

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
CONSULTA DE ENFERMAGEM
PRÉ-OPERATÓRIA TELEFÓNICA**

**Autor
Inês Catarina Ribeiro Henriques**

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**CONSULTA DE ENFERMAGEM
PRÉ-OPERATÓRIA TELEFÓNICA**

Orientador(es)

Natália de Jesus Barbosa Machado
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Maria Antónia Taveira da Cruz Paiva E Silva
Professor Adjunto, Doutor

Autor

Inês Catarina Ribeiro Henriques

Porto, 2023

RESUMO

O relatório de estágio pretende explicar o processo de aprendizagem clínico que realizei, com vista a alcançar o grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação perioperatória. Futuramente a especialidade supramencionada irá revestir-se de uma maior importância ao nível da qualidade e segurança na prestação de cuidados perioperatórios, visto que o número de procedimentos cirúrgicos no mundo tem aumentado consideravelmente.

O estágio de natureza profissional decorreu nos contextos de bloco operatório central e bloco operatório de especialidade de ortopedia. Este relatório pretende demonstrar e expor as aprendizagens desenvolvidas na prática com a finalidade de aquisição das competências comuns da Enfermagem Médico-Cirúrgica e das competências específicas da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação perioperatória. Integrado neste processo de aquisição de competências pretende-se o desenvolvimento e implementação de um projeto de estágio referente à consulta de enfermagem pré-operatória telefónica.

A consulta de enfermagem pré-operatória é uma ação que tem como finalidade conhecer o cliente previamente à sua ida ao bloco operatório e dotá-lo de conhecimento sobre o percurso cirúrgico de acordo com as suas necessidades. A avaliação pré-operatória de enfermagem tem o propósito de iniciar o processo de decisão clínica, onde se avaliam os dados para a identificação de necessidades em cuidados ao cliente. O desenvolvimento do projeto tem como objetivo estruturar e implementar a consulta de enfermagem pré-operatória telefónica, com a finalidade de melhorar a experiência cirúrgica do cliente cirúrgico.

Através da aplicação da consulta de enfermagem pré-operatória telefónica pretendeu-se melhorar a preparação do cliente para o seu processo cirúrgico, garantindo a transmissão de informações/conhecimentos relevantes para promover a sua autonomia e capacidade de decisão sobre o seu processo de saúde. Posteriormente realizou-se a avaliação do cumprimento de atitudes e a aquisição do conhecimento para aferir se as intervenções educativas pré-operatórias iniciadas na consulta de enfermagem pré-operatória telefónica tiveram adesão por parte dos clientes.

Apesar da existência de evidência científica que reconhece a importância da consulta de enfermagem pré-operatória, na prática clínica diária nos hospitais a aplicação desta consulta não é uma realidade. A consulta de enfermagem pré-operatória é um momento privilegiado para que o enfermeiro possa autonomamente implementar ações de enfermagem com impacto na qualidade dos processos de saúde das pessoas em situação perioperatória.

Palavras-chave:

Enfermagem Médico-Cirúrgica; Processo de Aprendizagem Clínica; Consulta Perioperatória; Enfermagem Perioperatória

ABSTRACT

The internship report aims to justify the clinical learning process that I undertook, with a purpose to achieve a Medical-Surgical Nursing Master's degree in Perioperative Nursing. In the future, the aforementioned nursing specialty will take on greater importance in terms of quality and safety in the provision of perioperative care, as the number of surgical procedures in the world has increased considerably.

The professional internship took place in the context of a central operating room and an orthopedic specialty operating room. This report aims to demonstrate and expose the learning developed in practice with the purpose of acquiring common skills in Medical-Surgical Nursing and specific skills in Perioperative Nursing. Integrated into this skills acquisition process, the aim is to develop and implement an internship project regarding telephone preoperative nursing consultation.

The preoperative nursing consultation is an action that aims to get to know the client prior to their visit to the operating room and provide them with knowledge about the surgical path according to their needs. The preoperative nursing assessment aims to initiate the clinical decision process, where data is evaluated to identify client care needs. The development of the project aims to structure and implement the telephone preoperative nursing consultation, with the aim of improving the surgical experience of the surgical client.

Through the application of the telephone preoperative nursing consultation, the aim was to improve the client's preparation for their surgical process, ensuring the transmission of relevant information/knowledge to promote their autonomy and decision-making capacity regarding their health process. Subsequently, an assessment of compliance with attitudes and knowledge acquisition was carried out to assess whether the preoperative educational interventions initiated in the telephone pre-operative nursing consultation were adhered to by clients.

Despite the existence of scientific evidence that recognizes the importance of preoperative nursing consultation, in daily clinical practice in hospitals the application of this consultation is not a reality. The preoperative nursing consultation is a privileged moment for nurses to autonomously implement nursing actions that impact the quality of health processes for people in the perioperative situation.

Keywords:

Medical-Surgical Nursing; Clinical Learning Process; Preoperative Nursing Consultation; Perioperative Nursing

ABREVIATURAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operação Portugueses

ANI - Analgesia nociception index (Índice de nocicepção de analgesia)

AORN - Association of PeriOperative Registered Nurses (Associação Americana de Enfermeiros Perioperatórios)

BO - Bloco operatório

BOC - Bloco operatório central

BOEO - Bloco operatório de especialidade de Ortopedia

CFA - Conflito femoro-acetabular

CHU - Centro Hospitalar Universitário

DGS - Direção-Geral de Saúde

DIB - Drug Infusion Balloon (infusor elastométrico)

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ICN - Conselho Internacional de Enfermagem

IPOL - Instituto Português de Oncologia de Lisboa

JCI - Joint Commission International

NVPO - Náuseas e Vômitos Pós-Operatórios

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCA - Patient Controlled Analgesia (analgesia controlada pelo cliente)

PTA - Prótese total da Anca

PTJ - Prótese total do Joelho

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RIIQ - Retenção Inadvertida de Itens Quantificáveis

UCPA - Unidade de cuidados pós-anestésicos

UDA - Unidade de Dor Aguda

UE - União Europeia

VFC - Variabilidade da Frequência Cardíaca

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. ARTROSCOPIA DA ANCA ESQUERDA	21
3.1. Enquadramento teórico	21
3.2. Clientes	25
3.3. Medicação	25
3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	25
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	27
3.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	31
3.5. Domínios	35
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	35
3.6. Dados	38
3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	41
3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	43
3.7. Diagnósticos	44
3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	45
3.8. Especificação das intervenções	46
4. OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA CLAVÍCULA DIREITA	49
4.1. Enquadramento teórico	49
4.2. Clientes	53
4.3. Medicação	54
4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	54
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	56
4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	59
4.5. Domínios	63
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	63
4.6. Dados	66
4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	70
4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	71
4.7. Diagnósticos	72
4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	73
4.8. Especificação das intervenções	74
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	77
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	105

7. BIBLIOGRAFIA	107
ANEXOS	121

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização dos contextos clínicos	18
--	----

Índice de Figuras

Figura 1 - Biomecânica do CFA no plano axial	23
Figura 2 - Configuração intraoperatória da colocação das portas para artroscopia da anca	24
Figura 3 - Posicionamento decúbito dorsal para artroscopia da anca	32
Figura 4 - Bota aplicada no posicionamento da artroscopia da anca	32
Figura 5 - Fratura da clavícula direita	50
Figura 6 - Divisão da clavícula direita	50
Figura 7 - Disposição dos elementos da equipa cirúrgica e do intensificador de imagem	52
Figura 8 - Possibilidades de incisão cirúrgica	52
Figura 9 - Placa diafisária anatómica da clavícula 3,5	53
Figura 10 - Cliente na posição semi-fowler	61

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Na atualidade cada vez mais a área da saúde necessita de recursos humanos qualificados, apesar da evolução tecnológica estar patente neste sector, os cuidados de saúde especializados são assegurados por profissionais especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Na saúde, as profissões avançam para a especialização do saber e do cuidar, à medida que novos conceitos e tecnologias são desenvolvidos, abrindo-se, como consequência, para novas áreas de ação e investigação (Paula & Santos, 2003). Presentemente os cuidados de enfermagem revestem-se de maior importância, exigência técnica e científica, sendo que a diferenciação e a especialização são uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019). Especificamente, o enfermeiro especialista é definido como aquele a quem se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade em enfermagem (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019). Também é definido pelo Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) como sendo um enfermeiro credenciado que adquiriu conhecimentos especializados, que possui uma elevada capacidade de decisão e competências clínicas para uma prática avançada (ICN citado em Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A escolha de uma área de especialidade profissional caracteriza-se por ser um importante momento de transformação pessoal e social, impregnada de simbolismos e significados individuais e coletivos. Esta é uma escolha multidimensional, complexa e plurideterminada por diversos fatores pessoais, sociais, filosóficos, políticos e económicos, entre outros (Paula & Santos, 2003). A eleição do mestrado de Enfermagem Perioperatória como área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) deve-se, primeiramente, ao facto de ter uma grande afinidade e entusiasmo por esta área. Em segundo, desenvolvo a minha atividade profissional como enfermeira no bloco operatório (BO), logo pretendo desenvolver as minhas capacidades e adquirir novas competências de enfermagem perioperatória avançada, para poder prestar melhores cuidados de enfermagem.

A área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória tem como propósito intervir na pessoa e família/pessoa significativa, que se encontram a vivenciar uma experiência cirúrgica e/ou anestésica (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, 2018). A pessoa em situação perioperatória é definida como “qualquer pessoa, que ao longo de todo o seu ciclo de vida, necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos”, onde esta “aceita submeter-se a um estado de consciência alterado e aos riscos inerentes a esses procedimentos e ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional, tendo geralmente a expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida”

(Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 26). Assim, os cuidados de enfermagem especializados são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa que se encontram a vivenciar processos de saúde/doença, em que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, 2018). Ainda, a intervenção especializada à pessoa em situação perioperatória desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre si, são elas: a consulta perioperatória, a anestesia, a circulação, a instrumentação e os cuidados pós anestésicos (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, 2018). Pretende-se assim, que os cuidados de enfermagem perioperatórios se desenvolvam num processo padronizado de boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa num contínuo, antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico. Mas, que também visem proporcionar à pessoa proteção na situação particular de vulnerabilidade, capacitá-la de forma a promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao seu processo cirúrgico (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Atualmente, no mundo, são realizados por ano aproximadamente 234 milhões de procedimentos cirúrgicos. Isto cria desafios para as organizações de saúde em fornecer/prestar cuidados perioperatórios seguros (Malley et al., 2015). Desta forma, a especialidade de EMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória irá revestir-se de uma maior importância ao nível da qualidade e segurança na prestação de cuidados perioperatórios. A avaliação pré-operatória de enfermagem será um ato de enfermagem fundamental, com o propósito de iniciar o processo de decisão clínica, onde se avaliam os dados para a identificação de necessidades em cuidados ao cliente. Atualmente, este processo não é realizado previamente o que pode afetar negativamente a identificação prévia e atempada de fatores de risco, levando a constrangimentos nos resultados cirúrgicos e/ou anestésicos tanto para o cliente, como para a organização de saúde. Assim perante este cenário, a avaliação pré-operatória de enfermagem pode ser encarada como uma ferramenta que contribui para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

O presente relatório ambiciona explicar o processo de aprendizagem clínico que realizei, com vista a alcançar o grau de mestre em EMC na área da pessoa em situação perioperatória. Para tal, desenvolvi estágio clínico em dois contextos, um bloco operatório central (BOC) e um bloco operatório de especialidade de ortopedia (BOEO). Este documento tem como objetivo demonstrar e expor as aprendizagens desenvolvidas em contexto prático com a finalidade de aquisição das competências comuns da EMC e das competências específicas da EMC na área da pessoa em situação perioperatória. Integrado, ainda, na primeira competência específica apresenta o processo de desenvolvimento e aplicação do projeto de estágio referente à consulta de enfermagem pré-operatória telefónica.

A enfermagem perioperatória engloba todos os cuidados de enfermagem prestados aos clientes cirúrgicos durante os períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório (Regulamento nº

429/2018, de 16 de julho, 2018) tendo como foco as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, associados ao processo perioperatório, com vista a tornar evidente o contributo dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde da população. Assim, uma das áreas de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória é a consulta pré-operatória. O projeto da consulta de enfermagem pré-operatória telefónica ambiciona contribuir para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, especialmente na fase do pré-operatório. A aplicação do projeto tem como objetivo estruturar e implementar a consulta de enfermagem pré-operatória telefónica, com a finalidade de melhorar a experiência cirúrgica do cliente cirúrgico. Devido a diversas contingências orçamentais e de recursos humanos, as organizações não veem a consulta de enfermagem pré-operatória como um processo que promova a criação de valor e as que veem são escassas. A avaliação pré-operatória é um dos pontos críticos de cuidados para os clientes que transacionam para o ambiente perioperatório (Malley et al., 2015). Posto isto, esta avaliação quando ocorre em momento próprio antes da cirurgia trará vantagens para os clientes e para os profissionais de saúde ao invés de ser realizada informalmente na admissão ao BO.

O presente relatório estrutura-se em seis partes. Na primeira parte, no qual se encontra, integra a introdução ao relatório que visa explanar a importância do processo de aprendizagem clínico desenvolvido e a estrutura do documento.

A segunda parte, a qual se segue, apresenta a Caracterização dos Contextos Clínicos que visa dar a conhecer do ponto de vista físico e prático o funcionamento das unidades orgânicas funcionais por onde decorreu o processo de aprendizagem clínico no contexto do perioperatório.

Nas terceira e quarta partes integram os dois Casos Clínicos, designados de “Artroscopia da Anca” e Osteossíntese com Placa e Parafusos de Fratura da Clavícula Direita”, respetivamente, desenvolvidos em contexto clínico, onde se procura explanar o processo de tomada de decisão clínica de enfermagem, que refletem o pensamento de enfermagem, a intencionalidade da ação profissional e o planeamento de cuidados.

A quinta parte, designada de Contributos para o Desenvolvimento de Competências, expõe o processo de aprendizagem clínica de aquisição de competências do enfermeiro especialista em EMC à pessoa em situação perioperatória e os aspetos mais relevantes que resultaram do projeto de estágio intitulado “Consulta de Enfermagem Pré-operatória Telefónica”. Inicialmente apresentam-se as competências comuns de EMC, seguindo-se as competências específicas da especialidade de EMC à pessoa em situação perioperatória. Integrado nestas últimas, encontra-se a descrição da implementação e o processo de estruturação da consulta de enfermagem pré-operatória telefónica.

Por último, mas não menos importante, na sexta parte têm-se a Síntese Final do Relatório onde se encontram mencionadas as reflexões das implicações para a prática clínica, bem como as

limitações e as recomendações para futuros projetos de estágio. Por fim a bibliografia, bem como os anexos do presente relatório.

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

O desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas no contexto da componente clínica da prestação de cuidados de enfermagem perioperatória decorreu, conforme requerido pela Ordem dos Enfermeiros (Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2021), em contexto de BO. A unidade orgânica funcional do BO define-se como um ambiente eficiente e seguro para a realização de tratamento cirúrgico aos clientes, este exige uma equipa multidisciplinar com elevada diferenciação técnica. Para alcançar a sua missão eficazmente o BO deve deter instalações físicas, profissionais de enfermagem, médicos e assistentes técnicos, assim como diversos equipamentos e instrumentais necessários (Duarte & Martins, 2014; Nobre, 2017).

O percurso de ensino e de prática clínica foi dividido entre dois contextos, o primeiro estágio decorreu em BOC e o segundo estágio em BOEO. O primeiro contexto correspondeu a 240 horas de contacto, que se iniciou em Fevereiro e terminou no final de Abril de 2023. O segundo contexto correspondeu a 100 horas de contacto que decorreram desde Maio até Junho de 2023. Especificamente ambos os contextos são Centros Hospitalares Universitários (CHU). Em comum, ambos têm a equipa cirúrgica com 3 enfermeiros distribuídos por sala, nas funções de anestesia, circulação e instrumentação. Contiguamente às salas operatórias existe um corredor limpo para lavagem e desinfeção das mãos, e têm uma outra saída adjacente, designada de área de sujos, permitindo a definição do circuito de entrada de limpos e saída de sujos. Cada contexto tem 2 vestiários, um masculino outro feminino, com entrada e saída diferentes. No entanto, os contextos diferem no número de salas cirúrgicas, no número de stocks, nos horários de enfermagem, no número de elementos da equipa de enfermagem, da equipa de apoio e de gestão e na unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA). Especificamente os elementos da equipa de enfermagem do BOEO, não são exclusivamente deste, pois o CHU2 tem mais dois BO. No entanto, são necessários 26 elementos por dia para o BOEO, sendo que no turno da manhã são necessários 14 elementos no serviço, no turno da tarde cerca de 9 elementos e de noite a equipa de urgência tem 3 elementos. No entanto, a equipa de urgência não é exclusiva de ortopedia. Dos 15 especialistas da equipa total, apenas 4 destes estão exclusivamente no BOEO. Ambos os contextos estão caracterizados na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos contextos clínicos

	Bloco Operatório Central (BOC)	Bloco Operatório de Especialidade de Ortopedia (BOEO)
Valências cirúrgicas	Ortopedia Cirurgia Geral Otorrinolaringologia Urologia Estomatologia Ginecologia/Obstetrícia	Ortopedia
Salas cirúrgicas	5 salas (1, 2, 3, 4 e 5)	3 salas (A, B e C)
Número de stocks	2 stocks de material esterilizado 1 stock de material farmácia 1 stock de material consignado 1 armazém avançado	1 stock de material esterilizado Stock de material consignado e de farmácia (armário) 2 armazéns de material
Horários de enfermagem	Manhã 8h-16h15 Tarde 16h-00h15 Noite 00h-8h15	Manhã 8h-15h Tarde 14h-20h30 Noite 20h-8h
Equipa de enfermagem	35 Enfermeiros 14 Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica 1 Especialista em Saúde Mental	* 107 Enfermeiros 15 Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica 6 Especialista de outras
Equipa cirúrgica	1 Enfermeiro Instrumentista 1 Enfermeiro Circulante 1 Enfermeiro de Anestesia 1 Anestesista 1 ou 2 Cirurgiões	1 Enfermeiro Instrumentista 1 Enfermeiro Circulante 1 Enfermeiro de Anestesia 1 Anestesista 1 ou 2 Cirurgiões
Equipa de apoio	1 Auxiliar para a sala 1 ou 2 Auxiliar de apoio à limpeza 2 Administrativos	1 Auxiliar para a sala 1 ou 2 Auxiliar de apoio à limpeza 1 Enfermeiro 1 Administrativo
Equipa de gestão	1 Médico 1 Enfermeiro-Chefe 1 Enfermeiro de Coordenação	1 Gestor 1 Médico 1 Enfermeiro-Chefe 2 Enfermeiro de Coordenação 1 Assistente Operacional
UCA (Rácio Enfermeiro/Cama)	3 Enfermeiros/8 camas	2 Enfermeiros/5 camas
Projetos/Métodos de trabalho	UDA (Unidade de Dor Aguda) Enfermeiro na Admissão do cliente	Modelo de Gestão Lean Enfermeiro Coordenador Enfermeiro de gestão do material

*A equipa de enfermagem não é exclusivamente do BOEO. Os elementos da equipa trabalham nos três BO do CHU.

No BOC do CHU1 para os profissionais acederem às instalações do BOC a porta é ativada por

cartão permitindo a sua abertura. Em alternativa para pessoas externas ao serviço que precisem de entrar no BOC existe um telefone à entrada para que se identifiquem e quem está no interior pode abrir a porta. Os vestiários têm uma porta de entrada e outra para acesso ao BO. Entra-se diretamente para o vestiário feminino ou masculino para proceder à troca de roupa e calçado do exterior pelo fardamento e calçado adequados. Após a saída dos vestiários existe uma zona para troca de calçado, colocação de touca e máscara, com um banco que separa a zona semi-restrita da restrita. Quando se transpõe esta barreira física anteriormente mencionada, é que se acede à zona do BO propriamente dita.

Para os clientes, estes têm uma entrada exclusiva que dá acesso diretamente à zona de admissão, onde se encontra o transfer elétrico. Numa zona contígua à admissão dos clientes tem uma zona com elevador exclusivo para rececionar materiais vindos do exterior, tais como instrumentais ou consumíveis. O serviço de esterilização entrega o material esterilizado diretamente através de uma janela destinada para este efeito, que se encontra numa das salas de stock de armazenamento de material esterilizado.

Relativamente ao BOEO do CHU2 para os profissionais acederem às instalações a porta é ativada com código que é do conhecimento dos elementos da equipa. Para aceder ao serviço por pessoas externas, estas devem tocar à campainha e proceder à sua identificação. Após abertura da porta pode-se aceder aos vestiários masculino e feminino, onde se procede à troca de roupa e calçado exterior pelo fardamento e calçado adequados, bem como a colocação de touca e máscara. Após o correto fardamento pode-se aceder ao interior do BO através da ativação de uma porta automática.

No caso dos clientes, estes têm uma entrada exclusiva, que permite aceder diretamente à zona de admissão onde se encontra o transfer elétrico. Numa zona contígua à zona de coordenação do serviço existe um elevador exclusivo que permite a entrada direta de materiais da esterilização e também permite aceder diretamente ao serviço de esterilização.

No BOC, os turnos de trabalho são de 8 horas e 15 minutos e a distribuição da equipa de enfermagem são de três elementos por sala cirúrgica a funcionar, três elementos na UCPA (um é responsável pela Unidade de Dor Aguda (UDA), um é responsável pela admissão ao BO) e um elemento de coordenação.

No BOEO, os turnos de trabalho são variáveis, no entanto o mais comum é o turno da manhã ser de 7h, o turno da tarde ser de 6h e 30 minutos e o turno da noite durar 12 horas. A distribuição da equipa também mantém os três enfermeiros por sala cirúrgica a funcionar, três elementos para a sala de urgência, dois elementos na UCPA e um elemento de coordenação.

No BOC, a enfermeira gestora é especialista em EMC e é a gestora e supervisora da equipa de enfermagem, em horário fixo das 8 às 16 horas, de segunda a sexta-feira. Relativamente à coordenação do serviço nos turnos da tarde, noite e fins-de-semana, esta gestão fica a cargo do

elemento de enfermagem especialista em EMC definido previamente pela enfermeira gestora.

No BOEO, o enfermeiro gestor é especialista em EMC e como tem a seu cargo a gestão de três BO, delegou as funções de coordenação dos diferentes BO em sete enfermeiras também todas elas especialistas em EMC, que têm as funções de coordenação do respetivo serviço nos turnos de manhã e da tarde. Especificamente no BOEO, são duas enfermeiras das sete anteriormente mencionadas, que asseguram a coordenação do serviço, no entanto na ausência de ambas um elemento especialista em EMC do serviço é nomeado para as funções de coordenação, o que usualmente acontece mais nos turnos da tarde e da noite.

Relativamente à categoria referente aos Projetos e Métodos de trabalho, no que concerne ao BOC gostaria de particularizar que este tem uma UDA. Esta é formada por elementos da equipa de enfermagem e de anestesiologia e tem como propósito melhorar a gestão de dor no pós-operatório nos clientes após a alta da UCPA. Em cada turno de 8 horas existem 2 elementos, um anestesiolegista e um enfermeiro, que vão, aos serviços de internamento, junto dos clientes submetidos a técnicas anestésicas com administração de opióides por via intratecal, tais como epidural ou raquianestesia. Mas também nos casos em que os clientes tenham uma PCA (Patient Controlled Analgesia/ analgesia controlada pelo cliente) ou DIB (Drug Infusion Balloon/ infusor elastométrico) com medicação analgésica.

3. ARTROSCOPIA DA ANCA ESQUERDA

Cliente de 37 anos de idade com diagnóstico de conflito femoro-acetabular à esquerda, proposta para artroscopia da anca

3.1. Enquadramento teórico

Os enfermeiros têm um papel essencial na promoção de um processo perioperatório seguro e eficaz para os clientes submetidos à artroscopia da anca. Onde é importante que estes prestem os cuidados perioperatórios durante o período de alteração do estado funcional do cliente (Jones et al., 2013; Morton, 2012). Desta forma, a capacidade distinta da enfermagem perioperatória é a preparação do cliente e sua família para o processo perioperatório, focando no pós-operatório. Assim é fundamental que o enfermeiro de perioperatório conheça as expectativas dos clientes e família para que se assegure que estas são razoáveis e apropriadas para o período pós-operatório (Jones et al., 2013). A aptidão específica de preparação deve assegurar cuidados compreensivos, intervenções de educação, garantir uma continuidade de cuidados ao longo do processo e apoiar os clientes submetidos a artroscopia da anca.

A patologia ortopédica do cliente escolhido para este caso clínico designa-se por conflito femoro-acetabular (CFA). Este caracteriza-se por um impacto dinâmico constante e repetitivo entre o fémur proximal e o acetábulo, onde este fenómeno de conflito estrutural leva ao aparecimento de lesões ósseas, cartilagíneas e dos tecidos moles envolventes, bem como desencadeia sintomas álgicos ao nível da região da anca e da virilha (Sogbein et al., 2019; Vieira, 2021).

O procedimento cirúrgico, artroscopia da anca, é considerado uma cirurgia minimamente invasiva. Esta consiste na realização de pequenas incisões, geralmente três, na região da anca, uma para a inserção de um artroscópio que permite visualizar a articulação, e as outras duas para inserção dos restantes instrumentos cirúrgicos que permitirão a reparação do CFA (Lynch et al., 2013).

Este trabalho pretende conceptualizar os cuidados de enfermagem perioperatórios baseados em evidência à pessoa submetida a artroscopia da anca. Para isso, inicialmente apresenta-se uma visão geral da patologia do CFA, incluindo uma revisão da anatomia da anca. Seguidamente apresenta-se as indicações cirúrgicas específicas do caso clínico e a abordagem cirúrgica

aplicada.

CONFLITO FEMORO-ACETABULAR

A patologia ortopédica designada por CFA foi abordada inicialmente no início do século XX. No entanto, só recentemente, nas últimas duas décadas, esta começou a ser despertar o interesse da comunidade científica.

A articulação da anca é uma articulação sinovial do tipo enartrose, ou seja, é uma articulação em que os ossos que a constituem não estão completamente unidos, mas sim encaixados, sendo uma das extremidades ósseas esférica (cabeça do fémur) que encaixa na outra extremidade em forma de taça (acetábulo). Este encaixe insere-se na cavidade articular que se encontra preenchida por líquido sinovial, cavidade essa recoberta pela cápsula articular fibrosa. A base do movimento desta articulação é o deslizamento entre a cabeça do fémur e o acetábulo (Ghaffari et al., 2018; Seeley et al., 2003; Volpon, 2016). Assim, quando a sinergia de movimento entre estas estruturas se perde surge o CFA. A área ântero-lateral da cartilagem acetabular e o lábio acetabular (labrum) são as principais estruturas lesadas neste conflito, especialmente devido às forças repetitivas de compressão e de cisalhamento entre o colo do fémur e o acetábulo (Vieira, 2021; Volpon, 2016). Atualmente pensa-se que o CFA é uma das causas principais para o desenvolvimento de coxartrose da anca (Ganz et al., 2003; Vieira, 2021).

A prevalência do CFA é maior nos jovens adultos, sendo particularmente comum em desportistas de alta competição. Esta patologia caracteriza-se por anomalias a dois níveis: Fémur proximal e acetábulo (Sogbein et al., 2019; Vieira, 2021). Estas sucedem devido ao impacto dinâmico que é constante e repetitivo entre estas duas estruturas durante amplitudes de movimento fisiológicas. Este fenómeno de conflito estrutural leva ao aparecimento de lesões ósseas, cartilagíneas e dos tecidos moles envolventes. Ainda, desencadeia o aparecimento de sintomas álgicos localizados na região da anca e da virilha (Basques et al., 2019; Lynch et al., 2013; Sogbein et al., 2019).

A dor e a limitação funcional da anca advêm particularmente de uma carga repetitiva sobre a articulação e da resultante fricção entre o fémur proximal e o acetábulo que progressivamente evolui, originando lesões do labrum e da cartilagem articular (delaminação da cartilagem e separação condrolabral) (Egger et al., 2016; Ghaffari et al., 2018). A dor é frequentemente exacerbada com o aumento da atividade física ou com tempos prolongados na posição sentada (Ghaffari et al., 2018). Se o CFA não for alvo de tratamento, pensa-se que pode evoluir para coxartrose como consequência das lesões dos tecidos moles da articulação, com afetação

progressiva da qualidade de vida dos doentes (Basques et al., 2019; Harmon & Jensen, 2017).

A ossificação da região cervical do fémur proximal provoca alterações da dinâmica da junção cervico-cefálica femoral provocando a perda da normal esfericidade e concavidade, caracterizando o CFA do tipo “Cam”. Quando existe um excesso de desenvolvimento acetabular com conseqüente excesso de cobertura da cabeça do fémur por parte do acetábulo o CFA é do tipo “Pinça”. A coexistência dos dois tipos é o mais prevalente, designando-se o CFA do tipo “Misto”(Ganz et al., 2003; Lynch et al., 2013; Vieira, 2021).

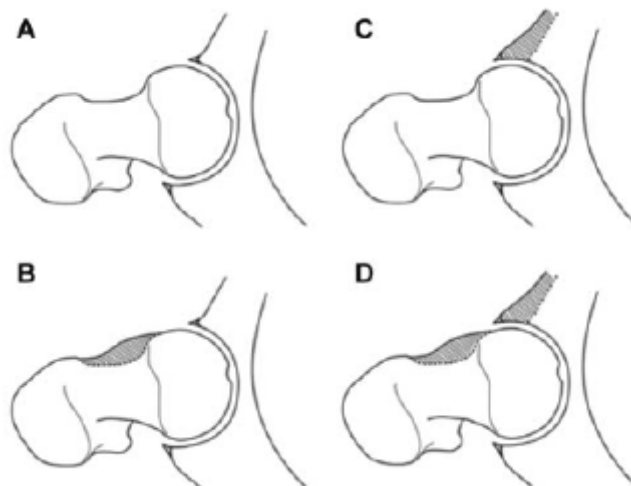


Figura 1 - Biomecânica do CFA no plano axial. (A) Anca normal. (B) Redução do deslocamento junção cervico-cefálica (tipo “Cam”). (C) Excesso de desenvolvimento acetabular (tipo “Pinça”). (D) Combinação dos tipos “Cam” e “Pinça”. (Beaulé et al., 2009; Lynch et al., 2013)

ABORDAGEM CIRÚRGICA

Ao contrário da cirurgia artroscópica do joelho e ombro, na anca a cirurgia artroscópica só recentemente evoluiu como uma opção viável de intervenção para lesões pré-artríticas da anca nas últimas duas décadas (Lynch et al., 2013).

A artroscopia da anca pode ser realizada com sucesso no posicionamento dorsal ou em decúbito lateral, neste caso clínico o cirurgião optou pela primeira opção. Uma boa posição das portas de entrada é fundamental para permitir uma boa visualização das estruturas anatómicas o que pode condicionar o resultado da intervenção. O cirurgião faz 3 incisões com cerca de 1 cm cada, onde cada incisão corresponde a uma porta de entrada, sendo colocadas ao nível anterior, ântero-lateral e póstero-lateral. A porta anterior é inserida na interseção de uma linha desenhada distalmente a partir da crista íliaca ântero-superior e uma linha transversal a partir

do grande trocanter. Esta porta está próxima do nervo cutâneo femoral lateral. Por esta proximidade muitos cirurgiões optam por uma porta anterior modificada, onde esta é colocada ligeiramente distal e lateral a este local para permitir maior proteção ao nervo cutâneo femoral lateral (Lynch et al., 2013; Mauro et al., 2010).

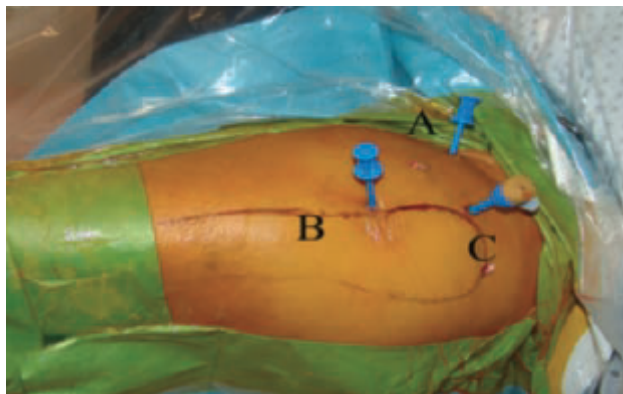


Figura 2 - Configuração intraoperatória da colocação das portas para artroscopia da anca (Lynch et al., 2013).

As portas ântero-lateral e póstero-lateral (opcional) estão localizadas na região superior do grande trocânter nas laterais anterior e posterior, respetivamente. Para evitar lesar as importantes estruturas neurovasculares desta região anatómica é necessário respeitar estes referenciais anatómicos.

Após a colocação das portas para a realização de artroscopia para visualização do labrum acetabular é realizada uma capsulotomia anterior, para proceder ao descolamento do labrum do rebordo ósseo acetabular, onde o tecido inviável do labrum é desbridado (Vieira, 2021). Esta ação, também designada por burr cirúrgico, pode ser realizada por uma variedade de instrumentos, tais como ablação por radiofrequência, shavers e pinças mecânicas que pretende remover o excesso de cobertura acetabular (Lynch et al., 2013; Vieira, 2021). Posteriormente é realizada a refixação do labrum ao rebordo acetabular restaurado através de suturas de ancoragem (Vieira, 2021). Nesta ação a faixa lateral acetabular é perfurada com uma broca, que permite a colocação de uma âncora de sutura que ficará colocada na borda do acetábulo. As âncoras devem ser colocadas o mais próximo possível da transição da zona de cartilagem sem penetrar na superfície articular, para que no final permitam um ajuste o tecido do labrum impedindo a deformidade labral (Lynch et al., 2013; Mauro et al., 2010).

Na região cervical do fémur é necessário restaurar o deslocamento e a esfericidade femorais. Assim, essa deformidade é abordada circunferencialmente mas também próximo-distalmente para garantir a completa e minuciosa remoção de qualquer deformidade que cause impacto mecânico. No final é realizado um exame dinâmico sob visualização artroscópica direta para confirmar a eliminação do impacto e melhoria na amplitude do movimento funcional (Lynch et al., 2013; Mauro et al., 2010).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 37 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-03-16 09:00:00	Polieletrólítico Simples 1000ml Ev	
2023-03-16 09:00:00	Clindamicina 600mg Ev	
2023-03-16 09:00:00	Gentamicina 320mg Ev	
2023-03-16 09:45:00	Fentanil 100mcg Ev	
2023-03-16 09:45:00	Dexametasona 4mg Ev	
2023-03-16 09:45:00	Propofol 150mg Ev	
2023-03-16 09:45:00	Rocurónio 50mg Ev	
2023-03-16 09:45:00	Sevoflorano 2% em O2 por via inalatória	
2023-03-16 13:00:00	Ondansetron 4mg Ev	
2023-03-16 13:00:00	Sugamadex 200 mg Ev	
2023-03-16 13:00:00	Paracetamol 1gr Ev às 11h30	
2023-03-16 13:00:00	Metamizol magnésico 2h às 12h00	2023-03-16 13:15:00
2023-03-16 13:15:00	Metamizol magnésico 2g às 12h00	
2023-03-16 16:15:00	Tramadol 100mg às 15h00	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

(A linha onde se lê "2023-03-16 13:00:00 Metamizol magnésico 2h às 12h00 2023-03-16 13:15:00", não deve ser tida em consideração.)

Esta secção pretende especificar a ação de enfermagem no que reporta à medicação administrada segundo prescrição do médico anestesista. No caso clínico em análise, o cliente na admissão ao BO tinha um **soro polieletrólítico simples de 1000ml** por via endovenosa. A fluidoterapia perioperatória tem como objetivo a manutenção da pressão de perfusão do fluxo sanguíneo e oxigenação tecidual adequadas a fim de prevenir situações de hipovolemia, bem como de sobrecarga hídrica (IPOL, 2017). A reposição das perdas de água e eletrólitos no intraoperatório deve ser realizada com uma solução cristalóide balanceada, assim como neste caso clínico. Estas são soluções de água esterilizada que contêm moléculas pequenas (iões e/ou

glicose) que atravessam livremente o endotélio. Assim, teoricamente, a maior parte do volume de cristalóide administrado distribui-se rapidamente pelo espaço extracelular (80%) (Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPOL), 2017).

A profilaxia antibiótica tem como finalidade alcançar concentrações antibióticas tecidulares e séricas efetivas desde o início cirurgia e mantê-las durante todo o procedimento, isto é, desde a incisão da pele até ao seu encerramento (IPOL, 2017). Na cirurgia ortopédica, o antibiótico de eleição é a cefazolina, no entanto no caso clínico em análise, como o cliente apresentava alergia à penicilina o anestesista optou pela prescrição de **clindamicina** associada com **gentamicina** em dose única, seguindo as orientações da norma nº 031/2013 atualizada em 2022 (Direção-Geral de Saúde (DGS), 2022a).

Na indução anestésica foram administrados **fentanil** e **propofol**. O fentanil é um fármaco analgésico opióide que tem como efeitos adversos rigidez muscular, depressão respiratória e cardiovascular (IPOL, 2017). O propofol é um anestésico com rápido início de ação, curto tempo de recuperação e que permite manter a sedação (IPOL, 2017). Tem como efeitos adversos apneia, hipotensão e dor/ardor aquando da administração endovenosa (IPOL, 2017). Existe evidência de sinergia entre o propofol e os opióides, o que permite reduzir a dose de propofol necessária para produzir perda de consciência e, em particular, para bloquear o movimento e as respostas hemodinâmicas a estímulos dolorosos (Nimmo et al., 2019).

O **rocurónio** também ele administrado na indução e posteriormente vários bólus para manter o relaxamento muscular durante a cirurgia. Este é um relaxante muscular não despolarizante, que pode ser utilizado na indução de sequência rápida, evitando assim a administração de succinilcolina e tem uma duração variável que depende da capacidade de metabolização do organismo da cliente, mas habitualmente varia entre 10 a 40 min. Tem como efeitos adversos taquicardia moderada e efeito aumentado na miastenia gravis (IPOL, 2017).

As náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO) continuam a ser uma das principais preocupações do doente cirúrgico, sendo que a incidência de náuseas é cerca de 50% e a de vômitos é 30%, podendo atingir os 80% em populações de risco (IPOL, 2017). Assim, a **dexametasona** é um corticóide, no entanto, particularmente no momento da indução anestésica, este fármaco é administrado como anti-emético para prevenção de náuseas e vômitos. Tem como efeitos adversos a hiperglicémia e a hipertensão e tem como contra-indicação relativa clientes com antecedentes de diabetes mellitus (IPOL, 2017).

O **sevoflurano** é o fármaco inalatório anestésico que irá permitir a indução e manutenção da anestesia geral. Em concentrações mais elevadas, este fármaco também pode desencadear hipotensão e bradicardia (Duarte & Martins, 2014).

O **ondasentron** é um fármaco anti-emético, no entanto por oposição à dexametasona este é administrado no final da cirurgia e tem como efeito adverso cefaleias (IPOL, 2017).

O **sugamadex** é um fármaco usado na reversão do bloqueio neuromuscular que foi previamente induzido pelo rocurónio. Tem como efeitos adversos bradicardia acentuada, apenas em casos isolados (IPOL, 2017).

O **paracetamol** é um analgésico antipirético não opióide de ação central indicado para dor ligeira a moderada e piroxia. Os efeitos adversos do paracetamol são alterações hematológicas e insuficiência hepática em caso de intoxicação (IPOL, 2017).

O **metamizol magnésico** é analgésico indicado para dor ligeira a moderada e antipirético. Tem como efeitos adversos o risco de provocar agranulocitose, leucopenia, trombocitopenia, ainda estão descritas alterações renais, tais como oligúria ou anúria, proteinúria e nefrite intersticial (IPOL, 2017).

O **tramadol** é analgésico opióide agonista fraco que tem indicação para dor moderada a grave, a probabilidade de provocar depressão respiratória, obstipação, euforia e potencial de abuso que outros opióides é menor. Pode causar náuseas e vômitos, tonturas, boca seca como efeitos adversos, que poderão ser potenciados se conjugado com outros opióides (IPOL, 2017).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Procedimento invasivo

07-03-2023 17:00

Procedimento invasivo

Tipo de procedimento invasivo: Artroscopia da Anca Esquerda [16/03/2023 às 9h00] - Consulta Telefónica Pré-operatória de Enfermagem.

Conhecimento acerca da preparação cirúrgica precisa de ser melhorado

Intervenções de Enfermagem

16-03-2023 09:45 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

16-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

16-03-2023 09:00 - Colocar meias elásticas de compressão passiva

16-03-2023 09:45 - Posicionar para procedimento cirúrgico (Decúbito Dorsal com elevação dos Membros inferiores) com recurso a dispositivos específicos para a artroscopia da anca [FIM] 16-03-2023 13:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre a preparação cirúrgica [RESOLVIDO]

16-03-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 17:00 - Ensinar acerca da gestão do regime medicamentoso nos dias prévios à cirurgia e no dia da cirurgia [FIM] 16-03-2023 09:00

07-03-2023 17:00 - Ensinar acerca da importância dos banhos pré-cirúrgicos (na véspera e no dia da cirurgia) [FIM] 16-03-2023 09:00

07-03-2023 17:00 - Informar acerca do circuito e das características do bloco operatório

[FIM] 16-03-2023 09:00

16-03-2023 09:00

Tipo de procedimento invasivo: Artroscopia da Anca Esquerda [16/03/2023 às 9h00].

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 130 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 78 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.60 °C.

Conhecimento acerca da preparação cirúrgica melhorado

16-03-2023 09:45

Tipo de procedimento invasivo: Artroscopia da Anca Esquerda [16/03/2023 às 9h00].

Perda sanguínea

Membro superior Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente.

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 61 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 106 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 63 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.40 °C.

Anestesia Geral [RESOLVIDO] 16-03-2023 13:15

Intervenções de Enfermagem

16-03-2023 09:45 - Executar penso de proteção da córnea [FIM] 16-03-2023 13:00

16-03-2023 09:45 - Avaliar evolução da integridade da pele nas possíveis zonas de pressão por dispositivos médicos [FIM] 16-03-2023 13:15

16-03-2023 09:45 - Otimizar posicionamento para indução anestésica (decúbito dorsal) [FIM] 16-03-2023 13:00

16-03-2023 13:00

Tipo de procedimento invasivo: Artroscopia da Anca Esquerda [16/03/2023 às 9h00].

Perda sanguínea

Membro inferior Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente.

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 58 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 93 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 56 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 35.60 °C.

16-03-2023 13:15

Tipo de procedimento invasivo: Artroscopia da Anca Esquerda - Admissão na UCPA.

Perda sanguínea

Membro inferior Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 72 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 108 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 63 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.10 °C.

16-03-2023 16:15

Tipo de procedimento invasivo: Artroscopia da Anca Esquerda - Alta da UCPA.

Perda sanguínea

Membro inferior Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 110 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 65 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.80 °C.

Atitudes terapêuticas

07-03-2023 17:00

Regime de nada pela boca

Conhecimento acerca de jejum para procedimento cirúrgico precisa de ser melhorado

Intervenções de Enfermagem

16-03-2023 13:15 - Manter regime de nada pela boca

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

16-03-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 17:00 - Ensinar sobre a necessidade de cumprir jejum para procedimento cirúrgico [FIM] 16-03-2023 09:00

16-03-2023 09:00

Conhecimento acerca de jejum para procedimento cirúrgico melhorado

16-03-2023 09:45

Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 16-03-2023 13:00

Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por pressão.

Ventilação invasiva - FiO2: 48 %.

Ventilação invasiva - volume corrente: 440 ml.

Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 13 cr/min.

Ventilação invasiva - PEEP: 6 cm H2O.

Intervenções de Enfermagem

16-03-2023 09:45 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [FIM] 16-03-2023 13:00

16-03-2023 09:45 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [FIM] 16-03-2023 13:00

16-03-2023 13:00

Oxigenoterapia

Débito de oxigênio: 2.00 L/min.

Intervenções de Enfermagem

16-03-2023 13:00 - Manter oxigenoterapia

16-03-2023 13:15

Mantém jejum

Débito de oxigênio: 2.00 L/min.

16-03-2023 16:15

Débito de oxigênio: 2.00 L/min.

Sondas, Drenos e Cateteres

16-03-2023 09:00

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Mão Direita(o)

Características do dispositivo: CH 20.

Intervenções de Enfermagem

16-03-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

16-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

16-03-2023 09:00 - Otimizar cateter venoso periférico

16-03-2023 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

16-03-2023 09:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

16-03-2023 09:45

Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 16-03-2023 13:00

Cuff

Traqueia: Com cuff.

Pressão do cuff: 27 cmH2O.

Características do dispositivo: Tubo 7,0mm.

Distância à comissura labial: 21 cm

Intervenções de Enfermagem

16-03-2023 09:45 - Avaliar evolução do nível de inserção [FIM] 16-03-2023 13:00

16-03-2023 09:45 - Otimizar tubo endotraqueal [FIM] 16-03-2023 13:00

16-03-2023 09:45 - Insuflar cuff [FIM] 16-03-2023 13:00

16-03-2023 09:45 - Manter cuff do tubo endotraqueal insuflado [FIM] 16-03-2023 13:00

16-03-2023 09:45 - Aliviar a pressão do cuff [FIM] 16-03-2023 13:00

Cateter urinário [RESOLVIDO] 16-03-2023 13:15

Características do dispositivo: Foley Silicone Fr14 2 vias.

Urina límpida

Intervenções de Enfermagem

16-03-2023 09:45 - Otimizar cateter urinário [FIM] 16-03-2023 13:15

16-03-2023 13:00 - Remover cateter urinário [No fim da cirurgia] [FIM] 16-03-2023 13:15

16-03-2023 09:45 - Monitorizar débito urinário [FIM] 16-03-2023 13:15

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

Procedimento Invasivo

Aquando da chegada da cliente ao BO para ser submetida à artroscopia da anca esquerda, procedeu-se à avaliação:

- Do cumprimento e aquisição do conhecimento fornecido na intervenção educativa pré-operatória;
- Dos critérios de segurança
- A avaliação hemodinâmica da cliente.

Assim sendo, na admissão foi iniciada a monitorização a fim de verificar a sua tensão arterial, a sua frequência cardíaca, saturação de oxigénio no sangue e a temperatura periférica. Na chegada à sala operatória, mantiveram-se as intervenções relativas à monitorização contínua da cliente.

Relativamente à questão das perdas sanguíneas, neste tipo de cirurgia o risco hemorrágico é baixo e a profilaxia tromboembólica pode não ser necessária pois a incidência pós-operatória tromboembolismo é residual e a evidência sugere que pode ser mitigada através da mobilização e reabilitação precoce (Fonseca et al., 2014; Haldane et al., 2018; Khazi et al., 2019). No entanto, por segurança cirúrgica é necessário verificar no início do procedimento se é uma cliente que poderá precisar de transfusão e se a mesma tem reserva de sangue em caso de necessidade. Durante o procedimento cirúrgico deve-se avaliar em conjunto com o cirurgião e anestesista as perdas sanguíneas de forma a perceber se existe alguma repercussão hemodinâmica, mas também a fim de serem tomadas medidas para prevenir/gerir as perdas sanguíneas. Neste caso clínico, a perda sanguínea foi residual, pelo que não foi necessária nenhuma medida compensatória.

No que concerne à temperatura corporal é necessário vigiar a evolução da temperatura no sentido de manter a normotermia intraoperatória da cliente.

Posicionamento Cirúrgico

O posicionamento da cliente para a cirurgia anteriormente mencionada é o decúbito dorsal (Association of PeriOperative Registered Nurses (AORN), 2017) com elevação com elevação dos membros inferiores, conforme a figura 3.



Figura 3 – Posicionamento decúbito dorsal para artroscopia da anca (Stryker, 2021).

Para tal, são usados dispositivos que permitem e facilitam o posicionamento cirúrgico correto. Ao nível da região lombar é colocado um colchão de espuma que tem a capacidade de reter uma grande quantidade de líquido. Relativamente aos membros inferiores existe uma bota específica que se adapta ao sistema de distração como se verifica nas figuras 3 e 4.



Figura 4 – Bota aplicada no posicionamento da artroscopia da anca (Stryker, 2021).

Anestesia Geral

A anestesia geral define-se como um estado reversível que é induzido por fármacos que levam o cliente à inconsciência, amnésia, antinocicepção e imobilidade, com manutenção da estabilidade fisiológica (Brown et al., 2010). Ou seja, é uma perda de consciência voluntária

induzida por fármacos, durante a qual os clientes não estão despertáveis, nem mesmo sob estimulação dolorosa. No que concerne à capacidade de manutenção da função respiratória, esta está ausente, sendo que existe a necessidade da manutenção da permeabilidade da via respiratória e com recurso à ventilação com pressão positiva (IPOL, 2017).

Esta técnica é da responsabilidade da anestesia, no entanto a enfermeira de anestesia colabora em equipa com o anestesista de forma a garantir a segurança da técnica anestésica para o cliente. Assim, nesta situação clínica específica, aplicaram-se pensos oculares de forma a proteger a córnea do cliente. Realizada a observação das zonas de possível pressão/fricção da pele de forma a avaliar a integridade cutânea prévia ao posicionamento, bem como posicionar corretamente o cliente para facilitar a entubação endotraqueal.

Atitudes terapêuticas

No que concerne às atitudes terapêuticas, a enfermeira tem uma ação interdependente, no entanto é fundamental para o cumprimento adequado das mesmas.

Regime nada pela boca

Na admissão da cliente, o jejum pré-operatório é uma questão que tem de estar assegurada, pois aquando da indução anestésica o risco de estar perante um cliente de estômago cheio só é assumido em situações de urgência/emergência. Em todas as outras situações os clientes devem cumprir jejum de 6 horas para alimentos sólidos e 2 horas para líquidos claros. Neste caso específico a cliente cumpriu jejum para líquidos e sólidos desde o jantar da noite anterior.

Ventilação invasiva

A ventilação mecânica é um método invasivo, que exige a manutenção de um acesso direto à traqueia, através de intubação traqueal. Especificamente no caso de anestesia geral este método ventilatório deve ser considerado, porque são administrados fármacos relaxantes à cliente que não lhe permitem manter-se em respiração espontânea. Especificamente no caso clínico, foi necessário colocar a cliente sob ventilação invasiva. Após esta atitude médica, é importante como enfermeira verificar se existem trocas gasosas entre a cliente e o ventilador, se o valor de saturação de oxigénio está dentro dos parâmetros que garantam uma boa

oxigenação dos tecidos. Ao posicionar a cliente para o procedimento cirúrgico é necessário verificar se o mesmo permite uma ventilação eficaz, assegurando uma boa permeabilidade dos tecidos.

Sondas, Drenos e Cateteres

Cateter venoso periférico

Na ida ao BO os clientes devem ter um acesso venoso periférico para administração de fluidoterapia e medicação durante o procedimento cirúrgico. Assim, à chegada ao BO a cliente tinha o cateter venoso periférico no dorso da mão direita, para administração de medicação durante a fase intra-operatória e pós-operatória. Esta atitude terapêutica implica um conjunto de intervenções. De acordo com o REPE (Ordem dos Enfermeiros, 2015), os enfermeiros devem administrar a terapêutica prescrita, identificando os seus efeitos e atuando em conformidade. Em caso de emergência, devem responder de acordo com os conhecimentos que detêm, com vista a manter ou recuperar as funções vitais. Neste caso clínico, a cliente apresentava um acesso venoso (CH20).

Tubo endotraqueal

A cliente por estar a ser submetida a uma cirurgia que se previa longa necessita de uma via aérea avançada que garanta a permeabilidade da via aérea ao longo de toda a intervenção cirúrgica (Hayden & Cowman, 2011). Aquando da entubação, o enfermeiro insufla o cuff e avalia através de cuffômetro a pressão do cuff, que se deve situar entre 20 e 30 cmH₂O. Neste caso clínico, foi colocado um tubo endotraqueal simples de 7mm, assegurado que mantinha 21cm de distância à comissura labial durante toda a intervenção.

Cateter urinário

O cateter urinário foi colocado no início da intervenção cirúrgica e tem a intenção de monitorizar a quantidade de urina drenada durante a cirurgia. O cateter urinário foi removido no fim da cirurgia. Posteriormente na UCPA é necessário validar que a cliente urina espontaneamente

(Darrah et al., 2009).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
07-03-2023 17:00	Dor	
07-03-2023 17:00	Procedimento invasivo	
07-03-2023 17:00	Atitudes terapêuticas	
16-03-2023 09:00	Sistema cardiovascular	
16-03-2023 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
16-03-2023 09:00	Pele	
16-03-2023 09:00	Termorregulação	
16-03-2023 09:45	Sistema respiratório	
16-03-2023 09:45	Eliminação urinária	
16-03-2023 13:15	Consciência	
16-03-2023 13:15	Digestão	

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

Nesta secção do caso clínico pretende-se apresentar fundamentação teórica que visa justificar a seleção dos domínios de modo a definir, de acordo com a evidência existente, a sua relação com o processo cirúrgico da cliente.

Desta forma, a seleção do domínio Dor é fundamental, visto que tanto a patologia CFA é uma doença que rapidamente causa a dor ao nível da anca (Harmon & Jensen, 2017; Trigg et al., 2020), bem como a própria cirurgia, que é um procedimento invasivo, causará dor no pós-operatório (Egger et al., 2016; Vieira, 2021). Num estudo desenvolvido por Suhonen & Leino-Kilpi (2006), refere que apesar de os clientes se sentirem bem informados acerca de gestão da dor, posteriormente o mesmo não se verifica. Ou seja, a informação fornecida acerca da gestão da dor é escassa. Ainda importa referir que a dor pós-operatória aguda permanece como um grande problema, o que resulta em múltiplas consequências indesejáveis quando é inadequadamente controlada (Luo & Min, 2017). A maioria dos clientes cirúrgicos passa o período pós-operatório imediato na UCPA, onde a gestão da dor precisa de mais e melhores cuidados (Luo & Min, 2017).

O domínio referente ao Procedimento Invasivo foi selecionado porque a cliente está proposta para ser submetida a artroscopia da anca esquerda devido ao processo patológico de CFA que tem. Deste modo é necessário ter em consideração que a necessidade desta cirurgia é o

propósito da ida da cliente ao BO.

Ainda, inserido neste domínio, foi realizada por via telefónica a consulta de enfermagem pré-operatória. Do ponto de vista teórico, existe evidência de que uma avaliação de enfermagem pré-operatória traz benefícios tanto aos clientes bem como auxilia os enfermeiros no seu processo de cuidados ao doente (Bray, 2006; Levett et al., 2016; Suhonen & Leino-Kilpi, 2006; Turunen et al., 2017). Neste contacto com a cliente, foram colhidos dados clínicos e dados referentes a experiências cirúrgicas prévias (Bray, 2006; Levett et al., 2016). Esta colheita de dados permitiu avaliar previamente qual o grau de conhecimento acerca da preparação cirúrgica que a cliente demonstrava. Consequentemente, foi possível realizar uma intervenção educativa pré-operatória que incidiu sobre: o cumprimento do jejum, o ajuste do regime medicamentoso, a preparação pré-cirúrgica da pele, a remoção de próteses e adornos, sinais e sintomas do pós-operatório e o circuito e características do BO.

No que concerne ao domínio Atitudes Terapêuticas, este integra o regime de nada pela boca, a ventilação invasiva e a oxigenoterapia. Assim é pretendido que previamente à cirurgia/anestesia a cliente cumpra alguns requisitos, sendo um deles o jejum. Referindo a ventilação invasiva, a maioria dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos necessita de ventilação invasiva, devido ao impacto dos diferentes fármacos administrados durante a indução e a manutenção da anestesia geral na função respiratória (Ball et al., 2015). Relativamente à oxigenoterapia, num estudo desenvolvido por Huang et al. (2018), estes concluem que há evidências que sugerem que a oxigenoterapia convencional é a terapia de primeira linha, a aplicar no período pós-operatório, em clientes cirúrgicos sem outras patologias respiratórias, tais como a insuficiência respiratória aguda.

O domínio do Sistema cardiovascular foi selecionado porque a cliente estará sob anestesia geral e apesar de não ter um diagnóstico resultante do mesmo é necessário a monitorização contínua conforme as recomendações para padrões de monitorização durante a anestesia e recuperação de 2021 para atuar no caso complicações/alterações, tais como hipotensão e/ou hipertensão (Klein et al., 2021).

Para o domínio de Sondas, Drenos e Cateteres, este incluí o cateter venoso periférico, o tubo endotraqueal e o cateter urinário. Atualmente o recurso à inserção de cateteres venosos periféricos é uma prática indispensável em contexto hospitalar, ainda mais quando o cliente será sujeito a um procedimento invasivo (Oliveira & Parreira, 2010). Quanto à presença do tubo endotraqueal, este deve-se à necessidade de obter uma via aérea avançada permeável e segura durante todo o procedimento da anestesia geral (Hayden & Cowman, 2011) e cirúrgico. Relativamente ao cateter urinário será colocado porque esta prevê-se que seja uma cirurgia de considerável duração intraoperatória, deste modo é cateterizada a via urinária a fim de controlar o débito urinário durante a cirurgia e prevenir a hiperdistensão prolongada da bexiga (Darrah et al., 2009).

O domínio Pele é selecionado para este caso devido às especificidades do posicionamento cirúrgico referentes a esta cirurgia, pois este necessita da aplicação de dispositivos médicos específicos para manter a elevação dos membros inferiores e realizar uma tração do membro inferior intervencionado. Assim, sabe-se atualmente que existe uma relação estatisticamente significativa entre a presença de úlcera por pressão e a duração da anestesia e da cirurgia, bem como o tipo de dispositivos de posicionamento (Graça et al., 2017). Desta forma, é necessário verificar a presença de zonas de rubor/maceração/úlcera de pressão que poderão resultar do posicionamento e também dos dispositivos utilizados. Ainda neste domínio, insere-se a ferida cirúrgica que resulta da ocorrência de uma incisão, que consiste na abertura pela qual é possível executar o procedimento cirúrgico. Assim, este foco irá necessitar de uma resposta com cuidados de enfermagem, pois a cicatrização da ferida cirúrgica segundo Rothrock (2018) é considerada como uma resposta complexa, altamente organizada, do organismo à rutura tecidual que se deve à lesão.

O domínio da Termorregulação também foi selecionado, porque de acordo com a literatura, cerca de 26% a 90% dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresenta hipotermia no final da cirurgia (Azenha et al., 2017, 2018; Moola & Lockwood, 2011). Especificamente este procedimento cirúrgico ainda tem o fator agravante de utilizar grandes quantidades de líquido no campo operatório, que constantemente extravasa e está em contacto com a pele da cliente (Azenha et al., 2017; Morton, 2012).

No que concerne ao domínio do Sistema respiratório, a sua seleção deve-se ao facto de que a cliente estar sob anestesia geral, logo por consequência em ventilação assistida. Assim conforme as recomendações para padrões de monitorização durante a anestesia e recuperação de 2021, a cliente deve estar monitorizada continuamente através de oxímetro a saturação de oxigénio no sangue. Também a recuperação pós-cirúrgica é influenciada pela administração de medicamentos, previamente administrados no intraoperatório, que podem induzir depressão respiratória no período pós-operatório (Peppin et al., 2021). Assim, é fulcral avaliar na UCPA a frequência respiratória em ventilação espontânea, a fim de detetar precocemente alguma paragem respiratória, resultante por exemplo de uma recurização.

O domínio da Eliminação urinária tem de ser tido em consideração visto que se prevê que a duração da cirurgia seja elevada, assim a cateterização urinária é recomendada quando o volume da bexiga excede 600 mL e para evitar as sequelas negativas da hiperdistensão prolongada da bexiga (Darrah et al., 2009). Assim, do ponto de vista anestésico é necessário vigiar as características e a quantidade de urina eliminada durante o procedimento. Mas também, é importante que no período de permanência na UCPA se vigie se existe a ocorrência de retenção urinária pós-operatória, pois esta é uma complicação comum resultante da cirurgia e da anestesia (Darrah et al., 2009).

Para o domínio da Consciência, este apenas foi considerado no período pós-operatório, isto

deve-se ao facto de que na UCPA é importante avaliar a capacidade de resposta motora, verbal e abertura dos olhos da cliente, tanto na admissão como na alta. Isto deve-se porque após a administração de fármacos anestésicos poderá haver alterações de resposta verbal e de abertura dos olhos, e pelo tipo de cirurgia poderá haver alguma lesão/complicação que altere a resposta motora (Klein et al., 2021; Sousa & Santos, 2021).

A seleção do domínio da Digestão justifica-se pelas NVPO, que são efeitos adversos comuns da anestesia e da cirurgia, onde até 80% dos doentes podem ser acometidos (Luo & Min, 2017). Estes sintomas são também uma das principais causas de insatisfação dos clientes submetidos a cirurgia e podem aumentar o internamento hospitalar, os custos do tratamento, bem como provocar complicações pós-operatórias mais graves (Gan et al., 2014; Gecit & Ozbayir, 2020).

3.6. Dados

Consciência

16-03-2023 13:15

Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

Resposta verbal: orientada.

Resposta motora: localiza a dor.

Consciência comprometida [RESOLVIDO] 16-03-2023 16:15

Vómito em jato (Não).

16-03-2023 16:15

Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

Resposta motora: obedece a ordens simples [MELHOROU].

Dor

07-03-2023 17:00

Dor

Localização da dor

Anca Esquerda(o)

Intensidade da dor - 5.

frequência da dor - contínua.

duração da dor - crónica.

dor de tipo - moedeira.

16-03-2023 13:15

Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobranceiras franzidas.

Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores.

Choro/vocalização: Sem vocalização da dor.

Localização da dor

Membro inferior Esquerda(o)

Intensidade da dor - 3.

frequência da dor - contínua.

duração da dor - aguda.

dor de tipo - moedeira.

16-03-2023 16:15

Localização da dor

Membro inferior Esquerda(o)

Intensidade da dor - 1.

frequência da dor - contínua.

duração da dor - aguda.

dor de tipo - moedeira.

Sistema respiratório

16-03-2023 09:45

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 98 %.

Coloração da mucosa: rosada.

16-03-2023 13:00

Reflexo da tosse: presente.

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

Secreções em moderada quantidade.

Limpeza da via aérea comprometida [RESOLVIDO] 16-03-2023 16:15

16-03-2023 13:15

Frequência respiratória: 11 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular.

Movimento respiratório simétrico.

Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 98 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Não comunica falta de ar.

Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

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

Secreções em pequena quantidade.

16-03-2023 16:15

Frequência respiratória: 13 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 99 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

Expele as secreções das vias aéreas [MELHOROU].

Sons respiratórios: normais.

Secreções em pequena quantidade.

Sistema cardiovascular

16-03-2023 09:00

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 130 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 78 mm Hg.

Localização da dor

Região trocantérica Esquerda(o)

Intensidade da dor - 5.

frequência da dor - contínua.

dor de tipo - moedeira.

16-03-2023 16:15

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 110 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 65 mm Hg.

Digestão

16-03-2023 13:15

Sem sensação de enjoo.

Náusea [RESOLVIDO] 16-03-2023 16:15

Sem náusea

16-03-2023 16:15

Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

Eliminação urinária

16-03-2023 09:45

Quantidade de urina: 100 ml.

Transparência da urina: Límpida.

16-03-2023 13:00

Quantidade de urina: 400 ml.

Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

16-03-2023 13:15

Retenção urinária [RESOLVIDO] 16-03-2023 16:15

Sem sinais de retenção urinária

16-03-2023 16:15

Urina em moderada quantidade.

Cor da urina: Incolor.

Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

Reconhece a vontade de urinar.

Sem globo vesical.

Pele

16-03-2023 09:45

Úlcera de pressão

Pele íntegra nas zonas de pressão previamente ao posicionamento

16-03-2023 13:00

Ferida cirúrgica

Localização da ferida cirúrgica

Membro inferior Esquerda(o)

Ausência de exsudado.

Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações / normal.

Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: diminuída.

Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: moderada.

Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 6.

3 incisões de 1 cm, cada uma com 2 agrafes de metal na face externa da coxa esquerda

16-03-2023 13:15

Pele com rubor nas regiões occipital, escapular e sacrococcígea

Termorregulação

16-03-2023 09:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.60 °C.

16-03-2023 09:45

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.30 °C.

16-03-2023 13:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 35.60 °C.

Hipotermia [RESOLVIDO] 16-03-2023 16:15

16-03-2023 13:15

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.10 °C.

16-03-2023 16:15

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.80 °C.

3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

O processo de enfermagem baseia-se no raciocínio clínico desenvolvido pelo enfermeiro e elaborado a partir da recolha de dados para a identificação de diagnósticos (Machado, 2014). Ainda Machado (2014), menciona que para cada diagnóstico existe a formulação de objetivos e

consequentemente o planeamento das intervenções de enfermagem e a sua implementação traduzem-se na concretização desses mesmos objetivos. Assim, para dar continuidade ao processo de enfermagem aqui explanado neste caso clínico, enunciam-se os objetivos que se visam atingir com a implementação das intervenções.

Para o domínio procedimento invasivo visa-se alcançar os objetivos:

- Melhorar o conhecimento sobre a preparação cirúrgica
- Detetar precocemente complicações decorrentes do procedimento invasivo
- Prevenir tromboembolismo no pós-operatório
- Prevenir lesões decorrentes do procedimento anestésico

No que concerne ao domínio das atitudes terapêuticas tem-se como objetivos:

- Prevenir a interrupção do jejum
- Garantir a ventilação invasiva adequada
- Garantir administração de oxigénio adequada

No domínio sondas, drenos e cateteres os objetivos são:

- Assegurar o normal funcionamento do cateter venoso periférico
- Detetar precocemente complicações associadas ao cateter venoso periférico
- Assegurar o normal funcionamento do tubo endotraqueal
- Detetar precocemente complicações associadas ao tubo endotraqueal
- Assegurar o normal funcionamento do cateter urinário
- Detetar precocemente complicações associadas ao cateter urinário

Para o domínio consciência tem-se como objetivo:

- Detetar precocemente alterações da consciência
- Prevenir quedas

Para o domínio dor o objetivo é:

- Diminuir a dor aguda pós-operatória provocada por procedimento invasivo

Para o domínio do sistema respiratório o objetivo é:

- Manter via aérea permeável

Para o sistema cardiovascular o objetivo é:

- Detetar precocemente alterações cardiovasculares

Para o domínio da digestão o objetivo é:

- Prevenir a náusea e vómitos pós-operatórios

Para o domínio da eliminação urinária os objetivos consistem em:

- Detetar precocemente complicações da eliminação urinária

Para o domínio pele os objetivos são:

- Prevenir lesões na pele decorrente do posicionamento ou de dispositivos específicos para o posicionamento cirúrgico
- Detetar precocemente alterações na ferida cirúrgica

Para o domínio termorregulação o objetivo é:

- Prevenir hipotermia inadvertida perioperatória
- Manter normotermia

3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Os cuidados de enfermagem prestados no âmbito do contexto perioperatório, quando apenas se restringe ao BO, têm algumas limitações de perceção da evolução do processo cirúrgico do cliente. No entanto, especificamente neste caso clínico existem dados que permitem evidenciar alguma evolução da cliente durante o período perioperatório.

Especificamente no procedimento invasivo, especificamente no âmbito da consulta de enfermagem pré-operatória a cliente demonstrou que o conhecimento que tinha acerca da preparação cirúrgica era insuficiente. Desta forma, interveio-se com uma intervenção educativa pré-operatória, que resultou na aquisição do conhecimento pela cliente acerca de sinais e sintomas do pós-operatório e o circuito e características do BO, bem como o cumprimento do jejum, do regime medicamentoso, da preparação pré-cirúrgica da pele, da remoção de próteses e adornos. O que se traduziu na resolução do diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre a preparação cirúrgica.

De acordo com dados avaliados para a consciência percebe-se que devido ao procedimento anestésico, estes permitiram o diagnóstico de consciência comprometida e posteriormente numa segunda avaliação esses dados permitiram perceber que o diagnóstico foi resolvido.

No que concerne à dor, na UCPA a cliente apresentava uma intensidade de dor de nível 3, sendo que quando teve alta tinha dor apenas de intensidade 1. No entanto, ao nível deste parâmetro, não é suficiente apenas olhá-lo como resultante apenas e só de procedimento cirúrgico. Assim inicialmente na consulta de enfermagem pré-operatória foi possível avaliar qual o nível diário de dor desta cliente. De forma a dar continuidade a este processo importa agora perceber qual será o nível de dor diário que esta cliente terá nos 2 meses consequentes à cirurgia, quando iniciar a recuperação física, porque só aí se percebe o ganho em saúde e o aumento de qualidade de vida da cliente.

Relativamente ao sistema respiratório, em concreto com a limpeza da via aérea, aquando na admissão da UCPA percebe-se pelos dados que a cliente tinha alguma dificuldade em expelir as secreções. No entanto, houve melhorias após as intervenções implementadas, visto que quando teve alta expelia as secreções sem dificuldades.

Na termorregulação, a cliente apresentava-se normotermia à chegada ao BO, no entanto no final da intervenção cirúrgica apresentou uma temperatura corporal periférica inferior a 36°C, tendo sido diagnosticado hipotermia e atuado em conformidade no sentido de melhorar este dado. Facto que acabou por ocorrer visto que na UCPA já apresentou avaliações de temperatura superiores a 36°C.

3.7. Diagnósticos

Consciência

16-03-2023 13:15

Consciência comprometida [RESOLVIDO] 16-03-2023 16:15

Intervenções de Enfermagem

16-03-2023 13:15 - Avaliar evolução da consciência [FIM] 16-03-2023 16:15

16-03-2023 13:15 - Elevar grades da cama [FIM] 16-03-2023 16:15

Dor

07-03-2023 17:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 17:00 - Avaliar evolução da dor

16-03-2023 09:45 - Gerir analgesia

16-03-2023 13:15 - Posicionar para aliviar a dor [SOS]

Sistema respiratório

16-03-2023 13:00

Limpeza da via aérea comprometida [RESOLVIDO] 16-03-2023 16:15

Intervenções de Enfermagem

16-03-2023 13:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [FIM] 16-03-2023 16:15

16-03-2023 13:00 - Aspirar via aérea [SOS] [FIM] 16-03-2023 16:15

Sistema cardiovascular

16-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Digestão

16-03-2023 13:15

Náusea [RESOLVIDO] 16-03-2023 16:15

Intervenções de Enfermagem

16-03-2023 13:15 - Avaliar evolução da náusea [FIM] 16-03-2023 16:15

Eliminação urinária

16-03-2023 13:15

Retenção urinária [RESOLVIDO] 16-03-2023 16:15

Intervenções de Enfermagem

16-03-2023 13:15 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [FIM] 16-03-2023 16:15

Pele

16-03-2023 09:45

Úlcera de pressão

Intervenções de Enfermagem

16-03-2023 13:15 - Avaliar evolução da úlcera de pressão

16-03-2023 09:45 - Avaliar a evolução do estado da pele nas zonas de pressão [FIM]

16-03-2023 13:15

16-03-2023 13:00

Ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem

16-03-2023 13:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

16-03-2023 13:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [SOS]

Termorregulação

16-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

16-03-2023 13:00

Hipotermia [RESOLVIDO] 16-03-2023 16:15

Intervenções de Enfermagem

16-03-2023 13:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 16-03-2023 16:15

16-03-2023 13:00 - Aplicar manta de aquecimento [FIM] 16-03-2023 16:15

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

No período perioperatório a maioria das intervenções de enfermagem têm o intuito de “avaliar a evolução”, o que claramente traduz os objetivos neste âmbito de ação, que se caracterizam como sendo objetivos de prevenção de ocorrência de eventos adversos ou de deteção precoce dos mesmos.

Atualmente cada vez mais o mercado dos dispositivos médicos procura desenvolver soluções que se integrem nos cuidados de saúde de forma a otimizar as intervenções de enfermagem,

podendo dar contributos que são facilitadores e promotores de melhores resultados de saúde para os clientes.

Especificamente neste caso clínico, para a realização deste posicionamento cirúrgico foi fundamental o dispositivo usado, que permitiu a elevação dos membros inferiores para a realização da tração com a força específica mantendo a cliente em segurança durante o procedimento. Também o revestimento almofadado do dispositivo bota que assegurava um correto posicionamento do pé, diminuindo assim os pontos de fricção, mantendo a pele da cliente íntegra.

No que concerne à ferida cirúrgica, não é expectável que o tratamento à ferida seja realizado nas 48h seguintes à cirurgia. Para alcançar esta janela temporal sem prejudicar o próprio processo de cicatrização da cliente, em vez dos tradicionais pensos pré-feitos para incisões pequenas, que descolam com facilidade e que não permitem perceber a quantidade de exsudado já impregnado. Em vez desta solução poder-se-ia ter aplicado pensos de película transparente que têm melhor adesão à pele, e que permitem ver exteriormente a quantidade de exsudado impregnado no apósito, de forma a avaliar quando é necessário prestar os cuidados à ferida, não sendo estes antecipados nem retardados.

Ainda a referir que para manter a normotermia neste tipo de cirurgia foi usada uma solução que felizmente é cada vez mais usada nos BO. Esta solução consiste na aplicação de mantas térmicas, que respeitam a abertura do campo cirúrgico, sob o corpo da cliente adaptadas a um aquecedor que permite regular a temperatura entre 4 níveis (temperatura ambiente, 36°C, 41°C e 43°C). Quando é diagnosticada hipotermia, esta solução permite a retoma relativamente rápida da normotermia para a cliente. Esta solução permite acompanhar a cliente desde a entrada no BO, passando pela sala operatória a e acompanhá-la durante a estadia na UCPA, permitindo um ajuste fácil e rápido dando resposta a novas avaliações.

3.8. Especificação das intervenções

Ensinar sobre a necessidade de cumprir jejum para procedimento cirúrgico

- Importância de cumprir jejum pré-operatório
- Jejum de 6h para alimentos sólidos
- Jejum de 2h para líquidos (água, chá)
- Riscos de não cumprimento do jejum pré-operatório

Colocar meias elásticas de compressão passiva

- Medir o tornozelo da cliente
- Selecionar um par de meias e acordo com a medida obtida
- Aplicar as meias elásticas de compressão com auxílio de calçadeira própria para o efeito

- Verificar a inexistência de rugas ou vincos no tecido

Aliviar a pressão do cuff

- Ajustar pressão de cuff entre 20 e 30 cmH₂O através de medidor de cuff

Posicionar para procedimento cirúrgico (Decúbito Dorsal com elevação dos Membros inferiores) com recurso a dispositivos específicos para a artroscopia da anca

- Aplicar na região lombar colchão de espuma absorvente
- Aplicar a perneira em tecido de proteção fornecida com o equipamento na cliente
- Colocar a perna na bota do sistema de tração
- Adaptar a bota ao sistema de tração
- Tracionar de acordo com o pretendido pelo cirurgião
- Aumentar ou diminuir a tração sempre que requerido pela equipa cirúrgica

Executar penso de proteção da córnea

- Fechar as pálpebras da cliente
- Aplicar lágrima artificial em ambos os olhos
- Aplicar compressa de proteção
- Fixar compressa com adesivo

Otimizar posicionamento para indução anestésica (decúbito dorsal)

- Assegurar que a cliente está centrada na marquesa cirúrgica
- Assegurar que a cabeça da cliente está à face da cabeceira da marquesa cirúrgica
- Manter o braço imóvel com o acesso venoso periférico em suporte próprio
- Garantir a permeabilidade do acesso

4. OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA CLAVÍCULA DIREITA

Cliente de 26 anos de idade vítima de acidente de viação, com diagnóstico de fratura da clavícula direita, proposta para osteossíntese com placa e parafusos

4.1. Enquadramento teórico

Os enfermeiros do perioperatório, que desenvolvem a sua atividade essencial no BO, têm um papel essencial na promoção de um processo perioperatório seguro e eficaz tanto para os clientes de cirurgia programada bem como para os clientes que necessitam de cirurgia urgente. Especificamente este caso clínico caracteriza-se por uma cliente que foi vítima de um acidente de viação, do qual resultou uma fratura da região intermédia da clavícula direita. A resolução clínica para esta patologia ortopédica consistiu no tratamento cirúrgico de osteossíntese com placa e parafusos da fratura.

O procedimento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos da clavícula, é considerada uma cirurgia aberta. Esta consiste na realização de uma incisão ao nível da região clavicular, em seguida a abertura dos tecidos moles por planos para exposição da fratura. Seguidamente procede-se à redução e alinhamento da fratura e posteriormente à sua fixação com placa e parafusos 3,5.

Este trabalho pretende conceptualizar os cuidados de enfermagem perioperatórios baseados em evidência à pessoa submetida a osteossíntese de fratura. Para isso, inicialmente apresenta-se uma visão geral da fratura da clavícula, incluindo uma revisão da anatomia da região clavicular. Seguidamente apresenta-se as indicações cirúrgicas específicas do caso clínico e a abordagem cirúrgica aplicada.

FRATURA DA CLAVÍCULA

As fraturas da clavícula são comuns em adultos e crianças; Aproximadamente 2% a 5% de todas

as fraturas em adultos e 10% a 15% em crianças (Buckley et al., 2017; Maeder et al., 2017; van der Meijden et al., 2012). Historicamente, a maioria das fraturas da clavícula eram tratadas de forma conservadora (van der Meijden et al., 2012).

Anatomicamente, a clavícula é um osso em forma de S com uma curva convexa medialmente e côncava lateralmente (Buckley et al., 2017; Seeley et al., 2003). Ela é o único suporte ósseo entre a parte superior do tronco e o membro superior, articula-se lateralmente com o acrômio e o esterno medialmente (Seeley et al., 2003). A região intermédia é mais fina do que as extremidades, o que torna esta seção mais vulnerável a traumas diretos ou indiretos (Buckley et al., 2017). A extremidade medial está intimamente relacionada com a subclávia e o ápice do pulmão, enquanto o plexo braquial cruza por baixo da região intermédia. Os três principais ramos dos nervos supraclaviculares cruzam superficialmente a clavícula e estão em risco de lesão durante a abordagem cirúrgica (Buckley et al., 2017).

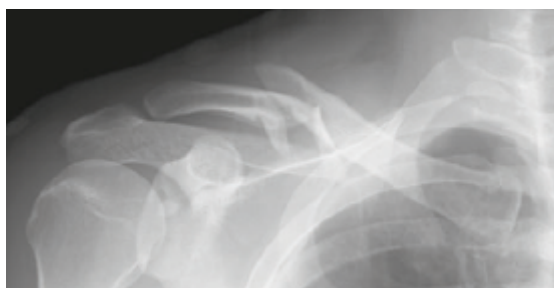


Figura 5 - Fratura da clavícula direita (Buckley et al., 2017).

De acordo com Buckley et al. (2017) a deformidade típica vista nas fraturas diafisárias da clavícula (figura anterior) resultam da tração do fragmento medial pelo músculo esternocleidomastóideo deslocando-o superiormente e posteriormente. O fragmento lateral é deslocado inferiormente pelo peso do braço e rodado pelo grande peitoral. Finalmente, o encurtamento da clavícula é produzido através da tração dos músculos trapézio, peitoral e grande dorsal atuando na cintura escapular (Buckley et al., 2017).

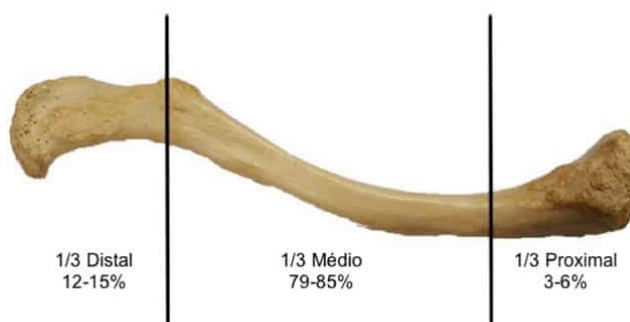


Figura 6 - Divisão da clavícula direita (Ramponi & Jo Cerepani, 2021).

A clavícula é dividida em terços: medial (proximal), médio (meio eixo) e lateral (distal), segundo a figura 2 (Ramponi & Jo Cerepani, 2021). Assim, as fraturas mais comuns, cerca de 80%, ocorrem ao nível do terço médio da clavícula e metade dessas apresentam algum grau de deslocação (Buckley et al., 2017; Ramponi & Jo Cerepani, 2021; van der Meijden et al., 2012). Enquanto muitas fraturas intermédias da clavícula podem ser tratadas conservadoramente, a evidência mais recente sugere que tipos de fraturas mais graves exibem taxas mais altas de não união sintomática ou consolidação viciosa (van der Meijden et al., 2012). Assim, os objetivos do tratamento inicial são reduzir a dor e limitar o movimento dos fragmentos da fratura até a união óssea com suporte/sling de braço no período agudo (Buckley et al., 2017; Ramponi & Jo Cerepani, 2021). Após 2 a 6 semanas, deve-se fazer sessões de exercícios de amplitude de movimento e de fortalecimento muscular à medida que seja possível (Buckley et al., 2017). Desta forma, a maioria das fraturas ao nível medial ou da extremidade lateral da clavícula podem ser tratadas conservadoramente se os fragmentos da fratura permanecerem estáveis (Buckley et al., 2017; Ramponi & Jo Cerepani, 2021).

No entanto, a intervenção cirúrgica pode ser necessária em casos em que existe o risco de comprometimento neurovascular ou a deslocamento significativo da fratura (Buckley et al., 2017; Maeder et al., 2017; van der Meijden et al., 2012). Durante as últimas três décadas vários estudos clínicos demonstraram taxas de pseudoartrose ou consolidação viciosa sintomática mais elevadas do que era expectável (Maeder et al., 2017). Essa evidência provocou um aumento do tratamento cirúrgico das fraturas da clavícula (Maeder et al., 2017). Sendo que, o tratamento cirúrgico mostrou recentemente redução da taxa de pseudoartrose e diminui o tempo de consolidação da fratura em comparação com o tratamento não cirúrgico (Ramponi & Jo Cerepani, 2021).

CIRURGIA DA FRATURA DA CLAVÍCULA

Após as preparações de material e o posicionamento do cliente inicia-se a cirurgia propriamente dita. Nesta cirurgia é pedido especificamente a colaboração de um técnico de imagem, a fim de confirmar a correta redução e alinhamento da fratura para auxiliar na aplicação do implante de fixação da fratura. Assim, a disposição dos elementos da equipa cirúrgica na sala operatória e do intensificador de imagem está representada na imagem seguinte.

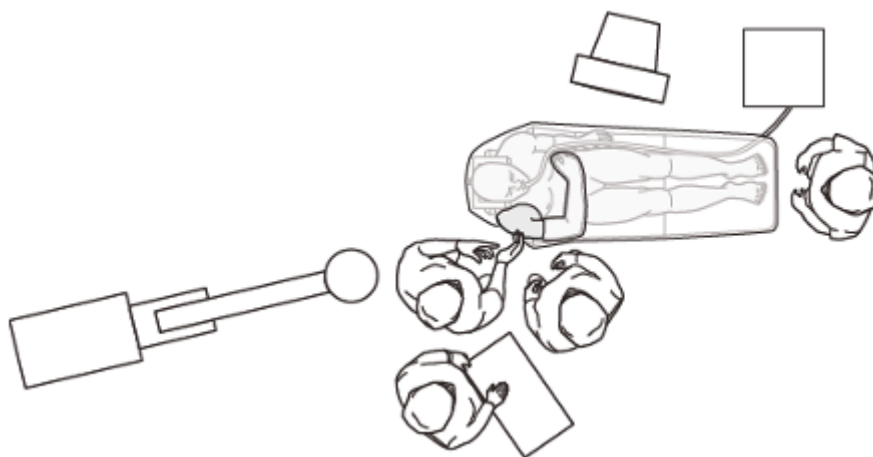


Figura 7 - Disposição dos elementos da equipa cirúrgica e do intensificador de imagem (Buckley et al., 2017).

A incisão cirúrgica pode ser uma incisão transversal medial ou lateral ao longo do eixo da clavícula ou pode ser utilizada uma incisão em sabre paralela às linhas de Langer, como nas figuras seguintes (Buckley et al., 2017; MBA, 2020).



Figura 8 - Possibilidades de incisão cirúrgica. À esquerda incisão transversal medial ou lateral, paralela ao eixo da clavícula; À direita incisão vertical através da linha de Langer (MBA, 2020).

Especificamente a incisão transversal permite maior extensibilidade, enquanto a incisão vertical reduz o risco de lesão dos nervos supraclaviculares e apresenta melhor resultado estético (Buckley et al., 2017; MBA, 2020). Independentemente da incisão escolhida, a pele e o subcutâneo devem ser mobilizados como uma camada única. Da mesma forma, também a camada miofascial sobre a clavícula é dividida em uma camada. Assim, a preservação destas duas camadas permitirá o fechamento da ferida por planos sobre a placa e minimizará as complicações da ferida cirúrgica (Buckley et al., 2017).

A cirurgia descrita é dividida em dois momentos específicos, a redução e a fixação. A primeira fase da cirurgia, designada de redução consiste simplesmente na redução ou alinhamento anatómico dos fragmentos ósseos da clavícula (Ramponi & Jo Cerepani, 2021). A redução da fratura pode ser realizada com boticões que permitem manipular os segmentos proximal e clavícula distal e manter/ajustar o alinhamento anatómico e que pode ser mantido com a colocação de parafuso interfragmentário ou fios K (Buckley et al., 2017; MBA, 2020).

Nesta fase deve evitar-se a remoção agressiva dos fragmentos ósseos, especialmente nas direções posterior e inferior. O tecido mole aderente aos fragmentos intermediários verticais deve ser preservado sempre que possível, apenas se deve remover cuidadosamente o suficiente para permitir a redução direta da fratura da clavícula proximal ou distal (Buckley et al., 2017).

A segunda fase denominada de fixação consiste na colocação do implante definitivo e a devida fixação com os parafusos. Comumente a fixação é efetuada com placa de compressão, placa de reconstrução ou placa anatómica LCP de 3,5 (Buckley et al., 2017; MBA, 2020). O uso de placas de reconstrução facilita o contorno dos implantes ao formato desafiador da clavícula. No entanto, eles são suscetíveis a deformações, o que pode levar consolidação viciosa ou falha do implante. As placas de compressão anatómicas (LCP - Locking Compression Plate) foram desenvolvidas para a clavícula, mas é vital apreciar a grande variabilidade no formato da clavícula (Buckley et al., 2017). Especificamente neste caso clínico foi aplicada uma placa diafisária anatómica LCP da clavícula da MBA, conforme figura seguinte.



Figura 9 – Placa diafisária anatómica da clavícula 3,5 (MBA, 2020).

As placas são geralmente aplicadas superiormente ou anteriormente, contudo a placa superior é biomecanicamente mais forte (Buckley et al., 2017). Quando se inicia a colocação de parafusos é necessário extremo cuidado devido ao risco de lesão das estruturas neurovasculares subjacentes, especialmente no terço proximal da clavícula (Maeder et al., 2017). Os vasos também podem ser protegidos com um afastador posicionado sob a clavícula, mas o cirurgião deve evitar a sobre-exposição dos tecidos moles (Buckley et al., 2017; Ramponi & Jo Cerepani, 2021). A posição da placa anterior é usada como uma alternativa para proporcionar uma perfuração mais segura. As vantagens são um menor destaque da placa sob a pele, facilidade de contorno e a capacidade de inserir parafusos mais longos no maior diâmetro ântero-posterior da clavícula (Buckley et al., 2017). Quando usado em compressão, esta forma de fixação fornece absoluta estabilidade (Buckley et al., 2017; MBA, 2020). Após a fixação, é vital que se encerre primeiro a camada miofascial de modo a garantir a cobertura total do implante e proteger contra infecções e posteriormente o encerramento do tecido subcutâneo e da pele (Buckley et al., 2017; MBA, 2020).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 26 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-05-30 15:30:00	Polieletrólítico Simples 1000ml Ev	
2023-05-30 15:30:00	Cefazolina 2g Ev	
2023-05-30 16:15:00	Fentanil 150mcg Ev	
2023-05-30 16:15:00	Propofol 150mg Ev	
2023-05-30 16:15:00	Rocurónio 50mg Ev	
2023-05-30 16:15:00	Dexametasona 4mg Ev	
2023-05-30 16:15:00	Sevoflorano 2% em O2	
2023-05-30 17:30:00	Ondansetron 4mg Ev	
2023-05-30 17:30:00	Sugamadex 200 mg Ev	
2023-05-30 17:30:00	Paracetamol 1gr Ev	
2023-05-30 17:45:00	Tramadol 100mg Ev às 18h	

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Esta seção pretende especificar a ação de enfermagem no que reporta à medicação administrada segundo prescrição do médico anestesista. No caso clínico em análise, a cliente na admissão ao BO tinha um **soro polieletrólítico simples** de 1000ml por via endovenosa. A fluidoterapia perioperatória tem como objetivo a manutenção da pressão de perfusão do fluxo sanguíneo e oxigenação tecidual adequadas a fim de prevenir situações de hipovolemia, bem como de sobrecarga hídrica (IPOL, 2017). A reposição das perdas de água e eletrólitos no intraoperatório deve ser realizada com uma solução cristalóide balanceada, assim como neste caso clínico. Estas são soluções de água esterilizada que contêm moléculas pequenas (íões e/ou glicose) que atravessam livremente o endotélio. Assim, teoricamente, a maior parte do volume de cristalóide administrado distribui-se rapidamente pelo espaço extracelular (80%) (IPOL, 2017).

A profilaxia antibiótica tem como finalidade alcançar concentrações antibióticas tecidulares e séricas efetivas desde o início cirurgia e mantê-las durante todo o procedimento, isto é, desde a incisão da pele até ao seu encerramento (IPOL, 2017). No caso clínico em análise, o anestesista optou pela prescrição **cefazolina** em dose única, seguindo as orientações da norma nº 031/2013 atualizada em 2022 (DGS, 2022a). Em cirurgias prolongadas há necessidade de repetir a dose inicial com intervalos de duas vezes a semivida plasmática do antibiótico. A cefazolina é o fármaco de eleição, esta tem uma semi-vida entre 1,2 e 2,2 horas. Este é o antibiótico mais estudado e com maior eficácia comprovada, tem uma duração de ação desejável, apresenta um largo espectro de atividade contra os microrganismos mais comuns na cirurgia, possui uma razoável segurança e é de baixo custo (DGS, 2022a; IPOL, 2017). A dose preconizada nos doentes com peso >80 Kg e <120 Kg é 2 g (IPOL, 2017).

Na indução anestésica foram administrados **fentanil** e **propofol**. O fentanil é um fármaco analgésico opióide que tem como efeitos adversos rigidez muscular, depressão respiratória e cardiovascular (IPOL, 2017). O propofol é um anestésico com rápido início de ação, curto tempo de recuperação e que permite manter a sedação (IPOL, 2017). Tem como efeitos adversos apneia, hipotensão e dor/ardor aquando da administração endovenosa (IPOL, 2017). Existe evidência de sinergia entre o propofol e os opióides, o que permite reduzir a dose de propofol necessária para produzir perda de consciência e, em particular, para bloquear o movimento e as respostas hemodinâmicas a estímulos dolorosos (Nimmo et al., 2019).

O **rocurónio** também ele administrado na indução e posteriormente vários bólus, para manter o relaxamento muscular durante a cirurgia. Este é um relaxante muscular não despolarizante, que pode ser utilizado na indução de sequência rápida, evitando assim a administração de succinilcolina e tem uma duração variável que depende da capacidade de metabolização do organismo da cliente, mas habitualmente varia entre 10 a 40 min. Tem como efeitos adversos taquicardia moderada e efeito aumentado na miastenia gravis (IPOL, 2017).

As NVPO continuam a ser uma das principais preocupações do cliente cirúrgico, sendo que a incidência de náuseas é cerca de 50% e a de vômitos é 30%, podendo atingir os 80% em populações de risco (IPOL, 2017). Assim, a **dexametasona** é um corticóide, no entanto, particularmente no momento da indução anestésica, este fármaco é administrado como anti-emético para prevenção de náuseas e vômitos. Tem como efeitos adversos a hiperglicemia e a hipertensão e tem como contraindicação relativa clientes com antecedentes de diabetes mellitus (IPOL, 2017).

O **sevoflurano** é o fármaco inalatório anestésico que irá permitir a indução e manutenção da anestesia geral. Em concentrações mais elevadas, este fármaco também pode desencadear hipotensão e bradicardia (Duarte & Martins, 2014).

O **ondasentron** é um fármaco anti-emético, no entanto por oposição à dexametasona este é administrado no final da cirurgia e tem como efeito adverso cefaleias (IPOL, 2017).

O **sugamadex** é um fármaco usado na reversão do bloqueio neuromuscular que foi previamente induzido pelo rocurônio. Tem como efeitos adversos bradicardia acentuada, apenas em casos isolados (IPOL, 2017).

O **paracetamol** é um analgésico antipirético não opióide de ação central indicado para dor ligeira a moderada e piroxia. Os efeitos adversos do paracetamol são alterações hematológicas e insuficiência hepática em caso de intoxicação (IPOL, 2017).

O **tramadol** é analgésico opióide agonista fraco que tem indicação para dor moderada a grave, a probabilidade de provocar depressão respiratória, obstipação, euforia e potencial de abuso que outros opióides é menor. Pode causar náuseas e vômitos, tonturas, boca seca como efeitos adversos, que poderão ser potenciados se conjugado com outros opióides (IPOL, 2017).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Procedimento invasivo

30-05-2023 15:30

Procedimento invasivo

Tipo de procedimento invasivo: Osteossíntese com placa e parafusos de fratura clavícula direita - Admissão.

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 88 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 99 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 61 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.90 °C.

Intervenções de Enfermagem

30-05-2023 16:15 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

30-05-2023 15:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal

30-05-2023 16:15 - Colocar meias elásticas de compressão passiva

30-05-2023 16:15 - Posicionar para procedimento cirúrgico (Posição cadeira de praia ou semi-fowler) com recurso a dispositivos específicos [FIM] 30-05-2023 17:30

30-05-2023 16:15

Tipo de procedimento invasivo: Osteossíntese com placa e parafusos de fratura clavícula direita.

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 74 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 93 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 47 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.60 °C.

Perda sanguínea: Local - Região clavicular Perda sanguínea externa, em pequena quantidade

Anestesia Geral [RESOLVIDO] 30-05-2023 17:45

Intervenções de Enfermagem

30-05-2023 16:15 - Executar penso de proteção da córnea [FIM] 30-05-2023 17:30

30-05-2023 16:15 - Avaliar evolução da integridade da pele nas possíveis zonas de pressão por dispositivos médicos [FIM] 30-05-2023 17:45

30-05-2023 16:15 - Otimizar posicionamento para indução anestésica (decúbito dorsal) [FIM] 30-05-2023 17:30

30-05-2023 17:30

Tipo de procedimento invasivo: Osteossíntese com placa e parafusos de fratura clavícula direita.

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 63 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 98 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 64 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.10 °C.

Perda sanguínea: Local - Região clavicular Perda sanguínea externa, em pequena quantidade

30-05-2023 17:45

Tipo de procedimento invasivo: Osteossíntese com placa e parafusos de fratura clavícula direita - Admissão na UCPA.

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 61 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 98 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 53 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.00 °C.

30-05-2023 19:00

Tipo de procedimento invasivo: Osteossíntese com placa e parafusos de fratura clavícula direita - Alta da UCPA.

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 62 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 128 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 89 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.50 °C.

Atitudes terapêuticas

30-05-2023 15:30

Regime de nada pela boca

Cliente cumpriu jejum

Intervenções de Enfermagem

30-05-2023 15:30 - Manter regime de nada pela boca

30-05-2023 16:15

Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 30-05-2023 17:30

Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por pressão.

Ventilação invasiva - FiO₂: 41 %.

Ventilação invasiva - volume corrente: 420 ml.

Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 13 cr/min.

Ventilação invasiva - PEEP: 5 cm H₂O.

Intervenções de Enfermagem

30-05-2023 16:15 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [FIM] 30-05-2023 17:30

30-05-2023 16:15 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [FIM] 30-05-2023 17:30

30-05-2023 17:30

Oxigenoterapia

Débito de oxigênio: 3.00 L/min.

Intervenções de Enfermagem

30-05-2023 17:30 - Manter oxigenoterapia [SOS]

30-05-2023 19:00

Débito de oxigênio: 2.00 L/min.

Sondas, Drenos e Cateteres

30-05-2023 15:30

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: CH20.

Intervenções de Enfermagem

30-05-2023 15:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

30-05-2023 15:30 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

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

30-05-2023 15:30 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

[SOS]

30-05-2023 15:30 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

30-05-2023 16:15

Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 30-05-2023 17:30

Cuff

Traqueia: Com cuff.

Pressão do cuff: 23 cmH₂O.

Características do dispositivo: Tubo 7,0 mm.

Distância à comissura labial: 19 cm

Intervenções de Enfermagem

30-05-2023 16:15 - Avaliar evolução do nível de inserção [FIM] 30-05-2023 17:30

30-05-2023 16:15 - Otimizar tubo endotraqueal [FIM] 30-05-2023 17:30

30-05-2023 16:15 - Insuflar cuff [FIM] 30-05-2023 17:30

30-05-2023 16:15 - Manter cuff do tubo endotraqueal insuflado [FIM] 30-05-2023 17:30

30-05-2023 16:15 - Aliviar a pressão do cuff [FIM] 30-05-2023 17:30

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

PROCEDIMENTO INVASIVO

A cliente sofreu um acidente de viação e devido a este facto foi admitida no BO vinda diretamente do serviço de urgência. Decorrente do traumatismo que sofreu, que lhe provocou uma fratura da clavícula, a cliente vinha proposta para ser submetida à osteossíntese da clavícula.

Aquando da chegada da cliente ao BO foi necessária a confirmação por parte da cliente de que tinha jejum de 6h para sólidos e 2h para líquidos, se faz medicação habitual, se tem alergias conhecidas a medicamentos e se tem alguma prótese ou adorno. Após validação destes critérios de segurança procedeu-se à avaliação hemodinâmica da cliente. Assim sendo, foi realizada a monitorização da tensão arterial, a sua frequência cardíaca, saturação de oxigénio no sangue e a temperatura periférica. Na chegada à sala operatória, mantiveram-se as intervenções relativas à monitorização contínua da cliente.

Relativamente à questão das perdas sanguíneas, neste tipo de cirurgia o risco hemorrágico é alto (Fonseca et al., 2014) e a profilaxia tromboembólica pode ser necessária pois a incidência pós-operatória do tromboembolismo é mais comum quando comparada com o tratamento

conservador (Blum & Krumrey, 2023). Num estudo desenvolvido por Nayar et al. (2018) que analisa a ocorrência de tromboembolismo venoso nas cirurgias referentes ao membro superior, as cirurgias com maior incidência pós-operatória do tromboembolismo são a cirurgia ao úmero proximal, a fratura da clavícula e raramente as fraturas do rádio e cúbito. No entanto, é preconizado na literatura que após 2 semanas devem ser iniciados exercícios de amplitude de movimento que pretendem mitigar através da mobilização e reabilitação precoce a ocorrência destes eventos adversos (Buckley et al., 2017).

No entanto, por segurança cirúrgica é necessário verificar no início do procedimento se é uma cliente que poderá precisar de transfusão e se a mesma tem reserva de sangue em caso de necessidade. Durante o procedimento cirúrgico deve-se avaliar em conjunto com o cirurgião e anestesista as perdas sanguíneas de forma a perceber se existe alguma repercussão hemodinâmica, mas também a fim de serem tomadas medidas para prevenir/gerir as perdas sanguíneas. Neste caso clínico, a perda sanguínea foi em pequena quantidade, pelo que não foi necessária nenhuma medida compensatória.

No que concerne à temperatura corporal é necessário vigiar a evolução da temperatura no sentido de manter a normotermia intraoperatória da cliente.

Posicionamento Cirúrgico

A cliente é posicionada em cadeira de praia ou na posição de semi-fowler, segundo a figura seguinte. A colocação de uma pequena almofada sob o ombro envolvido ajuda a elevar a clavícula para um acesso mais fácil, e o braço fica livre para permitir a manipulação (Buckley et al., 2017; van der Meijden et al., 2012).

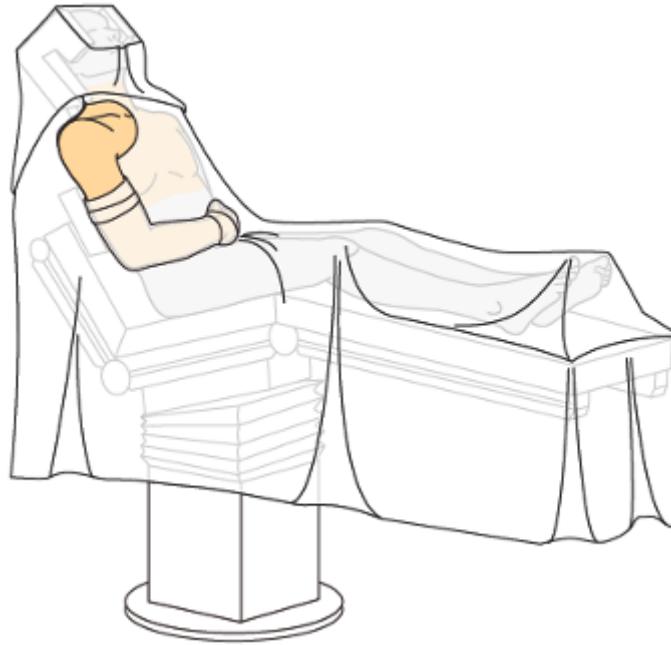


Figura 10 - Cliente na posição semi-fowler (a área da desinfecção da pele assinalada a amarelo e a área exposição cirúrgica após colocação dos campos (Buckley et al., 2017)).

Anestesia Geral

A anestesia geral define-se como um estado reversível que é induzido por fármacos que levam o cliente à inconsciência, amnésia, antinocicepção e imobilidade, com manutenção da estabilidade fisiológica (Brown et al., 2010). Ou seja, é uma perda de consciência voluntária induzida por fármacos, durante a qual os clientes não estão despertáveis, nem mesmo sob estimulação dolorosa. No que concerne à capacidade de manutenção da função respiratória, esta está ausente, sendo que existe a necessidade da manutenção da permeabilidade da via respiratória e com recurso à ventilação com pressão positiva (IPOL, 2017).

Esta técnica é da responsabilidade da anestesia, no entanto a enfermeira de anestesia colabora em equipa com o anestesista de forma a garantir a segurança da técnica anestésica para a cliente. Assim, nesta situação clínica específica, aplicaram-se pensos oculares de forma a proteger a córnea do cliente. Realizada a observação das zonas de possível pressão/fricção da pele de forma a avaliar a integridade cutânea prévia ao posicionamento, bem como posicionar corretamente a cliente para facilitar a entubação endotraqueal.

Atitudes terapêuticas

No que concerne às atitudes terapêuticas, a enfermeira tem uma ação interdependente, no entanto é fundamental para o cumprimento adequado das mesmas.

Regime nada pela boca

Na admissão da cliente, o jejum pré-operatório é uma questão que tem de estar assegurada, pois aquando da indução anestésica o risco de estar perante uma cliente de estômago cheio só é assumido em situações de urgência/emergência. Em todas as outras situações os clientes devem cumprir jejum de 6 horas para alimentos sólidos e 2 horas para líquidos claros. Neste caso específico a cliente cumpriu jejum para líquidos e sólidos, sendo que a última vez que comeu e bebeu pelas 8h dessa mesma manhã.

Ventilação invasiva

A ventilação mecânica é um método invasivo, que exige a manutenção de um acesso direto à traqueia, através de intubação traqueal. Especificamente no caso de anestesia geral este método ventilatório deve ser considerado, porque são administrados fármacos relaxantes à cliente que não lhe permitem manter-se em respiração espontânea. Especificamente no caso clínico, foi necessário colocar a cliente sob ventilação invasiva. Após esta atitude médica, é importante como enfermeira verificar se existem trocas gasosas entre a cliente e o ventilador, se o valor de saturação de oxigénio está dentro dos parâmetros que garantam uma boa oxigenação dos tecidos. Ao posicionar a cliente para o procedimento cirúrgico é necessário verificar existe uma ventilação eficaz, assegurando uma boa permeabilidade dos tecidos.

Sondas, Drenos e Cateteres

Cateter venoso periférico

Na ida ao BO os clientes devem ter um acesso venoso periférico para administração de fluidoterapia e medicação durante o procedimento cirúrgico. Assim, à chegada ao BO a cliente tinha o cateter venoso periférico no dorso da mão esquerda, para administração de medicação durante a fase intraoperatória e pós-operatória. Esta atitude terapêutica implica um conjunto de intervenções. De acordo com o REPE (Ordem dos Enfermeiros, 2015), os enfermeiros devem administrar a terapêutica prescrita, identificando os seus efeitos e atuando em conformidade. Em caso de emergência, devem responder de acordo com os conhecimentos que detêm, com vista a manter ou recuperar as funções vitais. Neste caso clínico, a cliente apresentava um acesso venoso (CH20).

Tubo endotraqueal

A cliente por estar a ser submetida a uma cirurgia que se previa longa necessita de uma via aérea avançada que garanta a permeabilidade da via aérea ao longo de toda a intervenção cirúrgica (Hayden & Cowman, 2011). Aquando da entubação, o enfermeiro insufla o cuff e avalia através de cuffómetro a pressão do cuff, que se deve situar entre 20 e 30 cmH₂O. Neste caso clínico, foi colocado um tubo endotraqueal simples de 7 mm, assegurado que mantinha 19 cm de distância à comissura labial durante toda a intervenção.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
30-05-2023 15:30	Consciência	
30-05-2023 15:30	Dor	
30-05-2023 15:30	Sistema cardiovascular	
30-05-2023 15:30	Pele	
30-05-2023 15:30	Termorregulação	
30-05-2023 15:30	Procedimento invasivo	
30-05-2023 15:30	Atitudes terapêuticas	
30-05-2023 15:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
30-05-2023 16:15	Sistema respiratório	
30-05-2023 17:45	Digestão	

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

Nesta secção do caso clínico pretende-se apresentar fundamentação teórica que visa justificar a seleção dos domínios de modo a definir, de acordo com a evidência existente, a sua relação com o processo cirúrgico da cliente.

Perante uma vítima de acidente o seu estado de consciência deve ser constantemente monitorizado a fim de detetar quaisquer degradações súbitas ou lentas do mesmo (Jain & Iverson, 2023; Sousa & Santos, 2021). Assim, o domínio da Consciência deve integrar o processo de cuidados desde o início, através da avaliação do estado de consciência e seguidamente avaliar a evolução deste mesmo parâmetro nas primeiras 48h. Atualmente a aplicação da escala de Glasgow é a principal referência para analisar o nível de consciência nos casos de trauma, baseando-se na avaliação quantitativa da resposta motora, verbal e ocular (Sousa & Santos, 2021). Ainda, após a administração de fármacos anestésicos poderá haver alterações de resposta verbal e ocular.

A seleção do domínio Dor é fundamental, visto que tanto o trauma do acidente de viação, bem como a própria cirurgia, que é um procedimento invasivo, causarão dor no pós-operatório (Ramponi & Jo Cerepani, 2021). Ainda, importa referir que a dor pós-operatória aguda permanece como um grande problema, o que resulta em múltiplas consequências indesejáveis quando é inadequadamente controlada (Luo & Min, 2017). A maioria dos clientes cirúrgicos passa o período pós-operatório imediato na UCPA, onde a gestão da dor precisa de mais e melhores cuidados (Luo & Min, 2017).

O domínio do Sistema cardiovascular foi selecionado porque quando é necessário recorrer à anestesia geral para efetuar o procedimento cirúrgico é necessário por razões de segurança cirúrgica a monitorização contínua. As recomendações para padrões de monitorização durante a anestesia e recuperação de 2021 (Klein et al., 2021) referem que sob anestesia geral é necessária pelo menos a monitorização da tensão arterial não invasiva, sendo que para alguns casos com necessidades especiais de vigilância deve-se realizar a monitorização da tensão arterial invasiva. Esta monitorização é requerida para que se possa atuar sob as complicações/alterações, tais como hipotensão e/ou hipertensão (Klein et al., 2021).

O domínio Pele é selecionado para este caso devido às especificidades do posicionamento cirúrgico referentes a esta cirurgia, pois este necessita da aplicação de dispositivos médicos específicos para manter o correto alinhamento corporal. Assim, sabe-se atualmente que existe uma relação estatisticamente significativa entre a presença de úlcera por pressão e a duração da anestesia e da cirurgia, bem como o tipo de dispositivos de posicionamento (Graça et al., 2017). Desta forma, é necessário verificar a presença de zonas de rubor/maceração/úlceras de

pressão que poderão resultar do posicionamento e também dos dispositivos utilizados. Ainda neste domínio, insere-se a ferida cirúrgica que resulta da ocorrência de uma incisão, que consiste na abertura pela qual é possível executar o procedimento cirúrgico. Assim, este foco irá necessitar de uma resposta com cuidados de enfermagem, pois a cicatrização da ferida cirúrgica segundo Rothrock (2018) é considerada como uma resposta complexa, altamente organizada, do organismo à rutura tecidual que se deve à lesão. Ainda importa mencionar que neste tipo de procedimento irá sempre ser utilizada eletrocirurgia a fim de cortar e coagular o tecido durante a cirurgia. No entanto, existem perigos associados à sua utilização, tais como queimaduras, choque elétrico ou incêndio. Estes riscos podem colocar todas as pessoas na sala operatória em risco (Link, 2021). Assim, os enfermeiros perioperatórios devem padronizar os processos, avaliar no pré-operatório os riscos de lesões decorrentes do uso de energia de modo a prevenir a ocorrência de lesões (Link, 2021).

O domínio da Termorregulação também foi selecionado, porque de acordo com a literatura, cerca de 26% a 90% dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresenta hipotermia no final da cirurgia (Azenha et al., 2017, 2018; Moola & Lockwood, 2011). Ainda, as características que o posicionamento cirúrgico apresenta, pois este requer a exposição da zona superior do corpo desde o tórax até à crista ilíaca para permitir a desinfecção da pele, sendo que posteriormente à colocação dos campos cirúrgicos apenas se exponha a região clavicular para a realização do procedimento cirúrgico. Ainda a acrescentar, existe o efeito da medicação anestésica conjuntamente com a exposição corporal à temperatura ambiente da sala de operações. Estes fatores competem para a diminuição significativa da temperatura corporal do cliente (AESOP, 2017; NICE, 2008), o que frequentemente conduz à hipotermia de forma inadvertida.

O domínio referente ao Procedimento Invasivo foi selecionado porque a necessidade da osteossíntese da fratura da clavícula é o propósito da vinda da cliente ao bloco operatório (BO).

No que concerne ao domínio Atitudes Terapêuticas, este integra o regime de nada pela boca, a ventilação invasiva e a oxigenoterapia. Assim é pretendido que previamente à cirurgia/anestesia a cliente cumpra alguns requisitos, sendo um deles o jejum. Referindo a ventilação invasiva, a maioria dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos necessita de ventilação invasiva, devido ao impacto dos diferentes fármacos administrados durante a indução e a manutenção da anestesia geral na função respiratória (Ball et al., 2015). Relativamente à oxigenoterapia, num estudo desenvolvido por Huang et al. (2018), estes concluem que há evidências que sugerem que a oxigenoterapia convencional é a terapia de primeira linha, a aplicar no período pós-operatório, em clientes cirúrgicos sem outras patologias respiratórias, tais como a insuficiência respiratória aguda.

Para o domínio de Sondas, Drenos e Cateteres, este inclui o cateter venoso periférico e o tubo endotraqueal. Atualmente o recurso à inserção de cateteres venosos periféricos (CVP) é na uma

prática indispensável em contexto hospitalar, ainda mais quando o cliente será sujeito a um procedimento invasivo (Oliveira & Parreira, 2010). Quanto à presença do tubo endotraqueal, este deve-se à necessidade de obter uma via aérea avançada permeável e segura durante todo o procedimento da anestesia geral (Hayden & Cowman, 2011) e cirúrgico.

No que concerne ao domínio do Sistema respiratório, a sua seleção deve-se ao facto de a cliente estar sob anestesia geral, logo por consequência em ventilação assistida. Assim conforme as recomendações para padrões de monitorização durante a anestesia e recuperação de 2021, a cliente deve estar monitorizada continuamente através de oxímetro, para avaliar a saturação de oxigénio no sangue. Também a recuperação pós-cirúrgica é influenciada pela administração de medicamentos, previamente administrados no intraoperatório, que podem induzir depressão respiratória no período pós-operatório (Peppin et al., 2021). Assim, é fulcral avaliar na UCPA a frequência respiratória em ventilação espontânea, a fim de detetar precocemente alguma paragem respiratória, resultante por exemplo de uma recurização.

A seleção do domínio da Digestão justifica-se pelas NVPO, que são efeitos adversos comuns da anestesia e da cirurgia, onde até 80% dos doentes podem ser acometidos (Luo & Min, 2017). Estes sintomas são também uma das principais causas de insatisfação dos clientes submetidos a cirurgia e podem aumentar o internamento hospitalar, os custos do tratamento, bem como provocar complicações pós-operatórias mais graves (Gan et al., 2014; Gecit & Ozbayir, 2020).

4.6. Dados

Consciência

30-05-2023 15:30

Abertura dos olhos: espontânea.

Resposta verbal: orientada.

Resposta motora: obedece a ordens simples.

Vítima de acidente de viação

30-05-2023 17:45

Abertura dos olhos: ao estímulo verbal [PIOROU].

Resposta verbal: confusa [PIOROU].

Resposta motora: localiza a dor [PIOROU].

Consciência comprometida [RESOLVIDO] 30-05-2023 19:00

Vómito em jato (Não).

30-05-2023 19:00

Abertura dos olhos: espontânea [MANTEVE].

Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

Dor

30-05-2023 15:30

Dor

Localização da dor

Braço Direita(o)

Intensidade da dor - 4.

frequência da dor - contínua.

duração da dor - aguda.

dor de tipo - lacerante.

30-05-2023 17:45

Localização da dor

Braço Direita(o)

Intensidade da dor - 3.

frequência da dor - contínua.

duração da dor - aguda.

dor de tipo - moedeira.

30-05-2023 19:00

Localização da dor

Braço Direita(o)

Intensidade da dor - 2.

frequência da dor - contínua.

duração da dor - aguda.

dor de tipo - moedeira.

Sistema respiratório

30-05-2023 16:15

Movimento respiratório simétrico.

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 99 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Ventilação invasiva

30-05-2023 17:30

Frequência respiratória: 11 ciclos/min.

Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 100 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Reflexo da tosse: presente.

Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores.

Secreções em moderada quantidade.

Secreções viscosas.

Limpeza da via aérea comprometida [RESOLVIDO] 30-05-2023 19:00

30-05-2023 17:45

Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular.

Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 99 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

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

Sons respiratórios: normais.

Secreções em pequena quantidade.

30-05-2023 19:00

Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 98 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

Expele as secreções das vias aéreas [MELHOROU].

Sons respiratórios: normais.

Secreções em pequena quantidade.

Sistema cardiovascular

30-05-2023 16:15

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 74 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 93 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 47 mm Hg.

30-05-2023 17:30

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 63 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 98 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 64 mm Hg.

30-05-2023 17:45

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 61 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 98 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 53 mm Hg.

30-05-2023 19:00

Localização do Pulso

Tórax

Frequência do pulso: 62 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 128 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 89 mm Hg.

Digestão

30-05-2023 17:45

Com sensação de enjoo.

Náusea [RESOLVIDO] 30-05-2023 19:00

Náusea ligeira.

30-05-2023 19:00

Sem sensação de enjoo [MELHOROU].

Pele

30-05-2023 15:30

Ferida traumática

Escoriações pela face e torax

30-05-2023 16:15

Úlcera de pressão

Pele íntegra nas zonas de pressão previamente ao posicionamento

30-05-2023 17:30

Ferida cirúrgica

Localização da ferida cirúrgica

Peito Direita(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 6.00 cm.

Exsudado em pequena quantidade.

Tipo de exsudado da lesão tegumentar: hemático.

Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações / normal.

Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

Onde se lê localização da ferida cirúrgica "Peito Direita(o)" leia-se "região clavicular direita"

Queimadura [RESOLVIDO] 30-05-2023 17:45

Pele da região deltóide esquerda íntegra após remoção da placa neutra

30-05-2023 17:45

Pele ruborizada nas zonas de pressão do posicionamento

30-05-2023 19:00

Pele sem rubor na zonas de pressão do posicionamento

Termorregulação

30-05-2023 16:15

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.60 °C.

30-05-2023 17:30

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.10 °C.

30-05-2023 17:45

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.20 °C.

30-05-2023 19:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.50 °C.

4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

O processo de enfermagem baseia-se no raciocínio clínico desenvolvido pelo enfermeiro elaborado a partir da recolha de dados para a identificação de diagnósticos (Machado, 2014). Ainda Machado (2014), menciona que para cada diagnóstico existe a formulação de objetivos e consequentemente o planeamento das intervenções de enfermagem e a sua implementação traduzem-se na concretização desses mesmos objetivos. Assim, para dar continuidade ao processo de enfermagem aqui explanado neste caso clínico, enunciam-se os objetivos que se visam atingir com a implementação das intervenções.

Para o domínio procedimento invasivo visa-se alcançar os objetivos:

- Detetar precocemente complicações decorrentes do procedimento invasivo e anestésico
- Prevenir tromboembolismo no pós-operatório
- Prevenir lesões decorrentes do procedimento anestésico

No que concerne ao domínio das atitudes terapêuticas tem-se como objetivos:

- Prevenir a interrupção do jejum
- Garantir a ventilação invasiva adequada
- Garantir administração de oxigénio adequada

No domínio sondas, drenos e cateteres os objetivos são:

- Assegurar o normal funcionamento do cateter venoso periférico
- Detetar precocemente complicações associadas ao cateter venoso periférico
- Assegurar o normal funcionamento do tubo endotraqueal
- Detetar precocemente complicações associadas ao tubo endotraqueal

Para o domínio consciência tem-se como objetivo:

- Detetar precocemente alterações da consciência

Para o domínio dor o objetivo é:

- Diminuir a dor aguda pós-operatória provocada por procedimento invasivo

Para o domínio do sistema respiratório o objetivo é:

- Manter via aérea permeável

Para o sistema cardiovascular o objetivo é:

- Detetar precocemente alterações cardiovasculares

Para o domínio da digestão o objetivo é:

- Prevenir a náusea e vômitos pós-operatórios

Para o domínio pele os objetivos são:

- Prevenir lesões na pele decorrente do posicionamento ou de dispositivos específicos para o posicionamento cirúrgico
- Detetar precocemente alterações na ferida cirúrgica
- Prevenir complicações associadas ao uso de eletrocirurgia

Para o domínio termorregulação o objetivo é:

- Prevenir hipotermia inadvertida perioperatória
- Manter normotermia

4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Os cuidados de enfermagem prestados no âmbito do contexto perioperatório, quando apenas se restringe ao BO, têm algumas limitações de perceção da evolução do processo cirúrgico do cliente. No entanto, especificamente neste caso clínico existem dados que permitem evidenciar alguma evolução da cliente durante o período perioperatório.

Especificamente no domínio da consciência, de acordo com os dados percebe-se que devido ao procedimento anestésico existiu alteração da consciência, o que permitiu o diagnóstico de consciência comprometida, no entanto com nova avaliação da escala de Glasgow realizada posteriormente permitiu perceber que o diagnóstico foi resolvido.

No que concerne à dor, no âmbito da UCPA, a cliente apresentava uma intensidade de dor de

nível 3, sendo que quando teve alta tinha dor apenas de intensidade 2. Ao nível deste parâmetro, houve ligeiras melhorias após as intervenções implementadas. No entanto, não é suficiente apenas olhá-lo como resultante apenas e só do procedimento cirúrgico. Assim, para dar seguimento a este processo importa agora perceber qual será o nível de dor diário que esta cliente terá nos 2 meses consequentes à cirurgia, quando iniciar a recuperação física, porque só aí se percebe o ganho em saúde e o aumento de qualidade de vida da cliente.

Relativamente ao sistema respiratório, em concreto com a limpeza da via aérea, aquando na admissão da UCPA percebe-se pelos dados que a cliente não mobilizava as secreções das vias aéreas inferiores. No entanto, houve melhorias após as intervenções implementadas, visto que quando teve alta expelia as secreções de dificuldades.

Relativamente à digestão, na chegada à UCPA, a cliente apresentava-se com náusea ligeira, após intervenção o diagnóstico de náusea foi resolvido e a cliente melhorou.

No domínio pele, especificamente no que concerne as zonas de pressão relativas ao posicionamento, no âmbito de chegada à UCPA a cliente apresenta a pele ruborizada nas zonas de pressão do posicionamento. Aquando da alta a pele já não apresentava rubor nas zonas de pressão devidas ao posicionamento, tendo havido uma franca melhoria do estado da pele.

4.7. Diagnósticos

Consciência

30-05-2023 17:45

Consciência comprometida [RESOLVIDO] 30-05-2023 19:00

Intervenções de Enfermagem

30-05-2023 15:30 - Avaliar evolução da consciência [FIM] 30-05-2023 19:00

Dor

30-05-2023 15:30

Dor

Intervenções de Enfermagem

30-05-2023 15:30 - Avaliar evolução da dor

30-05-2023 15:30 - Gerir analgesia

30-05-2023 15:30 - Posicionar para aliviar a dor [FIM] 30-05-2023 16:15

Sistema respiratório

30-05-2023 17:30

Limpeza da via aérea comprometida [RESOLVIDO] 30-05-2023 19:00

Intervenções de Enfermagem

30-05-2023 17:30 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [FIM] 30-05-2023 19:00

30-05-2023 17:30 - Aspirar via aérea [SOS] [FIM] 30-05-2023 19:00

Sistema cardiovascular

30-05-2023 15:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Digestão

30-05-2023 17:45

Náusea [RESOLVIDO] 30-05-2023 19:00

Intervenções de Enfermagem

30-05-2023 17:45 - Avaliar evolução da náusea [FIM] 30-05-2023 19:00

30-05-2023 17:45 - Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea [FIM] 30-05-2023 19:00

Pele

30-05-2023 15:30

Ferida traumática

Escoriações pela face e torax

Intervenções de Enfermagem

30-05-2023 15:30 - Executar tratamento da ferida traumática [SOS]

30-05-2023 16:15

Úlcera de pressão

Intervenções de Enfermagem

30-05-2023 17:45 - Avaliar evolução da úlcera de pressão [FIM] 30-05-2023 19:00

30-05-2023 16:15 - Avaliar a evolução do estado da pele nas zonas de pressão [FIM]

30-05-2023 17:45

30-05-2023 17:30

Ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem

30-05-2023 17:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

30-05-2023 17:30 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [SOS]

Queimadura [RESOLVIDO] 30-05-2023 17:45

Termorregulação

30-05-2023 16:15 - Avaliar evolução da temperatura corporal

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

No período perioperatório a maioria das intervenções de enfermagem têm o intuito de “avaliar a evolução”, o que claramente traduz os objetivos neste âmbito de ação, que se caracterizam como sendo objetivos de prevenção de ocorrência de eventos adversos ou de deteção precoce dos mesmos.

Atualmente cada vez mais o mercado dos dispositivos médicos procura desenvolver soluções que se integrem nos cuidados de saúde de forma a otimizar as intervenções de enfermagem, podendo dar contributos que são facilitadoras e promotoras de melhores resultados de saúde para os clientes.

Especificamente neste caso clínico, para a realização deste posicionamento cirúrgico foi fundamental a existência de apoios de gel, que foram aplicados ao nível dos calcâneos, para

manter a correta flexão da região poplíteia e assegurar que a cliente não deslizava na marquesa cirúrgica no sentido caudal.

No que concerne à ferida cirúrgica, não é expectável que o tratamento à ferida seja realizado nas 48h seguintes à cirurgia. Para alcançar esta janela temporal sem prejudicar o próprio processo de cicatrização da cliente, em vez dos tradicionais pensos pré-feitos para incisões pequenas, que descolam com facilidade e que não permitem perceber a quantidade de exsudado já impregnado. Em vez desta solução poder-se-ia ter aplicado pensos de película transparente que têm melhor adesão à pele, e que permitem ver exteriormente a quantidade de exsudado impregnado no apósito, de forma a avaliar quando é necessário prestar os cuidados à ferida, não sendo estes antecipados nem retardados.

4.8. Especificação das intervenções

Posicionar para aliviar a dor

- Manter membro superior direito imobilizado em decúbito dorsal
- Colocar apoio posterior ao braço direito em decúbito dorsal

Aliviar a pressão do cuff

- Ajustar pressão de cuff entre 20 e 30 cmH₂O através de medidor de cuff

Manter cuff do tubo endotraqueal insuflado

- Verificar se pressão de cuff se situa entre 20 e 30 cmH₂O através de medidor de cuff

Colocar meias elásticas de compressão passiva

- Medir o tornozelo da cliente
- Selecionar um par de meias e acordo com a medida obtida
- Aplicar as meias elásticas de compressão com auxílio de calçadeira própria para o efeito
- Verificar a inexistência de rugas ou vincos no tecido

Posicionar para procedimento cirúrgico (Posição cadeira de praia ou semi-fowler) com recurso a dispositivos específicos

- Colocar apoio de cabeça específico
- Aplicar na região lombar apoio gel
- Colocar almofada entre os joelhos
- Deslocar a cliente sob a marquesa no sentido cefálico, de forma a apoiar a cabeça no apoio de cabeça
- Fixar a cabeça no apoio, garantindo a fixação do tubo endotraqueal, pensos oculares e eletrodos de monitorização
- Proceder à articulação da marquesa para a posição cadeira de praia
- Assegurar o acesso à zona da cabeça da cliente
- Fixar os joelhos mantendo uma ligeira flexão para não permitir o deslizamento caudal

Executar penso de proteção da córnea

- Fechar as pálpebras da cliente
- Aplicar lágrima artificial em ambos os olhos
- Aplicar compressa de proteção
- Fixar compressa com adesivo

Otimizar posicionamento para indução anestésica (decúbito dorsal)

- Assegurar que a cliente está centrada na marquesa cirúrgica
- Assegurar que a cabeça da cliente está à face da cabeceira da marquesa cirúrgica
- Manter o braço imóvel com o acesso venoso periférico em suporte próprio
- Garantir a permeabilidade do acesso

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Atualmente, os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância, exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019). Assim, o espectro de ação dos enfermeiros é cuidar de pessoas ao longo de todo o ciclo da vida, desde o nascimento até à morte, cuidando dos clientes e das suas famílias em diversos contextos, para os quais requerem competências comuns e específicas.

De acordo com Boterf citado em Fleury & Fleury (2001), o conceito de competência define-se como uma realidade dinâmica de atributo de um sujeito a um profissional, que no contexto da sua profissão, face às situações, sabe mobilizar, integrar e transferir recursos, projetando e sentindo o encaminhamento dos seus atos, tomando consciência destes, nas várias vertentes do saber. Nomeadamente, recrutar e conciliar o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser, com o intuito de atuar em situações complexas. Ainda, Boterf citado em Guedes et al. (2016) refere que os saberes teóricos, experienciais e processuais se adquirem essencialmente através da formação inicial e contínua e podem ser expressos verbalmente pelo indivíduo; os saberes experimental, operacional, social, relacional e cognitivo adquirem-se através das experiências profissional e social, da educação formal, formação contínua e capacidade de análise, manifestando-se através da dinâmica comportamental. Assim, a aquisição da competência não resulta somente do somatório dos saberes, mas também pela combinação dos domínios do saber, sendo que cada um se modifica na sua relação com os outros (Dias, 2002; Le Boterf, 2015).

Benner citado em Nunes de Oliveira et al. (2016) define a competência do enfermeiro como a capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, sob condições variadas no mundo real. O que implica que a prática de Enfermagem requer a aplicação de combinações complexas de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes (Cowan et al., 2007). A competência profissional dos enfermeiros destaca-se através dos níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores dos próprios (Nunes de Oliveira et al., 2016). Importa ainda referir, que para as organizações de saúde a competência dos enfermeiros especialistas deve ser tida como um elemento-chave, pois esta permite assegurar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e da segurança dos clientes (Nunes de Oliveira et al., 2016).

a. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

As competências comuns definem-se como sendo as competências que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019). Estas competências envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

Ainda, o mesmo documento refere que o domínio de competência é esfera de ação que compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados (Regulamento nº 140/2019, 6 de fevereiro, 2019). Deste modo, as competências comuns dos enfermeiros especialistas assentam em quatro domínios de competência: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

i. Responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui um pilar estruturante à intervenção do enfermeiro no cuidar da pessoa em situação perioperatória. Tal como mencionam Chaves & Massarollo (2009), exige-se que os profissionais cuidem com dignidade, integridade e autonomia, respeitando os princípios da justiça, beneficência, não maleficência e autonomia. Segundo o artigo 8º do REPE “os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética, atuando no direito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 101).

Durante o meu processo de aprendizagem clínico sempre existiu a preocupação de garantir que os cuidados de enfermagem prestados aos clientes promovessem a dignidade e o respeito pela pessoa. Deste modo, as intervenções de enfermagem realizadas foram orientadas sob os princípios básicos da ética e deontologia, o respeito pela integridade, privacidade e autonomia da pessoa. Procurando estabelecer uma relação terapêutica eficaz, integrada na equipa de enfermagem, através do cumprimento dos deveres do sigilo profissional. Foi sempre

preocupação, informar sobre cada procedimento a executar, de forma a obter o consentimento e participação dos clientes dentro das suas capacidades.

No que diz respeito às questões éticas, por vezes destas emergem dilemas, sobre os quais a discussão em equipa é importante. Para tal, tive oportunidade de aplicar na prática os conceitos e competências desenvolvidas na unidade curricular de epistemologia e ética de enfermagem. Gostaria de salientar principalmente as temáticas relacionadas com os princípios básicos da ética e deontologia, do respeito pela integridade, privacidade e autonomia da pessoa e o consentimento informado. Também, foram discutidas ao longo do estágio com os orientadores algumas questões relacionadas com a privacidade e a aplicação do consentimento informado. Atualmente, a privacidade do cliente tem ganho cada vez mais relevância nos ambientes de cuidados de saúde (Sepehrirad et al., 2021). O respeito pela privacidade e a satisfação dos clientes estão entre os principais indicadores de qualidade dos cuidados (Nayeri & Aghajani, 2010). O conceito de privacidade tem dimensões físicas, psicológicas, sociais e informacionais. Ou seja, a privacidade não inclui apenas espaço pessoal, liberdade de escolha, tomada de decisão e respeito pela dignidade das pessoas (Nayeri & Aghajani, 2010), mas também abrange questões como a confidencialidade e a proteção de dados pessoais e médicos (Azencott, 2018). No entanto, devido ao trabalho no BO ser realizado em equipas multidisciplinares o desafio em atender a estes princípios é maior, sendo que apesar de amplamente cumprido pelos enfermeiros, não depende apenas destes, mas também dos restantes profissionais de saúde que integram a equipa. Tal como referem Bettinelli et al. (2010), a privacidade é um direito fundamental para a manutenção da dignidade sobre o qual os enfermeiros devem demonstrar preocupação na prestação dos cuidados. Neste sentido, verificou-se que, os enfermeiros do BO têm uma preocupação acrescida em reunir estratégias ou utilizar recursos, para minimizar ao máximo a exposição corporal do cliente em todas as potenciais situações no BO. Especificamente na sala cirúrgica este também é um princípio que a equipa na sua globalidade procura garantir e respeitar, quando é necessário a exposição de alguma região corporal, devido ao procedimento anestésico ou ao posicionamento cirúrgico, existe sempre a preocupação de obter previamente a autorização expressa da pessoa para a exposição corporal. Na UCPA a existência de cortinas entre unidades também garante a dignidade e a privacidade dos clientes. Assim, no âmbito do meu processo de aprendizagem clínico, apesar dos possíveis desafios que o próprio contexto origina, foi possível manter a privacidade, a dignidade e cumprir a vontade expressa dos clientes quanto às suas intenções.

No primeiro contexto de aprendizagem clínica tive oportunidade de colaborar num programa cirúrgico pediátrico de correção de patologias do pé, tais como o pé plano, equino, varo e valgo. Tal como é referido no Despacho nº 6668/2017, de 2 de agosto, (2017) do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, deve ser permitido o acompanhamento da criança pelo pai ou mãe no BO, devem-se assegurar as condições de segurança para que um dos dois possa estar presente na indução anestésica e durante o recobro cirúrgico, no sentido de

potenciar a humanização dos serviços de saúde. Assim, durante o programa cirúrgico foi possível o acompanhamento dos pais às suas crianças. Pois como é referido por Teixeira & Figueiredo (2009) a experiência da criança submetida a cirurgia programada é sempre uma vivência individual, tanto que a ansiedade, o medo, o choro são manifestações à separação familiar e ao ambiente hospitalar. Assim, aquando da realização do acolhimento da criança foi iniciada a pré-indução anestésica com o consentimento dos pais, o que permitiu reduzir as manifestações negativas que provocam uma maior ansiedade nos pais, garantindo sempre a segurança anestésica da criança. Estudos realizados no Reino Unido e nos Estados Unidos da América mencionam que a ansiedade da criança e da família tendem a diminuir quando existe suporte emocional no pré-operatório, sendo este importante quer por razões humanitárias e de desenvolvimento, quer porque aumenta a cooperação com a equipa de saúde, quer ainda porque reduz a angústia ao acordar e assim os problemas de comportamento no pós-operatório (Despacho nº 6668/2017, de 2 de agosto, 2017). Assim, aquando do término da cirurgia os pais, que habitualmente esperam numa zona externa à UCPA, são informados e é permitido a presença do pai ou mãe junto da criança sem colocar em causa a privacidade de outros clientes, nem o funcionamento normal do serviço. Desta forma, ao incluir a família no processo de cuidar, promove-se um momento de interação, de informação e encaminhamento. Nestas situações, em que a família perde o contacto com a criança e aguarda por notícias, os pais vivenciam um período de preocupação que será tanto maior quanto menor for a informação fornecida (Fuentes-Ramirez & Laverde-Contreras, 2021). O enfermeiro do BO que faz a admissão da criança, é o profissional de saúde que os pais reconhecem no sentido de obter informação que os possa ajudar a gerir o momento de espera. Sendo que a ausência ou a escassez de informação desencadeia nos pais ansiedade e medo (Fuentes-Ramirez & Laverde-Contreras, 2021; Soydaş Yeşilyurt & Yildiz Findik, 2019). Deste modo, durante o período de espera, a família deve ser informada se o procedimento demorará mais do que o previsto. Porque que a situação de “não saber de nada” gera nos pais angústia. Ou seja, na medida em que o tempo passa (Gezer & Arslan, 2019) sem que a família nada saiba, o medo desta aumenta, bem com as necessidades de informação (Alsabban et al., 2020). A falta de informação pode levar a que a família da criança se sinta desapoiada e insatisfeita com as informações recebidas (Lavallée et al., 2019). Neste contexto, a experiência que desenvolvi permitiu validar que a ação do enfermeiro ganha relevância e a sua intervenção é também valorizada pela disponibilidade e empatia e não só pela sua capacidade técnica, o que se traduz em reconhecimento social da profissão.

ii. Melhoria contínua da qualidade

A qualidade em saúde define-se como a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados em saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2020). Desta forma, o enfermeiro, como profissional integrado em equipas de saúde, assume um papel fundamental na melhoria contínua da qualidade, pois presta cuidados de enfermagem baseados em padrões de qualidade. Sendo estes, a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto-cuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a segurança da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A Joint Commission International (JCI) é a maior e mais antiga entidade de acreditação de cuidados de saúde nos Estados Unidos da América, tendo uma abrangência global no desenvolvimento da segurança e qualidade dos cuidados de saúde (Pereira, 2019). Esta é uma organização independente e sem fins lucrativos que partilha as melhores práticas em qualidade e segurança do doente em todo o mundo. O seu modelo de acreditação tem como objetivo melhorar o desempenho e os resultados nas organizações de saúde, o que lhe confere credibilidade nos seus padrões, profissionais e processos (JCI, 2023). Relativamente ao BOC, esta é uma unidade de saúde com acreditação pela JCI, onde a procura contínua da melhoria dos cuidados é retratada pela existência de vários procedimentos operativos de atuação e o seu cumprimento escrupuloso. Existem, ainda, projetos de melhoria contínua da equipa de enfermagem, e também a própria instituição, no âmbito do seu sistema de gestão da qualidade, promove um plano de auditorias internas. Durante o período de desenvolvimento de aprendizagem clínica tive a oportunidade de consultar e aplicar os procedimentos operativos na prestação de cuidados. Nomeadamente, numa base diária respeitei e apliquei os seguintes procedimentos operativos: checklist de verificação de segurança da sala cirúrgica, checklist da cirurgia segura, teste de equipamentos (tais como ventilador, laringoscópio e aspirador de secreções), reposição de material nos carros de anestesia, preparação de material para as intervenções cirúrgicas, preparação e administração de terapêutica anestésica, lavagem cirúrgica das mãos.

No entanto, como procedimentos operativos gostaria de salientar os procedimentos da UDA, o procedimento operativo de colheita de espécimes em BO para tratamento de infeções protésicas na prótese total da anca (PTA) e o procedimento operativo de preparação e aplicação de tecido ósseo para transplantação. Na UDA são admitidos todos os clientes a quem tenha sido administrado analgesia opióide por via intratecal e/ou necessitem de maior gestão de dor no pós-operatório e que para isso tenham uma unidade de PCA ou DIB. Para tal existem dezasseis

procedimentos operativos de analgesia com o objetivo de gestão de dor aguda, com analgesia endovenosa e epidural. Para um maior acompanhamento destes clientes, para lá do âmbito do espaço físico do BO, diariamente o enfermeiro da UCPA vai até ao serviço de internamento, onde os clientes estão, para avaliar se a analgesia é suficiente para a gestão da dor e para detetar se existe alguma complicação farmacológica ou técnica. A existência da UDA no serviço de BOC onde desenvolvi a minha aprendizagem clínica possibilitou-me experienciar esta metodologia de trabalho em equipa multidisciplinar dentro e fora do BO, bem como a procura da melhoria da gestão da dor pós-operatória através da satisfação do cliente, da prevenção de complicações, do bem-estar, promovendo o autocuidado e a segurança do cliente. Relativamente ao procedimento operativo de colheita de espécimes em BO para tratamento de infeções protésicas na PTA, este trata-se de um procedimento operativo muito recente no BOC da instituição CHU1, no entanto no BOEO do CHU2 este é um procedimento operativo que é realizado semanalmente diversas vezes. Este consiste na colheita de 7 espécimes: biopsias do canal medular femoral, da cápsula sinovial, da interface do cup-acetábulo (duas) e da interface haste-metáfise femoral; colheita de líquido para hemocultura e colheita de exsudado ou pús. Por último, o procedimento operativo de preparação e aplicação de tecido ósseo para transplantação do Banco de Tecidos Ósseos (BTO). Este é um procedimento para a preparação do tecido ósseo para transplantação. O BTO é uma unidade autorizada para a realização das atividades de colheita, análise, processamento, armazenamento e distribuição de tecidos músculo-esqueléticos para transplantação. Para o meu processo de aprendizagem clínica e com vista a alcançar competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, pessoalmente foi enriquecedor e importante para a minha experiência profissional ter a oportunidade de integrar um BO que tem elevados padrões de qualidade e que estimula o desenvolvimento de uma cultura de melhoria dos cuidados de saúde para os clientes. Estes padrões de qualidade são mantidos pelo cumprimento minucioso dos procedimentos operativos, que visam garantir a homogeneidade e a segurança de todo o processo e diminuir a variabilidade na prática clínica (Sousa, 2010).

A auditoria clínica é um processo de avaliação e melhoria da qualidade, realizado por inter pares, tendo por base a revisão sistemática de informação decorrente dos cuidados prestados e, conseqüentemente, a sua comparação com critérios e padrões previamente definidos (Sousa, 2010). No que concerne às auditorias tive oportunidade de acompanhar o meu enfermeiro tutor numa auditoria à gestão do medicamento na UCPA. Esta auditoria é realizada por uma farmacêutica que verifica o armazenamento, a validade e a identificação do stock de medicamentos que se encontra disponível na UCPA. Esta ação que a própria organização tem instituída visa uma constante procura em melhorar os cuidados de saúde aumentando a segurança e a qualidade dos mesmos.

Conforme o Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro (2019) é competência do enfermeiro especialista desenvolver práticas de qualidade, gerir e colaborar em programas de melhoria. No

entanto, como esta é uma instituição com acreditação da JCI foi um desafio identificar áreas onde pudesse contribuir para a melhoria da qualidade envolvendo a avaliação das práticas dos cuidados. Após um período de análise e de reflexão sobre aspetos que contribuíssem para o desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais e que acrescentassem valor ao serviço, foquei-me no desenvolvimento da consulta de enfermagem pré-operatória. Em análise conjunta com os enfermeiros responsáveis do contexto de estágio, nomeadamente a enfermeira gestora e o enfermeiro tutor, e com as orientadoras do estágio procurei desenvolver a sistematização da informação que deve ser considerada na consulta de enfermagem pré-operatória. A avaliação pré-operatória é um dos pontos críticos de cuidados para os clientes que transacionam para o ambiente perioperatório (Malley et al., 2015), visto que esta contribui para a identificação de necessidades de cuidados e conseqüente melhoria do conhecimento do cliente previamente à cirurgia. Quando esta avaliação ocorre em momento formal antes da cirurgia, esta trará vantagens para os clientes e para os profissionais de saúde ao invés de ser realizada informalmente na admissão ao BO. Muitos clientes, ao serem confrontados com a necessidade de serem submetidos a um procedimento cirúrgico, encontram-se numa situação de vulnerabilidade física e emocional perante os profissionais de saúde, e onde estes dependem fortemente da capacidade dos enfermeiros para complementar os componentes técnicos do seu papel com aspetos do cuidar. O enfermeiro perioperatório atua em diversos contextos e em qualquer fase do ciclo vital da pessoa, que necessite de procedimentos invasivos/cirúrgicos e anestésicos, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados e intervindo numa perspetiva de prevenção de complicações e promoção da saúde, bem-estar e autocuidado (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operação Portugueses (AESOP), 2015). Assim, foi proposto o desenvolvimento do procedimento operativo da consulta de enfermagem pré-operatória, a sua estruturação e implementação aos clientes submetidos a cirurgia eletiva de ortopedia, especificamente clientes propostos para cirurgia à coluna ou membros inferiores.

O Lean é uma filosofia de gestão que envolve toda a organização, e que assenta na eliminação de atividades que não acrescentam valor (Rathi et al., 2022), através da melhoria contínua. Este consiste em diversas ferramentas e técnicas para gerir os processos de uma organização, eliminando todas as atividades sem valor agregado e de desperdício dos processos. Embora as ferramentas Lean divergem de aplicação para aplicação, mas o objetivo é sempre a melhoria incremental e revolucionária (Matos et al., 2016). Transpondo este conceito para o BO, sabe-se que a ineficiência perioperatória pode aumentar os custos (Gupta et al., 2022) dos cuidados de saúde, o que não garante a qualidade dos mesmos. Assim, a aplicação da metodologia Lean na área da saúde tem obtido resultados positivos no que concerne à redução de desperdícios, faz ainda mais sentido aplicar estas ferramentas em contextos como o BO, visto que este é o serviço com elevados custos para a organização, mas que também apresenta uma elevada variabilidade de custos de entre todo o ambiente hospitalar (Herlihy et al., 2023). No que concerne, ao BOEO este é um serviço que tem implementado um sistema de gestão Lean, que

de acordo com os profissionais de saúde melhorou muito a qualidade e a sua prática clínica. Esta percepção dos profissionais é corroborada pela evidência científica publicada, que afirma que a aplicação da metodologia Lean melhora a eficiência perioperatória através da melhoria e padronização de processos (Gupta et al., 2022; Matos et al., 2016). O projeto que foi desenvolvido neste contexto teve como principais objetivos: reorganizar o material médico-cirúrgico e farmacêutico interno que é indispensável para a atividade cirúrgica; melhorar as funcionalidades do espaço; reduzir o tempo de passagem e o tempo de permanência dos clientes na sala operatória; melhorar o desempenho da equipa; padronizar processos e procedimentos clínico-cirúrgicos; identificar e determinar quais os indicadores de desempenho; implementar um sistema de kanban que permite controlar os níveis de materiais em stock (Matos et al., 2016). Pessoalmente, a título da aprendizagem, foi importante perceber na prática a operacionalização de como é que um BO pode ser totalmente otimizado com a metodologia Lean. Percebe-se na prática clínica diária, que muitas das atividades e processos necessários à prestação de cuidados de enfermagem estão planeados de forma a garantirem uma maior eficiência e melhor eficácia. O que garante a prestação de cuidados de enfermagem mais ágil, aumentando a disponibilidade do enfermeiro para prestar melhores cuidados de enfermagem e reduzindo os tempos de espera ao cliente o que aumentará a satisfação deste.

O BO é um serviço em que a sua atividade cirúrgica está em muito dependente da capacidade de resposta do serviço de esterilização. Tanto no BOC bem como no BOEO tive a oportunidade de visitar o serviço de esterilização e os seus circuitos. Em ambos os contextos o serviço de esterilização é bastante próximo ao BO. No BOC a esterilização tem uma janela direta que é apenas aberta com campainha exclusivamente para rececionar material esterilizado. Enquanto no caso do BOEO, têm um elevador que permite aceder ao serviço de esterilização que funciona no piso inferior ao BO. Ambos os locais têm os circuitos de entrada de material esterilizado e saída de material contaminado bem definidos. Para a minha aprendizagem foi uma mais valia conhecer as condições físicas destes serviços, pois permitiu-me obter uma percepção mais abrangente dos circuitos e reconhecer quais as partes falíveis da qualidade do processo. Este meu interesse pela área da esterilização assumiu particular relevância quando surgiu uma situação, em que ao abrir uma caixa de instrumental, esta não tinha a fita de testemunho que é um dos testes que valida a esterilização. Assim sendo, houve a necessidade de descartar esse material, que como consequência por motivos de falta de material não foi possível realizar a última cirurgia do programa. Esta situação acarreta transtorno para o cliente, que por vezes não consegue entender o porquê da situação, uma vez que este passou por um processo psicológico e físico para a cirurgia. Também para os profissionais do BO que gostariam de cumprir o programa, estas situações conduzem a atrasos e ao aumento das listas de espera, que em última instância trazem também custos financeiros e sociais para a organização.

iii. Gestão de cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, é exigido ao enfermeiro especialista uma gestão de cuidados adequada, promovendo uma resposta otimizada da equipa de enfermagem com a garantia da segurança e qualidade das intervenções (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019). Para alcançar o desenvolvimento desta competência em ambos os contextos, BOC e BOEO, tive turnos em que acompanhei os meus enfermeiros tutores enquanto enfermeiros de coordenação. O enfermeiro que desempenha a coordenação do serviço tem a si atribuídas atividades de suporte, tais como: a gestão integrada de cuidados perioperatórios, a resposta a necessidades de logística de suporte às salas, a substituição de enfermeiros, entre outros (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Nestes turnos foi possível realizar gestão de recursos humanos, de recursos materiais e na tomada de decisão para responder a eventuais intercorrências no processo de cuidados. Neste seguimento, foi também fundamental os conteúdos lecionados na unidade curricular de Princípios de gestão em enfermagem avançada.

Em ambos os contextos, o método de trabalho aplicado é o trabalho em equipa, este é definido por Motta (2001) como uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas, possibilitando uma visão mais global e coletiva do trabalho, enquanto reforça a partilha de tarefas e a necessidade de cooperação no alcance de objetivos comuns. Ainda, o trabalho em equipa em saúde é fundamental para as organizações. Especificamente, na prestação de cuidados de saúde em contexto de BO está implícita a constituição de uma equipa de saúde cirúrgica multidisciplinar. A equipa cirúrgica é constituída pelo menos por três diferentes sub-grupos, de diferentes origens e formações, são eles: médicos cirurgiões, médicos anestesistas e enfermeiros. Os diferentes elementos da equipa cirúrgica têm como objetivo interagir e intervir colocando o cliente no centro dos seus cuidados. Pessoalmente, como elemento externo do serviço por vezes não é fácil integrar equipas de saúde, e a dificuldade desta mesma integração acresce mais ainda nas equipas cirúrgicas. Visto que estas equipas diariamente vivenciam situações que mobilizam todos os elementos e são postos num clima de stress intenso, o que requer uma grande exigência técnica e pessoal (Gomes de Pinho, 2006). No entanto, foi facilitador na minha integração o facto de profissionalmente desenvolver a minha atividade profissional em BO. Assim, consegui integrar-me em ambas as equipas dos diferentes contextos procurando sempre em obter uma visão mais global e coletiva das ações a realizar de forma a facilitar a minha colaboração. Mas também reforçar a partilha de tarefas que poderiam suscitar questões e a identificar necessidades de cooperação em equipa para alcançar os resultados esperados.

O Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2014) refere que no BO para cada sala cirúrgica de cirurgia programada ou urgente considera-se a existência de três postos de trabalho, são eles: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia. Especificamente

nas UCPA recomenda-se que devem existir, pelo menos, dois enfermeiros, preferencialmente especialistas em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, devendo o rácio ser de um enfermeiro para cada dois clientes em cirurgia convencional (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Assim, analisando o rácio de enfermeiros no BO, no primeiro contexto (BOC) faltam os três elementos dedicados exclusivamente à sala cirúrgica de cirurgia urgente, sendo que nos restantes postos de trabalho existe um cumprimento cuidado do rácio enfermeiro/cliente. No segundo contexto (BOEO) existem em todas as salas cirúrgicas, de cirurgia convencional ou de urgência, três elementos. Em ambas as UCPA são assegurados os rácios enfermeiro/cliente, pois apesar de o número de camas ser superior ao número de enfermeiros, os internamentos por vezes são apenas de algumas horas. Desta forma, importa ter em consideração a taxa de ocupação e o tempo médio de internamento da UCPA. Assim, em ambos os contextos prima-se por respeitar o rácio enfermeiro/cliente recomendado para os BO (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

iv. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O enfermeiro especialista deve reconhecer os seus recursos e limitações, basear as suas intervenções na evidência científica e, sempre que possível, atuar como formador em contextos de trabalho de forma a assegurar a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

Durante o meu processo de aprendizagem contínuo, desde o primeiro estágio clínico até ao último, procurei manter muitas das práticas adquiridas desde o primeiro contacto. No entanto, este foi um processo que ao longo do tempo procurou configurar uma especificidade cada vez maior à prática da enfermagem avançada em contexto de BO, possibilitando-me aperfeiçoar a minha ação profissional como enfermeira especialista. Assim, procurei demonstrar disponibilidade para desempenhar as diferentes funções que me foram atribuídas de forma responsável. Quando emergiam novas situações de aprendizagem procurava refletir e fundamentar-me na pesquisa de evidência científica para uma melhor compreensão da situação de forma a aproveitar as oportunidades para desenvolver o meu conhecimento. Futuramente, estas estratégias de consolidação da aprendizagem que fui internalizando constituíram um suporte para o aperfeiçoamento da minha ação profissional como enfermeira especialista em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Ao nível do desenvolvimento das atividades de anestesia, praticamente num registo diário realizei a verificação e testagem de equipamento de anestesia com vista à segurança da cirurgia, preparação de medicação anestésica, monitorização de clientes (Eletrocardiograma de 5 derivações, Oximetria, Pressão não invasiva, TrainOfFour e Índice Bispectral), assisti e colaborei na indução da anestesia geral, em bloqueios de neuroeixo e bloqueios de nervos

periféricos (branquial e femoral). Ao nível das atividades que respeitam à instrumentação/circulação, realizei a lavagem cirúrgica das mãos, paramentação cirúrgica, calçar dupla luva cirúrgica com método fechado, preparação da mesa de instrumentação, abertura correta de material esterilizado, confirmação e validação dos indicadores de esterilização, contagem de itens quantificáveis (instrumental, compressas, agulhas, lâminas, etc).

No entanto a nível anestésico gostaria de salientar que no BOC contactei com o índice de nociceção de analgesia (ANI - Analgesia nociception index) que foi desenvolvido para medir a dor em tempo real durante um procedimento cirúrgico sob anestesia geral (Turan et al., 2017). O índice baseia-se na variabilidade da frequência cardíaca (VFC), que se constitui como uma medida do tônus parassimpático (Abdullayev et al., 2019). Sendo que o medo e a ansiedade resultam na diminuição VFC o que indica a diminuição da atividade parassimpática durante estímulos ou emoções desagradáveis. Assim, durante a cirurgia, a VFC está correlacionada com o equilíbrio entre o nível de analgesia e a extensão do estímulo nociceptivo (Abdullayev et al., 2019; Turan et al., 2017). O que na prática me permitiu uma melhor interpretação do nível de dor sentido pelo cliente durante a intervenção, bem como perceber se o nível de analgesia administrado era suficiente para o mesmo.

Em ambos os contextos, tive possibilidade de instrumentar múltiplas cirurgias, contudo destaco as cirurgias da coluna e as artroscopias. Estas cirurgias traduziram-se em momentos enriquecedores ao nível da minha aprendizagem, pelo facto de serem cirurgias totalmente desconhecidas da minha experiência profissional, com técnicas cirúrgicas muito específicas. Assim quero dar relevância às seguintes cirurgias:

- Discectomia endoscópica L5-S1 (over-the-top);
- Artrodese postero-lateral e descompressão posterior da coluna lombar L4-L5 (Tlif);
- Colocação de cage na coluna lombar L5-S1 e fixação percutânea dos níveis L4-L5-S1 (Tlif Mis);
- Artrodese da coluna lombar L4-L5 com colocação de prótese intradiscal (Stalift);
- Artrodese da coluna lombar L4-L5 com colocação de prótese intradiscal (Stalift) com fixação percutânea (TLIF MIS);
- Artroscopia do punho;
- Artroscopia do joelho;
- Artroscopia da anca.

Ainda, nos períodos que passei na UCPA, realizei admissão dos doentes à unidade, onde as atividades se centram maioritariamente na identificação e deteção precoce de sinais de complicações pós-operatórias imediatas. Assim, os clientes encontravam-se em monitorização contínua dos sinais vitais, as atividades implementadas na UCPA foram: vigiar as perdas hemáticas (pensos e quantidade de conteúdo em drenos), avaliar dor pós-operatória, avaliar náuseas e vômitos, avaliar o estado da pele (zonas de pressão devido ao posicionamento

cirúrgico, ou lesões já prévias à cirurgia), avaliar a entrada e a saída de líquidos (balanço hídrico).

Relativamente às ferramentas de informação clínica, no contexto do BOC utilizei o programa Centricity™ Perioperative Anesthesia, que é um software perioperatório utilizado em contexto de sala cirúrgica assim como em UCPA (GE HealthCare, 2023), para realizar autonomamente registos de enfermagem. Os registos foram realizados com base na abordagem ABCDE, que consiste na avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida pelo A (via aérea), B (ventilação), C (Circulação), D (disfunção neurológica) e E (exposição com controlo da temperatura) (INEM, 2020). O software ainda permite o registo de terapêutica, de intervenções de enfermagem tais como colocação da placa neutra para utilização de eletrocirurgia, posicionamento cirúrgico, contagem de itens quantificáveis e registo de sondas e cateteres. No BOEO em sala cirúrgica percebi que o médico anestesista registava na plataforma PatientCare Operating Room, que é um software onde é possível registar a informação clínica e administrativa necessária a uma correta gestão e controlo de custos, ajudando assim os profissionais a contribuir para uma melhoria nos cuidados prestados (BSimple, 2023). Esta aplicação integra o meu contexto diário de trabalho. No entanto no BOEO, a equipa de enfermagem tanto na sala cirúrgica como na UCPA faz os registos na plataforma SClínico, com a qual não tinha contacto há alguns anos. Este é um sistema de informação evolutivo, que permite o acesso à informação clínica do utente, a utilização, partilha e a sistematização dos dados com profissionais de saúde de diversas áreas (SPMS, 2023).

O processo de aprendizagem no contexto de BOC foi bastante produtivo no desenvolvimento de novas aprendizagens, nomeadamente no âmbito da gestão, investigação, raciocínio clínico e pensamento crítico. Além da relação constante entre a prática e a teoria, foi possível desenvolver atividades em áreas que até agora nunca tinham integrado a minha experiência profissional. Adicionalmente, foi neste contexto que desenvolvi a estruturação e implementação do projeto de consulta de enfermagem pré-operatória telefónica.

Deste modo, considerando que é prioritária a atualização de conhecimentos, com o objetivo de desenvolver uma prática profissional de enfermagem avançada, especializada e exigente, procurei desenvolver atividades que contribuíssem para a melhoria contínua da equipa de enfermeiros do contexto clínico. Assim, no final da janela temporal para a aplicação do projeto de consulta de enfermagem pré-operatória telefónica realizei uma ação de formação que (Anexo I) foi incluída no plano de formação interna do serviço. Ainda, integrei a formação do serviço em duas formações com as seguintes temáticas: Responsabilidade Profissional/Deontologia - Delegação de Tarefas e Procedimentos Básicos no Bloco Operatório.

Por fim, em contexto para além da aprendizagem clínica, mas integrada no programa deste mestrado, a participação em diversos eventos científicos foram, sem dúvida, importantes

momentos de aprendizagem, no que diz respeito à participação em um evento científico, à divulgação do conhecimento científico, assim como, no desenvolvimento de técnicas de comunicação em público.

A convite do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica de uma Unidade Local de Saúde participei como preletora em dois webinaries que contemplavam participantes de vários pontos do país. Realizei as apresentações intituladas “Enfermagem Médico-cirúrgica: A pessoa em situação perioperatória - O enfermeiro instrumentista/anestesiologista na sala de BO autonomia e/ou interdependência!?” e “Segurança no Bloco Operatório - Retenção Inadvertida de Itens Quantificáveis”.

Participei no XX Congresso Nacional da AESOP apresentando a comunicação livre intitulada “Impacto da Intervenção Educativa Pré-Operatória nos doentes submetidos a Artroplastia da Anca/Joelho” como primeira autora, que recebeu o prémio de 2ª melhor comunicação livre. Ainda, no mesmo evento participei como co-autora do e-poster intitulado “Implicações do fumo cirúrgico para os enfermeiros” e como primeira autora da comunicação livre intitulada “Impacto Do Enfermeiro Perioperatório na Segurança do Doente Cirúrgico: Práticas de Prevenção de Retenção Inadvertida de Itens Quantificáveis”.

Realizei ainda, como participante, dois workshops designados de “Suturas Manuais by Johnson & Johnson” e “Sutura Mecânica e Energia by Johnson & Johnson”.

Participei ainda na 2ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Hérnia e Parede Abdominal e no curso pré-congresso de abdómen aberto.

No evento NursID Spring School 2023 no âmbito do Seminário temático em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, no painel intitulado “Conceção de cuidados de enfermagem perioperatoria” apresentei os dados preliminares do projeto aplicado em contexto de estágio intitulado “Consulta de enfermagem pré-operatória telefónica”. No mesmo evento científico foi apresentado ainda um trabalho de coautoria com o tema “Prevenção da retenção inadvertida de itens quantificáveis”.

Ao nível de publicação de artigos, publiquei como primeira autora o artigo intitulado “Impacto da intervenção educativa pré-operatória nos doentes submetidos a artroplastia da anca/joelho: Revisão sistemática da literatura” na Revista AESOP nº49 (Henriques, 2022). Foi também publicado o artigo intitulado “Impact of the perioperative nurse on surgical patient safety: Practices to prevent inadvertent retention of quantifiable items” na Revista Health&Society Vol.3 nº3, nas páginas 82-102, com o doi: 10.51249/hs.v3i03.1404 (Reis et al., 2023).

b. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da pessoa em situação perioperatória

De acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área da pessoa em situação perioperatória, os cuidados de enfermagem dirigem-se aos “projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença” (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, 2018, p. 19366). As cinco áreas de atuação que podem ser alvo de intervenção pelo enfermeiro especialista de EMC na área da pessoa em situação perioperatória, nas fases pré, intra e pós-operatório, são: a consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, 2018).

Deste modo, tendo em consideração os elevados riscos associados aos cuidados perioperatórios é fundamental que os enfermeiros que integram este ambiente de cuidados apresentem elevada qualificação para dar resposta às necessidades afetadas prevenindo possíveis complicações. A pessoa que necessita de procedimentos cirúrgicos e anestésicos aceita submeter-se a um estado de consciência alterado e aos seus riscos inerentes, bem como permitindo ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, 2018). Desta forma, o âmbito da intervenção especializada do enfermeiro perioperatório recai na vulnerabilidade da pessoa que necessita de cuidados específicos que garantam a segurança de todo o seu processo cirúrgico. Seguidamente segue-se a explanação do processo de desenvolvimento profissional que me permitiu adquirir competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória.

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

O enfermeiro especialista, tendo em consideração as necessidades da pessoa em situação perioperatória, mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, 2018). No âmbito do estágio de natureza profissional orientei o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória para um projeto que já mencionei anteriormente e que ambiciona colmatar e trazer contributos para o cenário anteriormente descrito. A enfermagem perioperatória engloba todos os cuidados de Enfermagem prestados aos clientes cirúrgicos durante os períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, 2018) tendo como foco as respostas humanas aos

problemas de saúde e aos processos de vida, associados ao processo perioperatório, com vista a tornar evidente o contributo dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde da população. Assim, uma das áreas de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Perioperatória é a consulta pré-operatória. No entanto, devido a diversas contingências orçamentais e de recursos humanos, as organizações não percecionam a consulta de enfermagem pré-operatória como um processo que promova a criação de valor e as que percecionam são escassas. Contudo, a avaliação pré-operatória é um dos pontos críticos de cuidados para os clientes que transacionam para o ambiente perioperatório (Malley et al., 2015). Posto isto, esta avaliação quando ocorre em momento próprio antes da cirurgia trará vantagens para os clientes e para os profissionais de saúde ao invés de ser realizada informalmente na admissão ao BO.

Segundo Mendes (2021), a consulta de enfermagem pré-operatória é definida como uma intervenção com a finalidade de conhecer o cliente e dotá-lo de conhecimento específico adequado às suas necessidades que poderá mobilizar durante a vivência do seu processo cirúrgico. Com o propósito de identificar potenciais necessidades que influenciem o processo cirúrgico desenvolve-se um plano de cuidados que permita aos clientes regressar ao seu nível funcional prévio à intervenção o mais precocemente possível (Mendes, 2021). Deste modo, de forma a dar resposta à unidade de competência de **capacitar a pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica** foi desenvolvido e aplicado no contexto de BOC o projeto de consulta de enfermagem pré-operatória telefónica. A consulta foi realizada telefonicamente, pois esta modalidade não requer a deslocação do cliente/família ao hospital, nem a obtenção de um espaço físico para além do serviço, visto que os recursos humanos do perioperatório estão centralizados no BOC. A avaliação pré-operatória de enfermagem tem como propósito iniciar o processo de decisão clínica avaliando os dados e a identificação de necessidades em cuidados ao cliente. Quando este processo é iniciado apenas e só no dia da cirurgia, a identificação prévia e atempada de fatores de risco pode ficar comprometida, o que pode levar a constrangimentos nos resultados cirúrgicos e/ou anestésicos tanto para o cliente, bem como para a organização de saúde. Assim perante este cenário, a avaliação pré-operatória de enfermagem pode ser encarada como uma ferramenta que contribui para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Tradicionalmente, a preparação do cliente para a cirurgia é quase exclusivamente focada na prática médica, pela realização de análises e exames pré-operatórios e administração de medicação (Torres et al., 2021). Recentemente, alguns estudos referem dois conceitos: o estar pronto e o sentir-se preparado para a cirurgia, reconhecendo que o sentir-se preparado para o seu processo cirúrgico é estar além da preparação física, é estar física, mental e emocionalmente (Conner-Spady et al., 2014; Torres et al., 2020; Torres & Macindo, 2018). Segundo Malley et al. (2015) aproximadamente 50% dos adultos com mais de 65 anos têm 3 ou

mais doenças crônicas e mais de 20% dos adultos vivem com mais de 5 doenças crônicas. Estes são os clientes que não têm os critérios de cirurgia em regime de ambulatório, mas que têm situações clínicas mais delicadas, que necessitam de cirurgia eletiva e que requereriam e beneficiariam de mais enfermagem no seu processo cirúrgico. Desta forma, este projeto teve o objetivo geral de estruturar e implementar a consulta de enfermagem pré-operatória telefônica, com a finalidade de melhorar a experiência cirúrgica do cliente cirúrgico.

A consulta de enfermagem pré-operatória é uma ação com a finalidade de conhecer o cliente e dotá-lo de conhecimento específico que poderá mobilizar durante o seu percurso cirúrgico adequado às suas necessidades (Mendes, 2021). Esta é percebida como uma intervenção autônoma de enfermagem que tem como propósito que os clientes se sintam preparados para a cirurgia através da implementação de intervenções educativas pré-operatórias que visam aumentar o conhecimento e a satisfação do cliente e, em alguns casos, reduzir a ansiedade em clientes que se preparam para cirurgia (Kim et al., 2021; Moyer et al., 2017; Torres et al., 2021; Waller et al., 2015).

Idealmente, este tipo de avaliação ocorre antes do dia da cirurgia permitindo ao cliente esclarecer atempadamente as suas dúvidas e processar a informação. Desta forma, o enfermeiro tem a responsabilidade de realizar este tipo de avaliação para a elaboração do plano de cuidados (Barnett, 2005; Bray, 2006a). Devido ao período pré-operatório ser um momento que habitualmente envolve uma sobrecarga emocional, é fundamental que a preparação psicológica do cliente tenha início antes da cirurgia, por exemplo, na visita pré-operatória de enfermagem (Mendes & Ferrito, 2021; Santos et al., 2014). Ainda, considera-se que através da consulta de enfermagem pré-operatória, onde é aplicada uma intervenção coordenada relativa ao conhecimento pré-operatório permite cuidados de enfermagem mais eficazes e eficientes (Guo, 2015).

Os enfermeiros perioperatórios têm competências e conhecimento para avaliar, diagnosticar, planejar, intervir e avaliar os resultados das suas intervenções (Nagle, 2006). As práticas das competências autônomas revestem-se de extrema importância, pois é com o processo de enfermagem que é possível realizar a identificação de necessidades e a sua avaliação (Mendes, 2021). No entanto, quando não são documentados é impossível recolher informação para inferir os resultados das intervenções de enfermagem; o que leva a que as intervenções sejam implementadas, mas não avaliadas (Beyea, 2001), “perdendo-se a possibilidade de inferir a sua importância e eficácia” (Mendes, 2021, p. 28).

Este projeto integrou o primeiro contexto de estágio de natureza profissional integrado no módulo II do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação perioperatória. Este estágio decorreu em 240 horas, com início em 6 de Fevereiro e término em 6 de Maio de 2023, onde fui orientada por um enfermeiro especialista em EMC. Inicialmente após um período de análise e de reflexão conjunto com as orientadoras, o enfermeiro tutor e a

enfermeira gestora sobre aspetos que contribuíssem para o desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais e que acrescentassem valor ao serviço, propôs o desenvolvimento da consulta de enfermagem pré-operatória.

O propósito da avaliação pré-operatória de enfermagem é identificar potenciais necessidades que influenciem o processo cirúrgico desenvolvendo o plano de cuidados que permita aos clientes regressar ao seu nível funcional de antes da intervenção o mais precocemente possível (Mendes, 2021). Os objetivos específicos do projeto, consistiram em:

- Desenvolver uma estrutura para a consulta de enfermagem no pré-operatório aos clientes propostos para cirurgia ortopédica (coluna e membros inferiores);
- Identificar as necessidades de informação expressas pelo cliente proposto para cirurgia ortopédica (coluna e membros inferiores);
- Implementar a consulta de enfermagem pré-operatória ao cliente proposto para cirurgia ortopédica (coluna e membros inferiores);
- Avaliar a preparação e conhecimento dos clientes que realizaram consulta de enfermagem pré-operatórias na ida ao BO;
- Propor o modelo de estruturação da consulta pré-operatória.

Considerando o interesse do serviço na implementação do projeto o enfermeiro gestor do BOC formalizou os trâmites necessários à sua concretização assumindo-o como um projeto piloto que deixasse estratégias e ferramentas para serem utilizadas no futuro. No que concerne ao nível da realização, perspetivava-se efetuar o contacto telefónico aos clientes 1 a 2 semanas antes da data da sua cirurgia programada. No entanto, por vezes devido à flutuação dos agendamentos dos programas cirúrgicos, algumas consultas foram realizadas com 2 a 3 dias antes da data da sua cirurgia programada. As consultas foram realizadas em dias úteis, a partir das 14h00 até cerca das 18h00. Foram realizadas em gabinete do BO. O tempo previsto para a realização da consulta eram cerca de 30 minutos, no entanto algumas demoravam um pouco mais. Posteriormente, no dia da cirurgia, aquando da ida ao BO foi constituído como o momento de validação da aquisição do conhecimento resultante das intervenções educativas pré-operatórias.

Para dar resposta ao projeto realizei uma pesquisa bibliográfica exaustiva, em bases de dados científicas, tais como Pubmed, CINAHL no sentido de o suportar na mais atual evidência científica, da qual resultou a sistematização da informação e as referências bibliográficas que dão suporte ao enquadramento teórico sobre o tema e à capacidade crítica deste relatório. Inicialmente foi desenvolvida a estrutura da consulta de enfermagem pré-operatória fundamentada na evidência científica publicada (Bray, 2006b; Breda & Cerejo, 2021a; Carlsson et al., 2013; Cotte Raffour et al., 2019; Levett et al., 2016; Mendes, 2021; Mendes & Ferrito, 2021; Pettersson et al., 2017, 2018; Suhonen & Leino-Kilpi, 2006; Turunen et al., 2017; Varughese et al., 2013), que originou o guião da consulta (Anexo II) aos clientes submetidos a cirurgia ortopédica, especificamente coluna e membros inferiores. A estruturação da consulta foi

especificamente dirigida para clientes inscritos para cirurgia ortopédica (coluna e membros inferiores). A partir do conhecimento formal foi estruturada a consulta com os itens entendidos como relevantes, posteriormente foram realizadas três consultas de forma a validar o conteúdo previamente estruturado, mas também para identificar novas necessidades que pudessem emergir da perspectiva do cliente proposto para cirurgia ortopédica.

Assim, concretamente o guião da consulta de enfermagem pré-operatória tem duas partes, a primeira consiste na recolha de informação sobre: Identificação; Rede familiar; Proposta cirúrgica (conhecimento da patologia e da cirurgia); Experiências prévias do próprio ou de familiares; Peso e altura; Medicação habitual; Antecedentes pessoais; Antecedentes cirúrgicos; Alergias medicamentosas, alimentares e outras (p.e. látex); Consumo de álcool e tabaco; Próteses dentárias; Próteses ortopédicas; Outras próteses (tais como auditivas, intraoculares, material implantado); Febre nos últimos dias; Avaliação da dor (Nível de dor (EVA); Localização da dor; Caracterização da dor); Estado da pele; Atividade física; Necessidade de auxiliares de marcha; Avaliação emocional perante o processo cirúrgico; Avaliação emocional perante a consulta de enfermagem pré-operatória. A segunda parte do guião consiste na avaliação do conhecimento prévio acerca da preparação para o processo cirúrgico, que permite a identificação do diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre o processo cirúrgico” e posteriormente implementar as intervenções educativas pré-operatórias adequadas, tais como: Ensinar sobre Jejum, sobre Medicação, sobre Preparação da pele, sobre Remoção de próteses e adornos sobre Circuito no dia da cirurgia, sobre a probabilidade de ocorrência de Náuseas e vômitos; sobre a Dor e a utilização da Escala da dor. Após esta validação e a realização de alguns ajustes foi implementada a consulta de enfermagem pré-operatória telefónica, que formalmente teve dois momentos.

Desta forma, o processo de aplicação da consulta de enfermagem pré-operatória telefónica consiste em dois momentos. O primeiro momento, que é concretamente a consulta de enfermagem pré-operatória telefónica, compreende a colheita de dados do cliente, nomeadamente identificação, dados clínicos, a avaliação do estado emocional e a identificação de necessidades de conhecimento quanto ao seu processo cirúrgico. Mas também na realização de intervenções de natureza educativas pré-operatórias relativas ao jejum, medicação, preparação da pele, remoção de próteses e adornos, circuito no dia da cirurgia, náuseas /vômitos e dor e escala da dor. O segundo momento ocorre no dia da cirurgia, na admissão e corresponde ao processo de validação da aquisição de conhecimento dos clientes relativamente às intervenções educativas pré-operatórias previamente implementadas face ao seu processo cirúrgico. Por exemplo, no caso do jejum era avaliado o seu cumprimento tanto para líquidos como para sólidos; relativamente à medicação era confirmada a toma ou a suspensão do medicamento específico conforme a instrução dada na consulta; No caso da preparação da pele era confirmada a toma do banho na véspera e no dia com clorhexidina a 2%; Para as próteses e adornos confirmava-se se tinha realizado a remoção prévia à vinda ao BO.

Em todas as consultas realizadas apresentei-me como estudante da Especialidade em Enfermagem, pedi autorização para proceder à realização da consulta e expliquei qual era a finalidade da mesma. Foi adotada uma conduta responsável e ética, respeitando os direitos e interesses dos clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Ainda, garanti o anonimato da pessoa na divulgação dos resultados, de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, 2015). Considero que as atividades realizadas permitiram-me atingir os objetivos propostos e estiveram de acordo com as competências requeridas pela unidade de competência “capacita a pessoa e família significativa, para a gestão da experiência cirúrgica”.

Durante os três meses de aprendizagem clínica que experienciei no BOC foi possível realizar quarenta consultas e trinta validações das intervenções educativas pré-operatórias realizadas em consulta de enfermagem pré-operatória. No entanto, para efeitos de análise apenas se considera a amostra de trinta clientes, visto que apenas estes completaram o processo de validação da aquisição de conhecimento relativo às intervenções educativas pré-operatórias. Os dados que caracterizam a amostra de clientes submetidos à consulta de enfermagem pré-operatória telefónica encontram-se em anexo (Anexo III). Ainda, conforme me propus foi realizado o desenvolvimento do procedimento operativo intitulado “Consulta de Enfermagem Pré-operatória Telefónica” (Anexo IV).

A implementação da consulta de enfermagem pré-operatória telefónica permitiu-me realizar uma identificação prévia das necessidades de cada cliente e família/pessoa significativa. Especificamente nesta questão gostaria de salientar uma consulta pré-operatória que realizei a um cliente que era adolescente e à sua mãe em que ambos estavam apreensivos porque seria a primeira cirurgia para ambos, nos seus papéis. Do ponto de vista do cliente, este estava nervoso por ter à sua espera uma realidade totalmente desconhecida e até um pouco “fantasiada” do que seria. Pelo ponto de vista da mãe, esta não sabia como poderia acompanhar o seu filho, nem se seria possível estar com ele após a cirurgia. No entanto, ao providenciar informação realista acerca do cenário do BO e do circuito que o cliente iria realizar no hospital, consegui estabelecer uma relação de suporte tanto com o adolescente como com a mãe, a quem expliquei como poderia acompanhar o filho tanto no pré-operatório, bem como no pós-operatório na UCPA (Despacho nº 6668/2017, de 2 de agosto, 2017). Este caso realça a relevância do contacto prévio com os clientes através da consulta pré-operatória em que a identificação precoce das necessidades dos clientes e as consequentes intervenções de enfermagem desenvolvidas com uma comunicação adequada se promove o alívio da ansiedade e do medo face ao processo cirúrgico.

Ainda, passo a referir uma outra situação, de uma cliente proposta para cirurgia eletiva da coluna por via endoscópica, que chegou ao BOC extremamente nervosa e em manifesta inquietação. Aquando da admissão foi necessário algum tempo para conseguir estabelecer uma comunicação eficaz, no sentido de assegurar que a cliente conseguisse fazer uma melhor

gestão das suas emoções e para que fosse possível perceber o que se passava com a mesma. Quando foi possível iniciar um diálogo, percebi que esta era sua primeira experiência no BO e que estava assustada com a cirurgia e as possíveis consequências negativas. Assim, na admissão foram explicadas as características da sala operatória, o que surtiu um ligeiro alívio dos sinais, assim que foi possível foi realizado o pequeno percurso até à zona de indução onde fiquei a acompanhar a cliente e lhe foi garantido que a sua vontade quanto à realização da cirurgia é que iria prevalecer, que ninguém lhe ia fazer nada que ela não desse a sua autorização. Posteriormente o médico responsável pelo procedimento deslocou-se até junto da cliente e informou-a e esclareceu-a quanto às dúvidas e às possíveis consequências da cirurgia. Em análise retrospectiva, esta seria uma cliente que beneficiaria em ter realizado a consulta de enfermagem pré-operatória visto que o seu estado emocional era claramente devido à falta de conhecimento do ambiente perioperatório e défice de capacitação de gestão do seu processo cirúrgico. Esta era uma cliente que estava pronta para a cirurgia, mas não se sentia preparada para a cirurgia, pois como alguns autores reconhecem o sentir-se preparado para o seu processo cirúrgico é estar além da preparação física, é estar física, mental e emocionalmente preparado (Conner-Spady et al., 2014; Torres et al., 2020; Torres & Macindo, 2018).

Em 2007-2008 a Aliança Mundial para a Segurança do Doente da Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou como uma das principais causas de morte e de incapacidade no mundo as complicações que decorrem da prestação de cuidados cirúrgicos (OMS, 2009a). Assim, com a finalidade de aumentar e melhorar a segurança dos cuidados cirúrgicos, combater a elevada incidência de complicações resultantes dos cuidados cirúrgicos e promover uma comunicação adequada entre os elementos das equipas cirúrgicas, a OMS desenvolveu um programa designado “Cirurgia Segura Salva Vidas” (OMS, 2009a). Este programa consistiu no desenvolvimento de um instrumento, designado de Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, que permite a verificação de um conjunto de práticas de segurança em quatro áreas, sendo elas: trabalho em equipa, anestesia, prevenção da infeção do local cirúrgico e indicadores de avaliação dos serviços de cirurgia (OMS, 2009a). Em Portugal, a partir de 2013 o projeto “Cirurgia Segura Salva Vidas” foi decretado como de aplicação obrigatória em todos os BO do Serviço Nacional de Saúde. Em todas as cirurgias se deve proceder ao registo da utilização da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica e do Apgar Cirúrgico nos sistemas de informação locais (Norma nº 2/2013 - Cirurgia Segura, Salva Vidas, 2013). No que concerne à unidade de competência de **promover cuidados à pessoa em situação perioperatória** realizei, na totalidade das cirurgias que presenciei, a Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica que procura garantir a segurança do procedimento cirúrgico, tanto como responsável pelo seu preenchimento na função de enfermeira circulante, bem como em providenciar informação relevante para o seu preenchimento em voz alta nas funções de enfermeira de anestesia e enfermeira instrumentista.

A ocorrência de lesões por pressão é multifatorial e complexa (Engels et al., 2016), sendo que é

um indicador da qualidade dos cuidados de saúde e os enfermeiros em contexto perioperatório desempenham um papel importante que influencia os resultados de segurança do cliente (Eberhardt et al., 2021). O posicionamento cirúrgico pode causar complicações, sendo que a lesão por pressão é a complicação mais relatada na literatura (Miranda et al., 2016), com uma incidência que varia entre 1,3% e 54,8%, (Bulfone et al., 2012, 2018; Webster et al., 2015). Relativamente aos posicionamentos cirúrgicos tive a oportunidade de realizar diversos posicionamentos, destaco os posicionamentos em decúbito ventral para cirurgias à coluna e o posicionamento dorsal com elevação dos membros inferiores para artroscopias da anca, porque foram os mais desafiantes de executar com os quais não tinha contactado previamente. Ao nível dos dispositivos de posicionamento e de proteção ambos os contextos estavam bem equipados, o que é facilitador da intervenção de posicionar o cliente corretamente contribuindo para a prevenção de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Ainda no âmbito desta competência, aquando das transferências entre a admissão, sala operatória e UCPA foi possível manter o uso dos dispositivos, pois estes previnem o aparecimento das lesões por pressão e promovem o conforto dos clientes ajudando no alívio da dor. Importa ainda referir que os clientes que desenvolvem lesões por pressão no período perioperatório têm maior risco de ocorrência de sepsis, pneumonia e outros eventos adversos, aumentando o risco de mortalidade (Chou et al., 2015; Eberhardt et al., 2021). Assim, torna-se fundamental a atuação da equipa de enfermagem na questão dos posicionamentos cirúrgicos de forma a garantir a segurança e um bom resultado dos cuidados de saúde.

A intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória desenvolve a sua atividade em cinco áreas, tais como: a anestesia, a circulação, a instrumentação, os cuidados pós-anestésicos e a consulta perioperatória (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, 2018). Especificamente no contexto do BOC assegurei cuidados nas áreas de anestesia, de circulação, de instrumentação, na UCPA e na UDA. No contexto do BOEO assegurei maioritariamente cuidados de instrumentação e circulação em cirurgias ortopédicas. Este último contexto, devido à sua especificidade nas cirurgias de foro ortopédico, apresenta um grande e elevado diferencial de cirurgias que se configuram como momentos enriquecedores e de grande aprendizagem. Assim, considero que em ambos os contextos demonstraram uma elevada exigência que me permitiu aperfeiçoar a minha ação profissional no papel de enfermeira especialista em EMC na área da pessoa em situação perioperatória. No que concerne à consulta perioperatória, devido ao meu projeto no primeiro contexto (BOC) consegui realizar cerca de quarenta consultas de enfermagem pré-operatórias.

A cirurgia é um processo complexo, onde existem múltiplas oportunidades para que as intervenções de enfermagem influenciem a prestação e o resultado dos cuidados de saúde (Gee et al., 2021). Ainda, é importante dar relevo às competências não técnicas nas emergências no BO, tais como o trabalho em equipa e a boa comunicação, que desempenham um papel importante na prevenção de resultados adversos no BO (Robertson et al., 2017). Em ambos os

contextos existiram situações de emergência, sendo que pretendi desenvolver as capacidades de trabalho em equipa e de atuação como um elemento válido na equipa de enfermagem perante estas situações. No entanto, destaco um caso de um cliente que vinha pela segunda vez em choque hipovolémico da Unidade de Cuidados Intensivos, pois tratou-se da emergência mais complexa que assisti no meu processo de aprendizagem clínico. Especificamente em obstetrícia, o procedimento cirúrgico mais comum para mulheres em idade reprodutiva é a cesariana (Gee et al., 2021), que se constitui como uma situação de emergência. No contexto de BOC tive várias oportunidades de aprendizagem em acompanhar cesarianas, onde consegui ter um papel ativo nas funções de anestesia e circulação.

O enfermeiro desenvolve a sua prática clínica baseada a partir de um processo de raciocínio clínico, a partir da recolha de dados que permitem a identificação de diagnósticos de enfermagem, para que posteriormente ocorra a formulação de objetivos, o planeamento e a implementação das intervenções de enfermagem (Machado, 2014). A finalidade da UCPA é garantir um ambiente seguro com monitorização contínua de funções vitais e que assegure uma ação imediata aos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos e anestésicos (Dahlberg et al., 2021; Wang et al., 2021). O propósito da ação profissional do enfermeiro neste ambiente é o de controlar e gerir a dor dos clientes, bem como outros sinais e sintomas decorrentes do procedimento cirúrgico e anestésico. Assim, enquanto enfermeira a desenvolver o meu processo de aprendizagem no contexto de BO, tive a oportunidade de prestar cuidados também na UCPA, onde pretendi aprimorar o meu raciocínio clínico a fim de aperfeiçoar a implementação do processo de enfermagem. Deste modo, procurei intervir junto dos clientes com o objetivo de minimizar a dor ou outros sinais e sintomas, tais como às náuseas, procurando reavaliar de modo a verificar que as intervenções anteriormente implementadas tinham alcançado o objetivo pretendido. Especificamente no pós-operatório tardio, no que concerne à gestão da dor, nos momentos que integrei a UDA, foi-me possível verificar o resultado de intervenções anteriores e voltar a reintervir se necessário, para atingir o objetivo dos cuidados.

Na literatura está bem documentada a relação que existe entre as falhas de comunicação nos cuidados entre os diferentes profissionais e os maus resultados de saúde para os clientes (Davis et al., 2017; Rajendran, 2022; The Joint Commission, 2023). Deste modo, a comunicação ineficaz da equipa interdisciplinar pode levar a erros de diagnóstico, atrasos no tratamento e erros de medicação, prejudicando os clientes, mas também na eficiência e os custos do sistema de saúde (Rajendran, 2022). A comunicação interdisciplinar é crucial para o bom funcionamento do trabalho em equipa na sala cirúrgica, visto que, a comunicação eficaz permite a troca de informação precisa entre os profissionais de saúde, promovendo a eficiência e a prestação de cuidados seguros ao cliente (Barroso et al., 2021; Davis et al., 2017; Esteves & Pinto, 2021; OMS, 2009a; Rajendran, 2022; Sequeira et al., 2016). Segundo Rajendran (2022), na fase intraoperatória a equipa cirúrgica é um excelente exemplo onde a prestação de cuidados de saúde é verdadeiramente um trabalho em equipa, que é alcançado pela otimização da

comunicação e da colaboração interdisciplinares. Assim, para melhorar a unidade de competência de **desenvolver a intervenção numa perspetiva interprofissional**, procurei adequar estratégias facilitadoras da comunicação que promovessem a articulação entre os membros da equipa a fim de contribuir para a segurança dos procedimentos cirúrgicos. Especificamente em contexto de sala cirúrgica para otimizar o trabalho interdisciplinar com a anestesia, cirurgias e os outros elementos de enfermagem recorri em diversas circunstâncias à comunicação em circuito fechado. Porque as falhas de comunicação podem levar a atrasos no programa operatório, aumentar o tempo de cirurgia, erros evitáveis, aumento da morbidade ou da mortalidade intraoperatória ou no pós-operatório (Rajendran, 2022). A comunicação em circuito fechado enfatiza a precisão, a exatidão, a eficiência e a minimização de ambiguidade (Davis et al., 2017; Rajendran, 2022). Assim, a comunicação em circuito fechado tem 3 fases, que são: primeiro uma mensagem inicial é dirigida a um destinatário específico ou “não direcionado”; a segunda fase consiste na confirmação pelo destinatário de que a mensagem foi recebida; e na terceira fase a verificação do remetente de que o destinatário interpretou a mensagem corretamente, designado de “encerramento do ciclo” (Davis et al., 2017). Assim, procurei contribuir para a otimização da complementaridade das intervenções dos profissionais da equipa multidisciplinar em benefício da pessoa. Ainda, procurei em conjunto com a orientação dos tutores gerir o trabalho em equipa, gerir situações de stress e de conflito e refletir sobre as minhas práticas, as quais foram otimizadas aceitando novos desafios para melhoria da minha ação através da implementação de medidas de melhoria, tais como: a colocação de mesa de instrumental de modo padronizado (Liehn, 2022), trocar luvas externas previamente a manusear implantes (Ward et al., 2014), calçar luvas utilizando o método fechado (AESOP, 2013; Bali, 2021; OMS, 2009b), utilização de mesa própria para contagem de compressas (Nelson et al., 2022; Weston & Chiodo, 2022).

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

O enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória, tendo em consideração o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, os procedimentos realizados, a complexidade do ambiente e dos recursos, mobiliza conhecimentos e habilidades que garantem a segurança da pessoa, dos profissionais e do ambiente, agindo de acordo com a sua ética profissional (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, 2018). No processo de aprendizagem clínico de modo a dar resposta à unidade de competência **demonstrar consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório** é necessário a promoção da cultura de consciência cirúrgica, gestão do risco e controlo da segurança perioperatória.

A consciência cirúrgica é um conceito único e central para a prática clínica dos enfermeiros

perioperatórios (Duff et al., 2022; Quintana, 2022). Esta, define-se como sendo um princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar a pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Ainda, Duff et al. (2022) refere que é um fenómeno abstrato que explica a obrigação moral do enfermeiro de salvaguardar a assepsia cirúrgica e a segurança do cliente. A consciência cirúrgica depende da presença de três construtos: consciência (conhecimento), consciência (sentimento) e ação (atuação) e é moderada por fatores contextuais como a educação, treino, orientação, ambiente, cultura e apoio (Duff et al., 2022). A minha prática profissional em BO foi facilitadora na aquisição e desenvolvimento desta competência nos contextos de aprendizagem, visto que a aquisição na prática deste conceito necessita como afirma Duff et al. (2022) de conhecimento, a consciência e a ação, e esse processo por vezes requer tempo de consolidação para a integração deste fenómeno. Com a experiência da prática clínica, com a integração, desenvolvimento e aplicação na prática da consciência cirúrgica, torna-se mais nítido a identificação de possíveis riscos que podem ocorrer em sala cirúrgica.

O risco é definido como um acontecimento que produz efeito negativo, direto ou indireto, sobre a qualidade dos cuidados, podendo constituir uma ameaça à segurança da vida das pessoas (Nobre, 2017). A gestão de risco é o processo contínuo e em constante desenvolvimento, que analisa de forma metódica os riscos inerentes às atividades desenvolvidas numa instituição, com o objetivo de identificar e tratar eficazmente esses mesmos riscos (FERMA, 2003). O enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória assume um papel crucial na gestão do risco no BO, atendendo à quantidade de riscos associados aos cuidados de saúde prestados no perioperatório. Especialmente no que respeita à ocorrência de eventos adversos que decorrem da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos necessários. Assim, durante o desenvolvimento do meu processo de aprendizagem procurei mobilizar conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, dos profissionais e do ambiente. Para tal, como já referido anteriormente, destaco a utilização da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (Norma nº 2/2013 - Cirurgia Segura, Salva Vidas, 2013), os posicionamento cirúrgicos com recurso a dispositivos de apoio e de proteção (AORN, 2017; Eberhardt et al., 2021; Miranda et al., 2016), o cumprimento das dotações seguras por sala cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2014). No entanto, gostaria de acrescentar a aplicação da consulta de enfermagem pré-operatória (Guo, 2015; Mendes et al., 2021; Mendes & Ferrito, 2021; Torres et al., 2020)., que promove a identificação das necessidades do cliente, o que pode otimizar a experiência da pessoa e aumentar a segurança do seu processo perioperatório.

No que concerne ao **liderar o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios**, o meu processo de aprendizagem clínica permitiu-me validar o cumprimento dos princípios de assepsia e de controlo de contaminação, adequar métodos de cuidados à pele prévios à intervenção cirúrgica, cumprir os princípios da profilaxia cirúrgica

antibiótica e da preparação pré-cirúrgica das mãos e dos processos de esterilização dos dispositivos médicos, bem como a gestão da normotermia da pessoa em situação perioperatória.

Deste modo, a assepsia consiste num conjunto de métodos que são utilizados de forma a impedir a entrada de bactérias, germes e outros agentes nocivos para a saúde de um organismo (Bali, 2021). A DGS (2022b) na norma recentemente atualizada da prevenção da infeção do local cirúrgico, enuncia qual deve ser a abordagem para manter assepsia segundo os vários níveis de evidência clínica. Assim, a literatura refere que é obrigatório dois banhos prévios à cirurgia, um na véspera da intervenção e outro no dia da cirurgia com clorexidina de 2 a 4% (AESOP, 2013; DGS, 2022b; Mendes & Ferrito, 2021). O projeto da consulta de enfermagem pré-operatória integra na intervenção educativa pré-operatória informar o cliente acerca da necessidade da preparação da pele para a cirurgia. Raramente ocorreu a realização da tricotomia nos contextos onde realizei estágio. Apenas numa situação muito específica é que observei a realização de tricotomia e foi realizada com máquina elétrica com lâmina de uso único e já na sala cirúrgica (AESOP, 2013; Duarte & Martins, 2014), o que está de acordo com as diretrizes da evidência atual (DGS, 2022b). Para a desinfeção da pele previamente à cirurgia, de acordo com as normas em vigor, na maioria das cirurgias a desinfeção foi realizada com solução antisséptica de clorexidina a 2% em álcool a 70%, respeitando o tempo de contacto (DGS, 2022b). Ainda, a área a desinfetar deverá ser suficientemente alargada, tendo em conta o tamanho da incisão, bem como a colocação de drenos, a necessidade de aumentar a incisão ou converter a cirurgia (AESOP, 2013; Duarte & Martins, 2014).

De forma a assegurar o cumprimento dos princípios da profilaxia cirúrgica antibiótica (DGS, 2022a), é necessário na admissão do cliente obter o conhecimento de qual o antibiótico prescrito, ou que caso não tenha antibioterapia prescrita informar o cirurgião. No entanto, dependendo da cirurgia e da duração da mesma, por vezes existe a necessidade de administrar uma nova dosagem de antibiótico ainda no intraoperatório, a fim de prevenir a infeção do local cirúrgico (DGS, 2022a).

Para além do exposto anteriormente, a pele dos profissionais de saúde constitui a principal fonte de contaminação microbiana em ambiente cirúrgico (OMS, 2009b). Assim, importa referir novamente o cumprimento escrupuloso dos princípios de preparação pré-cirúrgica das mãos.

Previamente à intervenção cirúrgica é necessário assegurar o material necessário para a realização da mesma. A esterilização é o processo que assegura a esterilidade dos instrumentos cirúrgicos reutilizáveis, pois estes são os que apresentam maior probabilidade de disseminar microrganismos caso alguma das etapas de reprocessamento falhe (Bali, 2021). As etapas de reprocessamento incluem a limpeza, a embalagem, a desinfeção ou esterilização e reutilização. A limpeza, sendo a primeira etapa do ciclo de reprocessamento, é a principal etapa, que consiste na remoção da matéria orgânica presente na superfície dos instrumentos (Bali, 2021).

Qualquer falha na remoção da sujidade visível na fase inicial pode criar uma discrepância na eficácia dos procedimentos subsequentes de desinfeção e esterilização (Bali, 2021). A esterilização é o processo pelo qual os instrumentos cirúrgicos ficam livres de toda a flora microbiana, incluindo esporos. Assim, a finalidade da esterilização é garantir que os instrumentos estão adequadamente esterilizados para utilização, mantendo assim um ambiente estéril e reduzindo a propagação de infeções de uma pessoa para outra (Bali, 2021). O manuseamento adequado dos instrumentos esterilizados é feito através do acondicionamento e armazenamento adequados dos mesmos (Bali, 2021). Assim, para além das práticas anteriormente mencionadas é necessário verificar previamente à intervenção cirúrgica que estão assegurados os processos de reprocessamento dos dispositivos médicos de uso múltiplo a fim de serem usados em segurança. Aqui é importante a verificação da integridade das embalagens, posteriormente é fundamental a abertura correta das caixas, de forma que não ocorra contaminação (AESOP, 2013).

A hipotermia perioperatória é um fenómeno complexo e com grande impacto que ocorre, de forma inadvertida, em cerca de 60 a 90% das pessoas submetidas a cirurgias com duração superior a 60 minutos (AESOP, 2017; Azenha et al., 2017; Moola & Lockwood, 2011). A hipotermia perioperatória inadvertida é originada por dois fatores inevitáveis major: os efeitos secundários dos agentes farmacológicos envolvidos no processo anestésico e a exposição física da área cirúrgica ao ambiente frio da sala de operações (AESOP, 2017; Azenha et al., 2017). Em contexto clínico, houve a preocupação de avaliar a temperatura corporal na admissão do cliente ao BO, para garantir a normotermia prévia à cirurgia (AESOP, 2017). De forma, a assegurar a manutenção da normotermia, a exposição corporal é minimizada e são aplicadas medidas passivas de aquecimento, tais como a proteção cutânea por isolamento térmico (AESOP, 2017; Azenha et al., 2017). Infelizmente nenhum dos contextos tinha para utilização a monitorização contínua da temperatura na fase intraoperatória, para compensar eram realizadas várias avaliações durante a cirurgia. Quando era detetado uma temperatura inferior a 36°C, optava-se pela adoção de medidas ativas de aquecimento, tais como a aplicação de sistema de aquecimento em manta térmica (AESOP, 2017).

Por fim, no que concerne à unidade de competência **promover a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório**, o processo de aprendizagem clínica permitiu-me compreender como garantir a rastreabilidade dos dispositivos médicos e assegurar a sua disponibilidade, integridade e funcionalidade, bem como gerir o risco associado à retenção inadvertida de itens quantificáveis e a gestão de tecidos e fluídos orgânicos para análise, eliminação, colheita e transplante.

Segundo o Regulamento da União Europeia (UE) 2017/745 do Parlamento Europeu e do Conselho de 5 de abril de 2017 (2017) dispositivo médico é qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, implante, reagente, material ou outro artigo, que é destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos. Especificamente, o dispositivo implantável é

qualquer dispositivo, incluindo os que são parcial ou totalmente absorvidos, que se destina a ser introduzido totalmente no corpo humano, ou a substituir uma superfície epitelial ou a superfície ocular, mediante intervenção clínica e que se destine a aí permanecer após a intervenção (Regulamento (UE) 2017/745 do Parlamento Europeu e do Conselho de 5 de abril de 2017, 2017). Em ambos os contextos, as cirurgias da especialidade de ortopedia eram diariamente realizadas, onde praticamente em todas há necessidade de utilizar dispositivos médicos implantáveis. Desta forma, antes da intervenção cirúrgica é necessário confirmar a existência dos possíveis dispositivos implantáveis necessários e que os mesmos se encontram íntegros e funcionais. Após a implantação de um ou vários dispositivos médicos implantáveis no cliente, existe a necessidade de registá-los tanto no processo clínico do cliente, de modo a garantir a rastreabilidade dos mesmos. Mas também de realizar um registo de consumo clínico, sendo posteriormente enviado para o serviço de armazém para o stock estar atualizado.

A retenção inadvertida de itens quantificáveis (RIIQ) continua a ser uma ocorrência nas realidades cirúrgicas perioperatórias, que acarreta consequências catastróficas para o doente (Spruce, 2016). A incidência relatada de RIIQ varia entre em 1 em 19.000 e 1 em 1.000 intervenções realizadas (Asiyanbola et al., 2012; Fencel, 2016; Hariharan & Lobo, 2013). Os fatores que estão associados significativamente a um maior risco de RIIQ são: elevado IMC, cirurgias emergentes, com alterações intraoperatórias inesperadas, com mais do um procedimento intraoperatório, de longa duração, com várias equipas cirúrgicas e com a contagem cirúrgica incorreta (Fang et al., 2021; Gawande et al., 2003; Moffatt-Bruce et al., 2014; Rowlands & Steeves, 2010; Zejnullahu et al., 2017). Tanto no meu processo de aprendizagem clínico e profissional em todas as cirurgias ocorreu a contagem cirúrgica, esta foi realizada conjuntamente entre o enfermeiro instrumentista e circulante em mesa própria para contagem de compressas ou outros itens.

Em muitas intervenções cirúrgicas espera-se que exista uma peça operatória, no entanto por vezes apenas se realizam recolha de amostras de tecido e/ou colheitas de fluídos orgânicos para que sejam analisadas posteriormente. Assim, a peça operatória consiste em parte ou a totalidade de um órgão ou de estrutura anatómica a examinar (Despacho nº 399/2009, de 7 de Janeiro, 2009). As amostras biológicas designam-se como amostras que são obtidas por um ato de colheita e sobre a qual vão ser efetuados um ou vários exames laboratoriais do âmbito da anatomia patológica (Despacho nº 399/2009, de 7 de Janeiro, 2009). Em ambos os contextos, relativamente à recolha para análise, eliminação, colheita e transplante de tecidos e fluídos orgânicos existem procedimentos operativos que explicitam claramente quais as ações a realizar e os circuitos que as mesmas devem tomar. Como já havia referido destaque o procedimento operativo de colheita de espécimes em BO para tratamento de infeções protésicas na PTA e o procedimento operativo de preparação e aplicação de tecido ósseo para transplantação pela especificidade e pela complexidade dos mesmos.

Em última análise, considero que os desafios colocados neste processo de aprendizagem clínica

me ajudaram no desenvolvimento e aquisição de competências especializadas de EMC na área da pessoa em situação perioperatória, apesar de eu desenvolver a minha prática clínica em contexto de BO, foi muito produtivo deixar a minha zona de conforto e expor-me a novos contextos, com diferentes realidades profissionais.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório de estágio desenvolvido no âmbito do mestrado em EMC na área da pessoa em situação perioperatória atingiu o objetivo proposto de explicar o processo de aprendizagem clínico que me permitiu a aquisição de competências relativas à especialidade em EMC na área da pessoa em situação perioperatória.

Como é referido no Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho (2018) a enfermagem perioperatória engloba todos os cuidados de Enfermagem prestados aos doentes cirúrgicos nos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Uma das áreas de intervenção do Enfermeiro Especialista em EMC na área da pessoa em situação perioperatória é a consulta perioperatória. A implementação do projeto da consulta de enfermagem pré-operatória telefónica alcançou os objetivos pretendidos, que consistiam na estruturação e implementação da consulta de enfermagem pré-operatória telefónica, bem como o desenvolvimento pessoal de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, especialmente na fase do pré-operatório.

A aplicação da consulta de enfermagem pré-operatória telefónica pretendeu melhorar a preparação do cliente para o seu processo cirúrgico, tanto a nível físico como a nível psicológico, garantindo a transmissão de informações/conhecimentos relevantes para promover a sua autonomia e capacidade de decisão sobre o seu processo de saúde. Posteriormente realizou-se a avaliação do cumprimento de atitudes e a aquisição do conhecimento sobre os cuidados a ter antes e após o procedimento cirúrgico (por exemplo o tempo de jejum necessário, a preparação da pele no pré-operatório, etc..). Este momento de validação pretendeu avaliar se as intervenções educativas pré-operatórias iniciadas na consulta de enfermagem pré-operatória telefónica tiveram adesão por parte dos clientes.

Apesar do conceito de consulta de enfermagem estar identificado e referido em documentos legais, no dia a dia nos hospitais a aplicação desta consulta não é uma realidade. A consulta de enfermagem pré-operatória é um momento privilegiado para que o enfermeiro possa autonomamente implementar e planear as suas ações autónomas de enfermagem. Tal como referido por Silva (2017) o sistema de saúde português carece de oportunidades de aplicação de uma enfermagem com mais enfermagem. A sustentabilidade do próprio sistema de saúde é importante para que sirva os seus objetivos, promover a saúde e prevenir a doença da população. Atualmente se os enfermeiros pretendem ter voz ativa no sistema têm de provar o seu valor no próprio sistema. A ação de enfermagem autónoma, como por exemplo a consulta perioperatória, tem de provar à organização de saúde que traz benefícios para os doentes, para

os profissionais e tem a capacidade de reter valor à organização hospitalar.

Como limitações à aplicação do projeto da consulta de enfermagem pré-operatória telefónica pode-se mencionar o tempo reduzido de aplicação, que resultou também na amostra reduzida de clientes. Ainda, mencionar que a modalidade telefónica da consulta não possibilitou o contacto pessoal com os clientes, que acredito que proporcionaria a entrega de informação em suporte papel, que poderia reforçar as intervenções educativas. Como sugestão para futuros projetos semelhantes poderia ser avaliada a importância que o cliente atribui à consulta de enfermagem pré-operatória, bem como a relevância desta ação da enfermagem para os enfermeiros perioperatórios e para a própria organização de saúde.

Assim, ambiciona-se que futuramente esta operacionalização da consulta de enfermagem pré-operatória, baseada em evidência científica, permita abrir uma oportunidade para conquistar um espaço para o desenvolvimento autónomo da ação profissional de enfermagem perioperatória. Podendo desta forma implementar-se nas instituições de saúde projetos semelhantes com fundamentação de ações de enfermagem ou até projetos multidisciplinares para que os doentes obtenham melhores resultados em saúde.

7. BIBLIOGRAFIA

Abdullayev, R., Yildirim, E., Celik, B., & Topcu Sarica, L. (2019). Analgesia Nociception Index: Heart Rate Variability Analysis of Emotional Status. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.4365>

AESOP. (2013). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório (3a Edição)*. AESOP.

AESOP. (2015). Reconhecimento da Individualização da especialidade clínica em enfermagem perioperatória. *AESOP Revista*, XIII(39), 4-8.

AESOP. (2017). Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida - Práticas Recomendadas para Bloco Operatório.

Alsabban, W., Alhadithi, A., Alhumaidi, F. S., Al Khudhair, A. M., Altheeb, S., & Badri, A. S. (2020). Assessing needs of patients and families during the perioperative period at King Abdullah Medical City. *Perioperative Medicine*, 9(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13741-020-00141-9>

AORN. (2017). Guideline at a Glance: Positioning. *AORN Journal*, 106(5), 460-465. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(17\)30919-5](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(17)30919-5)

Asiyanbola, B., Etienne-Cummings, R., & Lewi, J. S. (2012). Prevention and diagnosis of retained foreign bodies through the years: past, present, and future technologies. *Technology and Health Care: Official Journal of the European Society for Engineering and Medicine*, 20(5), 379-386. <https://doi.org/10.3233/THC-2012-0687>

Azencott, C.-A. (2018). Machine learning and genomics: precision medicine versus patient privacy. *Philosophical Transactions of the Royal Society A: Mathematical, Physical and Engineering Sciences*, 376(2128), 20170350. <https://doi.org/10.1098/rsta.2017.0350>

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Carvalho, M., Macedo, A., Carreira, C., Pinheiro, F., & Correia, M. (2018). *Recomendações Portuguesas de Manutenção da Normotermia em Cirurgia de Ambulatório. Em APCA. APCA.* https://www.apca.com.pt/documentos/2018/RECOMENDACOES_PORTUGUESAS_DE_MANUTENCAO_DA_NORMOTERMIA_EM_CIRURGIA_DE_AMBULATORIO.pdf

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal, M., Macedo, A., & Gomes, M. (2017). Consensos de Manutenção da Normotermia no período perioperatório. SPA. <http://www.spanesthesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Bali, R. K. (2021). Operating Room Protocols and Infection Control. Em *Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician* (pp. 173-194). Springer Nature Singapore.

https://doi.org/10.1007/978-981-15-1346-6_9

Ball, L., Dameri, M., & Pelosi, P. (2015). Modes of mechanical ventilation for the operating room. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 29(3), 285-299. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2015.08.003>

Barnett, J. S. (2005). An Emerging Role for Nurse Practitioners-Preoperative Assessment. *AORN Journal*, 82(5), 825-834. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)60275-5](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)60275-5)

Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a Segurança do Doente* (Lidel, Ed.).

Basques, B. A., Waterman, B. R., Ukwuani, G., Beck, E. C., Neal, W. H., Friel, N. A., Stone, A. V., & Nho, S. J. (2019). Preoperative Symptom Duration Is Associated With Outcomes After Hip Arthroscopy. *The American Journal of Sports Medicine*, 47(1), 131-137. <https://doi.org/10.1177/0363546518808046>

Beaulé, P. E., O'Neill, M., & Rakhra, K. (2009). Acetabular Labral Tears. *The Journal of Bone and Joint Surgery-American Volume*, 91(3), 701-710. <https://doi.org/10.2106/JBJS.H.00802>

Bettinelli, L., Pomatti DM, & Brock J. (2010). Invasão da privacidade em pacientes de uti: percepções de profissionais. *Rev Bioéthikos*, 4(1).

Beyea, S. C. (2001). The Ideal State for Perioperative Nursing. *AORN Journal*, 73(5), 897-901. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)61741-9](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)61741-9)

Blum, J., & Krumrey, J. (2023). Deep Venous Thrombosis of Non-operative Clavicle Fracture Following Low-Energy Injury Mechanism With Extension Into the Radial Vein: A Case Report. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.37894>

Bray, A. (2006a). Preoperative nursing assessment of the surgical patient. *The Nursing clinics of North America*, 41(2), 135-150, v. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2006.01.006>

Bray, A. (2006b). Preoperative Nursing Assessment of the Surgical Patient. *Nursing Clinics of North America*, 41(2), 135-150. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2006.01.006>

Breda, L., & Cerejo, M. (2021a). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência, V Série*(No5). <https://doi.org/10.12707/RV20088>

Breda, L., & Cerejo, M. (2021b). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência, V Série*(No5). <https://doi.org/10.12707/RV20088>

Brown, E. N., Lydic, R., & Schiff, N. D. (2010). General anesthesia, sleep, and coma. *The New England Journal of Medicine*, 363(27), 2638-2650. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0808281>

BSimple. (2023). PatientCare Operating Room. <https://www.b-simple.pt/en/products/>

- Buckley, R. E., Moran, C. G., & Apivatthakakul, T. (2017). *AO Principles of Fracture Management* (3rd ed.). Thieme.
- Bulfone, G., Bressan, V., Morandini, A., & Stevanin, S. (2018). Perioperative Pressure Injuries: A Systematic Literature Review. *Advances in Skin & Wound Care*, 31(12), 556–564. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000544613.10878.ed>
- Bulfone, G., Marzoli, I., Quattrin, R., Fabbro, C., & Palese, A. (2012). A Longitudinal Study of the Incidence of Pressure Sores and the Associated Risks and Strategies Adopted in Italian Operating Theatres. *Journal of Perioperative Practice*, 22(2), 50–56. <https://doi.org/10.1177/175045891202200202>
- Carlsson, E., Pettersson, M., Hydén, L.-C., Öhlén, J., & Friberg, F. (2013). Structure and content in consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 820–826. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.07.002>
- Chaves, A. A. B., & Massarollo, M. C. K. B. (2009). Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 30–36. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100004>
- Chou, C.-L., Lee, W.-R., Yeh, C.-C., Shih, C.-C., Chen, T.-L., & Liao, C.-C. (2015). Adverse Outcomes after Major Surgery in Patients with Pressure Ulcer: A Nationwide Population-Based Retrospective Cohort Study. *PLOS ONE*, 10(5), e0127731. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127731>
- Conner-Spady, B. L., Marshall, D. A., Hawker, G. A., Bohm, E., Dunbar, M. J., Frank, C., & Noseworthy, T. W. (2014). You'll know when you're ready: a qualitative study exploring how patients decide when the time is right for joint replacement surgery. *BMC Health Services Research*, 14(1), 454. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-454>
- Cotte Raffour, E., Viboud, C., Costa, N., & Kurzawa, C. (2019). The preoperative nursing consultation in elective surgery, an improvement in patient care | La consultation infirmière préopératoire en chirurgie programmée, une amélioration de la prise en charge des patients. *Inter Bloc*, 38(3), 137–139. <https://doi.org/10.1016/j.bloc.2019.06.004>
- Cowan, D. T., Norman, I., & Coopamah, V. P. (2007). Competence in nursing practice: A controversial concept – A focused review of literature. *Accident and Emergency Nursing*, 15(1), 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.aaen.2006.11.002>
- Dahlberg, K., Brady, J. M., Jaensson, M., Nilsson, U., & Odom-Forren, J. (2021). Education, Competence, and Role of the Nurse Working in the PACU: An International Survey. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36(3), 224–231.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.08.002>
- Darrah, D. M., Griebeling, T. L., & Silverstein, J. H. (2009). Postoperative Urinary Retention. *Anesthesiology Clinics*, 27(3), 465–484. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2009.07.010>

Davis, W. A., Jones, S., Crowell-Kuhnberg, A. M., O’Keeffe, D., Boyle, K. M., Klainer, S. B., Smink, D. S., & Yule, S. (2017). Operative team communication during simulated emergencies: Too busy to respond? *Surgery*, 161(5), 1348-1356. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2016.09.027>

Despacho nº 399/2009, de 7 de Janeiro, Pub. L. No. Diário da República, 2a série, nº4 (2009). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2009/01/004000000/0051000516.pdf>

Despacho nº 6668/2017, de 2 de agosto, Pub. L. No. Diário da República, 2a série, nº148, 16068 (2017).

Norma nº 2/2013 - Cirurgia Segura ,Salva Vidas, Pub. L. No. Norma nº02/2013 (2013). <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>

DGS. (2022a). Norma nº 031/2013 - Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/12/norma_031_2013_atualizada_17_11_2022_prof_atb_cx_crianca_adulto_corrigida_29_03_2023.pdf

DGS. (2022b). Norma nº20/2015 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção 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

Dias, M. de F. P. B. (2002). Construção e validação de um inventário de competências : contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado [Doctoral thesis]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel.

Duff, J., Bowen, L., & Gumuskaya, O. (2022). What does surgical conscience mean to perioperative nurses: An interpretive description. *Collegian*, 29(2), 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.07.007>

Eberhardt, T. D., de Lima, S. B. S., de Avila Soares, R. S., Silveira, L. B. T. D., Rossarola Pozzebon, B., Reis, C. R., Dos Santos, K. P. P., & Alves, P. J. P. (2021). Prevention of pressure injury in the operating room: Heels operating room pressure injury trial. *International wound journal*, 18(3), 359-366. <https://doi.org/10.1111/iwj.13538>

Egger, A. C., Frangiamore, S., & Rosneck, J. (2016). Femoroacetabular Impingement: A Review. *Sports Medicine and Arthroscopy Review*, 24(4), e53-e58. <https://doi.org/10.1097/JSA.0000000000000126>

Engels, D., Austin, M., McNichol, L., Fencl, J., Gupta, S., & Kazi, H. (2016). Pressure Ulcers: Factors Contributing to Their Development in the OR. *AORN Journal*, 103(3), 271-281. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.01.008>

Esteves, C., & Pinto, D. (2021). Importância de um Programa de Gestão da Qualidade na Saúde

para a Segurança do Doente. Em Lidel (Ed.), Guia Prático para a Segurança do Doente (1a Edição, pp. 19-30).

Fang, J., Yuan, X., Fan, L., Du, M., Sui, W., Ma, W., Wang, H., & Pan, A.-F. (2021). Risk factors for incorrect surgical count during surgery: An observational study. *International Journal of Nursing Practice*, 27(4), e12942. <https://doi.org/10.1111/ijn.12942>

Fencil, J. L. (2016). Guideline Implementation: Prevention of Retained Surgical Items. *AORN Journal*, 104(1), 37-48. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.005>

FERMA, F. of E. R. M. A. (2003). Norma de Gestão de Riscos.

Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5(spe), 183-196. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>

Fonseca, C., Alves, J., & Araújo, F. (2014). Manuseia peri-operatório dos doentes medicados com anticoagulantes e antiagregantes plaquetários: Resultado da 3a Reunião de Consenso da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. *Rev Soc Port Anesthesiol*, 23(3).

Fuentes-Ramirez, A., & Laverde-Contreras, O. L. (2021). Nursing intervention to meet the family members' needs during the surgery waiting time. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5028.3483>

Gan, T. J., Diemunsch, P., Habib, A. S., Kovac, A., Kranke, P., Meyer, T. A., Watcha, M., Chung, F., Angus, S., Apfel, C. C., Bergese, S. D., Candiotti, K. A., Chan, M. T., Davis, P. J., Hooper, V. D., Lagoo-Deenadayalan, S., Myles, P., Nezat, G., Philip, B. K., & Tramèr, M. R. (2014). Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesthesia & Analgesia*, 118(1), 85-113. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000002>

Ganz, R., Parvizi, J., Beck, M., Leunig, M., Nötzli, H., & Siebenrock, K. A. (2003). Femoroacetabular Impingement. *Clinical Orthopaedics & Related Research*, 417, 112-120. <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000096804.78689.c2>

Gawande, A. A., Studdert, D. M., Orav, E. J., Brennan, T. A., & Zinner, M. J. (2003). Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *The New England Journal of Medicine*, 348(3), 229-235. <https://doi.org/10.1056/NEJMs021721>

GE HealthCare. (2023). Centricity™ Perioperative Anesthesia. <https://www.gehealthcare.com.br/products/healthcare-it/perioperative-software>

Gecit, S., & Ozbayir, T. (2020). Evaluation of Preoperative Risk Assessment and Postoperative Nausea and Vomiting: Importance for Nurses. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(6), 625-629. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.04.006>

Gee, L. L., Behling, D. J., & Sweeney, N. L. (2021). Nurses' Knowledge of and Confidence in

Perioperative Skills for Emergency Cesarean Birth. *Nursing for Women's Health*, 25(6), 422-429. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2021.09.005>

Gezer, D., & Arslan, S. (2019). The Effect of Education on the Anxiety Level of Patients Before Thyroidectomy. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(2), 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.05.017>

Ghaffari, A., Davis, I., Storey, T., & Moser, M. (2018). Current Concepts of Femoroacetabular Impingement. *Radiologic Clinics of North America*, 56(6), 965-982. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2018.06.009>

Gomes de Pinho, M. C. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição*, 8, 68-87.

Graça, L., Cracel, M., & Vieira, M. (2017). Fatores determinantes na incidência de úlceras por pressão no bloco operatório em doentes submetidos a cirurgia major [Tese de mestrado]. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Guedes, V., Apóstolo, J., & Figueiredo, M. (2016). Competencies of General Care Nurses in Primary Care: from Understanding to Implementation. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(No8), 27-33. <https://doi.org/10.12707/RIV15022>

Guo, P. (2015). Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1-2), 34-46. <https://doi.org/10.1111/jocn.12618>

Gupta, R., Tat, Q., O'Brien, J., Shaw, M., Cumbler, E., McPherson, R., de la Cruz, D., Dua, A., & Yi, J. A. (2022). Utilization of lean project management principles and health informatics to reduce operating room delays in a vascular surgery practice. *The American Journal of Surgery*, 223(1), 176-181. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2021.07.040>

Haldane, C. E., Ekhtiari, S., de Sa, D., Simunovic, N., Safran, M., Randelli, F., Duong, A., Farrokhyar, F., & Ayeni, O. R. (2018). Venous Thromboembolism Events After Hip Arthroscopy: A Systematic Review. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*, 34(1), 321-330.e1. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2017.07.006>

Hariharan, D., & Lobo, D. N. (2013). Retained surgical sponges, needles and instruments. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 95(2), 87-92. <https://doi.org/10.1308/003588413X13511609957218>

Harmon, E. D., & Jensen, E. A. H. (2017). Assessing hip pain. *The Nurse Practitioner*, 42(7), 11-13. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000520427.37276.b4>

Hayden, P., & Cowman, S. (2011). Anaesthesia for laparoscopic surgery. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 11(5), 177-180. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkr027>

Henriques, I. C. R. (2022). Impacto da intervenção educativa pré-operatória nos doentes submetidos a artroplastia da anca/joelho: revisão sistemática da literatura. *Revista da AESOP*, XXII(49), 33-35.

Herlihy, E., Antao, B., Fawaz, A., McDermott, J., Patterson, K., Nason, G., & O'Kelly, F. (2023). Adapting lean methodology towards surgical tray rationalisation in inguinoscrotal day case surgery in the republic of Ireland. *Journal of Pediatric Urology*, 19(4), 433.e1-433.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2023.03.021>

Huang, H.-W., Sun, X.-M., Shi, Z.-H., Chen, G.-Q., Chen, L., Friedrich, J. O., & Zhou, J.-X. (2018). Effect of High-Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy Versus Conventional Oxygen Therapy and Noninvasive Ventilation on Reintubation Rate in Adult Patients After Extubation: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Intensive Care Medicine*, 33(11), 609-623. <https://doi.org/10.1177/0885066617705118>

IBM Corp. (2022). IBM SPSS Statistics for Macintosh (Version 28.0). IBM Corp.

INEM. (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida: Vol. Versão 2.0 (1a Edição). INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>

IPOL. (2017). Procedimentos 2017: Procedimentos e protocolos utilizados em anestesia clínica e analgesia do pós-operatório. Baxter Médico Farmacêutica.

Jain, S., & Iverson, L. M. (2023). Glasgow Coma Scale.

Joint Commission International. (2023). Joint Commission International: who is JCI. <https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/>

Jones, K. S., Potts, E. A., & Byrd, J. W. T. (2013). Perioperative Care. Em *Operative Hip Arthroscopy* (pp. 441-453). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7925-4_34

Khazi, Z. M., An, Q., Duchman, K. R., & Westermann, R. W. (2019). Incidence and Risk Factors for Venous Thromboembolism Following Hip Arthroscopy: A Population-Based Study. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*, 35(8), 2380-2384.e1. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2019.03.054>

Kim, N., Yang, J., Lee, K. S., & Shin, I.-S. (2021). The Effects of Preoperative Education for Patients With Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Cancer nursing*, 44(6), E715-E726. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000871>

Klein, A. A., Meek, T., Allcock, E., Cook, T. M., Mincher, N., Morris, C., Nimmo, A. F., Pandit, J. J., Pawa, A., Rodney, G., Sheraton, T., & Young, P. (2021). Recommendations for standards of monitoring during anaesthesia and recovery 2021. *Anaesthesia*, 76(9), 1212-1223. <https://doi.org/10.1111/anae.15501>

Lavallée, J. F., Grogan, S., & Austin, C. A. (2019). Cancer patients' family members' experiences

of the information and support provided by healthcare professionals. *Health Education Journal*, 78(4), 416–427. <https://doi.org/10.1177/0017896918812511>

Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives: agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions* (7a ed.). Eyrolles.

Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, Pub. L. No. Diário da República, 1a série, nº181, 8059 (2015). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Levett, D. Z. H., Edwards, M., Grocott, M., & Mythen, M. (2016). Preparing the patient for surgery to improve outcomes. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 30(2), 145–157. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2016.04.002>

Liehn, M. (2022). The Instrument Table. Em 101 of *Surgical Instruments* (pp. 195–199). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-63632-9_5

Link, T. (2021). Guidelines in Practice: Electrosurgical Safety. *AORN Journal*, 114(1), 60–72. <https://doi.org/10.1002/aorn.13421>

Luo, J., & Min, S. (2017). Postoperative pain management in the postanesthesia care unit: an update. *Journal of Pain Research*, Volume 10, 2687–2698. <https://doi.org/10.2147/JPR.S142889>

Lynch, T. S., Terry, M. A., Bedi, A., & Kelly, B. T. (2013). Hip Arthroscopic Surgery. *The American Journal of Sports Medicine*, 41(5), 1174–1189. <https://doi.org/10.1177/0363546513476281>

Machado, N. (2014). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação* [Tese de doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa.

Maeder, B., Goetti, P., & Vauclair, F. (2017). [Clavicle fracture: what's new in 2017?]. *Revue medicale suisse*, 13(587), 2184–2188.

Malley, A., Kenner, C., Kim, T., & Blakeney, B. (2015). The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions. *AORN Journal*, 102(2), 181.e1-181.e9. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.06.004>

Matos, I. A., Alves, A. C., & Tereso, A. P. (2016). Lean Principles in an Operating Room Environment. *Journal of Health Management*, 18(2), 239–257. <https://doi.org/10.1177/0972063416637716>

Mauro, C. S., Voos, J. E., & Kelly, B. T. (2010). Femoroacetabular Impingement Surgical Techniques. *Operative Techniques in Orthopaedics*, 20(4), 223–230. <https://doi.org/10.1053/j.oto.2010.10.004>

MBA. (2020). *Sistema de Placas para a Clavícula: Técnica Cirúrgica*. Em *Sistema de Osteossíntese LOQTEQ* (pp. 1–36). MBA SURGICAL EMPOWERMENT.

- Mendes. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória no programa Enhanced Recovery After Surgery: implementação e avaliação [Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/32257>
- Mendes, C., Barroso, F., & Bordalo, I. (2021). Identificação e Avaliação do Risco. Em Lidel (Ed.), *Guia Prático para a Segurança do Doente (1a Edição)*, pp. 125–134).
- Mendes, & Ferrito, C. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série(No 8). <https://doi.org/10.12707/RV20216>
- Miranda, A. B., Fogaça, A. R., Rizzetto, M., & Cuvello Lopes, L. C. (2016). Posicionamento cirúrgico: cuidados de enfermagem no transoperatório. *Revista SOBECC*, 21(1), 52–58. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600010008>
- Moffatt-Bruce, S. D., Cook, C. H., Steinberg, S. M., & Stawicki, S. P. (2014). Risk factors for retained surgical items: a meta-analysis and proposed risk stratification system. *The Journal of Surgical Research*, 190(2), 429–436. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2014.05.044>
- Moola, S., & Lockwood, C. (2011). Effectiveness of strategies for the management and/or prevention of hypothermia within the adult perioperative environment. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(4), 337–345. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00227.x>
- Morton, P. J. (2012). Implementing AORN Recommended Practices for Minimally Invasive Surgery: Part I. *AORN Journal*, 96(3), 295–312. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.06.009>
- Motta, P. (2001). *Desempenho em equipas de saúde:Manual* (FGV, Ed.).
- Moyer, R., Ikert, K., Long, K., & Marsh, J. (2017). The Value of Preoperative Exercise and Education for Patients Undergoing Total Hip and Knee Arthroplasty. *JBJS Reviews*, 5(12), e2–e2. <https://doi.org/10.2106/JBJS.RVW.17.00015>
- Nagle, G. M. (2006). Perioperative Nursing. *Nursing Clinics of North America*, 41(2), xi–xv. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2006.02.001>
- Nayar, S. K., Kuwabara, A. M., Flores, J. M., Osgood, G. M., LaPorte, D. M., & Shafiq, B. (2018). Venous Thromboembolism in Upper Extremity Fractures. *The Journal of Hand Surgery (Asian-Pacific Volume)*, 23(03), 320–329. <https://doi.org/10.1142/S2424835518500303>
- Nayeri, N. D., & Aghajani, M. (2010). Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: A descriptive analytical study. *Nursing Ethics*, 17(2), 167–177. <https://doi.org/10.1177/0969733009355377>
- Nelson, P., Gori, M., Giannitelli, S. M., Vadalà, G., Papalia, R., Zollo, L., Sanchez, M., Trombetta, M., Rainer, A., Di Pino, G., Denaro, V., Weston, M., Chiodo, C., Zhang, L., Wang, W., Xie, B., Sun, P., Wei, S., Wu, H., ... Narr, B. J. (2022). Preventing Retained Surgical Items. *AORN Journal*, 14(6), 213–224. <https://doi.org/10.1891/JDNP-D-20-00045>

Nimmo, A. F., Absalom, A. R., Bagshaw, O., Biswas, A., Cook, T. M., Costello, A., Grimes, S., Mulvey, D., Shinde, S., Whitehouse, T., & Wiles, M. D. (2019). Guidelines for the safe practice of total intravenous anaesthesia (TIVA). *Anaesthesia*, 74(2), 211-224. <https://doi.org/10.1111/anae.14428>

Nobre, P. (2017). Riscos no bloco operatório: implicações na gestão [Master Thesis, Universidade da Beira Interior]. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/9570/1/5640_11613.pdf

Nunes de Oliveira, L. M., Pina Queirós, P. J., & Vicente Castro, F. (2016). A COMPETÊNCIA PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS. UM ESTUDO EM HOSPITAIS PORTUGUESES. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 1(2), 143. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>

Oliveira, A. de S. S., & Parreira, P. M. S. D. (2010). Intervenções de enfermagem e flebites decorrentes de cateteres venosos periféricos. Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 137-147.

OMS. (2009a). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009. Organização Mundial de Saúde, 1 - 189.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf?sequence=8&isAllowed=y

OMS. (2009b). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. WHO Press.

OMS. (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. OMS.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro%25257B%25255C_%25257DNorma%25257B%25255C_%25257Dde%25257B%25255C_%25257DDotacoesSeguras%25257B%25255C_%25257Ddos%25257B%25255C_%25257DCuidados%25257B%25255C_%25257Dde%25257B%25255C_%25257DEnfermagem%25257B%25255C_%25257D

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE (Ordem dos).

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: - Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Em 2017 (pp. 26-32). 3a Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesct

ecabril2018.pdf

Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pub. L. No. Diário da República, 2a série: nº49, Diário da República, Aviso no. 4511/2021 142 (2021).

Paula, M. A. B. de, & Santos, V. L. C. de G. (2003). O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 474-482. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000400010>

Peppin, J. F., Pergolizzi, J. V., Gan, T. J., & Raffa, R. B. (2021). The problem of postoperative respiratory depression. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 46(5), 1220-1225. <https://doi.org/10.1111/jcpt.13382>

Pereira, L. (2019). Impacto da acreditação no desempenho das organizações hospitalares [Master Thesis]. Universidade Nova de Lisboa.

Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L., & Carlsson, E. (2017). Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 674-686. <https://doi.org/10.1111/scs.12378>

Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L., Wallengren, C., Sarenmalm, E. K., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery – Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2904-2916. <https://doi.org/10.1111/jocn.14312>

Quintana, D. (2022). Surgical Conscience: A Concept Analysis for Perioperative Nurses. *AORN Journal*, 116(6), 533-546. <https://doi.org/10.1002/aorn.13827>

Rajendran, L. (2022). «Teamwork makes the dream work»- interdisciplinary team dynamics within the operating room. *Canadian medical education journal*, 13(1), 108. <https://doi.org/10.36834/cmej.74102>

Ramponi, D. R., & Jo Cerepani, M. (2021). Clavicle Fractures. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 43(2), 123-127. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000347>

Rathi, R., Vakharia, A., & Shadab, M. (2022). Lean six sigma in the healthcare sector: A systematic literature review. *Materials Today: Proceedings*, 50, 773-781. <https://doi.org/10.1016/j.matpr.2021.05.534>

Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, Pub. L. No. Diário da República: 2a Série, nº135, 19359 (2018). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, Pub. L. No. Diário da República, 2a série, nº26,

Diário da República 4744 (2019).

Regulamento (UE) 2017/745 do Parlamento Europeu e do Conselho de 5 de abril de 2017, Pub. L. No. L 117/1, Jornal Oficial da União Europeia (2017). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R0745>

Reis, C., Pereira, C., Cortez, C., Ferreira, A., & C R Henriques, I. (2023). Impact of the Perioperative Nurse on Surgical Patient Safety. *Health and Society*, 3(03), 82-102. <https://doi.org/10.51249/hs.v3i03.1404>

Robertson, J. M., Dias, R. D., Yule, S., & Smink, D. S. (2017). Operating Room Team Training with Simulation: A Systematic Review. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 27(5), 475-480. <https://doi.org/10.1089/lap.2017.0043>

Rothrock, J. C. (2018). *Alexander's Care of the Patient in Surgery-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Rowlands, A., & Steeves, R. (2010). Incorrect surgical counts: A qualitative analysis. *AORN Journal*, 92(4), 410-419. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.01.019>

Santos, M., Martins, J., & Oliveira, L. (2014). Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(3), 7-15. <https://doi.org/10.12707/RIII1393>

Seeley, R. R., Tate, P., & Stephens, T. D. (2003). *Anatomia & Fisiologia (Lusodidacta, Ed.; 6th editio)*.

Sepehrirad, E., Heidarzadeh, M., Asl, Z. E., Abbasian, Z., & Ashtari, S. (2021). The Relationship between Moral Sensitivity, Ethical Climate, and Job Strain with Patient Privacy from Viewpoint of Operating Room Staffs. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 26(2), 183-187. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_22_20

Sequeira, C., Sampaio, F., Coelho, T., & Lluch-Canut, T. (2016). Comunicação Clínica e Relação de ajuda. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3223.7686/1>

Silva, A. P. (2017). «Enfermagem Avançada»: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.

Sogbein, O. A., Shah, A., Kay, J., Memon, M., Simunovic, N., Belzile, E. L., & Ayeni, O. R. (2019). Predictors of Outcomes After Hip Arthroscopic Surgery for Femoroacetabular Impingement: A Systematic Review. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, 7(6), 232596711984898. <https://doi.org/10.1177/2325967119848982>

Sousa, L. M. de, & Santos, M. V. F. dos. (2021). Aplicação da escala de coma de Glasgow: uma análise bibliométrica acerca das publicações no âmbito da Enfermagem. *Research, Society and Development*, 10(14), e48101421643. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21643>

Sousa, P. (2010). Qualidade em saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados. *Revista TQM, Temático no1*, 19-31.

Soydaş Yeşilyurt, D., & Yıldız Findik, Ü. (2019). Effect of Preoperative Video Information on Anxiety and Satisfaction in Patients Undergoing Abdominal Surgery. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 37(8), 430-436. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000505>

SPMS. (2023). SClínico | Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH). <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>

Spruce, L. (2016). Back to Basics: Counting Soft Surgical Goods. *AORN Journal*, 103(3), 297-303. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.12.021>

Stryker. (2021). Sistema de distração Pivot Guardian. <https://www.stryker.com/pt/pt/sports-medicine/products/pivot-guardian-distraction-system/index-eu.html>

Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 61(1), 5-15. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.02.012>

Teixeira, E., & Figueiredo, M. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Referência*, 11(9), 7-14.

The Joint Commission. (2023). Sentinel Event Data 2022 Annual Review. http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Policy_and_Procedures/

Torres, G. C. S., Fernandez, D. F., Ledbetter, L., & Relf, M. V. (2021). Systematic Review of Preoperative Patient Readiness. *AORN Journal*, 114(1), 47-59. <https://doi.org/10.1002/aorn.13425>

Torres, G. C. S., & Macindo, J. R. B. (2018). Scale Development and Psychometric Evaluation of the Preoperative Assessment of Readiness Tool. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(6), 895-907. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.07.010>

Torres, G. C. S., Relf, M. V., & Tuazon, J. A. (2020). The mediating role of pre-operative patient readiness on surgical outcomes: A structural equation model analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(6), 1371-1383. <https://doi.org/10.1111/jan.14339>

Trigg, S. D., Schroeder, J. D., & Hulsopple, C. (2020). Femoroacetabular Impingement Syndrome. *Current Sports Medicine Reports*, 19(9), 360-366. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000748>

Turan, G., Ar, A. Y., Kuplay, Y. Y., Demiroglu, O., Gazi, M., Akgun, N., & Celikoglu, E. (2017). Índice de analgesia/nociceção para monitorização da analgesia perioperatória na cirurgia da

coluna vertebral. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(4), 370-375. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.03.004>

Turunen, E., Miettinen, M., Setälä, L., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). An integrative review of a preoperative nursing care structure. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7-8), 915-930. <https://doi.org/10.1111/jocn.13448>

van der Meijden, O. A., Gaskill, T. R., & Millett, P. J. (2012). Treatment of clavicle fractures: current concepts review. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 21(3), 423-429. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2011.08.053>

Varughese, A. M., Hagerman, N., & Townsend, M. E. (2013). Using quality improvement methods to optimize resources and maximize productivity in an anesthesia screening and consultation clinic. *Paediatric anaesthesia*, 23(7), 597-606. <https://doi.org/10.1111/pan.12185>

Vieira, R. (2021). Conflito Femoro-acetabular: Revisão da Literatura [Master Thesis]. Universidade da Beira Interior.

Volpon, J. B. (2016). Femoroacetabular impingement. *Revista Brasileira de Ortopedia (English Edition)*, 51(6), 621-629. <https://doi.org/10.1016/j.rboe.2016.10.006>

Waller, A., Forshaw, K., Bryant, J., Carey, M., Boyes, A., & Sanson-Fisher, R. (2015). Preparatory education for cancer patients undergoing surgery: A systematic review of volume and quality of research output over time. *Patient Education and Counseling*, 98(12), 1540-1549. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.05.008>

Wang, X., He, M., & Feng, Y. (2021). Handover Patterns in the PACU: A Review of the Literature. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36(2), 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.05.005>

Ward, W. G., Cooper, J. M., Lippert, D., Kablawi, R. O., Neiberg, R. H., & Sherertz, R. J. (2014). Glove and Gown Effects on Intraoperative Bacterial Contamination. *Annals of Surgery*, 259(3), 591-597. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182a6f2d9>

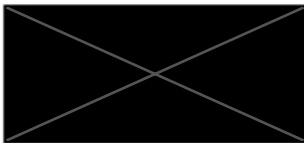
Webster, J., Lister, C., Corry, J., Holland, M., Coleman, K., & Marquart, L. (2015). Incidence and Risk Factors for Surgically Acquired Pressure Ulcers. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 42(2), 138-144. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000092>

Weston, M., & Chiodo, C. (2022). Preventing Retained Surgical Items. *AORN Journal*, 115(6), 569-575. <https://doi.org/10.1002/aorn.13697>

Zejnnullahu, V. A., Bicaj, B. X., Zejnnullahu, V. A., & Hamza, A. R. (2017). Retained Surgical Foreign Bodies after Surgery. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 5(1), 97-100. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2017.005>

8. ANEXOS

Anexo I



Serviço de Formação

(Acreditado pelo Despacho n.º 13019/98 (2ª Série) de 29/07, da Sra. Ministra da Saúde)

DECLARAÇÃO

Bloco Operatório

Declara-se para os devidos efeitos que Inês Catarina Ribeiro Henriques, exerceu funções de **Formador(a)** na formação em Serviço do ano 2023, subordinada aos temas:

TEMA	DATA	DURAÇÃO
Consulta de Enfermagem Pré-Operatória telefónica	18/04/2023	1 H
TOTAL		1 H

XXXX, 31 de Maio de 2023

~~A Coordenadora da Área de Enfermagem~~

 **E.P.E.**
(Lidia Maria Marques S. Videira)
Serviço de Formação



Anexo II

IMPRESSO - Consulta de Enfermagem Pré-operatória Telefónica

Identificação do doente

Nome preferencial _____

Vive acompanhado **Sim** **Não**

Rede Familiar **Sim** **Não**

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO/EXPECTATIVA

Proposta cirúrgica _____

Conhecimento da doença **Sim** **Não**

Observações _____

Conhecimento da cirurgia **Sim** **Não**

Observações _____

Expectativa/resultados esperados cliente pós-cirurgia _____

Experiências cirúrgicas prévias do
próprio/família _____

Observações _____

Religião/Restrições em funções das crenças _____

Peso: _____

Altura: _____

MEDICAÇÃO HABITUAL

Medicamento	Dose	Posologia	Observações

hervanária			

ANTECEDENTES PESSOAIS

Patologias e/ou Sintomas

HTA <input type="checkbox"/>	Doenças de tiróide <input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/>	Doenças respiratórias <input type="checkbox"/>
Ansiedade <input type="checkbox"/>	Doenças cardíacas <input type="checkbox"/>
Depressão <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>

Observações

ANTECEDENTES CIRÚRGICOS

Descrição _____ Data ___/___/___

Descrição _____ Data ___/___/___

Descrição _____ Data ___/___/___

Descrição _____ Data ___/___/___

Descrição _____ Data ___/___/___

ALERGIAS

Medicamentos **Sim** **Não** _____

Alimentares **Sim** **Não** _____

Látex **Sim** **Não** Outras _____

CONSUMOS

Álcool copos/dia _____

Tabaco cigarros/dia _____

Próteses

Dentária **Sim** **Não** Superior Inferior Removível Fixa

Lentes de contacto **Sim** **Não**

Ocular **Sim** **Não** Se sim porquê? _____

Auditiva **Sim** **Não** Se sim porquê? _____

Ortopédicas **Sim** **Não** Anca Joelho Coluna Material OOS

Quais? _____

Material implantando **Sim** **Não**

Quais? _____

AVALIAÇÃO

Febre nos últimos dias _____ Se sim, qual a temperatura? _____ °C

Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Local:

Caracterização:

Estado da pele

Íntegra

Lesão Local _____

Atividade Motora

Com Alterações

Ajuda para deambular Quais _____

Não deambula

Atividade Física Regular Qual _____

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Orientação

Tempo

Pessoa

Espaço

Observações _____

Calmo Ansioso Agitado

Comunicativo Não comunicativo

Observações _____

INTERVENÇÃO EDUCATIVA AO CLIENTE

JEJUM 6h sólidos e 2h de líquidos claros

MEDICAÇÃO

PREPARAÇÃO DA PELE

 Banho véspera de Clorhexidina 2%

 Banho no dia Clorhexidina 2%

REMOÇÃO PRÓTESES E ADORNOS

CIRCUITO NO DIA DA CIRURGIA

NÁUSEAS E VÔMITOS

 Conhecimento sobre náuseas e vômitos

DOR E ESCALA DA DOR

 Conhecimento sobre gestão da dor (PCA Epidural ou Endovenosa)

Demonstrou disponibilidade para aprender

Colocou dúvidas

 Quais _____

Dúvidas esclarecidas

Envio de guia de orientação

Observações _____

Anexo III

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA TELEFÔNICA

Durante a realização da consulta de enfermagem pré-operatória foi aplicado um guião previamente elaborado que permitiu a recolha de dados e também ser o fio condutor da consulta. O questionário, integrado no guião da consulta, encontra-se dividido em 2 secções. A primeira prevê a colheita de dados descritivos para a caracterização da amostra e a segunda contém as intervenções educativas pré-operatórias. A realização de consultas de enfermagem pré-operatórias telefónica iniciou-se em 17 de março e terminou 16 de Abril de 2023. Todos os participantes consentiram a realização da consulta pré-operatória por telefone. Para se obter uma caracterização da amostra (N=30) reuniram-se diversas variáveis descritivas. Para analisar os dados descritivos relativos à amostra foi utilizado o software IBM Software SPSS versão 28.0 para Mac (IBM Corp., 2022).

Tabela 1 - Características da Amostra

		Frequência	%
Género	Feminino	21	70,00%
	Masculino	9	30,00%
Idade	38-40	1	3,35%
	41-50	6	19,90%
	51-60	4	13,40%
	61-70	11	36,70%
	71-80	5	16,60%
	81-90	2	6,70%
	91-100	1	3,35%
Apoio Familiar	Vive acompanhado	24	80,00%
	Vive sozinho	6	20,00%
	Tem rede familiar	27	90,00%
	Não tem rede familiar	3	10,00%
Conhecimento Prévio	Da doença	26	86,70%
	Da cirurgia	29	96,70%
Experiências anteriores	Do próprio	25	83,30%
	De familiares	3	10,00%
Medicação Habitual	Com medicação habitual	24	80,00%
	Sem medicação habitual	6	20,00%
Comorbilidades	HTA	16	53,30%
	Diabetes Mellitus	4	13,30%
	Ansiedade	6	20,00%
	Depressão	4	13,30%
	Alterações na tiróide	4	13,30%
	Doenças cardíacas	4	13,30%
	Doenças respiratórias	3	10,00%
	Dislipidémia	6	20,00%
Outras	6	20,00%	

A tabela 1 apresenta as seguintes variáveis: género, idade, apoio familiar, conhecimento e experiências prévias, medicação habitual e comorbilidades. A amostra em estudo é maioritariamente feminina ($n=21$), com idades entre os 61-70 anos ($n=11$), seguindo-se a idade 41-50 anos ($n=6$). Quanto ao apoio familiar, 80% ($n=24$) dos participantes vivem acompanhados e 90% ($n=27$) têm rede familiar. Relativamente ao conhecimento prévio, cerca de 87% ($n=26$) afirma ter conhecimento acerca da sua doença e 97% ($n=29$) afirma ter conhecimento prévio relativo à sua cirurgia. A maioria da amostra, cerca de 83% ($n=25$), afirma ter experiências cirúrgicas anteriores do próprio face a apenas 10% ($n=3$) experiências anteriores de familiares. Quanto à medicação habitual, cerca de 80% dos participantes tem medicação habitual diária. Relativamente às comorbilidades, a que tem maior prevalência é a HTA com 53% ($n=16$), seguindo-se a ansiedade e a dislipidemia ambas com 20% ($n=6$). Na amostra a diabetes mellitus, a depressão, as alterações da tiróide e as doenças cardíacas têm cada cerca de 13% ($n=4$).

Na tabela 2 encontra-se a distribuição do procedimento cirúrgico da amostra em estudo. Sendo que a discectomia por endoscopia, a artroplastia e a artroscopia do joelho foram os procedimentos realizados com maior frequência na amostra, cada um representa 16.7% ($n=5$) da amostra, seguindo-se a artroplastia da anca que representa 13.3% ($n=4$).

Tabela 2 – Distribuição do Procedimento Cirúrgico

Procedimento cirúrgico	Frequência	%
Cinfoplastia	1	3,30%
Cirurgia da coluna minimamente invasiva	2	6,70%
Discectomia por via aberta (TLIF e XLIF)	3	10,00%
Discectomia por endoscopia	5	16,70%
Artroscopia da Anca	3	10,00%
Artroscopia do Joelho	5	16,70%
Artroplastia da Anca	4	13,30%
Artroplastia do Joelho	5	16,70%
Revisão de artroplastia da Anca	1	3,30%
Revisão de artroplastia do Joelho	1	3,30%

Na tabela 3 que segue temos a caracterização da amostra quanto ao peso, altura e IMC. Pela análise da mesma, os clientes da consulta apresentam um peso médio de 74.07 kg com o desvio padrão é 13.95. Quanto à sua altura média esta tem o valor de 163 cm com o desvio padrão de 8.07. Com estas variáveis é possível calcular o índice de massa corporal da amostra, sendo que 37% ($n=11$) da amostra encontra-se em excesso de peso, seguidamente 30% ($n=9$) da amostra tem o peso normal. Da totalidade da amostra o IMC médio é de 27.74 com o desvio padrão de

4.28, que se situa na classificação de excesso de peso podendo oscilar entre o peso normal e a obesidade de grau I.

Tabela 3 - Caracterização da amostra quanto ao peso, altura e IMC

		Frequência	%	Média	DP
Peso (kg)	50-59	3	10,05%	74,07	13,95
	60-69	9	29,90%		
	70-79	10	33,30%		
	80-89	5	16,70%		
	90-99	1	3,35%		
	100-109	1	3,35%		
	110-119	1	3,35%		
Altura (cm)	152-159	9	30,00%	163,20	8,07
	160-169	15	50,00%		
	170-179	4	13,30%		
	180-189	2	6,70%		
IMC	Baixo peso <18,5	0	0,00%	27,74	4,28
	Peso normal 18,5-24,9	9	30,00%		
	Excesso de peso 25-29,9	11	36,70%		
	Obesidade 30-34,9	8	26,60%		
	Obesidade extrema >35	2	6,70%		

Seguidamente a tabela 4 refere que cerca de 87% ($n=26$) dos clientes já tinham sido submetidos a procedimentos cirúrgicos anteriormente. Na tabela seguinte apresenta-se o número de experiências cirúrgicas anteriores dos clientes. Sendo que 23% ($n=7$) dos clientes tiveram três cirurgias anteriores, seguindo-se 20% ($n=6$) com uma e duas cirurgias anteriores, respetivamente.

Tabela 4 – Cirurgias anteriores

	Frequência	%
Com experiência de cirurgias anteriores	26	86,70%
Quantas?	1	20,00%
	2	20,00%
	3	23,35%
	4	10,00%
	5	10,00%
	8	3,35%

Relativamente a alergias, apenas 16.7% ($n=5$) dos clientes refere ter uma alergia medicamentosa. Para as restantes alergias, tais como a alimentos ou látex, nenhum cliente que realizou a consulta de enfermagem pré-operatória afirmou ter. A tabela 5 reporta ao consumo de álcool e tabaco, onde, 73% ($n=22$) dos clientes referem não beber e apenas 10% ($n=3$) refere

beber ocasionalmente às refeições. Relativamente ao tabaco, 73% ($n=22$) dos clientes é não fumador ou entanto é ex-fumador (23%, $n=7$).

Tabela 5 – Consumo de álcool e tabaco

Álcool	Frequência	%
Não bebe	22	73,3%
Raramente	2	6,7%
Ocasionalmente às refeições	3	10,0%
Todos os dias às refeições	2	6,7%
Todos os dias dentro e fora das refeições	1	3,3%
Tabaco		
Fumador	1	3,3%
Não-fumador	22	73,3%
Ex-fumador	7	23,3%

Quanto à utilização de próteses dentárias, 70% ($n=21$) dos clientes utilizavam. Questionou-se também quanto à presença de outro tipo de próteses, tais como oculares, auditivas, ortopédicas ou outro tipo de material implantando. Em 30 clientes, 10 (33.3%) destes tinham próteses ortopédicas, no entanto para os restantes tipos de próteses não existiu nenhum cliente. No que concerne à dor, foi aplicada a escala visual analógica da dor, que varia entre 0 e 10, onde 0 corresponde sem dor e 10 a pior dor alguma vez sentida. O nível 8 de dor é o mais prevalente na amostra (23.3%; $n=7$), seguido do nível 6 (20%; $n=6$) e do nível 5 (16.7%; $n=5$).

Tabela 6 – Dor pré-operatória

Escala da Dor	Frequência	%	Média	DP
0	1	3,3%		
1	0	0		
2	2	6,7%		
3	2	6,7%		
4	2	6,7%		
5	5	16,7%	5,83	2,31
6	6	20%		
7	3	10%		
8	7	23,3%		
9	1	3,3%		
10	1	3,3%		
Localização da Dor	Frequência	%		
Membros inferiores	1	3,3%		
Membro inferior Direito	3	10,0%		
Membro inferior Esquerdo	1	3,3%		
Região Inguinal Direita	4	13,3%		
Região Inguinal Esquerda	2	6,7%		

Região Lombar	7	23,3%
Região lateral da coxa direita	2	6,7%
Região lateral da coxa esquerda	1	3,3%
Joelho Direito	6	20,0%
Joelho Esquerdo	2	6,7%
Joelhos Direito e Esquerdo	1	3,3%
Características da Dor	Frequência	%
Com irradiação	19	63,3%
Em movimento	26	86,7%
Parado	9	30%
Contínua	24	80%
Intermitente	5	16,7%
Tipo queimadura	1	3,3%
Tipo moinha	27	90%
Tipo lancinante	5	16,7%

No que concerne ao exercício e à mobilidade, apenas 20% ($n=6$) dos clientes fazem exercício regularmente. No entanto, 80% ($n=24$) da amostra deambula sem apoios ou ajudas por oposição a 20% ($n=6$) dos clientes que necessitam de apoios à deambulação.

Tabela 7 – Exercício e Mobilidade

Exercício	Frequência	%
Exercício regular	6	20%
Mobilidade		
Deambulação sem ajudas	24	80%
Deambulação com ajudas	6	20%

A atitude dos clientes face à cirurgia, na sua grande maioria (76,7%; $n=23$) estavam ansiosos por oposição a apenas 23,3% ($n=7$) de clientes que verbalizaram sentirem-se calmos. Praticamente a totalidade dos clientes que aceitaram realizar a consulta de enfermagem pré-operatória telefónica apresentaram-se comunicativos ao longo da consulta e com disponibilidade para aprender (96,7%; $n=29$). Cerca de 93,3% ($n=28$) dos clientes consideraram que as dúvidas que tinham foram esclarecidas durante a consulta.

Tabela 8 – Atitude face à consulta / cirurgia

Atitudes	Frequência	%
Calmo	7	23,3%
Ansioso	23	76,7%
Comunicativo	29	96,7%
Não comunicativo	1	3,3%
Disponibilidade para aprender	29	96,7%
Dúvidas esclarecidas	28	93,3%

A tabela 9 é relativa às intervenções educativas pré-operatórias, onde, todas à exceção da medicação foram realizadas a 100% ($n=30$) da amostra. A medicação apenas foi realizada a 60% ($n=18$) dos clientes, pois apenas estes tinham medicação que deveria ser ajustada para que o processo cirúrgico decorresse em segurança. No dia da cirurgia, na ida ao BO 100% ($n=30$) os clientes demonstraram que adquiriram conhecimento prévio, pois cumpriram o jejum e a remoção de próteses e adornos. Quanto à medicação 94,4% ($n=17$) demonstrou que realizou o ajuste do regime terapêutico. Para a preparação da pele, 83,3% ($n=25$) verbalizou ter tomado banho na véspera da cirurgia e no próprio dia da mesma com clorexidina. Os restantes clientes também fizeram a sua higiene na véspera e no próprio dia, no entanto não conseguiram aceder ao gel de banho com clorexidina. Relativamente ao circuito da cirurgia cerca 83,3% ($n=25$) integrou a informação acerca do mesmo. Para as náuseas e vômitos, cerca de 96,7% ($n=29$) dos clientes afirmou que se recorda do que lhe foi explicado acerca desta sintomatologia, bem como 93,3% ($n=28$) dos clientes recordavam-se da escala analógica da dor e sentiam-se informados acerca de como deveriam proceder em caso de dor no pós-operatório.

Tabela 9 – Intervenções Educativas Pré-operatórias

	Consulta Frequência	Consulta %	Validação Frequência	Validação %
Jejum	30	100%	30	100%
Medicação	18	60% (100%)	17	94,4%
Preparação da pele	30	100%	25	83,3%
Remoção de próteses/adornos	30	100%	30	100%
Circuito da cirurgia	30	100%	25	83,3%
Náuseas e Vômitos	30	100%	29	96,7%
Dor e Escala da dor	30	100%	28	93,3%

Anexo IV

PROCEDIMENTO INTERNO - Consulta de Enfermagem Pré-Operatória Telefónica

1. Objetivo

Apresentar a estrutura da consulta de enfermagem pré-operatória

2. Aplicação

Serviço de Bloco Operatório Central do [REDACTED]

3. Definições e abreviaturas

Atualmente considera-se que os principais objetivos de uma avaliação pré-operatória adequada são:

- Reduzir a morbidade e a mortalidade do cliente cirúrgico;
- Preparar a equipa prestadora de cuidados para as necessidades especiais do cliente (identificadas no período pré-operatório);
- Promover informação adequada ao cliente de acordo com a sua experiência e prestar cuidados perioperatórios seguros e de qualidade.

Uma abordagem de cuidados perioperatórios que coloca o cliente no centro do processo deverá ser o objetivo dos enfermeiros perioperatórios. Para que esta abordagem seja possível a atuação da enfermagem deverá começar antes do internamento, num momento privilegiado de contato com o cliente, designado consulta de enfermagem pré-operatória. Sabe-se que o melhor momento para transmitir ao cliente informação sobre a sua intervenção cirúrgica é cerca de 10 a 14 dias antes do procedimento, visto que os níveis de ansiedade aumentam com o aproximar da data da cirurgia, mas também proporcionar ao cliente e família tempo para assimilar informação e a possibilidade de esclarecimento de dúvidas.

A consulta de enfermagem pré-operatória irá permitir conhecer melhor as necessidades de cuidados perioperatório do cliente, bem como integrar intervenções educativas pré-operatórias. Esta ação irá ajudar o cliente a preparar-se adequadamente para a cirurgia bem como promover a participação ativa no seu processo cirúrgico.

Estudos comprovam que a orientação e esclarecimentos no período pré-operatório prestados aos clientes contribuem positivamente para a sua recuperação. Estes promovem o aumento da confiança e diminuição do medo e ansiedade. Assim, a consulta de enfermagem pré-operatória é um fator comprovado de melhoria contínua e da qualidade dos cuidados de saúde.

Os objetivos da Consulta de Enfermagem pré-operatória são:

- Avaliação inicial do cliente;

- Realização de intervenções educativas pré-operatórias (conforme características e necessidades do cliente);
- Esclarecimento de dúvidas;
- Promover o autocuidado e a participação ativa do cliente no seu processo cirúrgico;
- Diminuição da ansiedade do cliente relativamente ao processo cirúrgico;
- Estabelecer uma relação de confiança com o cliente.

4. Responsabilidades

Enfermeiros especialistas em EMC na área da pessoa em situação perioperatória

5. Procedimento

Atividades:

- a) Recolha de informação sobre:
 - a. Identificação;
 - b. Rede familiar;
 - c. Proposta cirúrgica (conhecimento da patologia e da cirurgia)
 - d. Experiências prévias do próprio ou de familiares;
 - e. Peso e altura;
 - f. Medicação habitual;
 - g. Antecedentes pessoais;
 - h. Antecedentes cirúrgicos;
 - i. Alergias medicamentosas, alimentares e outras (p.e. látex);
 - j. Consumo de álcool e tabaco;
 - k. Próteses dentárias;
 - l. Próteses ortopédicas;
 - m. Outras próteses (tais como auditivas, intraoculares, material implantado);
 - n. Febre nos últimos dias;
 - o. Avaliação da dor;
 - i. Nível de dor (EVA);
 - ii. Localização da dor;
 - iii. Caracterização da dor;
 - p. Estado da pele;
 - q. Atividade física;
 - r. Necessidade de auxiliares de marcha;
- b) Avaliação emocional perante o processo cirúrgico;

- c) Avaliação emocional perante a consulta de enfermagem pré-operatória;
- d) Intervenções educativas pré-operatórias:
 - a. Jejum;
 - b. Medicação;
 - c. Preparação da pele;
 - d. Remoção de próteses e adornos;
 - e. Circuito no dia da cirurgia;
 - f. Náuseas e vômitos;
 - g. Dor e Escala da dor.

6. Documentos relacionados

Não aplicável.

7. Referências bibliográficas

- Bray, A. (2006). Preoperative Nursing Assessment of the Surgical Patient. *Nursing Clinics of North America*, 41(2), 135–150. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2006.01.006>
- Breda, L., & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência, V Série(Nº5)*. <https://doi.org/10.12707/RV20088>
- Carlsson, E., Pettersson, M., Hydén, L.-C., Öhlén, J., & Friberg, F. (2013). Structure and content in consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 820–826. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.07.002>
- Cotte Raffour, E., Viboud, C., Costa, N., & Kurzawa, C. (2019). The preoperative nursing consultation in elective surgery, an improvement in patient care | La consultation infirmière préopératoire en chirurgie programmée, une amélioration de la prise en charge des patients. *Inter Bloc*, 38(3), 137–139. <https://doi.org/10.1016/j.bloc.2019.06.004>
- Levett, D. Z. H., Edwards, M., Grocott, M., & Mythen, M. (2016). Preparing the patient for surgery to improve outcomes. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 30(2), 145–157. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2016.04.002>
- Mendes. (2021). *Consulta de enfermagem pré-operatória no programa Enhanced Recovery After Surgery: implementação e avaliação* [Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/32257>
- Mendes, & Ferrito, C. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência, V Série(Nº 8)*. <https://doi.org/10.12707/RV20216>
- Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L., & Carlsson, E. (2017). Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 674–686. <https://doi.org/10.1111/scs.12378>
- Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L., Wallengren, C., Sarenmalm, E. K., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery – Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13–14), 2904–2916. <https://doi.org/10.1111/jocn.14312>

- Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 61(1), 5–15. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.02.012>
- Turunen, E., Miettinen, M., Setälä, L., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). An integrative review of a preoperative nursing care structure. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7–8), 915–930. <https://doi.org/10.1111/jocn.13448>
- Varughese, A. M., Hagerman, N., & Townsend, M. E. (2013). Using quality improvement methods to optimize resources and maximize productivity in an anesthesia screening and consultation clinic. *Paediatric Anaesthesia*, 23(7), 597–606. <https://doi.org/10.1111/pan.12185>

8. Anexos

Impresso - Consulta de Enfermagem Pré-operatória Telefónica