para além de diminuir a satisfação e o bem-estar do cliente, 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 de NVPO incluem hemorragia pósoperatória, 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 et al, 2018).

De acordo com as recomendações da Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA), é fulcral 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 profilaxia baseada na avaliação do risco (APCA, 2012). A profilaxia faz-se de acordo com o risco previamente identificado com administração de fármacos: ondansetron 4mg EV , administrado no final da cirurgia, dexametasona 4-5mg EV, na indução anestésica, droperidol 0,625-1,25mg EV no final da cirurgia. Em tratamento, fazem-se os mesmos fármacos anteriores com dosagens diferentes: ondansetron 1mg EV; dexametasona 2 a 4 mg EV (toma única), droperidol 0,625mg EV e pode ainda recorrer-se a propofol 20 mg (cliente monitorizado) (APCA, 2012). Assim, as NVPO constituem um dos principais focos de atenção do enfermeiro do perioperatório, nomeadamente na fase pós-operatória, contribuindo para o aumento da eficácia e segurança do cliente, aliada á melhoria dos cuidados prestados.

Apesar de todos os avanços farmacológicos e tecnológicos, a dor permanece como o sintoma pós-operatório mais vezes referido (APCA, 2013). 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 (IASP, 2020). Grande parte 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 abordagem da dor pós-operatória deve ser efetuada com um planeamento de intervenções, de forma 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, idade, estado clínico e capacidade cognitiva do cliente, tipo de dor e facilidade de aplicação.

O enfermeiro perioperatório mantém as vigilâncias iniciadas na sala de operações no que diz respeito restantes domínios.

4.6. Concessão de Cuidados

Sensações somáticas

09-01-2024 08:00

09-01-2024 08:00 - Sensibilidade superficial

09-01-2024 08:00 - Dermátomo sensitivo - T8

09-01-2024 08:00 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

09-01-2024 08:00 - Com compromisso da sensibilidade térmica.

09-01-2024 08:00 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

09-01-2024 08:00 - Sem manifestação de dor.

09-01-2024 08:00 - Determinar sinais de dor

09-01-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de dor

09-01-2024 08:00 - Sensibilidade comprometida

09-01-2024 08:00 - Determinar evolução da sensibilidade

09-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da sensibilidade

09-01-2024 11:00

09-01-2024 11:00 - Sensibilidade superficial

09-01-2024 11:00 - Dermátomo sensitivo - T8

09-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

09-01-2024 11:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

09-01-2024 11:00 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

09-01-2024 11:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Sistema respiratório

09-01-2024 08:00

09-01-2024 08:00 - Frequência respiratória: 17 ciclos/min.

09-01-2024 08:00 - Ritmo respiratório regular.

09-01-2024 08:00 - Movimento respiratório simétrico.

09-01-2024 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

09-01-2024 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

09-01-2024 08:00 - Sem adejo nasal.

09-01-2024 08:00 - Saturação do oxigênio no sangue

09-01-2024 08:00 - Periférico(a): 97 %.

09-01-2024 08:00 - Não comunica falta de ar.

09-01-2024 08:00 - Determinar evolução da ventilação

09-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da ventilação

09-01-2024 08:00 - Referenciar saturação do oxigênio no sangue ao médico

09-01-2024 11:00

09-01-2024 11:00 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

09-01-2024 11:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

09-01-2024 11:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

09-01-2024 11:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

09-01-2024 11:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

- 09-01-2024 11:00 - Sem adejo nasal.
- 09-01-2024 11:00 - Saturação do oxigênio no sangue
 - 09-01-2024 11:00 - Periférico(a): 99 %.
- 09-01-2024 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.
- 09-01-2024 11:00 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].

Sistema cardiovascular

09-01-2024 08:00

- 09-01-2024 08:00 - Localização do Pulso
 - 09-01-2024 08:00 - Punho Direita(o)
 - 09-01-2024 08:00 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.
 - 09-01-2024 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
 - 09-01-2024 08:00 - Pulso rítmico.
 - 09-01-2024 08:00 - Pulso simétrico.
- 09-01-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 09-01-2024 08:00 - Membro superior Direita(o)
 - 09-01-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 108 mmHg.
 - 09-01-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 62 mmHg.
- 09-01-2024 08:00 - Temperatura das extremidades
 - 09-01-2024 08:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.
- 09-01-2024 08:00 - Coloração das extremidades
 - 09-01-2024 08:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.
- 09-01-2024 08:00 - Tempo de preenchimento capilar: 3 segundos.
- 09-01-2024 08:00 - Perda sanguínea
 - 09-01-2024 08:00 - Vagina: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

09-01-2024 08:00 - Hemorragia

09-01-2024 08:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

09-01-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

09-01-2024 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

09-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

09-01-2024 08:00 - Perfusão dos tecidos periféricos comprometida [RESOLVIDO]

09-01-2024 11:00

09-01-2024 11:00

- 09-01-2024 11:00 - Localização do Pulso
 - 09-01-2024 11:00 - Punho Direita(o)
 - 09-01-2024 11:00 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.
 - 09-01-2024 11:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
 - 09-01-2024 11:00 - Pulso rítmico.
 - 09-01-2024 11:00 - Pulso simétrico.
- 09-01-2024 11:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 09-01-2024 11:00 - Membro superior Direita(o)
 - 09-01-2024 11:00 - Pressão sanguínea sistólica: 124 mmHg.
 - 09-01-2024 11:00 - Pressão sanguínea diastólica: 67 mmHg.
- 09-01-2024 11:00 - Temperatura das extremidades
 - 09-01-2024 11:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

09-01-2024 11:00 - Coloração das extremidades

09-01-2024 11:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

09-01-2024 11:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

09-01-2024 11:00 - Perda sanguínea

09-01-2024 11:00 - Vagina: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade [MANTEVE].

Digestão

09-01-2024 11:00

09-01-2024 11:00 - Sem sensação de enjojo.

09-01-2024 11:00 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

09-01-2024 11:00 - Sem vômitos.

09-01-2024 11:00 - Náusea

09-01-2024 11:00 - Gravidade da náusea: sem gravidade.

09-01-2024 11:00 - Determinar evolução da náusea

09-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da náusea

09-01-2024 11:00 - Determinar vômitos

09-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do vomitar

09-01-2024 11:00 - Referenciar o vomitar ao médico

Eliminação urinária

09-01-2024 08:00

09-01-2024 08:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

09-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária

09-01-2024 11:00

09-01-2024 11:00 - Quantidade de urina: 200 ml.

09-01-2024 11:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

09-01-2024 11:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

Metabolismo

09-01-2024 08:00

09-01-2024 08:00 - Glicemia capilar: 95 mg/dl.

09-01-2024 08:00 - Determinar evolução da glicemia

09-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da glicemia

09-01-2024 08:00 - Referenciar hiperglicemia ao médico

09-01-2024 11:00

09-01-2024 11:00 - Glicemia capilar: 96 mg/dl.

Termorregulação

09-01-2024 08:00

09-01-2024 08:00 - Temperatura corporal periférica

09-01-2024 08:00 - Região temporal: 36.30 °C.

09-01-2024 08:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

09-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

09-01-2024 08:00 - Referenciar hipertermia ao médico

09-01-2024 11:00

09-01-2024 11:00 - Temperatura corporal periférica

09-01-2024 11:00 - Região temporal: 36.40 °C.

4.7. Síntese relativa ao caso

O bloco operatório tem um papel crucial dentro de qualquer instituição de saúde, onde os procedimentos cirúrgicos são realizados com precisão e cuidado. No centro desse ambiente, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na garantia da segurança, bem-estar e recuperação dos clientes. Os cuidados de enfermagem no bloco operatório são multifacetados e abrangem uma série de aspectos essenciais, desde a preparação do paciente até o pós-operatório imediato.

É também fundamental que os cuidados de enfermagem perioperatórios assegurem o conforto, a dignidade e o controlo da exposição corporal do cliente durante este período. Seguindo estas premissas, surgem intervenções de enfermagem, com vista a cooperar para o sucesso do procedimento cirúrgico.

Um dos primeiros e mais importantes cuidados de enfermagem é a verificação meticulosa da identidade do cliente, procedimento cirúrgico a ser realizado, e do local exato da intervenção. Esse processo, conhecido como "time-out", é uma medida crucial de segurança para prevenir erros e garantir que todos os membros da equipa estejam alinhados quanto ao procedimento a ser realizado.

Além disso, a preparação do cliente para o procedimento cirúrgico é uma responsabilidade primordial dos enfermeiros. Isso envolve explicar o processo cirúrgico ao cliente, fornecer orientações pré-operatórias, administrar medicamentos pré-anestésicos conforme prescrição médica, e assegurar que o cliente esteja em condições físicas e emocionais adequadas para a cirurgia.

Durante a cirurgia, os enfermeiros desempenham um papel ativo na assistência ao cirurgião, providenciando todos os materiais necessários, mantendo a esterilidade do campo cirúrgico, e monitorizando de perto os sinais vitais do cliente. O controle rigoroso da assepsia e a manutenção de um ambiente cirúrgico livre de contaminação são aspectos fundamentais para prevenir infecções e complicações pós-operatórias.

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

A monitorização da temperatura e da glicemia são importantes no período intraoperatório. Com vista a manter valores normais, é pertinente prescrever intervenções de carácter autónomo, nomeadamente a aplicação da manta de aquecimento. A avaliação contínua destes parâmetros

tem como objetivo detetar precocemente alteração dos valores de referência e reportá-los à equipa médica.

O cliente sujeito a bloqueio subaracnoideu, apresenta alteração da sensibilidade, pelo que não está capaz de se posicionar nem de referir desconforto, tal aliado ao tipo de posicionamento cirúrgico, exige que o enfermeiro desenvolva intervenções do tipo "avaliar a integridade dos tecidos", "aplicar dispositivos de alívio de pressão", tudo com o objetivo que o cliente não desenvolva lesões cutâneas ou até mesmo músculo-esqueléticas, durante o o procedimento cirúrgico.

Decorrente de possíveis complicações cirúrgicas é, também, necessário manter uma vigilância das características da urina, de modo a alertar a equipa cirúrgica caso surja alguma alteração.

Após a conclusão do procedimento cirúrgico, os enfermeiros continuam a desempenhar um papel crucial na recuperação do cliente. No pós-operatório de qualquer intervenção cirúrgica o domínio da dor deve ser abordado. Cabe ao enfermeiro perioperatório avaliar a sua evolução durante este período através de escalas apropriadas, neste caso a escala numérica da dor, gerir a analgesia quando necessário, e providenciar técnicas não farmacológicas de controlo da dor, como o posicionar. Promovendo desta forma o conforto do utente durante a sua permanência na UCPA.

A prevalência de náuseas e vômitos após uma indução anestésica é uma realidade nos cuidados pós-operatórios, sendo uma das complicações mais frequentes. São um fator com grande impacto no estado do utente e no atraso na alta (regresso ao domicílio). Assim, cabe ao enfermeiro implementar intervenções com vista a contrariar esta complicação, nomeadamente a gestão terapêutica e referenciar ao médico.

Em resumo, os cuidados de enfermagem no bloco operatório são fundamentais para garantir a segurança, eficácia e bem-estar dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. O papel dos enfermeiros nesse ambiente é de extrema importância, exigindo habilidades técnicas, conhecimento especializado, e um compromisso inabalável com o cuidado e a segurança do cliente, por forma a aumentar o grau de satisfação do cliente com a experiência cirúrgica.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo é o resultado da análise reflexiva das competências esperadas para o enfermeiro mestre em enfermagem perioperatória, o que subentende a articulação com o desenvolvimento das competências adquiridas em contexto clínico de enfermagem perioperatória.

O termo competência refere-se a um “conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (isto é, conjunto de capacidades humanas) que justificam um alto desempenho, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas” (Fleury, & Fleury, 2001, p. 185). Também Phaneuf (2005, p. 2), refere-se à competência como “o conjunto integrado de habilidades cognitivas, de habilidades psicomotoras e de comportamentos sócio-afetivos que permite exercer, ao nível de desempenho exigido à entrada no mercado de trabalho, um papel, uma função, uma tarefa ou uma atividade”.

As competências na área da Enfermagem dizem respeito a habilidades técnicas, conhecimentos teóricos, habilidades de comunicação e atitudes profissionais, necessárias para fornecer cuidados de saúde de alta qualidade. Estas competências abrangem desde a avaliação e intervenção clínica até as relações interpessoais com pacientes, familiares e outros membros da equipa de saúde. Os enfermeiros também podem demonstrar competências em gestão, tomada de decisão clínica e ética e colaboração multidisciplinar. O desenvolvimento contínuo dessas competências é fundamental para garantir a segurança e eficácia dos cuidados prestados.

O enfermeiro especialista desempenha um papel crucial nos sistemas de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade do atendimento e dos resultados para os clientes. O desenvolvimento de competências é fundamental para que estes profissionais alcancem o seu potencial máximo e atendam às demandas específicas das suas áreas de especialização.

De acordo com a OE (2009, p.16), 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”. O enfermeiro especialista desempenha um papel crucial na prestação de cuidados de saúde especializados e na promoção da saúde nas suas áreas de especialização. Importa assim, demonstrar a aquisição e desenvolvimento das competências comuns partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade (OE, 2019).

Desta forma, de acordo com o Regulamento n.º 149/2019, de 6 de fevereiro, as competências estão agregadas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

No seguimento desta ordem de ideias, os domínios anteriormente referidos, assim como os

Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, serão explanados de seguida, conferindo assim, estrutura e organização a este capítulo.

Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O Regulamento nº 140/2019 da OE faz menção às *“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”* (DR, 2019, p. 4745). Partindo desta premissa, foi elaborado um conjunto de domínios das competências comuns dos enfermeiros especialistas que assentam em quatro pilares, são eles: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão e finalmente, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens. Pode-se, portanto, afirmar que todos os enfermeiros com título de especialista partilham competências, independentemente da sua área de especialização.

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pretende-se que os enfermeiros, atuem de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

No que diz respeito ao domínio da melhoria contínua da qualidade, é fundamental que os enfermeiros tenham um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolvam práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, de modo a promover um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

O domínio da gestão prende-se com uma gestão criteriosa dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a restante equipa de saúde, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Por fim, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pressupõe desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; baseando a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica.

Neste capítulo serão explanados os quatro domínios integrantes das competências comuns dos enfermeiros especialistas, e também serão descritas algumas das atividades desenvolvidas durante o contexto clínico, por forma a concretizá-las.

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).

O artigo 8º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) sublinha que os enfermeiros devem adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (OE, 2015).

A Deontologia é uma filosofia que faz parte da filosofia moral contemporânea, que significa ciência do dever e da obrigação. A deontologia é um tratado dos deveres e da moral. É uma teoria sobre as escolhas dos indivíduos, o que é moralmente necessário e serve para nortear o que realmente deve ser feito. O termo deontologia foi criado no ano de 1834, pelo filósofo inglês Jeremy Bentham, para falar sobre o ramo da ética em que o objeto de estudo é o fundamento do dever e das normas. A deontologia é ainda conhecida como "Teoria do Dever".

Immanuel Kant também deu sua contribuição para a deontologia, uma vez que a dividiu em dois conceitos: razão prática e liberdade. Para Kant, agir por dever é a maneira de dar à ação o seu valor moral; e por sua vez, a perfeição moral só pode ser atingida por uma livre vontade.

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 características de cada profissão (Nunes et al, 2022).

O Código Deontológico de Enfermagem assume-se como um guia orientador da prática da enfermagem, onde são explanados os direitos, deveres e responsabilidades dos enfermeiros, alicerçados nos princípios éticos da profissão, assim como, os direitos dos cidadãos e das comunidades. “Os enfermeiros, individualmente, têm o dever de responder competentemente às promessas feitas e aos compromissos assumidos (ou, se quisermos, ao mandato social da profissão)” (OE, 2015, p.14).

A profissão de enfermagem adveio do compromisso de cuidar do outro, e essa responsabilidade assumida para com a sociedade, pressupõe um cuidar competente, assente em princípios éticos, deontológicos e legais. Esse cuidar deve ter em conta o princípio do respeito pela autonomia da pessoa, como exemplo pode-se salientar o cuidado pela pessoa quando esta tem diminuída a sua liberdade, a sua consciência ou capacidade para pedir ajuda, quando a sua autonomia pode estar reduzida e não lhe permitir comunicar com os outros. Nestes casos importa assumir o papel de provedor de cuidados, apelando sempre ao que é mais favorável ao cliente e ajustado a um cuidado adequado (Nunes, 2014).

O enfermeiro especialista deve compreender de onde advém a sua responsabilidade, que apesar de não ser exclusiva da prática especializada, assume contornos distintos, pelo papel desenvolvido no seio da equipa. Daí resulta o dever de reflexão e orientação no que diz respeito

à tomada de decisão.

O enfermeiro especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente. O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes (OE, 2019).

O contexto perioperatório reúne um conjunto de particularidades, que o distingue dos outros cenários. A pessoa encontra-se numa situação adversa, onde os sentimentos de medo, ansiedade, a colocam numa posição de grande vulnerabilidade. É neste momento, que o enfermeiro necessita de intervir regulando a sua atuação com base nos princípios éticos e deontológicos, salvaguardando sempre os direitos Humanos.

No período perioperatório, é fundamental assegurar que o cliente compreende a informação que lhe é dada para que este possa exercer a sua autodeterminação e tomada de decisão, de forma livre e esclarecida.

Entende-se por consentimento informado a autorização esclarecida prestada pelo cliente antes da submissão a qualquer cuidado de saúde, incluindo, entre outros, atos médicos, realização de exames, participação em investigação ou ensaios clínicos. Esta autorização pressupõe uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, razão e resultado esperado da intervenção consentida. Em regra, qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ter lugar após prestação do consentimento livre e esclarecido pelo destinatário da mesma. Ou seja, o utente deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo, natureza da intervenção, consequências, riscos e alternativa (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Neste momento, importa refletir sobre o consentimento livre e esclarecido que deve ser facultado ao cliente, de modo a auxiliá-lo na tomada de decisão. O consentimento informado, livre e esclarecido implica a transmissão de informação e esclarecimento de forma verbal ou escrita acerca de determinada intervenção, mediante a qual o indivíduo tem direito a um período de reflexão (DGS, 2013).

O consentimento informado, devidamente esclarecido, contribui para a segurança, quer do cliente, quer da restante equipa de saúde. O cliente, vê esclarecidas as suas dúvidas e anseios relacionados com o procedimento a realizar, e a equipa de saúde fica salvaguardada quanto à legalidade das suas intervenções.

O consentimento informado, livre e esclarecido faz parte do Programa Internacional de Práticas de Segurança Cirúrgica - “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, da Organização Mundial de Saúde (OMS), que tem como objetivo melhorar a qualidade e garantir condições de segurança nas intervenções cirúrgicas, sendo necessário confirmar, sempre, a sua existência (OMS, 2009).

No seguimento desta ordem de ideias, um dos grandes focos de atenção de toda a equipa dos

contextos clínicos de estágio, passa, não só pela verificação da assinatura do consentimento informado, mas também pela validação da informação percebida pelo cliente. E se for caso disso, o esclarecimento adicional de alguma dúvida, no que diz respeito às intervenções de enfermagem, de modo a criar um ambiente de satisfação com os cuidados. A intervenção do enfermeiro também se denota na articulação com a restante equipa multiprofissional, de modo a garantir o respeito pela dignidade e autonomia do cliente.

Mas no contexto perioperatório, é também essencial perceber se o cliente consente as intervenções de enfermagem planeadas. Decorrente das técnicas anestésicas e cirúrgicas necessárias, o cliente encontra-se num momento de grande vulnerabilidade, quer pela alteração do estado de consciência, quer pelo posicionamento cirúrgico e respetiva exposição corporal, pelo que o enfermeiro especialista deve garantir o direito da privacidade e intimidade, assegurando a segurança e conforto físico, respeitando assim os valores do cliente. Deve atuar de acordo com as melhores evidências científicas, cumprindo normas e procedimentos institucionais, fomentando esse modo de atuação em toda a equipa, garantindo assim, cuidados seguros, competentes e eficazes que salvaguardem o cliente em toda a sua essência.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

Na melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista deve centrar a sua atenção em garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica, no desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e na garantia de um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) não existe uma definição consensual de qualidade, que seja universalmente aceite, mas há premissas que são partilhadas na sua generalidade. Assim, a definição do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, tem sido partilhada pela comunidade da saúde. Deste modo, qualidade é: “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (OMS, 2020, p. 13).

Também de acordo com este Instituto, os cuidados devem ser seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos, eficientes e equitativos. Em 2006, a OMS definiu de modo semelhante os conceitos básicos da qualidade, ao afirmar que os cuidados devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, equitativos e seguros. Durante a última década, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) escolheu salientar três dimensões da qualidade: eficácia, segurança e atenção nos clientes.

A qualidade em saúde define-se então 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 nº 5613/2015, p.13551). A qualidade combinada com a segurança dos cuidados contribuiu para a “redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas de inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados”, pelo que constituem uma obrigação ética (Despacho nº 5613/2015, p. 13551).

O contributo da enfermagem para a qualidade em saúde é inquestionável, seja na perspetiva do cumprimento de intervenções que resultam de prescrição, como no contributo que resulta da decisão clínica dos enfermeiros, com impacto nos processos de transição resultantes de eventos vivenciados pelos clientes (Machado, 2013).

A criação da Ordem do Enfermeiros teve como um dos seus maiores desafios, a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, cujo contributo principal prende-se com a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros e com a qualidade desses cuidados prestados aos cidadãos (OE, 2001).

Criar sistemas de qualidade tornou-se uma necessidade assumida por organizações internacionais- OMS e Conselho Internacional de Enfermeiros, e pela OE- Conselho de Enfermagem. Deste modo, “as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas” (OE, 2001, p.3).

Mezomo (2001) defende que a melhoria dos cuidados deve reger-se pelo compromisso com a atualização e inovação de serviços e profissionais, adequados à missão da instituição onde se prestam cuidados.

Durante o processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro aplica os resultados da investigação na sua prática. Como tal, a criação de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

O exercício profissional dos enfermeiros pressupõe o respeito pelos valores, costumes, religiões de cada pessoa cuidada. “Os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas” com o objetivo a obter níveis elevados de satisfação dos clientes. “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (OE, 2001, p.11).

Seguindo esta ordem de ideias, surge o projeto de estágio por mim desenvolvido, cuja temática se prende com a satisfação do cliente com a experiência perioperatória (Anexo I). Nos contextos de prática clínica, não existe um instrumento que avalie a satisfação dos doentes com a experiência perioperatória. Como este indicador de qualidade não tem ainda significado em termos de financiamento hospitalar, as instituições não o valorizam. A opinião do cliente e o resultado da experiência cirúrgica, podem indicar os aspetos a melhorar na prática dos enfermeiros, podendo daí advir indicadores de qualidade resultantes das intervenções de

enfermagem implementadas neste contexto.

O Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolveu os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, com o objetivo que estes sejam uma referência para a prática diferenciada, e que promovam a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) deve conceber, implementar e avaliar planos de intervenção, de forma a dar resposta às necessidades da pessoa e família/pessoa significativa, visando o seu empoderamento, a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença (OE, 2017).

Também o Plano Nacional de Saúde 2030, refere a promoção de uma cultura de qualidade e segurança para o doente, como uma das estratégias de intervenção a implementar e monitorizar (DGS, 2022).

No âmbito da melhoria contínua da qualidade, o Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade, e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional. Neste sentido, surgiu a oportunidade de realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a temática do fumo cirúrgico e as suas implicações para os profissionais de saúde. Os resultados foram apresentados à equipa de enfermagem, permitindo um momento de partilha de conhecimentos. Em momento posterior, foi realizado um poster sobre a mesma temática, que foi exposto nas Jornadas “Desafios para a articulação de Cuidados de Saúde”, tendo recebido uma menção honrosa pela participação.

Os momentos de estágio foram importantes para refletir sobre o exercício da profissão, procurando novas estratégias de desenvolvimento pessoal e profissional, aliando segurança e qualidade, tendo sempre por base a melhor evidência científica ao dispor.

Um dos aspetos a considerar durante os contextos clínicos, relaciona-se com o cumprimento rigoroso das Precauções Básicas do Controlo da Infecção e dos feixes de intervenção, pela equipa multidisciplinar, seguindo as orientações do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA); esta temática será abordada com mais pormenor no capítulo referente às competências específicas do EEEMCPSPE.

Domínio da gestão dos cuidados

O domínio referente à 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 (OE, 2019).

De acordo com a OE (2019), o Enfermeiro Especialista 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, identificando o estilo de liderança mais apropriado à garantia da qualidade dos mesmos

A gestão representa um domínio de grande importância para a manutenção de um padrão elevado de qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista (Magalhães, 2017). Representa, ainda, um sistema de processos integrados que se destinam a possibilitar, suportar e coordenar os cuidados ao cliente através da continuidade dos serviços de saúde (Urden, et al., 2013).

A gestão dos cuidados, a delegação de tarefas (e sua supervisão), a promoção de cuidados seguros e de um ambiente seguro, são competências comuns às de um enfermeiro de cuidados gerais. É, no entanto, esperado que o enfermeiro especialista seja capaz de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, sendo, para isso, capaz de assessorar a sua equipa, sempre que solicitado, cooperando desta forma nas decisões da equipa multidisciplinar.

A OE (2006), refere que os enfermeiros têm o dever de excelência de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro. Acrescenta que a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, o enfermeiro, “considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente, promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo risco” (DR, 2019, p. 4747).

O enfermeiro perioperatório como enfermeiro gestor, segundo a AESOP (2006), participa na coordenação e dinamização de todas as atividades inerentes à prática dos cuidados, e promove a interligação funcional de todos os utilizadores e fornecedores de cuidados.

O enfermeiro especialista tem o dever de fomentar a eficiência e eficácia, promovendo um desempenho diferenciado, de qualidade, seguro e satisfatório, para clientes e profissionais. De modo a atingir esse objetivo, o enfermeiro especialista deverá ser líder, recorrendo a um ambiente positivo e motivacional, dando espaço ao questionamento, favorecendo a prática e a inovação, de maneira a capacitar a equipa de enfermagem para a prática baseada na evidência, numa cultura de segurança individual, coletiva e organizacional.

Deste modo, o EEEMCPSPE surge como o elemento mais capacitado para a gestão do turno, das equipas e dos cuidados de enfermagem, dando ênfase à segurança do cliente e da equipa multidisciplinar, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. Nesta competência engloba-se a gestão dos recursos humanos, dos materiais e equipamentos, e dos cuidados prestados.

Durante o período de estágio, por inúmeras ocasiões, acompanhei de perto a gestão do serviço, uma vez que a enfermeira tutora assume com frequência esta função. Assim, verifiquei que a gestão dos recursos materiais e equipamentos surge como um grande desafio, na medida que a sua falha compromete a operacionalidade do bloco operatório, podendo levar ao cancelamento

de intervenções cirúrgicas, com repercussões para os clientes e para a instituição.

Recentemente, foi implementada no bloco operatório a metodologia KAIZEN™. Segundo Imai (2023, p.25), “KAIZEN™ significa melhoria contínua. Este conceito, significa também melhoria contínua na vida pessoal, social e profissional. Quando aplicado no local de trabalho, KAIZEN™ significa melhoria contínua envolvendo todos – administração e restantes colaboradores”.

Existem cinco princípios fundamentais KAIZEN™, integrados em todas as suas ferramentas e comportamentos: conhecer o cliente; deixar fluir; seguir a ação; capacitar as pessoas; e ser transparente. A implementação destes cinco princípios, em qualquer organização, é fundamental para o sucesso de uma cultura de melhoria contínua e para marcar o ponto de viragem na progressão da qualidade, da produtividade e das relações entre colaboradores e gestores (Imai, 2023).

O setor da saúde está em constante reinvenção. Para além do foco nas pessoas, temas como a era digital e a legislação têm um peso importante no panorama atual. A missão do setor é proporcionar um serviço consistente e seguro e, ao mesmo tempo, garantir um negócio economicamente rentável. O maior desafio de gestão a este nível é a transição do foco nos recursos, para a criação de valor ao longo do fluxo de clientes (Imai, 2023).

Objetivamente, no início dos turnos da manhã e da tarde, realiza-se um *breafing* na presença de todos os elementos da equipa cirúrgica (enfermeiros anestésista, circulante e instrumentista, médico anestésista e cirurgião): são confirmados o plano cirúrgico, material e equipamentos necessários, assim como, informações adicionais relacionadas com a segurança do procedimento, tais como a necessidade de antibioterapia e profilaxia tromboembólica, reserva de unidades de sangue, e existência dos consentimentos informados devidamente assinados.

Na área da gestão, foram implementados armazéns avançados quer a nível dos materiais consumíveis quer da farmácia. Assim, foi estabelecido um stock mínimo de cada artigo constituinte dos referidos armazéns; quando é atingido esse nível, a reposição é feita de modo automático pelo serviço de aprovisionamento da instituição. Este tipo de metodologia permite diminuir o tempo dispensado pelos gestores na gestão e reposição de stocks, garantindo-se que os materiais e fármacos se encontram sempre disponíveis para a sua utilização. Em termos institucionais, este tipo de organização de trabalho não acarreta custos adicionais e permite uma melhor rentabilização dos recursos necessários à prestação de cuidados.

A enfermeira tutora que acompanhei no decurso deste estágio assume funções de gestão, tanto de materiais, equipamentos e farmácia, assim como na colaboração e supervisão dos cuidados de enfermagem. Assume-se, também, como elo de ligação entre os diferentes elementos integrantes da equipa multidisciplinar. Neste sentido, foi possível acompanhar de perto o desempenho destas funções, o que permitiu o desenvolvimento e a consolidação de competências na área da prestação e gestão de cuidados.

No decurso do estágio surgiu, também, a possibilidade de acompanhar e participar na realização do inventário dos stocks de materiais acondicionados nos armazéns do bloco central,

e do bloco da especialidade de ginecologia e obstetrícia. A realização desta atividade permitiu constatar a necessidade de manter os níveis de stock corretos para uma melhor otimização dos recursos materiais adquiridos pela instituição, de forma a rentabilizar ao máximo os recursos existentes, minimizando o desperdício.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais diz respeito à competência “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”; e a competência “Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p 4745.).

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional (OE, 2019).

O autoconhecimento assume-se como um dos pontos fulcrais para o fortalecimento e atuação ética do ser humano. Está presente em muitas situações e aspetos da vida de cada um, tornando-o único e singular. De modo a atingir uma prática de excelência, trabalhar e liderar uma equipa, gerir conflitos, entre muitos outros aspetos, o conhecimento de si mesmo é extremamente importante.

O autoconhecimento surge como o atributo que ajuda os enfermeiros a dar resposta à exigente tarefa da relação terapêutica. A partir dele reconhece-se a vulnerabilidade pessoal, e pode-se desenvolver aptidões. O recurso à supervisão clínica, como suporte para o desenvolvimento das relações terapêuticas, é apontado como um meio que pode promover o processo de autoconhecimento (Gardner, 2010).

O autoconhecimento permite uma *praxis* clínica baseada em valores e competências como a integridade, a responsabilidade, a dedicação e confiança, tendo um impacto direto no trabalho exercido e nas pessoas envolvidas (Gardner, 2010).

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.

A profissão de enfermagem, apresentando um carácter essencialmente prático, vê o seu saber modificado/atualizado constantemente, de tal forma que os profissionais necessitam continuamente de renovar conhecimentos, de forma a promoverem a qualidade dos cuidados prestados à população de maneira autónoma, responsável e competente.

Na profissão de enfermagem, os contextos de trabalho são uma das mais importantes fontes de formação para os enfermeiros, e é nestes contextos que o enfermeiro interioriza e trabalha a maior parte dos conhecimentos cognitivos que adquiriu na sua formação contínua.

A formação em serviço apresenta-se como uma das estratégias mais eficazes para a transmissão de conhecimentos, com base na melhor evidência científica. Permite a partilha de informação e desenvolve o pensamento crítico da equipa, por forma a procurar novos conhecimentos, contribuindo, assim, para o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência (Dias , 2004).

Dias (2004) refere que a formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações, e a permanente atualização e adaptação que estas exigem). Todos estes aspetos são fundamentais para que haja, da parte do formando, um saber-transformar, ou seja, uma interação entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de trabalho.

Durante o período de estágio, desenvolvi competências neste âmbito, tendo oportunidade de conceber uma formação em serviço relacionada com a temática da electrocirurgia (Anexo VI), na qual foi possível rever conceitos, atualizar conhecimentos e, acima de tudo, criar um momento de partilha e de reflexão entre os elementos da equipa.

Na sequência do projeto de estágio, cuja temática assenta na “Satisfação do cliente com a experiência perioperatória”, foi também desenvolvida uma ação de formação com vista à sensibilização para a temática, com a apresentação dos resultados obtidos na revisão da literatura realizada.

Foi ainda possível participar nas “VI Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria-Enfermagem Perioperatória, Inovar e humanizar”, tendo realizado um Workshop sobre terapia de pressão negativa no tratamento de feridas complexas.

Ainda em contexto de desenvolvimento de aprendizagens, foi possível participar no evento NursID, realizado na ESEP, onde foi apresentado um painel referente ao “Impacto do Fumo da Eletrocirurgia na Equipa Cirúrgica”.

Os momentos de partilha com os pares são importantes para a estimulação do pensamento crítico e reflexivo, contribuindo assim, para a melhoria dos cuidados prestados. A elaboração dos trabalhos, permite a busca pela melhor evidência científica, o desenvolvimento do espírito crítico e a partilha de saberes, em prol de melhores cuidados prestados ao cliente.

O planeamento dos cuidados a prestar ao cliente assume, também, a maior importância no decurso do estágio de natureza profissional. Deste modo, foi solicitada a elaboração de estudos de caso, com o objetivo de aprofundar conhecimentos teóricos referentes a determinadas intervenções cirúrgicas, enquadradas nos respetivos contextos de estágio. Assim sendo, foi possível investigar conhecimentos relativos às patologias que motivaram as intervenções cirúrgicas, às consequências para o cliente, refletindo, também, sobre as intervenções de enfermagem mais adequadas à situação, com especial interesse nas que são realizadas de forma autónoma e independente.

Para a elaboração destes estudos de casos é fundamental a procura da melhor evidência

científica, de modo a sustentar a tomada de decisão dos enfermeiros em prol do cliente, garantindo, assim, a excelência dos cuidados prestados a nível perioperatório.

O momento de estágio possibilitou, assim, o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista na prestação dos cuidados à pessoa em situação perioperatória.

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

Depois da consideração sobre as competências gerais do enfermeiro especialista importa, agora, afunilar a reflexão sobre o exercício das mesmas no contexto perioperatório. Assim, neste subcapítulo farei uma reflexão das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Estas competências encontram-se explanadas no Regulamento nº 429 /2018, de 16 de julho, pelo que este documento servirá de base à elaboração e fundamentação deste subcapítulo.

Os avanços técnico-científicos na área da saúde impulsionaram o desenvolvimento de meios complementares de diagnóstico e tratamento, com vista a aumentar a longevidade da população. A enfermagem enquanto ciência acompanhou a evolução da sociedade, assumindo uma crescente diferenciação e relevância enquanto profissão e disciplina (Regulamento nº613/2022).

Assim,

“a evolução da enfermagem como ciência e o número crescente e diversificado de áreas de investigação a ele associadas têm contribuído para que, globalmente, os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação, a que corresponde um corpo científico próprio e autónomo, contribuindo para que, também na prestação de cuidados e funcionamento dos serviços de saúde, tenham um maior reconhecimento e assumam novas e mais complexas responsabilidades” (Regulamento nº 613/2022, p. 179).

Enquanto profissão, a enfermagem

“tem evoluído no sentido de responder às progressivas necessidades de cuidados e dos diferentes contextos de atuação, assumindo uma complexidade crescente de conhecimentos, práticas e locais de trabalho, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo do enfermeiro e do enfermeiro especialista e enquanto elemento da equipa multidisciplinar e multiprofissional de saúde” (Regulamento nº 613/2022, p. 179).

O avanço no conhecimento exige que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica desenvolva a sua prática baseada nas mais recentes evidências, orientado para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo capaz de liderar projetos de formação,

de assessoria e de investigação, de modo a potenciar e atualizar os seus conhecimentos.

No entanto, a área de abrangência de enfermagem médico-cirúrgica é muito ampla, surgindo, por isso, a necessidade de definir o contexto e os destinatários dos cuidados de saúde. Neste caso particular, o enfoque é na pessoa em situação perioperatória, ou seja, na prestação dos cuidados à pessoa e família/pessoa significativa que vivenciam processos cirúrgicos/anestésicos, visando a promoção da saúde, prevenção de eventos adversos e tratamento da doença.

A intervenção do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta pré-operatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos. Este período engloba as fases pré, intra e pós-operatório (OE, 2018).

A fase pré-operatória tem início quando a pessoa e o cirurgião decidem pela cirurgia e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória. A fase intraoperatória inicia aquando da transferência da pessoa, para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA). A fase pós-operatória, tem início quando a pessoa dá entrada na UCPA, e termina quando se considera que a pessoa está recuperada do processo cirúrgico/anestésico (OE, 2018).

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, é possível identificar duas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória:

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

Seguidamente, prossegue-se com a descrição do modo como cada competência específica foi desenvolvida, através da análise e reflexão das experiências vividas, nos respetivos campos de estágio. De ressaltar que o regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, e os Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica servem como documentos orientadores para essa abordagem.

Cuida da Pessoa em Situação Perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

Os cuidados de enfermagem perioperatórios assentam num modelo de boas práticas com o objetivo de providenciar cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa, antes, durante e após procedimentos anestésico/cirúrgicos. Neste momento de particular vulnerabilidade do cliente, pretende-se capacitar e promover a sua autonomia e consciência crítica, de modo que este tenha comportamentos adequados ao seu projeto de saúde (OE, 2017).

Assim, os cuidados de enfermagem perioperatórios assentam em cinco pilares: reconhecimento

do outro e capacitação; vulnerabilidade; responsabilidade de cuidado; prudência e gestão de risco; e consciência cirúrgica (OE, 2017).

No que diz respeito ao reconhecimento do outro e capacitação, o enfermeiro perioperatório deve estabelecer uma relação interpessoal e reconhecer o cliente como ser único, complexo, com capacidade de aprendizagem, capaz, por isso, de desenvolver o conhecimento e a autoconsciência. Deste modo, o enfermeiro faz um plano conjunto de projeto de cuidados, reconhecendo a liberdade de escolha da pessoa, fomentando a sua autonomia e comportamentos ajustados à situação, promovendo assim a sua capacitação.

Para que a relação interpessoal se desenvolva, é necessário tempo e continuidade dos intervenientes. O tempo, é imperativo para que a relação se estabeleça, de forma que o enfermeiro reconheça a individualidade do cliente e identifique as suas necessidades. A relação pretende-se que seja terapêutica, de modo que exista confiança, promovendo-se esperança e alívio do stress e da ansiedade, inerentes a esta situação. Idealmente, o enfermeiro acompanharia o cliente nas três fases do perioperatório, no entanto, existem vários condicionantes para que tal aconteça.

Nos contextos de estágio, verificou-se que o estabelecimento desta relação interpessoal se inicia no acolhimento do cliente, realizado no bloco operatório, dando-se continuidade no momento precedente à indução anestésica e até mesmo durante o ato cirúrgico, se a técnica anestésica selecionada for a loco-regional. Sabe-se que o contexto intraoperatório não é o momento mais propício para o estabelecimento dessa relação, pelos condicionantes de espaço e de tempo, e pela reduzida disponibilidade do cliente para o fazer, no entanto, é a realidade existente.

Sabendo que esta limitação poderia influenciar a satisfação do cliente com a experiência perioperatória, decidi realizar o projeto de estágio nessa área, onde debrucei a minha atenção sobre as intervenções de enfermagem que os clientes valorizam e que promovem o aumento da sua satisfação com a experiência cirúrgica.

Na realização da pesquisa bibliográfica, tipo *scoping*, foi interessante perceber a visão do cliente sobre o período perioperatório, e aquilo que é mais valorizado no que diz respeito à atuação dos enfermeiros perioperatórios. A relação de ajuda, o tempo dispensado pelo enfermeiro ao cliente, fazendo-o sentir-se único, valorizando a sua problemática de modo que este verbalize medos e dúvidas, é largamente referido na literatura.

Seria interessante que este aspeto fosse valorizado em contexto institucional, promovendo-se uma reflexão sobre a prática existente e aspetos a ser melhorados, de modo a desenvolver-se uma crítica construtiva sobre o processo de cuidados e sobre a prestação dos mesmos. Seria, também, útil criar indicadores que refletissem a atuação dos enfermeiros perioperatórios e a influência que as suas intervenções teriam na satisfação do cliente, e nos ganhos em saúde que daí adviriam.

O EEEMCPSPE, perante o período de grande vulnerabilidade a que o cliente está sujeito, deve

responsabilizar-se pela promoção do seu conforto e da sua privacidade, até que este recupere a capacidade de os assegurar. Deste modo, nos momentos de estágio realizados, pude verificar que existe uma preocupação real e efetiva de garantir o conforto no cliente em todos os momentos, assim, como garantir a sua privacidade. No intraoperatório, os enfermeiros limitam a exposição corporal ao estritamente necessário, ou seja, apenas a parte do corpo a ser intervencionada é exposta. Também na UCPA, e apesar de ser em modalidade *open space*, existe uma preocupação natural dos enfermeiros em manter a privacidade do cliente, recorrendo a cortinas divisoras dos espaços, por forma a garantir a privacidade do mesmo, aquando da realização de procedimentos de enfermagem. Posso, assim, afirmar que fortaleci, ainda mais, a preservação da privacidade e dignidade do cliente.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos refere que os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade. Assim, “Qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizado com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada” (Comissão Nacional da UNESCO - Portugal, 2006, p.7). A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisão, desde que assumam a respetiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. Em contexto perioperatório, o cirurgião e o anestesista são responsáveis por esclarecer o cliente e solicitarem o seu consentimento para os atos a praticar. De realçar que o consentimento deve ser prévio, livre e devidamente informado. O enfermeiro perioperatório tem como dever confirmar a existência dos mesmos. Esta função insere-se na Lista de Verificação Cirúrgica da OMS, “Cirurgia Segura Salva Vidas”, realizada na fase intraoperatória, antes da indução anestésica (OMS, 2010). Do mesmo modo, tive a preocupação de informar e solicitar o consentimento do cliente para a realização de cuidados e procedimentos, garantindo que este foi compreendido e esclarecido, demonstrando, desta forma, respeito pelos seus direitos, dignidade, autonomia e privacidade, considerando as suas crenças, valores e cultura.

A gestão da dor, associada aos procedimentos cirúrgicos, assume particular importância para a atuação do enfermeiro perioperatório. A dor refere-se a uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos (International Association for the Study of Pain [IASP], 2020).

A dor é, por definição, subjetiva; o cliente é o melhor avaliador da sua própria dor, considerando que a parte física se interliga com a psicológica, social, cultural e espiritual (APCA, 2013).

A circular normativa da DGS de junho de 2003 equipara a dor a 5º sinal vital, num esforço de valorização, e tornando o seu registo obrigatório. A avaliação da dor permite identificar o cliente que tem dor, avaliar a sua intensidade, qualidade e duração, avaliar a eficácia do protocolo analgésico, a identificação de sintomatologia associada, sendo essencial para a decisão terapêutica (DGS, 2003).

Os instrumentos a utilizar devem ser adaptados ao grupo etário, ao estado de consciência do cliente, sendo que a escala usada para um cliente deverá ser a mesma em todo o processo. O

profissional deve assegurar-se da adequada compreensão por parte do cliente. Para a população portuguesa, e para maiores de 3 anos, estão validadas as seguintes escalas: escala visual analógica, escala numérica, escala qualitativa e escala de faces (OE, 2008).

O controlo da dor aguda no pós-operatório é crucial para o bem-estar do cliente, e para facilitar a recuperação após a cirurgia. O adequado controlo da dor pós-operatória tem sido amplamente referido como o principal motivo de satisfação dos clientes. Por isso, a dor constitui um indicador de resultado face aos cuidados de saúde (Sociedade Portuguesa de Anestesia [SPA], 2018)

O controlo da dor permite, também, evitar complicações a curto e longo prazo, não apenas as que implicam custos pessoais e sociais óbvios, como o atraso no regresso às atividades diárias e o absentismo ao trabalho, mas também as inerentes às alterações da fisiologia que a dor, inadequadamente tratada, pode acarretar (APCA, 2013).

Nos locais de estágio existem protocolos de analgesia que são implementados de acordo com a avaliação do cliente, tendo em consideração os antecedentes pessoais, comorbilidades, e terapêutica analgésica prévia.

Os clientes submetidos a cirurgia *major* são, frequentemente, referenciados à Unidade de Dor Aguda (UDA) da instituição, uma vez que necessitam de técnicas analgésicas mais diferenciadas.

A UDA trata-se de uma estrutura organizacional com o objetivo de providenciar o tratamento adequado da dor aguda, recorrendo aos conhecimentos já existentes, capazes de assegurar cuidados de alta qualidade. De acordo com a SPA (2018), a avaliação da dor deve ser realizada recorrendo às escalas validadas e devidamente adequadas ao cliente. Os registos devem integrar o processo clínico do cliente e estar disponíveis para consulta, por parte dos restantes profissionais.

O enfermeiro perioperatório e o anestesista realizam, diariamente, a visita presencial aos clientes referenciados à UDA, efetuando uma avaliação do seu estado. Esta visita engloba a avaliação da dor, a verificação da existência de efeitos secundários associados à terapêutica instituída, e complicações relacionadas com a existência de cateter epidural. O registo é realizado em duplicado, no processo clínico do cliente e em folha própria referente à UDA; este último é arquivado à *posteriori*.

Um dos critérios para a alta da UCPA e do hospital é a ausência e/ou controlo da dor; entende-se, por isso, a importância atribuída a esta unidade, sendo que o enfermeiro possui um papel preponderante uma vez que coordena, monitoriza e avalia os cuidados prestados, atuando como um elo entre os vários membros da equipa da UDA (SPA, 2018).

A UDA aumenta a consciência entre os profissionais de saúde de que uma abordagem adequada da dor é importante para melhorar o *outcome* final do cliente (SPA, 2018).

Com base nestas premissas, e por forma a melhorar a minha atuação enquanto enfermeira,

pude aprofundar os meus conhecimentos sobre a gestão da dor, recorrendo à pesquisa bibliográfica com objetivo de encontrar a melhor evidência científica que norteie a minha prática, por forma a prestar cuidados sustentados e de qualidade.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 define a comunicação, como um dos pilares promotores da segurança na prestação os cuidados (DR, 2021).

A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do cliente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation) (DGS, 2017).

A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do cliente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e, conseqüentemente, à diminuição da mortalidade (DGS, 2017).

As transições de cuidados do doente são momentos frequentes nas organizações de saúde, são consideradas situações vulneráveis para o cliente, pela sua natureza de alto risco, uma vez que são ocasiões de grande exigência, no que diz respeito à manutenção da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde (DGS, 2017).

As transições de cuidados seguros baseiam-se na implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, sendo estas responsáveis por assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado.

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

Nos contextos de estágio foi possível constatar que a técnica ISBAR é utilizada na transmissão de informação, aliás, esta metodologia foi adotada pela instituição no ano 2017, e desde então é utilizada nos diferentes contextos.

A equipa de enfermagem está, por isso, familiarizada com esta técnica, recorrendo à sua utilização sempre que é necessário transmitir informação de forma simples, concisa e estruturada, promovendo, deste modo, cuidados seguros e de qualidade.

Considero que os estágios foram fundamentais para desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória, uma vez que possibilitaram a aquisição e desenvolvimento de habilitações, conhecimentos e modos de atuação congruentes

com a melhor evidência científica que norteiam a prática clínica.

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

O ambiente perioperatório remete-nos para o contexto onde são prestados cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. A complexidade do ambiente perioperatório, aliado à alta tecnologia, ao número elevado de dispositivos médicos e à necessidade de controlo ambiental constante e rigoroso, potencia situações de risco elevado (OE, 2017). Assim, neste contexto, é possível encontrar os três “Desafios Globais para a Segurança do Doente” definidos pela OMS - “Clean Care is Safer Care”, “Safe Surgery Saves Lives” e “Medication Without Harm”.

Se a estas particularidades aliarmos “os fluxos de comunicação intensos, a atividade profissional em equipas multidisciplinares, o circuito perioperatório com múltiplas transferências de cuidados, e exigências de procedimentos complexos, associados à elevada dependência da pessoa sob anestesia” (OE, 2017, p. 26), percebemos o elevado risco de erros que pode ocorrer no bloco operatório. Entre os erros mais comuns estão: cliente errado, lado errado, procedimento errado, contagens incorretas, hemorragia, hipotermia, e infeção do local cirúrgico.

Face ao elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, particularmente da ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional (OE, 2017).

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, assenta numa atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica, e tem como princípios a atuação com responsabilidade profissional e prudência (OE, 2017).

Com base nestes pressupostos, são vários os focos de atenção do enfermeiro especialista com o objetivo de prevenir complicações no cuidado ao cliente, sendo que estes, devem estar assentes em conhecimentos atuais.

O PNSD 2021-2026 apresenta dois pilares assentes na cultura de segurança e na prevenção e gestão de incidentes de segurança do cliente (DGS, 2021). Como já foi referido anteriormente, pelas particularidades do bloco operatório, a probabilidade de ocorrência de erros é elevada, pelo que as instituições devem implementar medidas de segurança que possibilitem a prática segura dos profissionais de saúde, garantindo, dessa forma, a segurança do cliente.

O programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”, implementado em 2009 pela OMS, do qual faz parte a lista de verificação cirúrgica, é um exemplo de uma prática institucional que, por um lado salvaguarda o profissional e, por outro, garante segurança aos clientes. Deste modo, trata-se de

um instrumento de trabalho fundamental na segurança dos cuidados de saúde perioperatórios, devendo ser realizado na presença de todos os elementos da equipa multidisciplinar, de modo a prevenir a ocorrência de eventos adversos.

A utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, sendo simples e aplicável em qualquer contexto, não acrescenta custos, melhora a segurança cirúrgica e evita mortes e complicações, permitindo a medição do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco, na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos (DGS, 2013).

Um dos itens averiguados na lista de verificação cirúrgica diz respeito à lateralidade a intervencionar. A cirurgia ao local errado constitui um evento sentinela grave e evitável. A cirurgia no local errado é mais provável de acontecer em procedimentos associados a bilateralidade. Falhas de comunicação entre os membros da equipa e problemas com a liderança foram os fatores que mais contribuíram para que tal acontecesse, segundo o relatório da Joint Commission for Accreditation of Health Organizations (OMS, 2010).

O cirurgião que vai executar a cirurgia deve marcar o local desta em casos que envolvam lateralidade ou estruturas múltiplas ou níveis (por exemplo, um dedo da mão ou do pé, lesão da pele, vértebra). Tanto o anestesista como o enfermeiro devem verificar o local para confirmar que foi marcado pelo cirurgião que vai realizar a cirurgia, e comparar a marcação com a informação que consta nos registos do cliente. A marca deve ser inequívoca, claramente visível e, geralmente, feita com um marcador de tinta permanente para que não desapareça durante a preparação do local. O tipo de marcação pode ser determinado localmente: assinatura, rubrica ou colocação de uma seta no local. Uma cruz ou um 'X' devem ser evitados, porque têm sido interpretados como significando que o local é o que não deve ser operado. A marcação do local cirúrgico requer interação e envolvimento por parte de vários elementos da equipa multidisciplinar, aumentando-se assim a segurança do cliente. As cirurgias do foro ortopédico são aquelas que mais dúvidas suscitam e mais probabilidade têm da ocorrência deste tipo de evento (OMS, 2010). A confirmação deste item da lista de verificação segura contribuiu para a diminuição deste tipo de erro, uma vez que é realizado antes da indução anestésica do cliente.

No estágio realizado, pude constatar a importância dada pelos enfermeiros no que concerne à marcação do local cirúrgico. No momento do *briefing* precedente à cirurgia, é confirmado com o cirurgião a lateralidade do procedimento, posteriormente com o cliente, e por fim com o que está discriminado a nível de consentimento informado. A marcação é realizada com recurso a uma caneta de tinta permanente, assinalando-se o local com uma seta.

Outro aspeto a avaliar na lista de verificação cirúrgica prende-se com a retenção de corpos estranhos. Trata-se de um evento sentinela a ser considerado. A retenção inadvertida de uma compressa, agulha ou instrumento, num cliente, no final duma cirurgia, é um erro cirúrgico grave, raro, mas persistente. Devido à sua raridade, é difícil estimar a frequência com que ocorre; as melhores estimativas variam entre 1/5.000 e 1/19.000 cirurgias em clientes internados (OMS, 2010). A retenção de compressas e de instrumentos tende a resultar em sequelas graves, incluindo infeção, reintervenção para remoção, perfuração intestinal, fístula ou

obstrução, e até mesmo morte. Uma série de fatores contribuem para este erro, mas a evidência aponta para três fatores de risco claros: cirurgia de emergência, índice de massa corporal elevado e uma mudança não planeada na intervenção. Outros fatores de risco que podem contribuir são: a perda de grande volume de sangue e o envolvimento de várias equipas cirúrgicas, embora esses fatores não tenham alcançado significância estatística em estudos realizados (OMS, 2010). As compressas e os instrumentos podem ficar retidos durante todo o procedimento cirúrgico em qualquer cavidade do corpo, independentemente da magnitude ou da complexidade do procedimento cirúrgico (OMS, 2010).

A contagem de todos os instrumentos e compressas pela equipa cirúrgica, no início e no final do procedimento cirúrgico é uma prática padrão para inúmeras organizações de enfermagem, entre as quais a portuguesa-AESOP (AESOP, 2006).

Devem existir procedimentos padronizados para contagem de compressas, corto-perfurantes e instrumentos, definindo-se os momentos das contagens, que incluem uma boa comunicação entre toda a equipa cirúrgica. A contagem deve ser realizada pela enfermeira instrumentista e pela enfermeira circulante, preferencialmente em voz alta, e registada em local apropriado (OMS, 2010).

No decurso dos estágios realizados, verifiquei que a equipa cirúrgica valoriza este aspeto, enfatizando a sua importância quer para a segurança do cliente, quer do profissional. A cultura de segurança em contexto perioperatório foi mais uma vez alcançada, cumprindo-se os procedimentos adotados pela instituição e pelos enfermeiros, na prevenção deste evento sentinela. O enfermeiro especialista deve ser promotor destas boas práticas, enfatizando a sua importância, por forma a garantir a prestação de cuidados de qualidade.

O programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” foi estabelecido pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente, da Organização Mundial de Saúde com a finalidade de reduzir o número de mortes relacionadas com a cirurgia, em todo o mundo. Tem por objetivo promover o compromisso político e a vontade clínica para abordar questões importantes de segurança, que incluem práticas de segurança anestésica inadequadas, infeções cirúrgicas evitáveis e comunicação desadequada entre os membros das equipas cirúrgicas (OMS, 2010). Demonstrou-se que estes problemas são comuns, fatais e evitáveis, em todos os países e todas as organizações (OMS, 2010). Para apoiar as equipas cirúrgicas a reduzir o número desses eventos, a Aliança Mundial para a Segurança do Doente da OMS – suportada pela consulta de cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, especialistas em segurança do cliente e clientes em todo o mundo – identificou dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica. Estes objetivos estão compilados na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. O objetivo desta Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é reforçar as práticas de segurança, e promover uma melhor comunicação e trabalho de equipa multidisciplinar. A sua utilização demonstrou associação com reduções significativas de complicações e taxas de mortalidade em diversos hospitais e contextos, e com melhorias na observância dos padrões de boa prática de cuidados (OMS, 2010).

No decurso dos estágios realizados, constatei a importância dada pelos enfermeiros ao

cumprimento da lista de verificação da cirurgia segura, não descuidando a sua realização nos diferentes momentos preconizados. Também, na minha prática enquanto profissional, em momento algum descurei a importância da sua realização. Mas, como os instrumentos não são estanques e, perante a existência de um evento adverso (incêndio cirúrgico), houve necessidade de acrescentar um novo item à lista de verificação. Assim, a equipa do gabinete de gestão de risco da instituição em causa, decidiu acrescentar um novo item a avaliar “antes da incisão da pele” por forma a classificar o risco de incêndio cirúrgico, consoante o tipo de procedimento anestésico-cirúrgico a realizar. Tal, permite uma consciencialização de toda a equipa do risco envolvido no procedimento a realizar, permitindo a adoção de medidas que minimizem a probabilidade do evento ocorrer, promovendo-se, desta forma, cuidados seguros.

Perante este acontecimento, surgiu a necessidade de fazer uma reflexão sobre práticas a melhorar. Deste modo, e com apoio da enfermeira tutora, realizei uma formação em serviço sobre a temática da “electrocirurgia”, com o principal objetivo de fazer uma atualização dos seus conceitos básicos e dos seus possíveis riscos, para o cliente e equipa. A formação ficou disponível na plataforma online da instituição, para que profissionais de outros serviços pudessem assistir.

O enfermeiro perioperatório é responsável pelo planeamento e implementação de intervenções de enfermagem que minimizam ou possibilitam a prevenção de complicações decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico, visando a segurança, conforto e a individualidade do cliente (Galvão et al.,2002).

O posicionamento cirúrgico é um procedimento importante na assistência de enfermagem no período perioperatório. O principal objetivo desse procedimento é promover a melhor exposição do local cirúrgico e, ao mesmo tempo, a prevenção de complicações, decorrentes do mesmo. Para tal, são essenciais o trabalho em equipa e a utilização de dispositivos e equipamentos de posicionamento específicos para cada cliente. O enfermeiro colabora com a restante equipa (cirurgião, anestesista) na decisão do melhor posicionamento do cliente, para facilitar o ato anestésico-cirúrgico. Para isso, é necessária a identificação das alterações anatómicas e fisiológicas do cliente, associadas ao tipo de anestesia, tipo de procedimento e ao tempo cirúrgico a que será submetido, para que o posicionamento seja adequado, e não propicie complicações pós-operatórias (St-Arnaud & Paquin, 2008).

Relativamente a este aspeto, tanto na minha prática diária, como no decurso do estágio, primeiramente pela colaboração com a restante equipa para o correto posicionamento do cliente, atendendo às particularidades da situação. Procurei suporte documental para sustentar a minha prática, procurando a evidência científica mais recente, para melhor compreender as possíveis complicações que advêm de um incorreto posicionamento, não só no período intraoperatório, mas também no pós-operatório. Posso afirmar que este aspeto assume particular importância para a equipa de enfermagem, verificando-se uma preocupação real em manter o conforto do cliente, garantindo a sua segurança ao longo da intervenção cirúrgica.

Outro desafio lançado pela OMS prende-se com a administração de medicação e prevenção de

possíveis erros associados.

Esta entidade (OMS, 2023), refere que os danos relacionados com a medicação afetam 1 em cada 20 clientes nos cuidados de saúde, sendo que mais de um quarto destes danos são considerados graves ou potencialmente fatais. Metade dos danos evitáveis nos cuidados de saúde estão relacionados com medicamentos.

As práticas inseguras da medicação e os erros a ela associados são uma das principais causas de lesões e danos evitáveis nos sistemas de saúde de todo o mundo. De acordo com a OMS (2023), o custo associado aos erros de medicação foi estimado em 42 mil milhões de dólares anuais. Os erros podem ocorrer nas diferentes etapas do processo de uso do medicamento. Os erros de medicação ocorrem quando os sistemas de medicação são frágeis e quando estão associados a fatores humanos como a fadiga, más condições ambientais ou a falta de pessoal, que afetam as práticas de prescrição, transcrição, dispensa, administração e monitorização, o que pode resultar em danos graves, incapacidade ou até mesmo morte. Já foram realizadas múltiplas intervenções para abordar a frequência e o impacto dos erros de medicação, mas a sua implementação é variável. É necessária uma ampla mobilização das partes interessadas que apoiem ações sustentadas. Em resposta a esta problemática, a OMS identificou a “Medicação sem Dano”, como tema do terceiro desafio global para a segurança do cliente (OMS, 2023).

O Desafio Global para a Segurança do Doente, “Medicação sem Dano”, propõe soluções para enfrentar muitos dos obstáculos que o mundo enfrenta hoje para garantir a segurança das práticas de medicação. O objetivo da OMS é conseguir um envolvimento e compromisso generalizado dos seus estados-membros e dos organismos profissionais em todo o mundo, para reduzir os danos associados à medicação. Foram identificados quatro domínios para intervir: clientes e público, profissionais de saúde e de cuidados, medicamentos, sistemas e práticas de medicação. (OMS, 2023).

A OMS selecionou a “Medicação sem Danos” como tema do dia Mundial de Segurança do Doente 2022, para consolidar o trabalho já efetuado e para fortalecer e implementar as ações propostas. O objetivo é alcançar o envolvimento e o compromisso generalizado dos Estados-Membros da OMS e dos organismos profissionais para ações destinadas a reduzir os danos associados aos medicamentos (OMS, 2023).

Os erros de medicação, em contexto perioperatório, podem ter graves consequências como morbilidade, ou até mesmo mortalidade para o cliente. Resultam de falhas multidisciplinares e multifatoriais. Nesse sentido, as várias associações de enfermagem perioperatória elaboraram documentos com linhas orientadoras sobre preparação e administração de medicação para os enfermeiros de perioperatório, por forma a uniformizar procedimentos. A AORN, em 2024, apresentou as “Guideline for Medication Safety, que tem por base a identificação de pontos de risco, incluindo a identificação de medicamentos, o seu armazenamento, práticas seguras de administração, utilização e armazenamento de frascos multidose, e segurança relativa aos cortoperfurantes (AORN, 2024).

Durante o estágio realizado, assim, como na prática profissional, pude verificar a importância dada pelos enfermeiros na preparação e administração de terapêutica prescrita. Com o objetivo claro de manter uma prática segura, quer para o cliente, quer para o profissional, verifiquei que são cumpridos os “cinco certos da administração da medicação”, ou seja, “medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa e cliente certo”, cumprindo-se os critérios de assepsia estabelecidos. Também constatei que a rotulagem de toda a medicação, com nome e dosagem, é realizada e verificada, evitando-se trocas indesejadas. Inclusivamente, recorre-se à utilização de rótulos adesivos de diferentes cores, por forma a identificar as diferentes classes de medicamentos, diminuindo-se assim, o risco de ocorrência de erros.

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), comportam a infeção adquirida pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo também afetar os profissionais de saúde, no decurso do exercício profissional (DGS, 2017).

A OMS, assume que as IACS se apresentam como um problema de saúde pública, uma vez que promovem o aumento da morbilidade e da mortalidade, prolongando tempos de internamento e aumentando os custos em saúde, pelo que têm grande impacto tanto nos clientes, como nos serviços de saúde (DGS, 2017). É, por isso, imperativo compreender as causas do desenvolvimento das IACS, de modo a implementar medidas para a sua prevenção, protegendo os clientes, controlando a infeção cruzada e protegendo a comunidade.

Silva (2013), apresenta uma breve resenha histórica sobre a infeção em Portugal, constatando que a sua prevenção apresenta algum atraso em relação a outros países. Assim, teve maior destaque entre 1988-1998, com a criação e desenvolvimento do “Projeto de Controlo de Infeção”. Em 1996 surgiu o enquadramento normativo para as Comissões de Controlo de Infeção (CCI), e a realização de cursos para os profissionais da CCI. Entre 1998-2002, iniciou-se a atividade da vigilância epidemiológica em rede nacional/europeia. Já em 2007, a Direção-Geral de Saúde reestruturou o Programa Nacional de Controlo de Infeção (PNCI) e criou os grupos coordenadores regionais. Surgiu a formação pós-graduada, a par do incremento de investigação. Com a área de segurança do cliente, tornou-se evidente um maior envolvimento dos órgãos de gestão e dos profissionais de saúde, e maior informação da população através dos meios de comunicação social. Em 2013, os Programas de Controlo de Infeção e o das Resistências aos Antimicrobianos juntaram-se num único programa - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (Silva (2013).

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. 9).

Em 2015-2018, é criado o projeto STOP - Infeção Hospitalar, em virtude de Portugal ser um dos países europeus com maior incidência de infeção hospitalar. Este projeto surge através de uma parceria entre o PPCIRA da DGS e a Fundação Calouste Gulbenkian, através do qual se pretende

a implementação de uma aprendizagem colaborativa, com o objetivo de diminuir a incidência de IACS, através da prestação de cuidados de saúde adequados, seguros, baseados em evidência científica (Despacho n.º 2757/2017). Pelo contributo positivo para a diminuição das IACS, surge o projeto STOP -Infeção Hospitalar 2.0, alargado a mais instituições de saúde, com o objetivo de melhorar procedimentos de prevenção das infeções do local cirúrgico, nomeadamente nas cirurgias colon/reto, vesícula biliar, 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.

No contexto perioperatório, o cumprimento do feixe de intervenções da prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC) é essencial. A prevenção da ILC é um processo complexo, multifatorial, requerendo, por isso, a integração de um conjunto de medidas que abrangem os períodos pré, peri e pós-operatório, de forma padronizada, incluindo a duração de profilaxia antibiótica cirúrgica, fator indutor de resistências a antimicrobianos (DGS, 2022).

De acordo com a norma clínica 020/2015 de 15/12/2015, atualizada a 17/11/2022 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico - é fundamental implementar um conjunto intervenções, que realizadas de forma conjunta e uniforme, contribuam para a melhoria dos cuidados de saúde prestados. Deste modo, o “Feixe de Intervenções” não é apenas uma lista de ações a implementar, dado que, todas as intervenções são necessárias (se alguma destas intervenções não for cumprida, o resultado não será o mesmo). É, portanto, um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas em conjunto, para que o sucesso seja atingido (DGS, 2022).

As intervenções que constituem o feixe são cinco: banho com clorhexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência; administração de antibioterapia profilática dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, quando indicado; evicção da realização de tricotomia, e quando necessário, realizada imediatamente antes da cirurgia, com recurso a máquina própria para o efeito; e manutenção da normotermia perioperatória e da normoglicemia, durante a cirurgia e nas 24 h seguintes (DGS, 2022).

A higienização das mãos continua a ser uma das medidas mais simples, eficaz e económica no que diz respeito à prevenção das IACS, mas tem de ser associada às restantes medidas que compõem as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). As mãos dos profissionais são uma das principais vias de transmissão de microrganismos entre os profissionais e os clientes, e entre clientes, constituindo a principal fonte e/ou veículo para a transmissão de microrganismos da pele do cliente para as mucosas (trato respiratório), ou para locais do corpo habitualmente estéreis (sangue, líquido cefalorraquidiano, líquido pleural) e de outros clientes ou do ambiente contaminado (DGS, 2019).

A Higiene das Mãos, integrada no conjunto das PBCI, constitui a medida mais relevante na prevenção e no controlo da infeção. É, também, uma medida que pode ter impacto no controlo das resistências aos antimicrobianos. Os elementos-chave desta estratégia multimodal incluem: a formação; os programas de motivação dos profissionais; a valorização da SABA (Solução

Antisséptica de Base Alcoólica) na Higiene das Mãos e a sensibilização dos profissionais para o seu uso; a monitorização regular da prática de Higiene das Mãos e do consumo dos produtos; a utilização de indicadores de desempenho; e o forte compromisso por parte de todos os envolvidos no processo, desde os gestores de topo, aos gestores intermédios e aos prestadores de cuidados, não esquecendo os profissionais das áreas da alimentação, da roupa e da limpeza, os clientes e seus familiares/pessoas significativas, voluntários, fornecedores, entre outros (DGS, 2019).

De acordo com a Norma nº 007/2019-Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, da DGS, a higienização das mãos, deve ser realizada nos “cinco momentos” da prática clínica. Assim, deve ser realizada antes do contacto com o cliente; antes de procedimentos limpos/assépticos; após o risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso; após o contacto com o cliente; e após o contacto com objetos e equipamentos do ambiente envolvente do cliente.

O conhecimento das normas emanadas pela DGS e adotadas localmente na instituição onde foi realizado o estágio, são fulcrais para direcionar a atuação do EEEMCPSE. Todos os profissionais têm o dever ético e deontológico de higienizar as mãos no âmbito da prestação de cuidados de saúde, de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (DGS, 2019). Assim, na procura permanente da excelência do exercício profissional, o EEEMCPSE lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios.

Partindo destes princípios, e tendo como base as prevenções básicas do controlo de infeção e os feixes de intervenção referentes à prevenção da infeção do local cirúrgico, da infeção relacionada com o cateter vesical, e a higiene das mãos, tive oportunidade de acompanhar e colaborar na realização de auditorias realizadas nos referidos locais de estágio. A realização de auditorias permite obter informação de retorno sobre as práticas dos profissionais, possibilitando identificar as barreiras à adesão a estas medidas preventivas refletindo, também, sobre a prática clínica.

No âmbito da prevenção da infeção do local cirúrgico, importa também refletir sobre a manutenção da normotermia e o papel do enfermeiro. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA) a hipotermia perioperatória inadvertida é uma complicação frequente, capaz de ser prevenida, e que está associada a piores *outcomes* (SPA, 2017).

A hipotermia é definida por uma temperatura central inferior a 36°C. De acordo com a literatura, 26% a 90% dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresentam-se hipotérmicos no final da cirurgia, sendo que esta complicação pode ocorrer em qualquer fase do perioperatório. A inibição das respostas fisiológicas termorreguladoras associadas à anestesia, a diminuição do metabolismo basal, os fatores associados ao procedimento cirúrgico e a exposição do cliente às baixas temperaturas do bloco operatório, influenciam o desenvolvimento desta complicação tão frequente (SPA, 2017).

A associação entre a hipotermia inadvertida no perioperatório e o aumento da morbimortalidade

do doente cirúrgico é evidente. Os mecanismos fisiopatológicos associados à hipotermia são responsáveis pela ocorrência de várias complicações, nomeadamente o aumento da incidência de infeção da ferida operatória pelo efeito direto na resposta imunitária, e indireto pela diminuição da perfusão tecidual; eventos cardíacos adversos (hipertensão arterial, taquicardia, consumo aumentado de oxigénio e propensão para eventos isquémicos); alterações da coagulação; disfunção endócrino-metabólica; e *shivering*. Para além destas repercussões, também o aumento da duração da hospitalização, a maior utilização de cuidados diferenciados hospitalares, o aumento dos custos, e a diminuição da satisfação do cliente, são dados a ter em consideração (SPA, 2017).

A prevenção da hipotermia inadvertida promove maior satisfação do cliente, redução dos níveis da sua ansiedade, diminuição da dor pós-operatória, diminuição das perdas hemáticas e consequente necessidade transfusional, diminuição do tempo de permanência na UCPA, redução dos tempos de internamento, redução da incidência de enfarte agudo do miocárdio, redução global da morbidade e da mortalidade, pelo que existe possibilidade de inferir indicadores de qualidade subjacentes a esta prática.

O enfermeiro especialista em perioperatório desempenha um papel fundamental na prevenção da hipotermia. Durante o estágio realizado, verificou-se que a equipa de enfermagem se encontra sensibilizada para esta temática procurando bases científicas que sustentem a sua prática, existindo, no entanto, alguma resistência à mudança, por parte de algumas equipas cirúrgicas. Verificou-se que é prática comum a utilização de sistemas de ar forçado aquecido no período intraoperatório e que, na UCPA, as camas dos clientes mantêm-se aquecidas durante a sua permanência na sala de operações.

Durante os procedimentos anestésico/cirúrgicos os clientes estão impossibilitados de manifestar dor e/ou desconforto, ficando sujeitos a alterações fisiológicas. É, neste contexto, que o enfermeiro perioperatório deve demonstrar conhecimentos teórico-práticos sobre alterações anatómicas e fisiológicas que decorrem do procedimento e do consequente posicionamento necessário, bem como das implicações que estes fatores implicam ao nível dos sistemas cardiovascular, respiratório, esquelético, muscular, nervoso e tegumentar (AESOP, 2013).

Menezes et al. (2013) referem-se ao posicionamento cirúrgico como uma arte e uma ciência, indispensável a uma atuação segura e eficaz. O posicionamento cirúrgico deve ser percecionado como uma intervenção tão importante para a pessoa em situação perioperatória, como qualquer outro cuidado, uma vez que apresenta riscos e possíveis complicações no equilíbrio hemodinâmico e ventilatório, com possibilidade de provocar lesões nervosas, vasculares e cutâneas (AESOP, 2013).

O posicionamento cirúrgico é um procedimento que exige conhecimento, mestria e não deve ser menosprezado; dele depende o sucesso do procedimento cirúrgico/anestésico, a segurança, o conforto e a prevenção de complicações. Trata-se de um trabalho de equipa que inclui a equipa de enfermagem, o anestesista e o cirurgião, cada um com responsabilidades próprias e com competências concretas. Além do trabalho em equipa, são essenciais o planeamento e a

utilização de dispositivos específicos para cada posicionamento e condições particulares do cliente (Miranda et al., 2016).

O posicionamento ideal deve prover uma ótima exposição ao local a intervencionar e acesso fácil ao anestesista, bem como permitir ao enfermeiro de anestesia acesso facilitado à monitorização, via aérea e acessos vasculares. Deve, também, permitir o alinhamento corporal correto e a preservação da função respiratória e circulatória, com o mínimo de tensão e pressão sobre as estruturas, conferindo conforto, e assegurando a privacidade da pessoa (AESOP, 2012; Trevilato et al., 2018).

Um posicionamento cirúrgico incorreto pode resultar em lesão grave, seja de caráter temporário ou até mesmo permanente, para a pessoa. Uma das principais complicações do posicionamento cirúrgico é a lesão por pressão, sendo que esta se encontra exponenciada consoante o tipo de posicionamento aplicado.

A AORN reúne um conjunto de considerações sobre o posicionamento cirúrgico com o objetivo de orientar os profissionais de saúde na sua prática, baseados na melhor evidência científica. Assim, deve ser realizada uma avaliação pré-operatória de forma a identificar o risco de lesões, facilitando a identificação das necessidades para a elaboração e implementação de um plano de prevenção adequado a cada cliente (AORN, 2019).

O enfermeiro especialista é responsável pelo planeamento e implementação de intervenções de enfermagem que promovam a prevenção de possíveis lesões que possam advir do posicionamento.

Apesar de contar com alguns anos de prática em contexto perioperatório, senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos sobre o tema do posicionamento cirúrgico, consultando as mais recentes orientações quer a nível nacional, quer a nível internacional, de modo a sustentar a minha prática clínica. Verifiquei que, em contexto de estágio, os enfermeiros se encontram sensibilizados para esta temática, participando de forma ativa no planeamento do posicionamento do cliente, garantindo segurança e conforto à pessoa em situação perioperatória.

O Plano Nacional para Segurança dos Doentes 2021 -2026 (Despacho n.º 9390/2021) é suportado por cinco pilares, com a definição de vários objetivos estratégicos. O acompanhamento contínuo ao longo dos cinco anos da sua vigência, permite o ajuste destes objetivos a novos desafios, tornando-o dinâmico em função das necessidades sentidas ao longo da sua implementação e monitorização.

Este plano encontra-se estruturado em cinco pilares que suportam catorze objetivos estratégicos. O terceiro pilar diz respeito à comunicação:

“A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde” (Despacho n.º 9390/2021, p. 100).

A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um aspeto essencial na segurança dos clientes, uma vez que se encontra associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e, por isso, à diminuição da mortalidade (DGS, 2017).

Para que ocorram transições de cuidados seguros devem ser implementadas técnicas que permitam uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, com o objetivo de assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros, e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado (DGS, 2017).

As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do cliente (DGS, 2017).

As falhas mais comuns de comunicação entre profissionais de saúde, decorrentes da transferência de cuidados estão relacionadas com as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades (DGS, 2017).

A comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde é necessária para melhorar a segurança do cliente e contribui para a diminuição dos eventos adversos. Essa comunicação exige competências que devem ser apreendidas e praticadas, de forma a contribuir para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos, comuns aos profissionais de saúde.

Uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma, mas também a sua implementação de forma ativa.

A metodologia ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation) é recomendada por várias organizações de saúde, por força da sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara, para comunicar informações desses cuidados (DGS, 2017).

Para além de funcionar como ferramenta de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, a metodologia ISBAR contribui para a rápida tomada de decisões, promove pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação, e promove a rápida integração dos novos profissionais.

De acordo com Ferrito et al. (2010) esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência. Constitui-se, assim, como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para, posteriormente, ser aplicado na prática (Ferrito et al., 2010, p.3).

De acordo com Benner et al. (2011), as competências comunicacionais e o trabalho em equipa deverão ser desenvolvidas, nomeadamente comunicação sobre transições clínicas, para que possam ser tomadas decisões clínicas sólidas em situações mais delicadas da prática.

Pela importância que a comunicação assume na segurança do cliente em contexto perioperatório, o enfermeiro especialista deve-lhe dedicar particular importância. Desta forma, momentos de *briefing* e *debriefing*, pré e pós o procedimento cirúrgico ou anestésico, contribuem para aumentar a segurança do cliente e da equipa multidisciplinar.

No decurso do estágio realizado, constatei a importância dada à questão comunicacional, quer na transmissão da informação através da ferramenta ISBAR, quer pela realização de momentos de *briefing* e *debriefing*, recorrendo à metodologia Kaizen. Constatei que o recurso a estas duas técnicas permite melhorar a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar, contribuindo para a melhoria da segurança do cliente.

O enfermeiro especialista deve compreender, adequar e implementar normas, orientações e procedimentos definidos pelas instituições, implementando-as no seu exercício profissional. Mas deve, acima de tudo, liderar os outros elementos, promovendo a compreensão de que todas as atividades desenvolvidas no bloco operatório são importantes para promover um ambiente seguro.

A presença do enfermeiro especialista em perioperatório é essencial para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos clientes cirúrgicos, pois garante uma abordagem holística e especializada, focada na segurança, conforto e recuperação do cliente durante todas as fases do procedimento cirúrgico. As suas competências, conhecimento especializado e habilidades clínicas desempenham um papel crucial na promoção de resultados positivos, e na melhoria da experiência do cliente durante todo o processo perioperatório.

Pode-se, portanto, concluir que a realização dos estágios permitiu a aquisição e desenvolvimento das competências relacionadas com a maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória, e da equipa multidisciplinar.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O estágio realizado como parte integrante do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa à Situação Perioperatória, representou uma oportunidade enriquecedora para explorar e aprofundar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do programa. Durante esse período, tive a oportunidade de vivenciar de perto a complexidade e a importância do papel do enfermeiro perioperatório no cuidado ao cliente cirúrgico.

No decurso do estágio, a minha atuação foi pautada pelos princípios éticos e deontológicos da profissão, como o respeito pela dignidade humana, a justiça, a autonomia, a beneficência e a não maleficência. A minha ação foi guiada pelo respeito pela dignidade de cada cliente, reconhecendo a sua individualidade e valor como ser humano, que se reflete no tratamento empático, na privacidade preservada e no consentimento informado obtido antes dos procedimentos cirúrgicos. Apoiei a autonomia dos clientes, permitindo que participassem ativamente das decisões relacionadas com o seu cuidado perioperatório, sempre que possível. O que incluiu informar os pacientes sobre as opções de tratamento disponíveis, respeitar as suas preferências e garantir que tenham a capacidade de consentir ou recusar tratamentos.

Além disso, este estágio reforçou a importância da comunicação eficaz, da empatia e do cuidado centrado no cliente na prática perioperatória. Através do envolvimento direto com os clientes pude compreender melhor as suas preocupações, medos e necessidades, e adaptar o meu cuidado para fornecer suporte emocional e informação adequada, em todas as etapas do processo cirúrgico.

Um aspeto particularmente gratificante deste estágio foi a oportunidade de elaborar um projeto voltado para a satisfação do cliente no perioperatório. Este projeto proporcionou, não apenas, uma compreensão mais profunda das necessidades e expectativas dos clientes durante o processo cirúrgico, mas, também, destacou a importância de estratégias centradas no cliente para melhorar a qualidade dos cuidados. São projetos deste género que contribuem para a produção do conhecimento científico e disciplinar de enfermagem, na área da Enfermagem Perioperatória, aumentando a visibilidade da profissão. Ao longo do projeto, pude aplicar métodos de pesquisa para identificar áreas de melhoria no cuidado perioperatório e desenvolver intervenções direcionadas, que visavam otimizar a experiência do cliente. A colaboração com colegas, supervisores e outros profissionais de saúde permitiu momentos de partilha de conhecimentos, reforçando a ideia de que em conjunto poderemos fornecer uma boa experiência ao cliente, assente nas melhores práticas, baseadas na mais recente evidência científica.

Em suma, este estágio foi uma experiência enriquecedora que não apenas consolidou os meus conhecimentos e habilidades na área da enfermagem perioperatória, mas também me

capacitou a contribuir de forma significativa para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos clientes cirúrgicos. Estou confiante de que as aprendizagens adquiridas durante este estágio serão inestimáveis para a minha prática futura como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória.

7. BIBLIOGRAFIA

- Abreu, C. (2020). Dados Epidemiológicos. In Sociedade Portuguesa de Oncologia, *Manual de Oncologia SPO - Abordagem e tratamento do cancro da mama*. (capítulo 1/pp. 11-20). edit.on.lab., lda.
- Alves, M. (2009), *O Serviço de Atendimento Permanente-Satisfação dos Utentes com a Assistência de Enfermagem*. (Tese de mestrado, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7148/3/Tese%20%20C2%AA%20P arte.pdf>
- Alves, R., & Bárto, J. (2020). Tratamento cirúrgico do Carcinoma da Mama. In Sociedade Portuguesa de Oncologia, *Manual de Oncologia SPO - Abordagem e tratamento do cancro da mama*. (capítulo 7/pp. 107-126). edit.on.lab., lda.
- American Society of Anesthesiologists (ASA) (2020). Standards for Basic Anesthetic Monitoring. <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/standards-for-basic-anesthetic-monitoring>
- American Society Perianesthesia Nurses (ASPAN) (2010). Clinical guideline of the prevention unplanned perioperative hypothermia. *J Perianesth Nurs*, 24(5), 271-8.
- Anaba, P., Anaba, E. A., & Abuosi, A. A. (2020). Patient satisfaction with perioperative nursing care in a tertiary hospital in Ghana. *International journal of health care quality assurance*, ahead-of-print(ahead-of-print), 10.1108/IJHCQA-01-2020-0021. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-01-2020-0021>
- Arreguy-Sena, C., & Carvalho, E. (2009). Risco para trauma vascular: proposta de diagnóstico e validação por peritos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, (pp. 71-80). <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100011>
- Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas (2006). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático.
- Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas (2013). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático.
- Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório. (2012). *Recomendações portuguesas para a profilaxia e tratamento de náuseas e vômitos em cirurgia ambulatória*. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.p

df

- Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (2013). *Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória em Cirurgia Ambulatória*. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao_DorAguda.pdf
- Association Of periOperative Registered Nurses (AORN) (2019). *PERIOPERATIVE NURSING: Scope and Standards of Practice*. https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee_1
- Association Of periOperative Registered Nurses (AORN) (2024). *Guidelines for Perioperative Practice.AORN*.
- Auquier, P., Pernoud, N., Bruder, N., Simeoni, M. C., Auffray, J. P., Colavolpe, C., François, G., Gouin, F., Manelli, J. C., Martin, C., Sapin, C., & Blache, J. L. (2005). Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology*, 102(6), 1116-1123. <https://doi.org/10.1097/00000542-200506000-00010>
- Azenha, M. (2017). Proposta de Consensos de Manutenção da Normotermia no Período Perioperatório. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 26(1), 26-37. <https://doi.org/10.25751/rspa.10884>
- Batista, M., & Braga, S. (2020). Etiologia do Carcinoma da Mama. In Sociedade Portuguesa de Oncologia, *Manual de Oncologia SPO - Abordagem e tratamento do cancro da mama*.(capítulo 2/pp. 21-38). edit.on.lab., lda.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2nd ed.). Springer Publishing Company. https://www.researchgate.net/publication/268981101_Clinical_Wisdom_and_Interventions_and_Acute_and_Critical_Care_A_Thinking-in-Action_Approach
- Bertrand, Y. & Guillemet, P. (1994). *Organizações: Uma abordagem sistémica*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Bilbao, M. (2006). O Bloco Operatório/ Departamento Cirúrgico. In AESOP, *Enfermagem Perioperatória- Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta.
- Bilbao, M., & Fragata, I. (2006). Gestão do Bloco Operatório. In J. Fragata (Ed.), *Risco clínico, Complexidade e performance* (pp. 277-296). Almedina.
- Boehlein, M. & Marek, J. (2010). A enfermagem intra-operatória. In F. Monahan, J. Sands, M. Neighbors, J. Marek & C. Green, *Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença* (pp. 275-309). Lusodidacta.
- Bravo, I., Castro, B., Ramos, T., Sousa, F., Rodrigues, I., Laranja, L., Azevedo, I., & Pereira,

- H. (2020). Papel da Radioterapia no Carcinoma da Mama. In Sociedade Portuguesa de Oncologia, *Manual de Oncologia SPO – Abordagem e tratamento do cancro da mama*.(capítulo 8/pp. 127-152). edit.on.lab., lda.
- Butterworth, J., Mackey, D., & Wasnick, J. (2013). *Clinical Anesthesiology*. McGraw-Hill.
- Comissão Nacional da Unesco – Portugal. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*.
<https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declara%C3%A7%C3%A3o-universal-sobre-bio%C3%A9tica-e-direitos-humanos.pdf>.
- Caseiro, J. & Tavares, J. (2013). Procedimentos 2014 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa. Lisboa: Oncoanestesia. <http://www.oncoanestesia.org/?cat=4>
- Castro A. (2018). *Indicadores de Qualidade no Bloco Operatório*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto.
https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=56164&codigo=860
- Caljouw, M. A., van Beuzekom, M., & Boer, F. (2008). *Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire*. *British journal of anaesthesia*, 100(5), 637-644.
<https://doi.org/10.1093/bja/aen034>
- Constituição da República Portuguesa, artigo 64º. Diário da República nº86/1976, p.34.
<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775#>
- Correia, C. & Lages, N. (2013). Fundamentos clínicos pré-anestésicos: anatomia e anestesiologia. In H. Machado, *Manual de Anestesiologia*, (pp. 13-29). Lidel.
- Cortes, P., (2020). *Manual de Oncologia SPO – Abordagem e tratamento do cancro da mama*. edit.on.lab., lda.
- Coulter, A., & Fitzpatrick, R. (2003). The patient's perspective regarding appropriate health care. In G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, & S. C. Scrimshaw, *Social studies in health & medicine* (pp. 454-464). London: Sage Publications Ltd.
- Deglin, J. & Vallerand, A. (2003). *Guia farmacológico para enfermeiros*. 7ª ed. Lusociência -Edições técnicas e científicas.
- Despacho nº 5613/2015 do Ministério da Saúde. *Diário da República*, 2.ª série-N.º 102-2015, p. 13551.
<https://diariodarepublica.pt/redirect/LinkFicheiroAntigo.aspx?ficheiroId=67318639>
- Despacho n.º 2757/2017 do Ministério da Saúde. *Diário da República* n.º 66/2017, Série II de 2017-04-03, p. 6153 - 6154.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2757-2017-106803138>

Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. *Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24*.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Dias, J. (2004). *Formadores: que desempenho?*. Loures: Lusociência.

Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa n.º 09/DGCG. A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma n.º 015/2013: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre dado por escrito*.
<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 (2017). *Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-desaudef.pdf>

Direção Geral da Saúde (2022). *Norma n.º 020/2015 atualizada a 17/11/2022. Feixes de intervenção de prevenção de infeção do local cirúrgico*.
https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Donabedian, A. (1966) *Evaluating the Quality of Medical Care*. *The Milbank Quarterly* (44, pp. 166-203). <https://doi.org/10.2307/3348969>

Donabedian A. (1988). *The quality of care. How can it be assessed?*. *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>

Donabedian A. (1993). *Quality in health care: whose responsibility is it?*. *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality*, 8(2), 32-36.

Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel.

Durling, M., Milne, D., Hutton, N., & Ryan, S. (2007). *Decreasing patient's preoperative anxiety: a literature review*. *Australian Nursing Journal*, (volume 14, pp. 35).
https://www.researchgate.net/publication/6254333_Decreasing_patient's_preoperative_anxiety_A_Literature_review

Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2021). *SINAS: Novos resultados do SINAS@Hospitais*. Porto, Portugal.
https://www.ers.pt/media/esto0gzi/sintese-publicacao_2020_2_vf.pdf

Entidade Reguladora da Saúde (2023). *Consentimento Informado*.
<https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado>

/

- Eskici, V., & Özer, N. (2016). *Patients' Opinions of OR Nurses and Environments in the Postoperative Period. Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 32(4), 312-319. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.07.003>
- Falcão, F. & Carvalho, G. (2011). *Cirurgia por via vaginal*. In Falcão, F. & Carvalho G., Manual de Ginecologia. (Volume 2/pp. 557-585). Lisboa.
- Ferreira, P., Afonso, P., Raposo, V. Godinho, P. (2003). *Satisfação dos portugueses com os cuidados de saúde privados*. Edição Instituto do Consumidor.
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). *Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas*. Percursos, 15, 1-38. <https://doi.org/ISSN 1646-5067>
- Fleury, M., & Fleury, A. (2001). *Construindo o conceito de competência*. *Revista de Administração Contemporânea*, 5 (Esp.), 183-196. https://www.researchgate.net/publication/250992655_Construindo_o_conceito_de_competencia
- Fragata, J. (2006). *Conceito de qualidade em saúde*. In J. Fragata, Risco clínico. Complexidade e performance. Edições Almedina, S.A.
- Freitas, M. J., Parreira, P. M., & Domingues, J. P. (2016). *Avaliação das propriedades psicométricas da Escala Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem no Hospital*. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, 9-17. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16031>
- Frias N. (2014). *Avaliação do grau de satisfação do doente submetido a cirurgia cardíaca: a influência dos cuidados de enfermagem*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16280/1/TESE%20DE%20MESTRADO%20EM%20ENFERMAGEM%20-%20SATISFA%3%87%3%83O%20DO%20DOENTE.pdf>
- Forsberg, A., Vikman, I., Wälivaara, B. M., & Engström, Å. (2015). *Patients' Perceptions of Quality of Care During the Perioperative Procedure*. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 30(4), 280-289. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.05.012>
- Foust-Wright, C. E., & Berkowitz, L. R. (2022). *Vaginal hysterectomy* - UpToDate <https://medilib.ir/uptodate/show/3308>
- Galvão, C., Sawada, N. & Aparecida, R. (2002). *A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. https://www.researchgate.net/publication/26366860_A_pratica_baseada_em_evidencias_consideracoes_teoricas_para_sua_implementacao_na_enfermagem_perioper

atoria

- Gardner, A. (2010). *Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. Contemporary Nurse. A Journal For The Australian Nursing Profession.* 34(2), pp. 140-8.
https://www.researchgate.net/publication/44637319_Therapeutic_friendliness_and_the_development_of_therapeutic_leverage_by_mental_health_nurses_in_community_rehabilitation_settings
- Gebremedhn, E. G., & Lemma, G. F. (2014). *Patient satisfaction with the perioperative surgical services and associated factors at a University Referral and Teaching Hospital, 2014: a cross-sectional study. The Pan African medical journal,* 27, 176.
<https://doi.org/10.11604/pamj.2017.27.176.1067>
- Gefen, A., Creehan, S., & Black, J. (2020). *Insights biomecânicos e clínicos críticos sobre a proteção tecidual ao posicionar pacientes na sala de cirurgia: uma revisão de escopo. Revista Internacional de Feridas,* 17(5), 1405-1423.
<https://doi.org/10.1111/iwj.13408>
- Gladys & Deters (2003). *Intervenções em Pessoas com Problemas da Mama.* In W. Phipps, J. Sands, & J. Marek, *Enfermagem Médico-Cirúrgica, conceitos e prática clínica* (Capítulo 48/ pp. 1791-1830). Lusociência.
- Glimour, D. (2022). *Lesão do trato urinário em cirurgia ginecológica: epidemiologia e prevenção.*
https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-injury-in-gynecologic-surgery-epidemiology-and-prevention?search=algalia%C3%A7%C3%A3o%20na%20histerectomia%20vagina&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7
- Globocan (2020). *Cancer Today.*
https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=20&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=0&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=0&show_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%255D
- Grams, S., Ono, L., Noronha, M., Schivinski, C., & Paulin, E. (2012). *Breathing exercises in upper abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis.* *Revista Brasileira de Fisioterapia,* volume 16, pp. 345-353.
<https://doi.org/10.1590/S1413-35552012005000052>
- Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios [GTBO]. (2015). *Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios.* Governo de

Portugal, Ministério da Saúde. Lisboa.

- Hertel-Joergensen, M., Abrahamsen, C., & Jensen, C. (2018). *Translation, adaptation and psychometric validation of the Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS) with surgical patients in perioperative care. International journal of orthopaedic and trauma nursing*, 29, 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.03.001>
- Hewson, D. & Hardman, J. (2018). *Physical injuries during anaesthesia*. BJA Education, volume, 18, pp 310-316. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2018.06.003>
- Hogan B. (2000). *Patient satisfaction: expectations and experiences of nursing care*. Contemporary nurse, 9(3-4), 275–283. <https://doi.org/10.5172/conu.2000.9.3-4.275>
- Hore, P., & Harley, I. (2014). *Anaesthesia: An Introduction*. IP Communications. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i1.12548>
- Hospital Senhora da Oliveira [HSOG] (2023). *Missão e Visão* <https://www.hospitaldeguimaraes.min-saude.pt/category/institucional/o-hospital/>
- Imai, M. (2023). *Gemba Kaizen: A Commonsense Approach to a Continuous Improvement Strategy*. McGraw-hill education - Europe.
- Institute of Medicine (2000). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, D.C <https://doi.org/10.17226/10027>
- International Association for the Study of Pain [IASP]. (2020). *The revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises*. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Lei nº 15/2014, Direitos e Deveres dos Utentes Dos Serviços de Saúde. *Diário da República nº 57/2014, Série I de 2014-03-21*. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2014-106901319#>
- Lei nº 95/2019, 2019, Lei de Bases da Saúde, Base 20 - ponto 2. *Diário da República nº169/2019, Série I de 2019-09-04, pp.55-56*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/169-2019-124417100>
- Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Ståhlberg, M. R., & Lertola, K. (2001). *The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients*. Journal of advanced nursing, 35(2), 294–306. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01846.x>
- Liga Portuguesa contra o cancro (2023). *Programa de Rastreio de Cancro de Mama*. <https://www.ligacontracancro.pt/servicos/detalhe/url/programa-de-rastreio-de-cancro-da-mama/>
- Lopes, C., Haas, V., Dantas, R., Oliveira, C. & Galvão, C. (2016). *Escala de Avaliação de Risco Para Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico*. Revista Latino-

- Americana de Enfermagem. <https://doi:10.1590/1518-8345.0644.2704>
- Ludwig, R., Paludo, J. Fernandes, D. & Scherer, F. (2013). *Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros?* ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202013000100012>
- Machado, H. (2013). *Manual de anestesiologia*. Lidel.
- Machado, N. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem - Um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação*. (Tese de Doutoramento da Universidade Católica Portuguesa). Instituto de Ciências da Saúde. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14957/1/101271395.pdf>
- Magalhães, C. M. S. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados (Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa, Porto)*. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20PÓS%20DEFESA.pdf>
- Malagutti, W., & Roehrs, H. (2012). Problemas Éticos na Terapia Intravenosa. In W. Malagutti, & H. Roehrs (eds.), *Terapia intravenosa: atualidades* (pp.437-447). São Paulo: Martinari.
- Martinho, M. (2022). *Miomas uterinos*. Sociedade Portuguesa de Ginecologia.
- Masiongale, A., Garvin, J., Murphy, M., Hooper, V., Odom-Forren, J., Masiongale, J., & Looney, S. (2018). *Reexamining Metoclopramide's Role in the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting: A Secondary Analysis*. AANA Journal, 86(3), 212-219. https://mydigitalpublication.com/publication/?m=23204&i=499935&view=articleBrowser&article_id=3099908&ver=html5
- Menezes, S., Rodrigues, R., Tranquada, R., Müller, S., Gamma, K., & Manso, T. (2013). *Lesões decorrentes do posicionamento para a cirurgia: Incidência e fatores de risco*. Acta Médica Portuguesa, 26(1), 12-16. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/4006/3204>
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Manole.
- Miranda, S., Coiado, C., Silva, R., & Alves, A. (2012). Complicações e riscos em Terapias Intravenosas. In W. Malagutti, & H. Roehrs (eds.), *Terapia intravenosa: atualidades* (pp.45-58). São Paulo: Martinari.
- Miranda, A. B., Fogaça, A. R., Rizzetto, M., & Lopes, L. C. (2016). *Posicionamento cirúrgico: cuidados de enfermagem no transoperatório*. Revista Sobecc, 21(1), 52-58. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600010008>
- Nunes, L. (2014). Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde

- Mental. In *Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Setúbal*. https://www.researchgate.net/publication/314050343_Responsabilidade_profissional_etica_e_legal_em_Enfermagem_de_Saude_Mental
- Nunes, L., & Amaral, G. (2022). *Sobre Fundamentos do agir profissional em Enfermagem. Manual de ética, Direito e Deontologia profissional I. Vol. 1*. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/41867>
- Nysora, (2023). *Técnicas neuroaxiais: Anestesia Espinhal*. <https://www.nysora.com/techniques/neuraxial-and-perineuraxial-techniques/spinal-anesthesia/>
- Oliveira, C., & Silva, T., (2010). Carcinoma Invasivo da Mama: do diagnóstico ao tratamento cirúrgico. In Falcão, F. & Carvalho G., *Manual de Ginecologia*. (Volume 2/pp. 247-288). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República n.º 205/1996, Série I-A, 2959-2962*.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem-Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente*. https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Modelo de desenvolvimento profissional: Sistema de individualização das especialidades clínica em enfermagem*. Revista Suplemento, 26, 15-16.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor-Guia Orientador de boa prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Leiria, Portugal. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_re

v.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018, 16 de julho - Regulamento de competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República, 2ª série - N.º 135*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. - *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem - *Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). Regulamento n.º 613/2022 - Regulamento que define o ato do enfermeiro. - *Diário da República n.º 131/2022, Série II de 2022-07-08*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva-Vidas*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277399/9789241550475eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organização Mundial da 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*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2023) *Medication without harm: policy brief*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376212/9789240062764-eng.pdf?sequence=1>
- Özlü, Z., & Uzun, Ö. (2015). Evaluation of satisfaction with nursing care of patients hospitalized in surgical clinics of different hospitals. *International Journal of*

Caring Sciences, 8, 19-24.
<http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/3-Karaman-%20Original.pdf>

- Pereira, R. (2012). *A satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem. O caso de uma USF*. (Tese de mestrado, Universidade Fernando Pessoa-Faculdade de Ciências da Saúde, Porto). Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/3635>
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews (2020 version). In A. E. & M. Z (Edits.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (pp. 406-451). The Joanna Briggs Institute. <https://doi:10.46658/JBIMES-20-12>
- Pinheiro, M., Costa, M. & Rodrigues T. (2012). *Enfermagem Perioperatória*. In AESOP, *Enfermagem Perioperatória- Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodicacta.
- Pires, M. & Rego, A. (2016). *Visita pré-operatória de Enfermagem: Importância da sua implementação*. *Servir*, (pp. 54-59). <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23467>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Reel, S. & Lierman, J. (2003). Intervenções Junto da Mulher com Problemas do Sistema Reprodutor. In Phipps, W., Sands, J., & Marek, J., *Enfermagem Médico-Cirúrgica* (47/pp 1743-1789). Lusociência.
- Ribeiro, A. L. (2003). *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem - Construção e validação de um instrumento de medida*. (Dissertação apresentada para concurso de Provas Públicas para professor-coordenador na área científica de Ciências de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem S. João, Porto). <https://doi:10.13140/RG.2.1.3812.0481>
- Ribeiro, J. (2020). Biologia do Carcinoma da Mama. In Sociedade Portuguesa de Oncologia, *Manual de Oncologia SPO - Abordagem e tratamento do cancro da mama*.(capítulo 3/pp. 39-66). edit.on.lab., lda.
- Rothrock, J. (2006). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Lusodidacta
- Sillero Sillero, A., & Zabalegui, A. (2018). *Satisfaction of surgical patients with perioperative nursing care in a Spanish tertiary care hospital*. *SAGE open medicine*, 6, 2050312118818304. <https://doi.org/10.1177/2050312118818304>
- Silva, M. (2013). *Controlo de infeção em Portugal: evolução e atualidade*. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, volume 5, 1-8.
- Silva, N. (2005). *Avaliação da qualidade dos cuidados hospitalares: Perspectiva dos utentes*. (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Ciência do Trabalho e da Empresa. Lisboa.

- Silva, R. (2016). *Inovação informática de atendimento holístico do idoso no bloco operatório*. (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório Científico de acesso aberto. <https://hdl.handle.net/10216/83634>
- Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA) (2017) - *Recomendações da SPA para manutenção de normotermia no período perioperatório*. <https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA) (2018) - *Recomendações Portuguesas para as unidades de dor aguda*. http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes_Portuguesas_para_as_Unidades_de_Dor_Aguda.pdf.DGS
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2017). *Consenso Nacional sobre Miomas Uterino*. Coimbra. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-consenso-nacional-sobre-miomas-uterinos-2017.pdf>
- Sousa, M. & Ambrósio R. (2013) *Anestesia do neuroeixo*. In H. Machado, Manual de Anestesiologia, (pp. 298-307). Lidel.
- Sousa, H., & Marques, O. (2014). Enfermagem Perioperatória: anestesia. In A. Duarte, & O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório*. (pp. 69-92). Lidel.
- St-Arnaud, D., & Paquin, M. J. (2008). *Safe positioning for neurosurgical patients*. AORN journal, 87(6), 1156-1172. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2008.03.004OMS>
- Steffens, A., & Brandão, D. (2012). Introdução à Terapia intravenosa: visão global. In W. Malagutti, & H. Roehrs (eds.), *Terapia intravenosa: atualidades* (pp.33-44). São Paulo: Martinari.
- Tavares, J. (2013). Farmacologia Essencial para Anestesiologia. In H. Machado, *Manual de Anestesiologia* (pp. 74-81). Lidel.
- Temple-Oberle, C., Shea-Budgell, M., Tan, M., Semple, J., Schrag, C., Barreto, M., Blondeel, P., Hamming, J., Dayan, J., & Ljungqvist, O. (2017). *Consensus Review of Optimal Perioperative Care in Breast Reconstruction: Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Society Recommendations. Plastic and Reconstructive Surgery* <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003242>
- Trevilato, D. D., Melo, T. C., Fagundes, M. A. B. G., & Caregnato, R. C. A. (2018). *Posicionamento cirúrgico: prevalência de risco de lesões em pacientes cirúrgicos*. Revista SOBECC, 23(3), 124-129. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800030003>
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2013). *Critical Care Nursing, Diagnosis and Management, 7: Critical Care Nursing*. Elsevier Health Sciences.

Venkatesan, U., Kamal, S., Viswanathan, J., (2021). *Perception of Pain, Attitude and Satisfaction of Pain Management among Postoperative Patients*. *Journal of Clinical & Diagnostic Research* 15(1), 5-8.
https://www.researchgate.net/publication/350489742_Perception_of_Pain_Attitude_and_Satisfaction_of_Pain_Management_among_Postoperative_Patients

8. ANEXOS

Anexo I

Anexo 1- Resumo da scoping review

Satisfação do cliente com a experiência perioperatória

Autor: Rita Novais

Orientador: Fátima Segadães

Co-orientador: Cristina Barroso Pinto

ENQUADRAMENTO: Avaliar a satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem é uma medida válida da qualidade desses cuidados e uma ferramenta útil para sua melhoria contínua. No entanto, observa-se que essa questão tem sido pouco investigada durante o período intraoperatório, o que impede a identificação e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que melhorem essa satisfação.

OBJECTIVO: Mapear as intervenções de enfermagem que contribuem para a satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem no período intraoperatório.

METODOLOGIA: Revisão *scoping*, orientada pela metodologia do The Joanna Briggs Institute. Elaborou-se a seguinte frase booleana por forma a resposta à questão de revisão: (“patient satisfaction”) AND (“perioperative nursing” OR “nursing interventions”) AND (“operating room”)), foi tido em consideração as adaptações necessárias, de acordo com as diferentes bases de dados (CINAHL e MEDLINE, PubMed, Google Académico, Scientific Electronic Library Online (sciELO), Researchgate e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)). Foram considerados os estudos do tipo quantitativo, qualitativo e mistos, primários e secundários, que respondem à questão de investigação. Documentos de texto e de opinião também foram considerados para inclusão na revisão. Incluíram-se também revisões sistemáticas e literatura cinzenta, como dissertações e artigos de periódicos. Foram incluídos os estudos redigidos em português, inglês e espanhol, sem restrição temporal.

RESULTADOS: Foram incluídos 10 artigos na revisão *scoping*. As intervenções de enfermagem mais frequentemente identificadas como promotoras da satisfação do cliente durante o período intraoperatório foram: a informação fornecida, a comunicação com os profissionais de saúde, a relação com os enfermeiros, o controle da dor, das náuseas e vômitos, e a gestão dos tempos de espera no bloco operatório.

CONCLUSÃO: As intervenções de enfermagem que mais influenciam a satisfação do cliente com os cuidados no bloco operatório são aquelas que atendem às suas necessidades de informação e relacionamento, que promovem o seu equilíbrio físico e emocional, e que asseguram o funcionamento eficiente do bloco operatório. Esta revisão *scoping* permitiu mapear um conjunto de intervenções promotoras da satisfação do cliente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem prestados no período perioperatório. Poderá ser utilizada para sensibilizar os enfermeiros perioperatórios para a importância da problemática, sendo um convite à reflexão da prática clínica. Também poderá ser usada como rampa de lançamento para investigação futura no que diz respeito à mensuração da satisfação do cliente cirúrgico, com um instrumento validado para este contexto tão específico.

PALAVRAS-CHAVE: Satisfação do cliente; Enfermagem perioperatória; Bloco operatório