escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

PADRÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERIODO INTRAOPERATÓRIO

Magali Alves Lopes

Coimbra, novembro de 2020

escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

PADRÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERIODO INTRAOPERATÓRIO

Magali Alves Lopes

Orientadora: Professora Doutora Maria da Conceição Giestas Baía Saraiva,
Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Co-Orientador: Professor Doutor Luís Leitão Sarnadas,
Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, novembro de 2020

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos

não é senão uma gota de água no mar.

Mas o mar seria menor, se lhe faltasse uma gota.”

(Madre Teresa de Calcutá)

AGRADECIMENTOS

À Prof.ª Doutora Conceição Baia, orientadora deste estudo, pelo conhecimento, acompanhamento e confiança para embarcarmos neste estudo de investigação.

Ao Prof. Doutor Luís Sarnadas, coorientador deste estudo, pelas sugestões proferidas no desenrolar desta investigação.

À Direção da instituição onde este estudo foi realizado, pela melhoria contínua sempre presente, pelo apoio e pelas horas despendidas aos seus colaboradores para a realização dos grupos focais.

À Enfermeira Sofia Mota, que com a sua sabedoria e capacidade de ouvir, criticar, encorajar e refletir sobre diversas questões ao longo do estudo. Pela sua capacidade de transmitir conhecimento académico e profissional e pela amiga que é.

Aos enfermeiros deste bloco operatório, que desde logo se prontificaram para entrar na aventura e encontraram disponibilidade para colaborar, sem os quais não seria possível a efetivação deste estudo de investigação.

Aos meus pais, Fátima Lopes e Carlos Lopes, o meu *core*, que me transmitiram os valores da responsabilidade, ambição e persistência, imprescindíveis para o alcance desta e tantas outras etapas da minha vida e pelo apoio incondicional na minha vida.

À Sabrina, minha irmã, pelo aconchego de fim de semana, pela leveza que me deu nos momentos mais pesados e, por me ter brindado com um amor sem igual, o meu Tomás.

Ao Daniel, namorado, companheiro e amigo, que foi o primeiro impulsionador deste passo importante na minha vida, que me motivou quando a vontade era desistir, e que celebrou comigo cada vitória alcançada. Pelo amor, paciência e motivação.

A todos aqueles que, de algum modo, contribuíram para a execução desta investigação e que merecem reconhecimento e gratidão.

A todos o nosso muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS

AORN	*Association on periOperative Registered Nurses*
BO	Bloco Operatório
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral de Saúde
DM	Dispositivos médicos
ECG	Eletrocardiograma
FR	Frequência Respiratória
ICN	*International Council of Nursing*
ICNP	*Internacional Classification of Nursing Practice*
ILC	Infeção do Local Cirúrgico
LPP	Lesão Perioperatória por Posicionamento
LVSC	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	*Operating Room*
PNDS	*Perioperative Nursing Data Set*
PNSD	Plano Nacional de Segurança do Doente
SO	Sala Operatória
SpO2	Saturação de oxigénio
TA	Tensão arterial
UCPA	Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

RESUMO

A clarificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem e a utilização de uma linguagem classificada, é fundamental para a elaboração de um padrão de documentação de cuidados, uma vez que permite que todos os enfermeiros tenham acesso a uma linguagem universal. Por sua vez, a documentação padronizada dos cuidados de Enfermagem prestados em contexto de bloco-operatório (BO) é crucial para a sistematização da informação, para a continuidade dos cuidados, bem como para a minimização dos erros e para a segurança dos doentes neste contexto.

Face ao exposto, formulou-se a seguinte questão de investigação: quais são os diagnósticos e intervenções de enfermagem, no período intraoperatório, dirigidos à pessoa adulta submetida a cirurgia eletiva, num BO de um hospital privado da região centro, de acordo com a CIPE? Para orientar o desenvolvimento da pesquisa e responder à questão, definiram-se os seguintes objetivos: identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem no período intra-operatório dirigidos à pessoa adulta submetida a cirurgia eletiva, num BO de um hospital privado da região centro; elaborar o padrão de documentação dos cuidados de enfermagem, no período intraoperatório, dirigidos à pessoa adulta submetida a cirurgia eletiva, num BO de um hospital privado da região centro, com a utilização de linguagem classificada (CIPE).

Este é um estudo qualitativo, exploratório, descritivo, com características de um estudo de caso. Foi utilizada a metodologia de *focus group* como técnica de recolha de informação. A população em estudo foram os enfermeiros do BO, de um hospital privado da região centro, que prestam cuidados à pessoa maior de 18 anos, submetida a cirurgia eletiva.

Deste modo, foram identificados 42 diagnósticos de enfermagem em três domínios de prestação de cuidados de enfermagem perioperatória: respostas comportamentais do doente e da família à cirurgia; segurança do doente e respostas fisiológicas do doente à cirurgia. Por fim, foram definidas as respetivas intervenções para cada diagnóstico identificado e elaborado o padrão de documentação dos cuidados de enfermagem intraoperatória deste contexto.

Palavras-Chave: doente cirúrgico, enfermagem intraoperatória; diagnósticos de enfermagem; intervenções de enfermagem; CIPE.

ABSTRACT

The clarification of nursing diagnoses and interventions and the use of a classified language is fundamental for the development of a standard care documentation, since it allows all nurses to have access to a universal language. On the other hand, the standardized documentation of nursing care provided in the context of the operating room (OR) is crucial for the systematization of information, for the continuity of care, as well as for the minimization of errors and for the safety of patients in this context.

In light of the above, the following research question was formulated: what are the diagnoses and nursing interventions, in the intraoperative period, addressed to the adult person undergoing elective surgery, in an OR of a private hospital in the central region, according to ICNP? To guide the development of the research and answer the question, the following objectives were defined: to identify nursing diagnoses and interventions in the intraoperative period addressed to the adult person undergoing elective surgery in an OR of a private hospital in the central region; to elaborate a standard of documentation in the intraoperative period, addressed to the adult person undergoing elective surgery, in an OR of a private hospital in the central region, using classified language (ICNP).

This is a qualitative, exploratory, descriptive study, with the characteristics of a case study. The focus group methodology was used as an information collection technique. The study population consisted of nurses from the OR, from a private hospital in the central region, who provide care to people over 18 years of age, who underwent elective surgery.

In this way, 42 nursing diagnoses were identified in three domains of intraoperative nursing care: behavioral responses of the patient and family to surgery; patient safety and the patient's physiological responses to surgery. Finally, the respective interventions were defined for each identified diagnosis and the standard of documentation of intraoperative nursing care in this context was elaborated.

Key-words: surgical patient, intraoperative nursing; nursing diagnoses; nursing interventions; ICNP.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos participantes em estudo..... 51

Tabela 2 – Padrão de documentação dos cuidados de enfermagem intraoperatória - Respostas comportamentais do doente e da família à cirurgia … 66

Tabela 3 – Padrão de documentação dos cuidados de enfermagem intraoperatória – Segurança do doente .....…… 78

Tabela 4 – Padrão de documentação dos cuidados de enfermagem intraoperatória - Respostas fisiológicas do doente à cirurgia ……..… 89

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 17

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA……..... 23

1.1. LINGUAGEM CLASSIFICADA CIPE® - DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM……..…… 32

2. O DOENTE CIRÚRGICO..... 39

2.1. MODELO TEÓRICO FACILITADOR DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO DOENTE CIRÚRGICO..... 40

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO..... 47

1.1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO..... 47

1.2. TIPO DE ESTUDO..... 48

1.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS..... 49

1.4. PARTICIPANTES E CONTEXTO DO ESTUDO..... 50

1.5. PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS..... 51

1.6. PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS..... 55

1.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS..... 57

PARTE III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS DO DOENTE E DA FAMÍLIA À CIRURGIA..... 61

2. SEGURANÇA DO DOENTE..... 69

3. RESPOSTAS FISIOLÓGICAS DO DOENTE À CIRURGIA..... 83

CONCLUSÕES..... 93

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 97

ANEXOS

ANEXO I – Autorização e Parecer da Comissão Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ANEXO II – Autorização do Conselho de Administração do Hospital Privado

APÊNDICES

APÊNDICE I - Consentimento informado

APÊNDICE II – Apresentação: Padrão de documentação de enfermagem no período intraoperatório

APÊNDICE III – Guião de entrevista

APÊNDICE IV – Inventário: Focos de enfermagem no período intraoperatório

APÊNDICE V – Inventário: Diagnósticos e intervenções de enfermagem no período intraoperatório

INTRODUÇÃO

A enfermagem como ciência prática, estrutura-se em torno de uma abordagem sistemática, designada por processo de enfermagem. Este método eficiente da organização do conhecimento, promove o planeamento dos cuidados bem como orienta a tomada de decisão. O processo de enfermagem integra 5 etapas: a avaliação, que inclui a colheita de dados sistemática; o diagnóstico, que engloba a análise dos dados e identificação das necessidades do doente; o planeamento, onde consta a definição das intervenções e resultados desejados; a implementação, onde se procede à execução do plano de cuidados; e a avaliação dos cuidados, com a determinação dos resultados e monitorização da resposta da pessoa bem como a eficácia das intervenções, com vista à reformulação do plano, se necessário.

Deste modo, por um lado, o processo de enfermagem permite ao enfermeiro envolver o doente nos cuidados, aumentando inclusivamente ao doente a sensação de controlo sobre os seus próprios processos de transição, melhorando desta forma os resultados finais. Por outro lado, minimiza erros de comissão ou omissão na prestação de cuidados, promove a continuidade dos mesmos, bem como a utilização de uma linguagem comum à prática, unificando a profissão e permitindo o desenvolvimento de documentação padronizada. Tal documentação é passível de ser investigada (qualitativa e quantitativamente) e transponível para o conhecimento global e científico de enfermagem. Assim, o processo de enfermagem pode ser aplicado em qualquer corpo teórico ou conceptual e no contexto de qualquer filosofia de enfermagem. Através do registo padronizado, fundamenta o que é a prática de enfermagem nos seus diversos contextos, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Doenges & Moorhouse, 2010).

Uma vez que a utilização de uma linguagem classificada é fulcral para a implementação e registo do processo de enfermagem, o *International Council of Nursing* (ICN) concebeu a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A implementação de uma terminologia uniforme e linguagem classificada facilitam a prestação de cuidados de enfermagem bem como a investigação dos resultados para a fundamentação da prática

baseada na evidência. Ressalva-se ainda o facto de permitir que a informação daí resultante seja transformada nos mais diversos indicadores, resultando num melhor planeamento e gestão das unidades de saúde.

Em Portugal, desde os anos 90, têm sido realizados esforços de melhoria na área dos sistemas de informação em enfermagem, com recurso a esta terminologia de escala global (Pereira, 2009). Esses esforços têm sido alvo de atenção, principalmente nos contextos de internamento na área hospitalar e dos cuidados de saúde primários, onde os focos estão identificados e os respectivos diagnósticos e intervenções formulados. Contudo, no período intraoperatório o processo de enfermagem não é, de uma forma generalizada, evidenciado com clareza, na documentação produzida. Por conseguinte, a documentação do processo de enfermagem realizada pelos enfermeiros do bloco operatório (BO) é ainda muito escassa, sendo o desafio identificar a melhor forma de descrever os problemas dos doentes, utilizando linguagem adequada.

Nesta linha sequencial, importa esclarecer que enfermagem perioperatória é definida pela *European Operating Room Nurses Association* (2019) como "predominantemente os cuidados de enfermagem nas áreas de intervenção cirúrgica, anestesiologia e cuidados pós-anestésicos" (p.4).

Em 1993, a *Association on periOperative Registered Nurses* (AORN), nos Estados Unidos da América, iniciou um projeto que visava desenvolver uma linguagem para enfermagem perioperatória, o *Perioperative Nursing Data Set* (PNDS). Esta linguagem foi validada clinicamente e aprovada pela *American Nurses Association*. A PNDS já se encontra em parte validada para a cultura portuguesa (Azevedo, Sousa e Jesus, 2017). Contudo, os investigadores acreditam que se existe uma linguagem universal que possibilita a transposição de dados e inferência de investigação, porquê fomentar uma linguagem específica para um contexto específico e não contribuir para a adaptação da CIPE à transversalidade dos contextos? A DGS (2017) refere que uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma, contribuindo para a diminuição de omissões de informação e promovendo a continuidade dos cuidados .

Assim como Leal, Carvalho, Santos, Sousa e Cubas (2016), que, através da realização de um estudo onde foram analisadas as notas de evolução de enfermagem, contribuiu com 15 novos termos para inclusão na CIPE, também os autores acreditam que seja este o caminho a seguir.

O *International Council of Nursing* (ICN) (2009) refere que a CIPE, por ser uma terminologia dinâmica, beneficia do seu desenvolvimento e aplicação a nível local, regional, nacional e internacional, pelo que incentiva ao desenvolvimento e teste de catálogos. Deste modo, permite aos enfermeiros que integrem a linguagem classificada com maior facilidade na sua prática, levando à elaboração de planos de cuidados e à obtenção de dados consistentes que descrevam o trabalho de enfermagem, promovendo uma melhoria na segurança e na qualidade dos serviços de saúde prestados.

A busca por cuidados de qualidade que satisfaçam as necessidades individuais da pessoa e sua família, deve ser o objetivo dos enfermeiros em geral e também dos enfermeiros do BO, facto que só é possível monitorizar com indicadores que traduzam efetivamente a prática de enfermagem.

O presente estudo emerge de uma necessidade sentida pela investigadora, que na sua prática profissional colabora e participa na disponibilização e gestão da informação produzida pelos enfermeiros no contexto do BO. A relevância deste estudo prende-se com o facto de a linguagem CIPE, neste âmbito, ser ainda uma quimera e a maioria dos sistemas de informação em enfermagem ainda não contemplarem este contexto de cuidados, razão pela qual se decidiu investigar quais os diagnósticos de enfermagem da pessoa submetida a cirurgia no período intraoperatório, num contexto particular.

Assim, a investigação incidiu no contexto de BO num hospital privado da região centro, cujo principal cliente é o doente cirúrgico. A busca pela qualidade dos cuidados e a satisfação dos doentes é uma preocupação diária desta instituição, pelo que esta foi uma temática que despertou o interesse dos investigadores.

Neste contexto, surge a questão de investigação: quais são os diagnósticos e intervenções de enfermagem, no período intraoperatório, dirigidos à pessoa adulta submetida a cirurgia eletiva, num BO de um hospital privado da região centro, de acordo com a CIPE? Para orientar o desenvolvimento do percurso da pesquisa e responder à questão, definiram-se os seguintes objetivos: Identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem no período intraoperatório, dirigidos à pessoa adulta submetida a cirurgia eletiva, num BO de um hospital privado da região centro; Elaborar um padrão de documentação dos cuidados de enfermagem no período intraoperatório, dirigidos à pessoa adulta submetida a cirurgia eletiva, num BO de um hospital privado da região centro, com a utilização de linguagem classificada (CIPE).

A natureza da questão de investigação orienta para a realização de um estudo de

abordagem qualitativa, exploratório, descritivo, cuja estratégia de investigação foi o *focus group*, que permitiu perceber as características dos doentes e o processo de cuidados dos enfermeiros no seu local de trabalho.

Esta dissertação encontra-se dividida em 3 partes. Na primeira consta o enquadramento conceptual, que foi realizado com base numa revisão integrativa da literatura e apresenta o conceito de Enfermagem perioperatória, abordando também o tópico da linguagem classificada CIPE - diagnósticos e intervenções de enfermagem e, de seguida, enquadra-se o Doente cirúrgico, com uma alusão à teoria das Transições, inserindo os cuidados perioperatórios nesta perspectiva. O enquadramento metodológico, na segunda parte, explicita as opções tomadas no que se prende com a problemática e o desenho do estudo. Esta parte integra ainda os procedimentos formais e éticos tidos em conta para o desenvolvimento da investigação. Na terceira parte, apresentação e discussão dos resultados, surge, como o nome indica, os resultados com a respetiva análise e discussão, tendo por base a fundamentação teórica de autores, onde se apresenta o padrão de documentação de cuidados de enfermagem resultante deste estudo de investigação. O estudo termina com as conclusões da investigação, as suas limitações e expectativas futuras.

PARTE I

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No decorrer desta parte, serão apresentados os conceitos centrais do estudo, tendo como sustentação o estado da arte relativa ao âmbito em estudo.

1. ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Até à década de 1960, as intervenções de enfermagem aos doentes cirúrgicos cingiam-se à colaboração na realização de cirurgias, atendendo aos pedidos da equipa médica e ao desenvolvimento de ações preventivas e promotoras de um ambiente intraoperatório seguro. Ao longo dos anos, a enfermagem no seio da equipa cirúrgica assumiu outras responsabilidades, resultando numa maior expansão da classe, maior busca de conhecimento científico na área e melhoria dos cuidados prestados (Giordani et al., 2015; Santos, Silva, Brito, Ferreira & Veras, 2013).

Neste sentido, define-se enfermagem perioperatória como o termo utilizado para descrever uma variedade de funções de enfermagem associadas à experiência cirúrgica e engloba três fases: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Cada fase começa e acaba num ponto particular e compreende uma ampla gama de atividades do processo de enfermagem (Giordani et al., 2015), tendo sempre por objetivo a prestação de um cuidado seguro e de qualidade, prevenindo complicações e riscos para o doente (Costa et al., 2018; Guido et al., 2014).

No período pré-operatório destaca-se um momento de especial relevância, a visita pré-operatória de Enfermagem, uma vez que permite ao enfermeiro do BO identificar necessidades da pessoa que será submetida a cirurgia e assim dar início à sistematização dos cuidados de enfermagem. Desenvolvida pelos enfermeiros do BO, a visita pré-operatória tem como objetivo planear os cuidados que serão implementados no período crítico que é o intraoperatório, sendo um momento de excelência para, entre outros aspetos, conhecer o doente e respetiva família. Além disso, permite ao doente

estabelecer um elo de ligação com o enfermeiro, criando uma figura que o irá acompanhar e apoiar neste processo de transição.

Neste momento de especial relevância, os enfermeiros colhem informação através de entrevista ao doente e respetiva família. Confirmam a identidade do doente, acedem aos registos médicos e de enfermagem, confirmam a existência de exames auxiliares de diagnóstico e confrontam a informação colhida com a transmitida pelo enfermeiro da unidade de internamento. Neste período, é possível realizar um exame físico e emocional do doente, ficando a conhecer as condições clínicas do mesmo e certificando-se que os cuidados pré-operatórios foram realizados (Giordani et al., 2015).

Toda esta colheita de informação visa a identificação das necessidades para a prestação de cuidados individualizados, além de permitir o planeamento e mobilização de recursos materiais e humanos, para o intra e pós-operatório, com vista à consecução de uma recuperação segura e efetiva.

Apesar do progresso das técnicas cirúrgicas e anestésicas, a ansiedade continua a ser um aspeto importante a atender, pois impõe grandes barreiras à recuperação pós-operatória em doentes cirúrgicos. Giordani et al. (2015), referem que o aumento da dor, náuseas, vómitos e ansiedade nos pós-operatório são alterações que se relacionam com a ansiedade do doente no pré-operatório.

Neste âmbito, o estudo de Sadati et al. (2013), analisa os efeitos da visita de enfermagem pré-operatória sobre a ansiedade e complicações pós-operatórias de doentes submetidos a colecistectomia laparoscópica. Os doentes do grupo de controlo receberam cuidados de enfermagem de rotina, sendo que aos doentes do grupo de intervenção foram realizadas duas entrevistas pré-operatórias, uma no dia antes da cirurgia e outra antes de entrar no BO e compararam a dor, náuseas, vómitos e outras complicações pós-operatórias. O estudo revelou que na admissão os níveis de ansiedade eram idênticos em ambos os grupos, sendo que a frequência de náuseas e vómitos na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), nível de dor pós-operatória, estabilização dos sinais vitais e intervalo de tempo para sair do leito, melhoraram significativamente no grupo de intervenção.

Deste modo, o estudo corrobora o referido anteriormente por Giordani at al. (2015), pois revelou que a visita pré-operatória pode diminuir o nível de ansiedade pré-operatória e complicações pós-operatórias do doente cirúrgico (Sadati et al., 2013). Também num estudo realizado por Gonçalves, Cerejo e Martins (2017) que analisou a relação entre a informação fornecida pelos enfermeiros e a ansiedade pré-operatória, concluiu que os

enfermeiros devem investir nesta área autónoma da Enfermagem, informando os doentes acerca dos cuidados de enfermagem que lhes serão prestados, utilizando para tal conhecimento técnico, rigor científico e uma linguagem adequada ao doente. Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais próximos do doente e, como tal, desempenham um papel fundamental na promoção do seu conhecimento.

Assim, esclarecer as dúvidas existentes, prestar apoio emocional, promover o ensino e esclarecer acerca do circuito do doente, procedimentos cirúrgicos, anestesia, tempos de espera e recuperação, entre outras informações, exigem do enfermeiro uma preparação adequada (Giordani et al., 2015; Vieira et al., 2017).

Essa preparação passa, por exemplo, por utilizar de forma adequada a comunicação. "O profissional de saúde deve saber quando falar, o que dizer e como dizer" (DGS, 2017, p. 5), sendo este um dos pilares da segurança do doente. Por outro lado, o domínio técnico-científico e as competências do enfermeiro perioperatório, quando associadas ao conhecimento das características sociodemográficas e clínicas do doente, podem subsidiar a sua prática para o planeamento de cuidados de qualidade em todas as fases do período perioperatório, incluindo na recuperação e reabilitação pós-operatória (Giordani et al., 2015).

O período intraoperatório começa quando o doente é transferido para o BO e é transmitida a sua informação ao enfermeiro do BO (Giordani et al., 2015), e termina quanto o doente é transferido para a UCPA. Sabe-se que neste período, as funções de enfermagem são exercidas em 3 áreas: anestesia, circulação e instrumentação cirúrgica. Contudo, o objetivo geral das intervenções de enfermagem no BO é transversal às 3 funções: promover a segurança do doente e implementar medidas para reduzir complicações.

Esta afirmação é apoiada pelo estudo de Rauta (2019), em que através da colaboração de 55 especialistas convidados a participar num painel de *Delphi*, estudaram quais os elementos centrais da enfermagem perioperatória na Finlândia. Os elementos centrais da enfermagem perioperatória foram inicialmente definidos com base na literatura e na experiência clínica do grupo de trabalho. Posto isto, o estudo revela que a enfermagem perioperatória integra quatro domínios: respostas comportamentais do doente e da família à cirurgia, a segurança do doente, as respostas fisiológicas à cirurgia e o sistema de saúde necessário para prestar cuidados perioperatórios (Petersen referido por Rauta, 2019). Ao descrever a realidade da prática de enfermagem perioperatória, essas

dimensões ofereceram uma estrutura para clarificar o que os enfermeiros perioperatórios fazem na sua prática profissional. Por conseguinte, os resultados do estudo evidenciaram que a segurança do doente é o principal objetivo de grande parte das intervenções no âmbito da enfermagem perioperatória (Rauta, 2019).

Contudo, por vezes a dinâmica dos cuidados de enfermagem realizados no ambiente de BO são muitas vezes direcionados para a objetividade das ações, cuja intervenção é de natureza técnica, com interação social restrita. Isso ocorre em virtude da priorização das atividades de gestão e da evolução da tecnologia para a modernização do controlo das funções vitais (Silva & Alvim referido por Santos et al., 2013). Porém, crê-se que o paradigma está em transformação e a título de exemplo, além de o enfermeiro garantir o início do procedimento anestésico-cirúrgico com monitorização dos sinais vitais, colaborar durante a indução anestésica, auxiliar no posicionamento do doente na mesa cirúrgica, exercer funções de instrumentação e circulação (Giordani et al., 2015), também desenvolve outras tantas atividades que favorecem a comunicação com a equipa multidisciplinar, com o próprio doente e respetiva família, bem como promove a segurança do doente neste período.

Um estudo recente revelou que ocorrem eventos adversos em 30% dos doentes adultos hospitalizados, sendo que outros quase eventos não são relatados (Steelman & Graling, 2013). A complexidade do procedimento cirúrgico, anestesia, tecnologia inerente, aumentam o risco do doente durante a experiência perioperatória, sendo que os enfermeiros estão numa posição única para entender e prevenir os eventos adversos e as falhas que ocorrem diariamente.

Em dezembro de 2011, a AORN solicitou aos seus membros que indicassem o que consideravam ser os problemas de segurança do doente, que necessitavam de ser abordados com maior prioridade. Para os 10 principais problemas de segurança identificados, a AORN solicitou relatórios aos enfermeiros que lhes forneceram uma compreensão mais completa dos fatores contribuintes. Tais relatórios permitiram o desenvolvimento de recomendações específicas de melhoria (Steelman & Graling, 2013).

Segundo Steelman e Graling, (2013) as 10 prioridades identificadas relativamente à segurança do doente foram: local errado, procedimento errado, doente errado; retenção de instrumentos cirúrgicos; erros de medicação; falha no reprocessamento de materiais; úlceras de pressão; identificação de espécimes; risco de incêndio; hipotermia;

queimaduras por dispositivos elétricos; via aérea difícil e entubação difícil/emergências respiratórias.

De forma breve, serão apresentados alguns aspetos fulcrais de cada um dos riscos referidos. Assim, relativamente à cirurgia no local errado, mais de dois terços dos enfermeiros perioperatórios que responderam ao questionário referiram a marcação do local cirúrgico como uma das primeiras cinco prioridades, sendo este dado surpreendente, uma vez que as iniciativas para mitigar este *never event* já apresentam um longo caminho de trabalho. Em 1998, a *Joint Comission* emitiu a primeira recomendação relativamente à marcação do local cirúrgico e utilização de *check-list.* Contudo, estima-se que ocorram 40 cirurgias no local errado, doente errado e procedimento errado por semana nos Estados Unidos da América, sendo que permanece o segundo evento sentinela mais reportado (*Joint Comission* referido por Steelman & Graling, 2013).

Outro aspeto de alta prioridade na segurança do doente é a retenção inadvertida de instrumentos cirúrgicos. Estima-se que uma em cada 5.550 cirurgias seja retido um item. Este é um evento sentinela prevenível, contudo o mais frequentemente relatado à *Joint Comission* entre 2010 e 2013. As causas mais frequentemente identificadas para estas falhas incluem distração, multitarefa, não cumprimento do procedimento de contagem e pressão de tempo (Steelman & Graling, 2013).

Outro aspeto de singular importância na segurança do doente é a prevenção dos erros de medicação. Embora o número real que ocorre a cada ano seja desconhecido, os erros de medicação resultantes em morte ou lesão grave foram o nono evento sentinela mais frequentemente comunicado à *Joint Comission* (*Joint Comission* referido por Steelman & Graling (2013).

As falhas no reprocessamento de dispositivos cirúrgicos, uma vez que não são de notificação obrigatória, a sua extensão não é conhecida (Steelman & Graling, 2013).

Relativamente à prevenção das úlceras de pressão, mais de um milhão de pessoas desenvolvem úlceras de pressão adquiridas no hospital a cada ano, sendo 25 a 30% associadas ao BO (Bliss e Simini, referido por Steelman & Graling, 2013). A longa duração da imobilidade durante os procedimentos cirúrgicos coloca os doentes em risco aumentado (Steelman & Graling, 2013) para o desenvolvimento deste tipo de lesões. Guido et al. (2014), também ressalva esta área específica como um domínio de intervenção de enfermagem.

No que concerne aos espécimes cirúrgicos, os erros prendem-se maioritariamente com espécime não identificado, frasco vazio, lateralidade, tecido ou doente incorretos e doente não identificado. Estes erros resultam em atraso nos cuidados, falha na implementação de tratamento adequado, reoperações e falha na confiança nos cuidados de saúde. Tais lapsos ocorrem por falhas de comunicação, interrupções, pressão de tempo e utilização de etiquetas do doente anterior (Steelman & Graling, 2013).

A hipotermia é um risco ao qual todos os doentes cirúrgicos submetidos a uma anestesia estão sujeitos (Steelman & Graling, 2013) e que deve ser prevenido pelo impacto que pode ter no bem-estar do doente. Uma revisão da literatura publicada em 2012 (Knaepel referido por Steelman e Graling, 2013), estima que este fenómeno tenha uma incidência de 70%. A hipotermia tem como consequência aumentar o risco de ILC no pós operatório, triplicar o risco de ocorrência de um evento cardíaco, causar coagulopatia, aumentar o tempo de atuação dos bloqueadores neuromusculares e atrasar a recuperação do doente.

Em Portugal, existe em discussão desde 2015 um feixe de intervenções com vista à prevenção de ILC (DGS, 2015), onde uma das intervenções é a monitorização da temperatura e prevenção da hipotermia com vista à prevenção de ILC. A utilização de métodos de aquecimento passivos e ativos, são também intervenções descritas para a minimização desta alteração no doente (Guido et al. 2014). Por se tratar de um diagnóstico frequente e de extrema importância, a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia publicou em 2017 um guia, onde aborda os fatores de risco e as ações a implementar para a manutenção da normotermia durante o período perioperatório.

Outro aspeto a que os doentes ficam inadvertidamente expostos no decorrer das cirurgias é ao risco de queimadura. Estima-se que ocorram 11,9 queimaduras por 100 000 admissões no BO e que dois terços se relacionem com a utilização do aparelho de eletrocirurgia. Ao usar a eletrocirurgia, o enfermeiro deve estar ciente por exemplo, da localização do elétrodo dispersivo adequado ao doente e que o bisturi deve estar protegido quando não estiver a ser utilizado (Lipscomb referido por Steelman & Graling, 2013).

O décimo risco identificado, consiste nas emergências respiratórias e entubação difícil. Tal incidente pode provocar hipoxia com consequente lesão cerebral, sendo a causa de morte mais frequente relacionada com o ato anestésico. Os fatores que limitam a resposta da equipe relacionam-se com o facto dos equipamentos estarem localizados em locais dispersos, os enfermeiros não estarem familiarizados com os equipamentos, não

possuírem um plano de ação ou papéis definidos e terem dificuldade na obtenção de assistência especializada (Steelman & Graling, 2013).

A fim de prevenir a ocorrência de alguns dos problemas de segurança referidos, e seguindo as orientações da OMS, em 2013 a DGS deixou claro através da publicação da Norma 02/2013 a obrigatoriedade da implementação do projeto ”Cirurgia Segura, Salva Vidas” em todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde e das entidades com ele contratadas, sendo considerado o padrão mínimo de qualidade clinica. Provindo de orientações da OMS, um dos instrumentos utilizados para a sua operacionalização é a Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (LVSC), que deve ser preenchida em todas as cirurgias, bem como o *Apgar* Cirúrgico (DGS, 2013).

Relativamente à LVSC, cada local de prática clínica deve adapta-la às suas próprias circunstâncias, e a sua verificação deve ser da responsabilidade de uma única pessoa. Esta é designada coordenador da lista de verificação e é nomeada pela DGS (2013), como sendo habitualmente o enfermeiro circulante. Contudo, poderá ser qualquer elemento da equipa que participa na cirurgia.

Assim, de forma breve, a LVSC contempla três tempos: antes da indução anestésica, antes da incisão na pele e antes de o doente sair da sala operatória. Dentro de cada momento, estão integrados diversos aspetos cruciais a serem confirmados pelos diferentes intervenientes no procedimento, isto é, cirurgião, anestesista e enfermeiros.

No primeiro tempo, antes da indução da anestesia, o coordenador da lista deve confirmar a identidade do doente, o tipo de procedimento previsto, o local da cirurgia e que o consentimento para a cirurgia foi dado. De seguida, deve confirmar que o cirurgião que realiza a cirurgia marcou o local da cirurgia. O passo seguinte consiste na confirmação com o anestesista que o equipamento de anestesia está operacional, bem como o *score* do risco anestésico do doente. O coordenador da LVSC confirma que o oxímetro de pulso foi colocado ao doente e está a funcionar corretamente e de seguida, deve confirmar se o doente tem alguma alergia ou previsão de via aérea difícil. O risco de aspiração deve também ser tido em conta no que concerne à avaliação da via aérea. Se o doente tiver sintomas de refluxo ativo ou o estômago cheio, a equipa deve preparar-se para a possibilidade de aspiração, sendo que o risco pode ser reduzido, por exemplo, utilizando técnicas de indução rápida e efetuando pressão na cricoide durante a indução (DGS, 2010). Por fim, o coordenador pergunta à equipa de anestesia se há risco de hemorragia, isto é, se o doente tem risco de perder mais de 500ml de sangue durante a cirurgia, a fim

de assegurar intervenções para este evento critico (DGS, 2010).

O segundo tempo da LVSC consiste no momento antes da incisão na pele. Aqui o coordenador solicita que cada pessoa na sala se apresente. De seguida, a equipa deve parar e confirmar, verbalmente, o nome do doente, a cirurgia a ser realizada e o local da cirurgia, novamente. Para reduzir o risco de infeção do local cirúrgico, o coordenador irá perguntar se o antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos, bem como se a profilaxia tromboembólica é aplicável e está assegurada. Posteriormente, é discutida a antecipação de eventos críticos, através de uma rápida partilha de informação, entre o cirurgião, o anestesista e a equipa de enfermagem (DGS, 2010).

O último momento da LVSC ocorre antes do doente sair da SO. Neste momento é novamente confirmado o procedimento cirúrgico efetuado, devido ao facto de o procedimento poder ter sido mudado ou expandido durante o decorrer da cirurgia. De seguida, o enfermeiro instrumentista, ou o circulante, deve confirmar verbalmente a integridade da contagem final dos itens contáveis. Posto isto, o enfermeiro circulante deve confirmar a rotulagem correta de amostras para análise, além de garantir também que os problemas ocorridos com equipamentos, durante a cirurgia são identificados pela equipa. Por último, cirurgião, anestesista e enfermeiro devem rever o plano de recobro e de gestão pós-operatório, com especial ênfase para problemas intraoperatórios ou anestésicos que podem afetar o doente (DGS, 2010).

No que concerne ao Índice de *Apgar* Cirúrgico, este é:

> Calculado após o terceiro momento previsto na Lista de Verificação, a ser assegurado pelo equipe cirúrgica, permite dar feedback imediato e objetivo aos prestadores de cuidados sobre a condição do doente nesse exato momento, em termos de risco de complicações pós-operatórias imediatas, podendo conduzir a uma melhor gestão de meios para os fins previstos, dando ainda informação sobre mortalidade esperada até ao 30º dia de pós-operatório (DGS, 2013, p.5).

É calculado através da avaliação intraoperatória de perda de sangue estimada, da menor frequência cardíaca e da menor tensão arterial média.

Assim, com a aplicação de *check-lists* é possível confirmar a implementação de boas práticas e intervenções de enfermagem que visam promover a segurança do doente.

Em Portugal, está também em vigor o Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020 que alerta para outras questões ainda não mencionadas, uma das quais as

quedas. Esta é a segunda principal causa de mortes acidentais ou não intencionais em todo o mundo, sendo que, “em Portugal, de acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes (Notific@), 21% do total de incidentes notificados são incidentes relacionados com quedas” (DGS, 2019 p.9), sendo esta uma problemática transversal aos diversos contextos no meio hospitalar (DGS, 2019), dos quais o BO. Um dos 9 objetivos do PNSD é prevenir a ocorrência de quedas, sendo a avaliação de risco e a implementação de medidas imperativo para a sua consecução. Na referida Norma está ainda explícito que a avaliação do risco cabe ao enfermeiro. Assim, uma vez que esta avaliação deve ser feita sempre que ocorre alteração do estado clinico; no momento de transferência intra ou inter-hospitalar; e quando ocorre uma queda, é inquestionavelmente uma intervenção dos enfermeiros perioperatórios.

Assim, é patente a diversidade de focos de atenção, diagnósticos possíveis e de intervenções que o enfermeiro deve conhecer e planear, a fim de proporcionar uma experiência cirúrgica isenta de danos para o doente.

Tal afirmação vai também ao encontro do estudo realizado em 2017, no Gana, por Adugbire, Aziato, Dedey (2017) cujo objetivo foi explorar as experiências de doentes cirúrgicos acerca dos cuidados de enfermagem pré e intraoperatórios. Assim, os doentes referiram que os enfermeiros foram capazes de tranquilizar, aconselhar e capacitar os doentes quando necessário. Contudo, não conseguiram envolve-los nos seus cuidados. Outro aspeto referido foi que os enfermeiros não tiveram em conta a história clínica dos doentes, geriram de forma desadequada a dor durante a cirurgia e as medidas de segurança não foram adequadamente implementadas. Destas ações, resultaram danos para os doentes, que sofreram lesões devido à incorreta utilização de equipamentos e receberam informações inadequadas. Assim, apesar do contexto do estudo ser distinto da realidade portuguesa, a investigação consolida os dados referidos anteriormente, pois revela que os enfermeiros precisam de conhecimento e formação distinta salientando a singular importância da segurança do doente como elemento central da enfermagem perioperatória. Esta foi também uma das conclusões da revisão da literatura realizada por Guido el al. (2014), onde ressalva a ideia de que os enfermeiros requerem conhecimento específico e o desenvolvimento de capacidades de gestão do cuidado e da tecnologia associada.

Por fim, pode afirmar-se que o período intraoperatório decorre sem dúvida num ambiente complexo, cuja intervenção dos profissionais de enfermagem é fulcral para que cada cirurgia decorra sob a prestação de cuidados de qualidade, seguros e efetivos.

O período pós-operatório inicia-se após o doente ser transferido para a unidade de cuidados pós anestésicos. Nesta transição, a passagem de informação deve comportar dados relativos a considerações pré e intraoperatórias, procedimentos cirúrgico e alterações adicionais do estado do doente (Giordani et al., 2015).

No pós-operatório imediato o foco será a avaliação dos efeitos anestésicos com monitorização dos sinais vitais, promoção do conforto e alívio da dor, prevenção de complicações pós-operatórias, alterações sistémicas e stresse do doente, pois podem alterar a recuperação fisiológica principalmente no que se refere à cicatrização da ferida operatória e à estabilização hemodinâmica (Giordani et al., 2015).

Cunha e Peniche (referido por Santos et al., 2013) ressalvam ainda que os cuidados iniciados no BO deverão ter continuidade na UCPA, fase delicada e importante na recuperação do doente submetido à intervenção cirúrgica. Além disso, as intervenções desenvolvidas irão ao encontro da estabilização do doente para a posterior transferência para a unidade de internamento, com vista a uma recuperação precoce.

1.1. LINGUAGEM CLASSIFICADA CIPE - DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Para que possa haver um cuidado contínuo ao doente cirúrgico, os cuidados devem ser sistematizados e a comunicação entre sectores deve ser também ela sistematizada e fluente. Isto é, desde a admissão, internamento pré-operatório, intraoperatório e pós operatório, os cuidados devem ser contínuos, traçados com vista a objetivos comuns. Posto isto, importa que o plano de cuidados esteja definido e que a aplicação das intervenções seja operacionalizada no decorrer do processo, com vista à estabilização e reabilitação precoce do doente cirúrgico.

Um estudo desenvolvido por Santos et al. (2013), cujo objetivo foi descrever os cuidados de admissão do doente cirúrgico pelos profissionais de enfermagem no BO e na UCPA, e identificar as principais complicações e as estratégias adotadas, como recursos e cuidados de enfermagem, concluiu que entre as fragilidades da resposta dos enfermeiros

às complicações está a ausência de comunicação entre as unidades (45%).

Assim, a implementação da sistematização dos cuidados de enfermagem foi a principal estratégia citada pelos enfermeiros (72,8%) para transpor esta dificuldade.

Também Giordani et al. (2015), ressalvam que os cuidados de enfermagem devem ser orientados por documentação que direcione as suas etapas e a sua continuidade.

A DGS (2017) afirma que a nível internacional, 70% dos eventos adversos se relaciona com falhas na comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados ao doente. Uma das formas de garantir a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma (DGS, 2017).

Para tal, sabe-se que o processo de enfermagem é o instrumento orientador do cuidado e que deve ser implementado nos diversos contextos de atuação, de um modo formal e estruturado, com todos os passos que o compõem.

Este método que organiza e facilita o cuidado, é constituído pela colheita de informação, elaboração de diagnósticos de enfermagem, planeamento de cuidados, implementação de intervenções e avaliação de resultados (Vieira et al., 2017). Assim, é considerada a maior representação do método científico da profissão e caracteriza-se por ter uma metodologia própria que evidencia a essência da enfermagem, através da organização das atividades. Além disso, faz a ponte entre a teoria e a prática, estimula o pensamento crítico e a criatividade, permitindo desse modo a resolução de problemas (Silva, Sousa & Silva, 2016) e a documentação da prática profissional (Vieira et al., 2017; Santos et al., 2013).

Sabe-se que a instituição de protocolos traduz-se na redução significativa de ocorrência de danos para o doente cirúrgico e estabelece padrões de segurança, como são as *check-lists* (Costa, 2018), já referidas anteriormente. Contudo, a utilização sistematizada do processo de enfermagem customiza os cuidados, sendo instrumentos sinérgicos no cuidado seguro e de qualidade no período perioperatório. A sistematização dos cuidados proporciona conhecimento fundamentado com base nos problemas identificados no doente. Assim, a sua execução torna-se imprescindível para a recuperação e segurança do doente (Costa, 2018). Isto é, o processo de enfermagem permite ainda a promoção e manutenção da saúde, particularmente com a formulação de diagnósticos de enfermagem. O enfermeiro, através do exame físico e história do doente, é capaz de identificar problemas, sinais e sintomas que necessitam de intervenção profissional, a fim

de ajudar o doente na melhoria do seu estado de saúde (Vieira et al., 2017). Assim, formular um diagnóstico de enfermagem requer conhecimento científico profissional, julgamento crítico e experiência prática (Oliveira et al., 2017).

Há ainda a referir, que a elaboração de diagnósticos de enfermagem promove o desenvolvimento de sistemas de classificação, assim como a criação de conceitos que fazem parte da linguagem profissional da ciência da enfermagem (Silva et al.,2016).

Neste âmbito, um estudo exploratório descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvido por Vieira et al. (2017) teve por objetivo identificar os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem dos doentes hospitalizados num serviço de cirurgia de um hospital universitário. Através da análise dos registos de enfermagem, foram identificados 426 diagnósticos (Vieira et al., 2017). Os autores concluíram que a identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem proporcionam um cuidado sistemático, individualizado e de qualidade. Além disso, referem ainda que a utilização de uma teoria orientadora da prática dos enfermeiros favorece o olhar holístico sobre o doente, a fim de obter resultados positivos para o seu cuidado (Vieira et al., 2017).

Também Oliveira et al. (2017) desenvolveram um estudo qualitativo, tipo estudo de caso em que identificaram os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem de um doente prostatectomizado, utilizando a CIPE 2015, sendo os diagnósticos de enfermagem prioritários dor aguda, risco de infeção, integridade da pele comprometida, deambulação comprometida e ansiedade. Deste modo, foi possível traçar um plano adequado às suas necessidades de saúde, proporcionando um cuidado integral e individualizado para o doente. Segundo o mesmo autor, as intervenções implementadas foram, entre outras, no âmbito da monitorização dos sinais vitais e avaliação da ferida cirúrgica, minimizando os riscos de infeção, e avaliação da dor, no sentido de a controlar. Relativamente à redução da ansiedade, o autor refere estabelecer relação com o doente, bem como facultar ao doente informações sobre a cirurgia.

Novaes, Torres e Oliva (2013) identificaram a frequência de diagnósticos de enfermagem em doentes cirúrgicos, através de um estudo transversal, descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa. Assim, foram identificados 301 diagnósticos de enfermagem, com média de 12 por doente. Apenas quatro diagnósticos apresentaram frequência acima de 50%, sendo os mais frequentes: risco de infeção (100%), integridade da pele comprometida (92,8%), disposição para bem-estar espiritual aumentada (75%), disfunção sexual (53,5%) e padrão do sono perturbado (42,8%). Assim, os resultados demostraram

uma ampla variedade de diagnósticos na população estudada, reflexo da diversidade de cuidados a serem prestados.

Ambos os estudos concluem que a identificação das necessidades de cuidados favorece a implementação de intervenções específicas, contribuindo para a qualidade do cuidado de enfermagem, sendo que Novaes et al. (2013), acrescentam que o levantamento dos diagnósticos de enfermagem em populações específicas possibilita o conhecimento das respostas humanas alteradas, contribuindo para o alcance de um cuidado individualizado e holístico.

Relativamente a populações específicas e no que concerne à população idosa, El-Sharkawy, Sahota, Maughan e Lobo (2014), realizaram uma revisão da literatura cujo objetivo era destacar os principais aspectos das alterações fisiopatológicas relacionadas com a idade que afetam o equilíbrio de líquidos e eletrólitos em idosos e enfatizar a sua importância no período perioperatório. Este estudo evidenciou que os idosos são suscetíveis à desidratação e alterações eletrolíticas devido a múltiplos fatores, desde incapacidade física, que restringe o acesso à ingestão adequada de líquidos ou incontinência urinária, que pode levar os idosos a restringir sua ingestão, a causas iatrogénicas, incluindo polimedicação e uso não monitorizado de diuréticos e outros medicamentos. Também referem que a falta de conhecimento do doente levam a altas taxas de readmissões hospitalares relacionadas à desidratação após a alta, principalmente em doentes cirúrgicos. As manifestações clínicas de desidratação incluem pele seca, turgor cutâneo reduzido e mucosas secas, ou, em alguns casos, tonturas e apatia. Deste modo, El-Sharkawy et al. (2014) referem que a terapia com líquidos e eletrólitos é uma parte essencial dos cuidados perioperatórios e tem uma relação direta com os resultados.

Assim, o reconhecimento da desidratação pode ser difícil, em parte devido à monitorização inadequada e aos desafios em registar o balanço hídrico preciso, responsável pela entrada e saída reais, bem como pela perda insensível de fluidos, influenciada pelo processo da doença.

Além disso, El-Sharkawy et al. (2014) refere que os idosos também são suscetíveis à retenção de água e anormalidades eletrolíticas relacionadas. Assim, surge o edema como outra questão no doente cirúrgico no período perioperatório.

No que concerne ainda a populações específicas, um estudo transversal realizado no Brasil através da análise retrospetiva do processo electrónico dos doentes, cujo objetivo

foi analisar os diagnósticos e os cuidados de enfermagem estabelecidos para os doentes em pós-operatório de cirurgia bariátrica, identificou como diagnósticos mais frequentes: dor aguda (99,3%), risco de lesão por posicionamento perioperatório (98,6%), integridade da pele comprometida (93%) e risco de infeção (88,8%). Dos cuidados de enfermagem prescritos, os mais frequentes foram: usar mecanismos de proteção no posicionamento cirúrgico do doente, registar a dor como 5° sinal vital e verificar sinais vitais (Steyer et al., 2016).

Relativamente ao período pós-operatório, também um estudo transversal, descritivo e retrospectivo, desenvolvido por Silva et al. (2016), teve por base a análise de registos de doentes submetidos a cirurgia gastrointestinal num hospital brasileiro. Este estudo teve como objetivo descrever os diagnósticos de enfermagem numa UCPA e propor os resultados e intervenções para os cinco diagnósticos mais frequentes. Os resultados apontam para 623 diagnósticos de enfermagem, sendo os cinco mais frequentes dor aguda (100%), risco de desequilíbrio do volume de líquidos (73,4%), risco de infecção (68,8%), mobilidade no leito comprometida (60,7%) e ansiedade (34,3%). Algumas das intervenções prescritas foram: para a dor aguda, monitorizar a dor e caracteriza-la do ponto de vista da qualidade, frequência, intensidade e fatores precipitantes, assegurar analgesia ao doente e selecionar e implementar medidas para o alivio da dor quando adequado; para o risco de infecção, monitorizar a vulnerabilidade à infeção, monitorizar a condição de qualquer incisão cirúrgica, orientar o doente para a toma de antibiótico conforme prescrito; para a ansiedade, avaliar a compreensão do doente acerca do processo de doença, oferecer informações acerca do diagnóstico, tratamento e prognóstico, encorajar a verbalização de sentimentos e encorajar o envolvimento da família.

Também Santana, Santos e Silva (2017), descreveram os principais diagnósticos de enfermagem e propuseram intervenções e resultados de acordo com a *Nursing Interventions Classification* e a *Nursing Outcomes Classification* para os 5 diagnósticos de enfermagem mais frequentes documentados numa UCPA de um hospital brasileiro, num estudo quantitativo, transversal, retrospectivo, descritivo. Os diagnósticos mais frequentes foram risco de infeção (100%), integridade da pele comprometida (96,9%), integridade tecidular comprometida (93,8%), dor aguda (87,9%) e défice no autocuidado para banho/higiene (69,2%). Algumas das intervenções propostas passam por medidas de controlo de infeção, controlo hidroeletrolítico e supervisão da pele, para o diagnóstico de

risco de infeção; cuidados relativos a imobilizações e trações, administração de fármacos tópicos e supervisão da pele, para o diagnóstico de integridade da pele comprometida. Relativamente ao diagnóstico dor aguda, as intervenções identificadas foram administração de analgésicos, promoção da utilização de analgesia controlada pelo doente e redução da ansiedade associada à dor.

Por fim, além dos diagnósticos descritos, uma das complicações pós-operatórias frequentes é a retenção urinária, sendo esta afirmação apoiada com o estudo de McLeod, Southerland e Bond (2013), onde 34 doentes submetidos a cirurgia eletiva de diversas especialidades, cuja cirurgia demorou pelo menos 60 minutos e aos quais foi administrado pelo menos um litro de fluidos, após avaliação com ecografia, 20,6% dos doentes apresentavam retenção urinária. Ferreira e Simões (2019), referem que a ação de enfermagem é fulcral na prevenção desta complicação, através da identificação de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos ao doente, e implementação de protocolos de atuação.

Deste modo, os estudos apresentados reiteram que o conhecimento sobre os diagnósticos de enfermagem mais frequentes contribui para uma melhor aplicabilidade do processo de enfermagem de forma individual, a fim de implementar intervenções com resultados mais específicos e direcionados às necessidades dos doentes.

Desta forma, é possível constatar que nos diferentes contextos dor, infeção e integridade da pele foram focos de enfermagem transversais, que se repercutem em diagnósticos do doente cirúrgico ao longo de todo o processo. Contudo, a falta de prática de sistematização dos cuidados de enfermagem é ainda atualmente uma problemática comum, sendo que os profissionais têm dificuldades em identificar os diagnósticos de enfermagem.

2. O DOENTE CIRÚRGICO

"O doente cirúrgico é uma pessoa que foi ou será submetida a cirurgia, eletiva ou de emergência, para o tratamento de uma doença" (Vieira, Oliveira, Carvalho & Nóbrega, 2017, p.4521). Por conseguinte, todo o processo que envolve a cirurgia, a hospitalização, o procedimento cirúrgico e anestésico e o medo do desconhecido provocam alterações na vida do doente, na sua família e pessoas significativas. Assim, a pessoa pode apresentar níveis elevados de ansiedade, que pode ser evidenciada através de respostas comportamentais distintas de indivíduo para indivíduo (Vieira et al., 2017). Esta singularidade prende-se com a influência de múltiplos fatores, emocionais, físicos, familiares e sociais, bem como com o tipo de cirurgia e a sua implicação anatómica, fisiológica e funcional (Giordani et al., 2015).

Assim, o doente cirúrgico é com frequência um doente ansioso e deprimido. Além disso, sentimentos de insegurança e medo assolam os doentes, resultantes da falta de informação acerca do procedimento cirúrgico, consequências, recuperação fisiológica e reabilitação (Giordani et al., 2015).

Além do desconforto, estes sentimentos podem levar a alterações fisiológicas, repercutindo-se, por exemplo, em episódios hipertensivos que vão influenciar as perdas hemáticas durante a cirurgia, a estabilidade hemodinâmica e a hemostase do local cirúrgico (Giordani et al., 2015).

Neste contexto, uma cirurgia é um evento complexo, cuja ação da enfermagem pode contribuir muito para minimizar os seus efeitos negativos. Deste modo, importa conhecer os doentes de cada contexto para poder adequar os cuidados, personalizando-os e adaptando-os a cada individuo. Com o objetivo de conhecer a população dos doentes e afim de poder adaptar os cuidados prestados, Giordani et al. (2015) caracterizaram o perfil sociodemográfico e clínico dos doentes cirúrgicos de um hospital de Londres, através de um estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa (n=110). Assim, os investigadores estudaram dados sociodemográficos e clínicos, sendo alguns dos aspetos contemplados o sexo, idade, tipo de cirurgia, anestesia, duração da cirurgia, utilização de antibiótico profiláctico, risco de contaminação e comorbilidades. Dos dados

recolhidos concluíram que a maioria dos doentes era do sexo feminino (55%), sem comorbilidades associadas (73%) e que mais de metade realizaram cirurgia eletiva (61%). A maioria dos doentes realizaram antibiótico profilático (73%), sendo que grande parte das cirurgias realizadas foi do foro ortopédico (25%), vascular (23%) e de cirurgia geral (24%). Houve um predomínio de cirurgias limpas (54%), sendo a anestesia de eleição epidural (57%), com duração de cirurgia maioritariamente entre os 30 e 60min (44%).

Deste modo, os investigadores referem que os cuidados prestados ao doente no período perioperatório devem ser planeados de acordo com a sua individualidade e as suas necessidades, sendo o enfermeiro o responsável pelo planeamento e desenvolvimento das intervenções de enfermagem. Conhecer o perfil sociodemográfico e as condições clínicas dos doentes garante uma prestação de cuidados segura, individualizada e uma melhor recuperação pós-operatória (Giordani et al., 2015).

2.1. MODELO TEÓRICO FACILITADOR DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO DOENTE CIRÚRGICO

As definições de Teoria são múltiplas na literatura de enfermagem, sendo num entender basilar a "explicação sistemática de um evento em que os componentes e os conceitos são identificados, os relacionamentos são propostos e as previsões são feitas" (Streubert e Capenter referido por McEwen & Wills, 2016, p. 26) ou pode ainda ser vista como um "conjunto de pressupostos, princípios ou proposições interpretativos que ajudam a explicar ou orientar a ação" (Young, Taylor e Renpenning referido por McEwen & Wills, 2016, p. 26). Por outro lado, um modelo consiste numa "descrição simplificada de um sistema, isto é, um modo de descrever o que se faz e o que se pode fazer", uma forma de entender e dar sentido à realidade. Assim, estes conceitos relacionam-se na medida em que "a teoria de enfermagem é um grupo de conceitos relacionados que provêm dos modelos de enfermagem" (Tommey & Alligood, 2002, p.7).

Deste modo, acredita-se que a utilização de uma teoria concede estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem, possibilitando um método sistemático de colher dados para descrever, explicar e prever a prática (McEwen & Wills, 2016), uma vez que "oferece ao profissional uma base para a tomada de decisão e que, aliando a experiência clínica e pensamento crítico, os enfermeiros conseguem tomar melhores decisões clínicas e melhorar a prática, fundamentando novamente a teoria" (McEwen & Wills, 2016 p. 425).

Deste modo, entende-se que o objetivo da teoria na enfermagem é melhorar a prática, influenciando de modo positivo a saúde e a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades.

De um modo geral e de acordo com McEwen & Wills (2016), o desenvolvimento teórico é entendido pelos enfermeiros como pertencente aos educadores e académicos, não sendo uma prioridade de quem implementa cuidados na prática diária. Por outro lado, na prestação de cuidados de enfermagem, raramente existe aplicação pura de um modelo de cuidados (Silva & Graveto, 2008), fazendo-nos refletir acerca da existência de um "modelo oculto", fruto da combinação de vários modelos para a prestação de cuidados (McEwen & Wills, 2016). Por sua vez, Portugal (1999) (referido por Silva & Graveto, 2008) ressalva que, mais importante do que o modelo adotado, importa que todos os que o utilizam estejam de acordo com o mesmo, incluindo o doente, pois só trabalhando sob um modelo comum e colocando o doente como aspeto central dos cuidados, se obterão ganhos para todos.

Neste âmbito, o doente cirúrgico pode ser cuidado tendo por base diversas perspetivas. Contudo, acredita-se que a Teoria das Transições, da célebre teórica Afaf Meleis, pode ajudar a melhor compreender o doente cirúrgico no período perioperatório. Assim, Afaf Meleis (2010) refere que a teoria das transições foi desenvolvida durante 30 anos de observações de experiências levadas a cabo pelo Homem, que vivencia mudanças relativas à saúde, bem-estar e capacidade de cuidar de si mesmo. Assim, na sua teoria de medio alcance, Meleis (2010) definiu transições como "uma passagem de um estado bastante estável a outro relativamente estável, sendo um processo desencadeado por alguma mudança" (p.11).

Na perspectiva de Meleis (2010), os cuidados de enfermagem relacionam-se com as experiências humanas de transição. Isto é, o ciclo vital está repleto de mudanças de um estado, condição ou lugar, para outro, obrigando o Homem a recorrer a mecanismos de suporte disponíveis ou não, para encarar e se adaptar a uma nova maneira de ser ou estar, sendo que os cuidados de enfermagem visam identificar no doente fatores que influenciam o processo de transição e planear intervenções para o sucesso da mesma.

Deste modo, Meleis (2010), classifica as transições em 4 tipos:

- Transições de desenvolvimento, que compreendem períodos transitórios de vida e dizem respeito a todo o ciclo vital, como por exemplo a passagem da infância para a adolescência;

- Transições situacionais, que envolvem a ocorrência de acontecimentos inesperados ou não, incluindo gravidez, nascimento, morte, entre outras;
- Transições organizacionais, mudanças das condições ambientais que influenciam a vida dos pacientes;
- Transições saúde-doença, como seja a mudança de uma condição saudável para uma condição de doença, na qual o indivíduo se depara com alterações abruptas que provocam sentimentos de inadequação perante a nova situação, como o processo de recuperação, alta hospitalar, ou o diagnóstico de uma doença crónica.

É nesta última que se enquadra o processo de transição associado ao doente cirúrgico, transição saúde-doença. A necessidade de realizar uma cirurgia advém, salvo raras exceções, de um processo patológico associado. Ou mesmo quando a pessoa não se percepciona como doente, o facto de ser submetida a uma cirurgia induz a pessoa à dependência e ao desequilíbrio em algum momento. Neste contexto, inevitavelmente surgem um conjunto de sentimentos e reações que irão influenciar a forma como a pessoa vivencia todo o processo.

Schumacher e Meleis (2010) identificaram ainda condições de transição ou, por outras palavras, inibidores e facilitadores, que interferem no modo como a pessoa realiza este processo. Assim, a vivência de uma transição é única de indivíduo para indivíduo, pois depende do significado que a pessoa atribui à situação, das expectativas face à mesma, do nível de conhecimento acerca da situação, quais as competências necessárias e que já tem para lidar com ela, o ambiente físico e psicossocial em que a pessoa está inserida, o nível de planeamento que a pessoa é capaz de desenvolver face à situação e o bem-estar físico e emocional conseguido na situação.

Assim, Afaf Meleis associou aos aspetos cognitivos da enfermagem, as reações humanas e a condicionante ambiental. Deste modo, o significado e expectativas que o indivíduo atribui ao processo que a cirurgia envolve relacionam-se intrínsecamente com o significado e expectativas do indivíduo, sendo uma condição que é construída através da cultura e sociedade na qual se insere, bem como, das vivências e experiências pessoais.

Já o nível de conhecimento e o nível de planeamento podem influenciar a vivência deste acontecimento uma vez que o desconhecido, bem como, o inesperado despoletam no ser Humano sentimentos de medo e insegurança, dificultando todo o evento. Relativamente ao ambiente físico e psicossocial, pode-se relacionar com factores supracitados relativos à cultura e sociedade (Meleis, 2010).

Deste modo, a pessoa submetida a cirurgia é levada a mobilizar forças intrínsecas e extrínsecas para enfrentar e superar as dificuldades e então alcançar a adaptação a novos papéis e conceitos perante as mudanças que se instalam de forma intensa (Shumacher & Meleis referido por Meleis, 2010). Este processo, pelo seu potencial de instabilidade, reivindica inquestionavelmente a intervenção dos enfermeiros. A intervenção de enfermagem centra-se assim, na identificação dos fatores descritos anteriormente e na preparação do doente para a transição, através do desenvolvimento de intervenções terapêuticas e preventivas que auxiliem o indivíduo neste processo (Meleis, 2010). Pensando no doente submetido a cirurgia e em todo o processo associado, sabe-se que estão implicadas inúmeras interações enfermeiro-doente, sendo que o enfermeiro assiste e substitui o doente em diversos momentos durante o período perioperatório, o que vai ao encontro dos princípios designados na Teoria das Transições. Pode-se afirmar que o enfermeiro age como facilitador do processo de transição do doente.

PARTE II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Nesta parte irão ser descritas as etapas, método e instrumentos utilizados no desenvolvimento da investigação realizada. Este planeamento envolveu várias decisões metodológicas, que necessitaram de ser tomadas para se adequar o caminho a seguir ao objeto de estudo, seguindo uma sequência definida de etapas (Creswell e Creswell, 2018).

1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

O presente capítulo é constituído pela descrição e justificação do tipo de estudo, a questão de investigação e os objetivos, os participantes e contexto de estudo, procedimento e técnica de colheita de dados, o processo de análise de dados e correspondentes procedimentos formais e éticos.

1.1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

A identificação dos diagnósticos de enfermagem em cada contexto da prática, revela-se uma mais valia para o desenvolvimento do processo de enfermagem, melhorando a prestação de cuidados e, acima de tudo, traduzindo-se em ganhos para os doentes. À semelhança do período pré e pós-operatório, decorrido numa enfermaria, também o período intraoperatório decorrido no BO é um momento munido de intervenções que têm por base diagnósticos de enfermagem, mesmo que por vezes não sejam claramente identificados ou evidentes no registo da prática dos enfermeiros de BO.

Deste modo, o interesse pela problemática em questão surge do contexto da prática profissional quotidiana da investigadora. Constatou-se que, atualmente, apesar da qualidade dos cuidados prestados, a definição do processo de enfermagem no período intraoperatório não é muito clara. O registo dos cuidados de enfermagem atual no contexto onde foi realizada a investigação não traduzia um cuidado de enfermagem

holístico, além do que a não utilização de uma linguagem classificada induz à não sistematização da linguagem no registo da prestação de alguns cuidados perioperatórios. Assim, considerou-se que as lacunas identificadas e que emergiram da reflexão sobre a prática, seriam merecedoras de maior aprofundamento e compreensão.

A pesquisa bibliográfica e a troca de impressões com peritos e outros profissionais com sentido reflexivo, ajudaram na definição do problema. Assim, considerou-se pertinente identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem dirigidos ao doente cirúrgico no período intraoperatório, para a partir da identificação destes resultados poder construir um padrão de documentação de diagnósticos e respectivas intervenções de enfermagem, contribuindo para a promoção da utilização da linguagem classificada no BO.

Na instituição em causa, os enfermeiros perioperatórios prestam cuidados essencialmente no intraoperatório, contudo têm uma forte ação ainda no pré-operatório, realizando a visita pré-operatória de enfermagem no dia da cirurgia. Assim, os focos de intervenção, diagnósticos e cuidados de enfermagem começam a ser identificados, planeados e até implementados ainda na visita pré-operatória. A ação dos enfermeiros perioperatórios do contexto em causa termina no pós-operatório imediato, com a transferência do doente para o recobro ou internamento, onde os cuidados são prestados essencialmente por enfermeiros dos respetivos sectores. Desta forma, importa esclarecer que o espectro deste estudo se centra no período intraoperatório, incluindo o momento precedente, a visita pré-operatória de enfermagem.

1.2. TIPO DE ESTUDO

A seleção da metodologia deve ter em consideração o fenómeno, contexto, objetivo e o problema a indagar. Deste modo, sabe-se que a abordagem quantitativa por vezes não é suficiente para dar resposta aos novos problemas da área da saúde. É necessário analisar como as experiências humanas são produzidas, contestadas ou aceites, dentro da dinâmica do quotidiano.

No sentido de identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem no período intraoperatório, contexto muito específico, optou-se por uma investigação com enfoque qualitativo. A escolha por uma metodologia qualitativa faz sentido quando se pretende compreender um contexto específico, explorar e perceber o significado individual ou de grupo atribuído a um problema social ou humano. O processo de pesquisa envolve

questões e procedimentos emergentes, dados tipicamente colhidos no contexto dos participantes, e o investigador faz interpretações do significado dos dados (Creswell e Creswell, 2018)

Assim, trata-se de um estudo exploratório descritivo, onde a investigadora irá descobrir e caracterizar o objeto de estudo, com vista a delinear um retrato claro de uma situação específica e sua conceptualização. Esta investigação apresenta características de um estudo de caso, que segundo Yin (2014) procura compreender o fenómeno na globalidade, considerando a relação do mesmo com o contexto específico em que se insere.

1.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Como tem vindo a ser referido ao longo deste trabalho de investigação, a implementação do processo de enfermagem, a clarificação dos diagnósticos e intervenções e sobretudo a utilização de uma linguagem classificada, para que todos os enfermeiros tenham acesso a uma linguagem universal, é designado quase como um bem essencial para a obtenção de resultados favoráveis ao doente. Por conseguinte, impera a necessidade da sua implementação pelos enfermeiros do BO.

Neste âmbito, surgiu a necessidade de definir a questão de investigação, que segundo Creswell e Creswell (2018), estreita o propósito da investigação, sugerindo a exploração do conceito central do fenómeno em estudo, e cuja resposta será dada no estudo de investigação.

Face ao exposto formulou-se a seguinte questão: quais são os diagnósticos e intervenções de enfermagem, no período intraoperatório, dirigidos à pessoa adulta submetida a cirurgia eletiva, num BO de um hospital privado da região centro, de acordo com a CIPE?

Para orientar o desenvolvimento do percurso da pesquisa e responder à questão, definiram-se os seguintes objetivos:

- Identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem no período intraoperatório, dirigidos à pessoa adulta submetida a cirurgia eletiva, num BO de um hospital privado da região centro;

- Elaborar um padrão de documentação dos cuidados de enfermagem no período intraoperatório, dirigidos à pessoa adulta submetida a cirurgia eletiva, num BO de um hospital privado da região centro, com utilização de linguagem classificada (CIPE).

1.4. PARTICIPANTES E CONTEXTO DO ESTUDO

O tipo de estudo implica a apreensão do contexto onde o mesmo decorre. Neste sentido, a investigação decorreu num hospital privado, que ao longo dos anos foi crescendo e englobando as mais diversas especialidades médicas e cirúrgicas. Atualmente prestam-se cuidados a doentes das especialidades de: neurocirurgia, cirurgia geral, maxilo-facial, cirurgia plástica, ortopedia, ginecologia, urologia, cirurgia vascular e otorrinolaringologia. Apesar da diversidade de especialidades, o doente cirúrgico comporta características e diagnósticos comuns, sendo esses o alvo da investigação. Além disso, o contexto de cuidados em questão é muito ativo, com profissionais motivados para a melhoria continua, com uma atualização e fundamentação da prática constante.

Relativamente à amostra do estudo, pretendia-se que fosse representativa dos enfermeiros do BO que prestam cuidados à pessoa, maior de 18 anos, submetida a cirurgia eletiva. Por conseguinte, refletiu-se acerca de alguns aspetos no que concerne aos critérios de exclusão dos participantes na amostra do estudo. Um deles seria a possível exclusão da enfermeira responsável do BO, que assume com frequência, funções de gestão do BO. Contudo, sabe-se que apesar das funções de gestão, a enfermeira responsável se encontra muito próxima de todo o processo de cuidados, pelo que a sua participação seria certamente uma mais valia para a consecução da investigação, pelo que foi incluída. Relativamente à exclusão dos enfermeiros com menos de um ano de prática de cuidados no serviço, Benner (2001) refere que o facto das enfermeiras iniciadas “não terem nenhuma experiência da situação à qual vão fazer frente, têm que lhes ser dadas regras para as guiar nos seus atos” (p.49). E se por um lado a experiência profissional poderia invalidar a participação, acreditou-se que a proximidade temporal com o términos do curso de licenciatura acrescentaria alguma mais valia, uma vez que a formulação de diagnósticos segundo linguagem CIPE é um conteúdo programático desenvolvido durante o curso de licenciatura em Enfermagem.

Deste modo, todos os elementos da equipa foram integrados como participantes no

estudo. Uma vez que a investigadora principal faz parte do contexto onde decorreu o estudo a sua participação centrou-se no planeamento, realização e dinamização das entrevistas com metodologia de *focus group*, tendo esta ficado excluída.

Assim, dos 12 enfermeiros da equipa, participaram de forma voluntária no estudo 11 enfermeiros, após aplicar os critérios de exclusão. Na Tabela 1, apresenta-se uma caracterização dos participantes do estudo, quanto à sua idade, categoria profissional, tempo total de exercício profissional e tempo de exercício profissional no BO da instituição em estudo à data da colheita de dados (junho de 2019).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes em estudo

Características Profissionais	**Categoria**	**Número de enfermeiros**
Idade (anos)	21 a 24	4
	25 a 30	6
	>30	1
Tempo de exercício profissional (anos)	< 5	7
	5 a 10	3
	>10	1
Tempo de exercício profissional no BO (anos)	< 5	8
	5 a 10	2
	>10	1
Categoria profissional	Generalista	10
	Especialista	1

Ao analisar os dados da Tabela 1., constata-se que a equipa é jovem e bastante homogénea na faixa etária e categoria profissional. Assim, a maioria dos enfermeiros tem entre 25 e 30 anos de idade e trabalham há menos de 5 anos no BO. Consequentemente, a equipa apresenta um número reduzido de enfermeiros especialistas.

1.5. PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS

Para a colheita de dados desta investigação de cariz qualitativo foi utilizada a metodologia de *focus group,* isto é, foi constituído um grupo de discussão.

No que respeita ao *focus group,* Santos (2017) refere que é "uma metodologia qualitativa versátil, que privilegia a interação social na recolha e na clarificação de dados" (p.1),

sendo que Morgan (referido por Gondin, 2003) define este método como “uma técnica de pesquisa que colhe dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador” (p. 151). Uma vez que para identificar o conjunto de diagnósticos característicos do doente cirúrgico no período intraoperatório e respetivas intervenções, considerou-se ser esta a metodologia adequada para a investigação em causa.

Além disso, por esta metodologia possuir “uma dinâmica própria, assente na abertura e na espontaneidade dos testemunhos dos participantes na discussão grupal, é um método que explora as particularidades da entrevista simultânea” (Santos, 2017, p.1), obtendo-se desta forma o consenso do grupo acerca do tema em estudo naquele contexto.

A metodologia de *focus group* é definida por Morgan (citado por Silva, Veloso e Keating, 2014) como “uma técnica de investigação de recolha de dados através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador” (p.177), tendo este um papel ativo na dinamização da discussão focada dentro do grupo para obter os dados pretendidos para a sua investigação. Krueger e Casey (referidos por Silva et al., 2014) acrescentam que estes grupos são constituídos por indivíduos que possuem algum tipo de semelhança, através dos quais é possível colher informação.

Stewart et al. referido por Silva et al. (2014), referem que o *focus group* pode ser utilizado, entre outras finalidades “para o diagnóstico de potenciais problemas com um novo programa, produto ou serviço (…) ou compreender como os participantes falam acerca de um fenómeno de interesse” (p.178). Deste modo, considerou-se a metodologia adequada para atingir os objetivos da investigação, dando dessa forma resposta à questão definida.

A fim de recrutar o maior número de participantes e uma vez que na abordagem tradicional os meios sugeridos por Morgan citado por Silva et al., (2014) se encontram ultrapassados (dada a evolução tecnológica), foi enviada uma nota juntamente com o horário semanal, enviado via e-mail, a fim de notificar toda a equipa. O mail enviado contemplou a seguinte informação: objectivo do estudo, tempo estimado de duração da reunião e aspetos a serem discutidos (Bloor et al. referido por Silva et al., 2014). Uma vez que a colheita de dados decorreu em quatro momentos, nas três vezes seguintes apenas o dia e hora figurava no horário semanal enviado para a equipa.

As reuniões ocorreram num gabinete no BO, um espaço confortável e reservado, a fim de minimizar interrupções recorrentes, evitando assim a dispersão da concentração do grupo. As sessões de *focus group* foram planeadas para duas horas não excedendo as

duas horas e trinta minutos, como recomendam Stewart et al., referido por Silva et al., (2014). A investigadora, como moderadora teve a função de questionar, ouvir e orientar a discussão para o desejado, certificando-se que cada elemento do grupo estaria a participar (Silva et al., 2014). Uma vez que existiu apenas um moderador, além do anteriormente referido, houve ainda necessidade de a investigadora providenciar os meios de gravação e registo de notas da discussão durante as reuniões.

Relativamente ao número de elementos que constitui o *focus group* não existe consenso na literatura. Silva et al.,(2014) referem vários autores, sendo que as recomendações variam entre um mínimo de 4 e um máximo de 10 elementos por grupo.

No projeto inicial estava prevista a divisão do grupo em dois grupos de trabalho menores para que todos os elementos se pudessem expressar e refletir abertamente. Morgan (1997) refere esta estratégia como uma vantagem, pelo facto de poder facilitar a discussão, pois potencia a homogeneidade entre os grupos, esperando-se assim que a discussão seja mais "fluida". Além das vantagens para a investigação, a divisão da amostra em dois grupos de trabalho parecia uma opção viável pela necessidade de ajuste de horário dos enfermeiros e do serviço. Contudo, após a operacionalização do projeto, percebeu-se que a disponibilidade para agendar as reuniões se tornou bastante complexa, pelo que se manteve o grupo por inteiro, com 11 elementos, conforme referido anteriormente.

Assim, por se tratar de um tema com alguns aspetos teóricos estruturais, e que necessitam de ser conhecidos e compreendidos, considerou-se pertinente para a correta colheita de informação, a realização de uma sessão de formação prévia ao inicio da realização da colheita de dados. Inicialmente foi realizada uma reunião de contextualização do estudo, onde se explicou o tema, a questão de investigação, os objetivos inerentes e a metodologia a ser utilizada, com o intuito de obter o consentimento informado dos enfermeiros presentes (Apêndice I) e envolver os futuros participantes nos conceitos centrais da investigação. Uma vez que todos os presentes demonstraram interesse em participar, prosseguiu-se com uma breve apresentação acerca do processo de enfermagem, padrão de documentação e linguagem classificada CIPE (Apêndice II), a fim de contextualizar o grupo nos conceitos que seriam abordados e no tipo de trabalho que estaria pela frente. A sessão de formação realizou-se no dia 19 de junho de 2019 e teve a duração aproximada de 30 minutos.

Neste primeiro momento deu-se ainda início ao *focus group*. Foi elaborado para o efeito um guião semiestruturado para a entrevista de grupo (Apêndice III), a fim de orientar a investigadora e os participantes nos aspetos que seriam abordados em cada sessão, permitindo a sua liberdade de expressão. Além deste guião, foi também elaborado um "inventário" de focos de enfermagem, associados ao período intraoperatório com base na CIPE, versão 2015 (Apêndice IV), para tornar a discussão dirigida aos objetivos do estudo, ao invés da análise exaustiva da CIPE, onde constam todos os focos, incluindo contextos em que os cuidados nada se assemelham aos prestados ao doente cirúrgico no período perioperatório. Contudo, foram disponibilizadas várias CIPE 2015 e distribuídas pelo grupo, a fim de colmatar qualquer dúvida que pudesse surgir durante a discussão. Foi ainda esclarecido, que durante as sessões de *focus group*, cada elemento podia referir-se a focos da CIPE ou dizer por palavras suas o que consideravam ser áreas de atenção. Posteriormente, através da consulta da CIPE e leitura das respetivas definições dos termos, o grupo chegava a um consenso de qual o termo que melhor se enquadrava na descrição do problema ou ação que o grupo pretendia identificar.

Assim, iniciámos a gravação áudio com telemóvel, tendo sido pedida e facultada a autorização dos participantes no consentimento informado. Na colheita de dados foi solicitado aos participantes que refletissem acerca da sua prática e nos cuidados que prestam diariamente, face às necessidades apresentadas pelo doente cirúrgico.

O grupo manteve-se atento, interessado e motivado. Contudo, após análise da gravação da primeira sessão, percebeu-se a necessidade de corrigir alguns aspetos como evitar a dispersão do grupo ao mínimo e posicionar o dispositivo de gravação no centro do grupo para captar melhor a voz de todos os intervenientes.

A segunda sessão realizou-se no dia 10 de julho de 2019. Manteve-se a gravação áudio no telemóvel, desta vez melhorando o posicionamento do mesmo para uma localização mais central para que a captação fosse melhor. Houve menos dispersão da concentração do grupo, sendo suscitada uma maior participação de todos os presentes.

Assim, deu-se por terminada a colheita de dados relativamente aos focos e diagnósticos.

Do "inventário" apresentado inicialmente foram excluídos dez focos – arritmia, convulsão, coping, estupor, hipertensão, hipotensão, hiperventilação, sonolência, tristeza e ventilação espontânea, e adicionados dois – conforto e úlcera de córnea, por sugestão do grupo.

Assim, durante o mês de agosto e setembro de 2019 foi realizada alguma pesquisa a fim

de levar a discussão algumas intervenções propostas para os diagnósticos previamente identificados pelo grupo, tendo sido criado um "inventário" de intervenções (Anexo V) baseado na análise de artigos científicos e outros trabalhos de investigação direcionados para o período perioperatório. Além disso, foram também tidos em conta outros padrões de documentação (serviço de cirurgia, cuidados paliativos, unidade de queimados), que embora de contextos distintos, apresentavam intervenções transversais, e que na visão dos investigadores podiam ser levadas a discussão no *focus group*.

Nos dias 23 e 30 de outubro de 2019 realizou-se o terceiro e quarto *focus group*, onde se realizou a discussão das intervenções.

No desenrolar do *focus group*, e na tentativa de identificar intervenções, o grupo percebeu que houve diagnósticos identificados que afinal não se adequavam ao contexto. Isto é, nesta sessão de *focus group* houve ainda exclusão de alguns diagnósticos previamente identificados (alergia ao látex, auto-controlo, auto-cuidado, auto-imagem, choque anafilático, choque cardiogénico, choque hipovolémico, lipotímia, maceração e susceptibilidade à infeção, transferir-se).

1.6. PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS

Após a colheita dos dados, importa interpretá-los e atribuir-lhes um significado. Isto é, transformar dados em informação.

Contudo, na investigação qualitativa durante a realização das entrevistas o investigador começa a inferir a informação recolhida e a ter percepção dos dados que está a obter. Deste modo, e tendo por base Silva et al. (2014), para analisar os dados, realizou-se a transcrição de gravações num dia posterior à sua realização e, seguidamente, complementou-se com os registos do investigador, sendo posteriormente alvo de uma análise cuidada.

Para que o método de recolha de dados fosse adequado à abordagem qualitativa, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que permite organizar, agrupar e classificar os dados destacando a importância que os sujeitos dão à informação e aos temas em estudo. Assim, segundo Bardin (2012), o processo de análise de conteúdo contempla quatro fases: organização da análise; codificação; categorização; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos mesmos. Todo este subcapítulo tem por base o autor Bardin (2012).

Assim, Bardin (2012) refere que na primeira fase, organização da análise, o investigador inicia a organização do material para que se aproprie da informação. Isto é, o investigador deve ler a informação para se familiarizar com ela, sem objetivo de sistematização, mas sim numa tentativa de apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais. Segundo a mesma autora, para o êxito da análise, devem ser cumpridas as seguintes regras: regra da exaustividade, que exige que todos os documentos devem ser incluídos e tidos em conta; regra da homogeneidade, que exige que os documentos devem ter o mesmo tema; e por último, a regra da pertinência, que refere que os documentos devem ter correlação com os objetivos da análise. Nesta fase, o investigador deve ainda realizar a referenciação dos índices, que consiste na identificação de elementos que traduzem a essência da mensagem, através da realização de recortes do texto (Bardin, 2012). Assim, nesta primeira fase de familiarização, os áudios gravados foram transcritos, todos os dados colhidos foram reunidos e lidos várias vezes, bem como as notas realizadas pela investigadora ao longo das reuniões.

A fase seguinte prendeu-se com a definição de unidades de análise e a sua codificação. Ao codificar o investigador transforma os dados do texto das entrevistas numa representação de conteúdo, obtendo as características das mensagens (Bardin, 2012). Assim, foram tidos em conta aspetos como o recorte, que consiste em destacar unidades de registo e de contexto. Isto é, foram destacadas palavras isoladas ou conjuntos de palavras relevantes para a análise, sendo que a respetiva codificação correspondeu à própria designação dos focos de enfermagem, utilizando as mesmas palavras da CIPE 2015.

Após a codificação, seguiu-se o processo de categorização, que consistiu na identificação de categorias que refletissem o tema em investigação. Isto é, enunciados que abarcam um número variável de temas, pelo seu grau de proximidade e permitem, através da sua análise extrair significados que dão resposta aos objetivos do estudo.

Deste modo, após a identificação dos códigos, estes foram classificados com o intuito de os organizar em categorias. Neste estudo o critério de categorização foi semântico, isto é, os códigos foram agrupados por temas. Além disso, foi aplicado o processo de categorização por caixas (Bardin, 2012), uma vez que decorreu a partir do quadro teórico proposto por Rauta (2019), culminando em 3 categorias: respostas comportamentais do doente e da família à cirurgia; segurança do doente; e respostas fisiológicas do doente à cirurgia.

De referir, que na aglomeração dos códigos por categorias, pretendeu-se cumprir os princípios da exclusão mútua, da homogeneidade, da pertinência, da objetividade e fidelidade e da produtividade (Bardin, 2012)

Esta categorização foi validada por dois investigadores envolvidos no estudo, peritos em enfermagem perioperatória, permitindo garantir maior consistência dos resultados. Nesta fase, foram excluídos pelos peritos alguns diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções, por considerarem que não se aplicavam ao período intraoperatório ou que as intervenções refletiam apenas boas práticas de enfermagem (agitação, conforto comprometido, alergia, risco de hemorragia, risco de hipotermia, hipertermia e consciência comprometida).

Após a categorização, surge o tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos mesmos.

No que concerne ao rigor científico do estudo, e uma vez que se trata de um estudo qualitativo, com características de estudo de caso, parte-se do princípio que a generalização dos resultados não é um objetivo a atingir. Uma vez que os dados colhidos correspondem apenas ao contexto em estudo e não podem ser extrapolados, a confiabilidade não é posta em causa, pois não se pretende realizar uma inferência estatística.

1.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Sendo este um estudo que envolve seres humanos, surgiu a necessidade de cumprir um conjunto de normas pré estabelecidas. Para contribuir para o respeito pela dignidade e proteger os direitos humanos (Organização para as Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura, 2006) foi redigida a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que pretende orientar as decisões e práticas no decurso deste tipo de estudos. Este documento resulta da aglutinação do conteúdo de diversos documentos referentes aos direitos humanos. O supra referido manifesto salienta que para o desenvolvimento científico deve ser reduzido qualquer efeito danoso para os intervenientes, mantendo o respeito pela dignidade e direitos humanos e que as informações colhidas apenas devem ser utilizadas para os fins para os quais foram consentidas, salvaguardando a confidencialidade.

Qualquer investigação com seres humanos constitui uma forma de intrusão na vida

pessoal dos sujeitos, pois envolve colheita de dados através de pessoas e sobre pessoas (Creswell e Creswell, 2018). Assim, a investigadora assegurou o direito à intimidade, permitindo ao indivíduo decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar na investigação; relativamente à confidencialidade, esta será respeitada uma vez que a identidade do sujeito não será associada a respostas individuais na divulgação dos resultados da investigação.

Assim, para garantir os aspetos referidos foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de investigação em ciências da saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo I), para avançar com a realização deste estudo. Posteriormente, foi obtida a autorização do Conselho de Administração da instituição onde o estudo decorreu, para a colheita de dados (Anexo II). Por fim, mas não menos importante, o consentimento informado de cada participante (Apêndice I) foi obtido de forma livre e esclarecida, sendo que a investigadora garante que transmitiu a informação devida relativamente à investigação desenvolvida e esclareceu questões solicitadas pelos participantes.

Importa referir que, sendo utilizada a metodologia de *focus group*, através de entrevistas de grupo aos enfermeiros do BO, para a colheita de dados houve a necessidade de realizar a gravação áudio das entrevistas, com a respetiva autorização do Presidente do Conselho de Administração da instituição e dos profissionais participantes no estudo. Estas gravações foram destruídas após o términos do tratamento dos dados.

Pretende-se que após o términos da investigação, seja dado a conhecer os resultados do estudo à instituição e participantes em causa.

PARTE III

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

PARTE III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo de investigação foram identificados 35 focos de enfermagem, estando na base de 42 diagnósticos, que representam um julgamento clínico do profissional, envolvendo também a escolha adequada de intervenções. Deste modo, para os diagnósticos identificados, foram propostas as intervenções prestadas ao doente cirúrgico, no âmbito dos cuidados de enfermagem no período intraoperatório.

A fim de obter um trabalho mais conciso e de leitura mais aprazível, optou-se por apresentar os resultados e avançar com a discussão simultânea à luz do estado da arte.

Segundo Petersen referido por Rauta (2019) os cuidados de enfermagem perioperatória podem ser organizados em 4 domínios: respostas comportamentais do doente e da família à cirurgia; segurança do doente; respostas fisiológicas do doente à cirurgia e o sistema de saúde necessário para prestar cuidados perioperatórios. Os três primeiros domínios refletem as necessidades do doente cirúrgico. Contudo, o domínio do "sistema de saúde necessário para prestar cuidados perioperatórios" é considerado uma área de suporte à prestação de cuidados, o que justifica o facto de não terem sido identificados diagnósticos de enfermagem neste domínio no âmbito do presente estudo.

Assim, é com base neste autor que iremos apresentar e discutir os resultados. Após a discussão de cada domínio, encontra-se uma tabela dos resultados correspondentes. De salientar, que foram retirados alguns excertos das respostas dos participantes, que serviram para analisar e justificar os resultados. Cada enfermeiro foi identificado com um número atribuído de acordo com a sua ordem de intervenção na discussão de grupo (ex.: E1, FG1 – significando enfermeiro 1, *focus group* 1).

1. RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS DO DOENTE E DA FAMÍLIA À CIRURGIA

A ação do enfermeiro perioperatório inicia-se preferencialmente na visita pré-operatória de enfermagem. Este é o período onde o enfermeiro perioperatório e o doente/família iniciam a sua relação de empatia, sendo um momento crucial para a colheita de dados que

levarão à identificação de diversos diagnósticos de enfermagem, tendo em conta o doente cirúrgico mas, mais do que isso, as suas particularidades e necessidades.

Neste período de excepcional importância, à semelhança de Giordani et al. (2015), os participantes deste estudo identificaram frequentemente lacunas no **conhecimento** que o doente possui, com implicações sobretudo a nível emocional, como por exemplo, ansiedade, medo, não aceitação do estado de saúde ou não adesão ao regime terapêutico.

Assim, surge como diagnóstico de enfermagem no contexto em estudo o "conhecimento não demonstrado acerca de" diversos aspetos do período intraoperatório, sendo que entende-se por conhecimento o **"**conteúdo específico do pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou nas competências desenvolvidas; conhecimento e reconhecimento da informação**"** (CIPE, 2016, p. 47). O deficit de conhecimento no doente cirúrgico pode revelar-se nas mais diversas áreas. Nesta linha de ideias, o grupo de participantes referiu ser possível identificar diversas áreas de **conhecimento não demonstrado**, como sejam no auto-controlo ansiedade, face ao circuito do doente ou procedimentos coadjuvantes do procedimento cirúrgico, por exemplo, ou face à recuperação fisiológica e às complicações pós-operatórias, como sejam na prevenção da aspiração, retenção urinária, e dor, o que vai ao encontro do referido por Giordani et al. (2015) e Vieira et al. (2017).

O grupo de participantes considerou ainda o conhecimento como uma mais valia no sucesso do processo cirúrgico do doente, definindo intervenções como "ensinar sobre (…)" os diversos aspetos revelados pelos doentes, relacionados com o deficit de conhecimento, à semelhança de Gonçalves et al. (2017), que no seu estudo de análise da relação entre a informação fornecida pelos enfermeiros e a ansiedade pré-operatória concluiu que os enfermeiros devem investir nesta área autónoma da enfermagem, informando os doentes acerca dos cuidados de enfermagem que lhes serão prestados, utilizando para tal conhecimento técnico, rigor científico e uma linguagem adequada ao doente.

Para a transmissão de conhecimento é necessário o meio: a comunicação, sendo este um dos pilares da segurança do doente (DGS, 2017). Os enfermeiros na sua prática profissional pretendem identificar as necessidades do doente através do diálogo e da escuta, da relação e interação com o doente. Para tal, é necessário estabelecer uma comunicação eficaz, sustentada numa relação empática e de confiança entre enfermeiro e

doente, podendo também promover a adaptação do doente ao processo de transição que uma cirurgia implica. Assim, para além de um instrumento de trabalho, surge a comunicação como um foco de intervenção de enfermagem definido como "comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados" (CIPE, 2016, p. 47). Os participantes referem que **comunicação comprometida**, surge como diagnóstico de enfermagem no contexto em estudo, como se pode ler nos excertos que se seguem "*nos doentes que têm que lhes tirar a prótese auditiva por exemplo*" (E1, FG1), "*nos doentes com cirurgia microlaríngea, que depois têm que ficar em pausa vocal*" (E10, FG1) ou nos "*doentes de otorrino, que vêm para implante* (coclear), *e têm muita limitação auditiva*" (E3, FG3), sendo assim desafiados a implementar intervenções, a fim de obter uma comunicação eficaz. Para este diagnóstico o grupo de participantes definiu como intervenções: incentivar o suporte familiar e otimizar a comunicação, adequando o tom de voz, usando palavras simples e frases curtas, permitindo que o doente observe o movimento dos lábios, permitindo tempo para resposta e estabelecendo estratégias de comunicação não verbal.

Estas intervenções vão ao encontro do referido pela DGS (2017), quando refere que o profissional de saúde deve saber o que dizer e como dizer, o que implica que deve optimizar a comunicação com estratégias adequadas ao doente. O grupo de participantes refere ainda que uma estratégia que utiliza para implementar intervenções com vista a promover a comunicação é a realização de visita pré-operatória. Esta é uma estratégia eficaz, segundo Giordani et al. (2015), pois é um momento onde o enfermeiro tem o privilégio de escutar o doente, conhecê-lo a si e a sua família e a partir daí poder planear e implementar outras estratégias de comunicação mais adequadas.

Como referido anteriormente, a falta de conhecimento pode levar a outras alterações como a ansiedade e medo, diagnósticos também referidos pelos participantes do estudo.

Ansiedade é definida como "emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia" (CIPE, 2016, p. 40). De um modo geral, o desconhecido que é o processo cirúrgico e a própria hospitalização provocam no doente estes sentimentos. O grupo de participantes exemplifica referindo que *"nos doentes que vêm para circuncisão, quando é com anestesia local... os doentes ficam mesmo muito ansiosos*" *(E7, FG1),* o que vai ao encontro do referido por Giordani et al. (2015) e Sadati et al. (2013), que declaram que o doente cirúrgico é frequentemente um doente ansioso. Um estudo levado a cabo por Silva

et al. (2016), em que um dos objetivos era descrever os diagnósticos de enfermagem numa UCPA, identificou ansiedade em 34,3% dos doentes. Pode dizer-se que, doentes ansiosos no pré-operatório e doentes ansiosos no pós, apresentam claramente ansiedade no período perioperatório.

Assim, a informação dada ao doente como referido por Gonçalves et al. (2017) consiste numa intervenção autónoma do enfermeiro e eficaz na redução da ansiedade do doente cirúrgico. Neste âmbito, o grupo de participantes identificou como intervenções: incentivar a comunicação de emoções e esclarecer dúvidas do cliente, indo ao encontro do referido por Vieira et al. (2017). Além destas, o grupo identificou também como intervenções: executar técnica respiratória, exemplificando *"sim, ainda aqui há dias uma doente não queria raqui (...) estava mesmo quase a ter um ataque de pânico...e a técnica de relaxamento foi "vai ter que respirar com calma, inspire e expire...com calma..."* (E10,FG3). Silva et al. (2016) confirma que orientar o doente para técnicas de relaxamento é uma intervenção eficaz na redução da ansiedade, bem como incentivar o suporte familiar, conforme apropriado, sendo esta também uma intervenção enunciada pelos participantes. Outra intervenção identificada pelo grupo de participantes foi gerir ambiente físico, exemplificando que "*ainda ontem perguntei ao doente qual a música especifica que o doente queira ouvir"* (E1, FG3), utilizando musicoterapia, adequando níveis de ruído e temperatura, sempre que possível.

Relativamente ao **medo**, entende-se como "emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado por uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir" (CIPE, 2016, p. 65). O grupo do presente estudo refere alguma dificuldade em, por vezes, distinguir os sinais de medo e ansiedade, mas não hesita em afirmar que ambos estão presentes no doente cirúrgico, referindo por exemplo *"tivemos um doente que dizia: estou cheia de medo da anestesia" "então mas medo de quê?" "de perder o controlo" (E5, FG2),* sendo patente o sentimento perturbador, neste caso, com causa conhecida – anestesia - mas gerado pelo desconhecido, que é a falta de controlo após indução anestésica.

Estes achados vão ao encontro do que foi descrito por Vieira et al. (2017) e Giordani et al. (2015), que afirmam que o processo de hospitalização, a cirurgia, e o medo do desconhecido provocam ansiedade, insegurança, como consequência também da falta de informação. Assim, como intervenções, o grupo de participantes identificou: encorajar a expressão dos medos, esclarecer dúvidas do cliente, executar técnica de distração e

incentivar suporte familiar. Apesar de não ser explícito pelos autores dos estudos consultados as intervenções a realizar, estes referem os fatores que se relacionam com o medo. Deste modo, considera-se que intervindo nesses fatores, escutando o cliente e o encorajando a expressão dos seus medos e emoções, vai poder esclarecer-se as suas dúvidas, vai ajudar o doente a encontrar formas de distração, e dessa forma, contornar ou diminuir o medo sentido.

O grupo de participantes considera ainda que, relacionado com o turbilhão emocional que o processo cirúrgico induz no doente e a multiplicidade de respostas, surge também o diagnóstico de **aceitação do estado de saúde comprometida**, que a CIPE (2016) simplesmente define como "aceitação". O grupo refere "*penso que esta aceitação também tem a ver se o doente está muito ansioso ou não, alguns aceitam melhor, outros nem por isso...*" (E3, FG1) e ainda que *"são aqueles estados de transição"* (E3, FG1) devido a alterações físicas, psicológicas, familiares e sociais decorrentes do processo saúde-doença a que o doente está sujeito, podendo o enfermeiro promover a aceitação destas mudanças (Meleis, 2010). Através de intervenções como incentivar a comunicação de emoções, assistir o cliente a identificar estratégias de *coping* eficazes, incentivar o apoio familiar, incentivar a tomada de decisão com conhecimento e informar sobre serviços de saúde, o grupo de participantes refere ser possível melhorar a aceitação do estado de saúde do doente. Contudo, este não foi um diagnóstico identificado na literatura disponível relativamente ao período intraoperatório, pelo que as intervenções carecem de fundamentação teórica neste contexto.

Também a **não adesão ao regime terapêutico** foi um dos diagnósticos identificados neste âmbito pelo grupo de participantes. Por vezes torna-se necessário implementar intervenções, para assim obter do doente uma colaboração no processo de saúde-doença e no qual é necessário se envolver para ultrapassar o processo de transição e obter uma recuperação efetiva (Meleis, 2010). A CIPE (2016) define adesão ao regime terapêutico como:

> Adesão: status positivo, ação auto-iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenho num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime do tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento (p. 38).

Deste modo, o grupo identificou como intervenções de enfermagem a implementar no diagnóstico "não adesão ao regime terapêutico": assistir o cliente a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico, reforçar crenças de saúde, incentivar a tomada de decisão com conhecimento e informar sobre serviços de saúde. À semelhança do diagnóstico anterior este diagnóstico também não foi identificado na literatura disponível relativamente ao período intraoperatório, pelo que as intervenções carecem de fundamentação teórica neste contexto.

No decorrer do período intraoperatório o doente apresenta respostas comportamentais diferentes. E, se no momento prévio à cirurgia ou durante o decorrer da mesma consideram-se maioritariamente as descritas anteriormente, no términos da cirurgia, além destas, o grupo de participantes considera que é frequente poderem formular o diagnóstico confusão, por exemplo, apesar de não ter sido um diagnóstico evidenciados na literatura.

Assim, entende-se por **confusão** "pensamento distorcido: memória comprometida com desorientação em relação à pessoa, local e tempo" (CIPE, 2016, p. 47). O grupo afirma ter "*doentes confusos, muitas vezes por causa da anestesia..."* (E7, FG2) e que sendo este diagnóstico de tal relevância que *"até está contemplado na escala do risco de queda"* (E1, FG2). Para este diagnóstico ,o grupo de participantes identificou como intervenções de enfermagem: executar terapia de orientação para a realidade e estimular a memória. O grupo refere que é frequente recorrerem a frases como *"abra os olhos, está no bloco operatório" (E4, FG3)* para obter a orientação para a realidade.

Apresenta-se de seguida a Tabela 2., onde consta de forma mais clara os diagnósticos e intervenções identificadas neste domínio.

Tabela 2 - Padrão de documentação dos cuidados de enfermagem intraoperatória - Respostas comportamentais do doente e da família à cirurgia

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, comprometido	• Incentivar a comunicação de emoções • Assistir a identificar estratégias de *coping* eficazes • Incentivar o apoio familiar • Incentivar a tomada de decisão com conhecimento • Informar sobre serviços de saúde

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO, não adesão	• Assistir o cliente a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico • Reforçar crenças de saúde • Incentivar a tomada de decisão com conhecimento • Informar sobre serviços de saúde

ANSIEDADE	• Incentivar a comunicação de emoções
	• Esclarecer dúvidas do cliente
	• Executar técnica respiratória
	• Incentivar suporte familiar
	• Gerir ambiente físico
	  ○ Adequar níveis de ruído ambiente
	  ○ Adequar temperatura ambiente
	  ○ Musicoterapia

COMUNICAÇÃO, comprometida	○ Incentivar suporte familiar
	○ Otimizar a comunicação
	  ○ Adequar tom de voz à capacidade auditiva
	  ○ Usar frases simples e frases curtas
	  ○ Permitir tempo para a resposta
	  ○ Permitir que o cliente observe o movimento dos lábios
	  ○ Estabelecer estratégias de comunicação não verbal

CONFUSÃO	• Executar terapia de orientação para a realidade • Estimular a memória
CONHECIMENTO sobre auto-controlo ansiedade, não demonstrado	• Ensinar sobre técnica de respiração • Ensinar técnica de relaxamento • Ensinar sobre hospitalização • Ensinar sobre procedimento
CONHECIMENTO sobre prevenção da aspiração, não demonstrado	• Ensinar sobre técnica de posicionamento preventivo de aspiração • Ensinar sobre dieta • Ensinar sobre ingestão de líquidos

CONHECIMENTO sobre dor, não demonstrado	• Ensinar sobre autocontrolo dor
	• Ensinar sobre medidas não farmacológicas para o alívio da dor
	  ○ Adequar o posicionamento
	  ○ Massajar
	  ○ Aplicar frio
	  ○ Aplicar calor
	• Ensinar sobre técnica de relaxamento

CONHECIMENTO sobre retenção urinária, não demonstrado	• Ensinar sobre retenção urinária • Ensinar sobre sinais e sintomas de retenção urinária
MEDO	• Encorajar a expressão dos medos • Esclarecer dúvidas do cliente • Executar técnica de distração • Incentivar suporte familiar

2. SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança do doente é sem dúvida, uma das áreas de intervenção do enfermeiro perioperatório. Assim, geralmente o doente e família apresentam diversas dúvidas, além do percurso, horário, sensações, também cada vez mais querem prever o que vai acontecer, a que riscos estarão expostos.

Neste sentido, a identificação de diagnósticos relacionados com os riscos relaciona-se com fatores internos e externos ao doente, que propiciam a ocorrência de algum evento adverso mas que com determinadas intervenções, das quais de enfermagem, poderão ser evitados.

Conforme referido por Steelman e Graling (2013), 30% dos doentes adultos hospitalizados sofrem eventos adversos. Não sendo exceção, os participantes do presente estudo consideraram que os doentes por eles cuidados também se encontram inadvertidamente sujeitos a uma série de riscos que serão descritos e explorados seguidamente.

Um evento que pode ocorrer no doente cirúrgico sob anestesia, é **hipotermia**. O risco de hipotermia é um estado ao qual o doente cirúrgico sob anestesia está sujeito e para o qual os enfermeiros devem implementar medidas, consideradas boas práticas, a fim de evitar a efetivação do diagnóstico. Este foi um dos problemas de segurança identificados pela AORN, sendo que se entende que hipotermia é:

> um tipo de termorregulação com as características específicas: diminuição da capacidade de regular o termóstato interno acompanhada de temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloereção associada a exposição prolongada ao frio, disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino em condições de frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas por razões terapêuticas (CIPE, 2016, p. 62).

O grupo de participantes refere que esta é sem dúvida uma preocupação na sua prática, contudo a hipotermia chega por vezes a efetivar-se, indo ao encontro da literatura. Knaepel (referido por Steelman e Graling, 2013), estima que a hipotermia tenha uma

incidência de 70% no doente cirúrgico submetido a anestesia, o que potencia a ocorrência de inúmeras complicações pós-operatórias, das quais infeção do local cirúrgico, que será abordada posteriormente (DGS, 2015). Apoiando este achado, vigora em Portugal o feixe de intervenções de prevenção de ILC (Norma 020/2015 da DGS, 2015), que alerta para esta problemática e para a monitorização da temperatura no período perioperatório com o objetivo de manutenção da normotermia (DGS, 2015).

Conforme descrito na literatura existem dois tipos de métodos de aquecimento: o passivo, através da colocação de lençóis e o ativo, através da utilização de aparelhos de ar forçado que introduzem ar aquecido em mantas apropriadas, sendo este calor distribuído de forma uniforme pelo corpo do paciente e promovendo desta forma o seu aquecimento (Steelman & Graling, 2013; Guido et al., 2014). Também o grupo identificou como intervenções: monitorizar temperatura corporal, aplicar dispositivo de aquecimento ativo, aplicar medidas de aquecimento passivo, sendo estas algumas das intervenções definidas também pela Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017).

Associada às alterações de temperatura, os participantes identificaram também **febre**, que é definida como:

> um tipo de temperatura corporal com as características específicas: elevação anormal da temperatura corporal com alteração do centro termo-regulador do termóstato interno, associada a aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia, com pulso fraco ou cheio e com ressalto, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca: a crise ou descida da temperatura é acompanhada de pele quente, ruborizada e sudação (CIPE, 2016, p. 58).

Apesar de não ser frequente nos doentes do contexto em estudo por serem considerados apenas doentes cirúrgicos de cirurgia eletiva, o grupo de participantes considerou que uma vez que a monitorização da temperatura é uma obrigatoriedade na sua prática para a manutenção da normotermia, a ocorrência da elevação da temperatura pode também estar presente. Assim, o grupo identificou como intervenções para a febre: monitorizar temperatura corporal, executar técnica de arrefecimento natural e aplicar envolvimento frio.

Outro parâmetro que o feixe de intervenções de prevenção da ILC contempla é a manutenção da normoglicemia. A este respeito, o grupo ressalva que a agressão cirúrgica e os fármacos administrados durante a cirurgia podem provocar alterações da glicemia

durante o período perioperatório, sendo esta afirmação suportada pela Norma 020/2015 da DGS (2015). Segundo a CIPE (2016) tanto hiperglicemia como hipoglicemia consistem em "Processo do sistema regulador comprometido" (CIPE, 2016, p. 61). Assim, no doente cirúrgico podem estar presentes os diagnósticos de **hipoglicemia** e **hiperglicemia**. As intervenções definidas pelo grupo foram: monitorizar glicemia e vigiar sinais e sintomas, indo ao encontro do preconizado pela DGS (2015).

Como referido, o feixe de intervenções existe com o intuito de prevenir a ILC (DGS, 2015), pelo que um dos focos de atenção dos enfermeiros perioperatórios é sem dúvida a prevenção e controlo de infeção. Entende-se por **infeção** "um tipo de função do sistema imunitário com as características específicas: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo" (CIPE, 2016, p. 63). Também na LVSC (DGS, 2013) pode encontrar-se como aspeto prioritário esta preocupação, quando no segundo tempo, antes da incisão da pele, a equipa cirúrgica deve assegurar que o antibiótico profilático foi administrado, quando aplicável e se a equipa confirmou a esterilização dos materiais. Além disso, à semelhança de Novaes et al. (2013) que no seu estudo identificaram risco de infeção como diagnóstico de enfermagem, com frequência de 100% em doentes cirúrgicos, também os enfermeiros do presente estudo consideraram ser um diagnóstico existente nos doentes que cuidam. Para além da ILC, o doente cirúrgico pode apresentar outros focos de infeção, como sejam associada ao cateter venoso periférico, cateter central, cateter urinário, por exemplo, cabendo ao enfermeiro a implementação das boas práticas associadas à sua prevenção.

Assim, considera-se que o diagnóstico "**risco de infeção**" está presente no doente cirúrgico, por apresentar como fatores de risco, por exemplo a agressão levada a cabo por procedimentos invasivos, exposição ambiental aumentada, agentes farmacêuticos, defesa secundária inadequada e doença crónica (Silva et al., 2016). O mesmo autor identificou que 68,8% dos doentes cirúrgicos em UCPA apresentam este risco e também Santana et al. (2017) descreveram os principais diagnósticos de enfermagem numa UCPA de um hospital Brasileiro, sendo que risco de infeção abrangia os 100%. Assim, diversos estudos comprovam a relevância desta área de intervenção. A este respeito, o grupo selecionou sem hesitação os diagnósticos de risco de infeção e infeção, contudo ocorreu alguma discussão, durante a entrevista de *focus group*, a fim de compreender a diferença entre risco de infeção e susceptibilidade à infeção, como se pode ler no excerto

que se segue *"Mesmo num doente que venha imunodeprimido, nós podemos identificar risco de infeção. Ok, ele esta suscetível mas tem risco...o limite é tão ténue..." (E4,FG4).* Com limite ténue, o grupo decidiu que iria selecionar apenas risco de infeção, por considerar que no quotidiano poderia levar à identificação indiscriminada de um ou de outro diagnóstico.

Assim, para o diagnóstico de "infeção" e "risco de infeção" o grupo de participantes identificou as seguintes possíveis intervenções: monitorizar temperatura corporal; vigiar sinais de infeção e monitorizar cicatrização da ferida. O estudo desenvolvido por Steyer et al. (2016) suporta as intervenções definidas pelos participantes do presente estudo. Este autor refere ainda outras intervenções, contudo uma vez que o estudo de Steyer (2016) reporta essencialmente ao período pós-operatório, nem todas as intervenções são passíveis de ser implementadas no período intraoperatório. Também no estudo de Silva et al. (2016), constam intervenções no sentido de monitorizar a ferida cirúrgica e administrar medicação antibiótica, que sendo uma ação interdependente, não foi considerada para este padrão de documentação.

Outro diagnóstico identificado foi **risco de aspiração.** A CIPE (2016) define aspiração como "processo do sistema respiratório comprometido: inalação de substâncias gástricas ou externas para a traqueia ou pulmões" (p.40). Assim, também de acordo com a DGS (2010), este é um risco a que o doente cirúrgico pode estar exposto, devido a alguns fatores associados ao doente, outros induzidos pela anestesia ou procedimento cirúrgico, como incumprimento do horário de jejum, alterações gástricas ou perda do reflexo de tosse e deglutição. Para a sua prevenção, são necessárias intervenções efetivas, sendo um dos aspetos críticos contemplados pela LVSC, que deve ser confirmado com o anestesista (DGS, 2010).

Como intervenções, o grupo de participantes identificou: optimizar sonda gástrica, aspirar secreções, executar manobra de *selick* durante entubação traqueal, sendo estas intervenções implementadas geralmente antes do início da cirurgia. Já após reversão de anestesia geral, o grupo refere que importa vigiar reflexo de deglutição, vigiar tosse, executar técnica de posicionamento preventivo da aspiração, assistir na técnica de posicionamento preventivo da aspiração. A respeito desta última intervenção, surgiu alguma discussão no grupo, acerca de se o termo que melhor traduzia a prática do grupo seria "assistir" ou incentivar", como é possível constatar no seguinte excerto: "*quando dizemos "se estiver mal disposta coloque-se assim", ou "deixe-se estar de lado", quando*

estão colaborantes..." (E6, FG3) "*mas se calhar assistimos sempre, não é?*" (E4, FG3) "*Eu acho que sim. Porque além disso a pessoa nunca se pode mobilizar sozinha na mesa operatória, tão estreita..."* (E1, FG3), pelo que o grupo optou pelo termo "assistir" na técnica de posicionamento preventivo da aspiração. Em relação à colocação da sonda gástrica, no contexto em estudo este procedimento é sempre realizado pelo anestesista, pelo que não foi uma intervenção considerada.

Para além do risco de aspiração, também **hemorragia** foi um dos diagnósticos identificados passíveis de ocorrer no intraoperatório. Assim, a CIPE (2016) define hemorragia como um tipo de perda sanguínea com as características específicas: perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar" (p. 60). Ainda na visita pré-operatória, após a colheita e análise dos dados do doente, o enfermeiro é capaz de avaliar, por exemplo, pelo tipo de cirurgia, alterações sanguíneas ou pela medicação que o doente toma diariamente, se este diagnóstico se pode efetivar. Posteriormente, com a aplicação da LVSC o enfermeiro confirma o risco de hemorragia com o anestesista, com o qual planeia a implementação de boas práticas (DGS, 2010). Contudo, nem sempre é possível impedir que uma hemorragia ocorra ou, em menor quantidade, uma **perda sanguínea,** que consiste num "processo vascular: perda de sangue externa ou internamente; associada a lesões nos vasos sanguíneos ou a alteração dos fatores de coagulação" (CIPE, 2016, p.71), que neste contexto, surge "*por exemplo quando estamos a passar o doente e o penso já esta repassado. É uma manchinha, não é uma hemorragia. Ou a perda pelo dreno*..." (E2, FG2).

Assim, para hemorragia, o grupo definiu como intervenções: monitorizar perda sanguínea, estando esta medida prevista na LVSC (DGS, 2010), monitorizar tensão arterial, monitorizar frequência cardíaca e monitorizar frequência respiratória (FR). Por fim, se possível, aplicar penso compressivo. Relativamente ao diagnóstico de perda sanguínea, que difere de hemorragia pela quantidade de sangue libertada, o grupo propõe como intervenções: monitorizar perda sanguínea, aplicar envolvimento frio, aplicar penso compressivo, vigiar penso da ferida cirúrgica, vigiar líquido de drenagem, otimizar dreno e vigiar sinais de hemorragia, como pele fria, pálida e húmida.

Neste âmbito, surge também o diagnóstico de **hematoma,** definido como **"**um tipo de perda sanguínea com as características específicas: coleção e acumulação de sangue retido dentro dos tecidos, pele ou órgãos, associadas a traumatismo ou hemóstase

incompleta após intervenção cirúrgica, massa palpável, dor ao toque, pele dolorosa, com coloração azul, esverdeado escuro ou amarela" (CIPE, 2016, p. 60), sendo que o grupo reviu na sua prática quando referiu que "*quando falhamos uma punção, por exemplo*" (E5, FG2). Como intervenções, o grupo de participantes definiu: avaliar hematoma, aplicar envolvimento frio e aplicar penso compressivo.

Na literatura disponível, os diagnósticos de enfermagem de hemorragia, perda sanguínea e hematoma, não foram referidos, pelo que as intervenções apresentadas pelo grupo carecem de alguma sustentação teórica no contexto intraoperatório.

Um risco transversal a diversos contextos é o risco de **úlcera por pressão,** que pode também estar presente no doente cirúrgico em todo o seu percurso, mas com especial relevância durante o período intraoperatório. Segundo a CIPE (2016) úlcera de pressão consiste em "úlcera: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada" (p. 89). Neste período, o doente é sujeito a uma série de fatores (potenciais) para a ocorrência de lesão, como seja a anestesia, que imobiliza o doente durante horas e altera as respostas do organismo às agressões. Bliss e Simini (referido Steelman & Graling, 2013) referem que 25 a 30% das úlceras de pressão adquiridas no hospital a cada ano, estão associadas ao BO, este resultado é corroborado pelo grupo de participantes ao fazerem referência às suas vivências profissionais: *"por exemplo no Dr. X, sabemos que no fim daquelas horas todas o doente tem grande probabilidade de desenvolver. O que podemos é ir vigiando... mas acontece, mesmo usando todos os auxiliares de posicionamento"* (E8, FG4). Assim, não só risco de úlcera de pressão, como efetivamente úlcera de pressão, foram diagnósticos identificados no grupo em estudo. Para o diagnóstico de risco de úlcera de pressão, o grupo de participantes identificou monitorizar risco de úlcera de pressão, aliviar zonas de pressão através de dispositivos e avaliar a pele, sendo intervenções também sugeridas por Steelman & Graling (2013) e Guido et al. (2014), que refere ainda que a escolha dos dispositivos de alívio de pressão adequados é uma das responsabilidades do enfermeiro. O grupo considerou ainda assistir o doente a posicionar-se e executar técnica de posicionamento, como intervenções preventivas da ocorrência de úlceras de pressão. Já para o diagnóstico de úlcera por pressão, para além das intervenções identificadas para o risco, o grupo de participantes acrescenta monitorizar a UPP, como sejam diâmetro, profundidade, exsudado, cor da pele em redor e tipo de tecido do leito da ferida

Além das úlceras por pressão o doente submetido a cirurgia pode estar sujeito a outras

lesões, sendo identificável o diagnóstico de **lesões perioperatórias por posicionamento** (LPP) ou, sem que se efetivem, ficam por vezes expostos ao **risco de (…).** Para cirurgias específicas, existem posicionamentos de maior ou menor complexidade e mais ou menos aproximados ao posicionamento natural do corpo. Associado a este facto, existe também a questão de cirurgias longas, que exigem longos períodos de imobilização. Apesar da definição da CIPE (2016) ser bastante redutora (Lesão. (Lesão: trauma) p. 64), o grupo considerou que esta é uma área de intervenção dos enfermeiros de perioperatório, além do que, num estudo realizado com o objetivo de analisar os diagnósticos e os cuidados de enfermagem estabelecidos para os doentes em pós-operatório de cirurgia bariátrica, foi identificado risco de lesão por posicionamento perioperatório em 98,6%. Contudo, na discussão de grupo, este exemplificou com os doentes que são colocados em litotomia, referindo a possibilidade de lesão do plexo e descrevendo uma contractura muscular decorrida deste posicionamento.

Avaliar o doente e identificar os dispositivos mais adequados para cada situação são intervenções de enfermagem descritas por Guido et al. (2014). Além destas, outras intervenções que podem evitar o risco de lesão por posicionamento identificado pelo grupo de participantes são: identificar zonas de risco de LPPP, proteger zonas de risco LPP, optimizar o posicionamento cirúrgico do cliente, aplicar faixa de segurança para membros inferiores, aplicar faixa de segurança para membros superiores, e apoiar as articulações. Quando se identifica mesmo o diagnóstico de lesão por posicionamento perioperatório, o grupo de participantes propõe: proteger a LPP, monitorizar LPP e executar tratamento à LPP, sempre que possível.

Um dos acontecimentos que pode ocorrer no BO é uma **queimadura**, diagnóstico também selecionado pelo grupo. Referido como um problema de segurança (Steelman & Graling, 2013), uma queimadura é definida pela CIPE como:

> ferida traumática: rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devida a lesões pelo calor resultantes da exposição a agentes térmicos, químicos, eléctricos ou radioativos; caracterizada por coagulação das proteínas das células, aumento do metabolismo, perda da reserva de nutrientes nos músculos e no tecido adiposo, perda de proteínas e compostos azotados, por grande dor, contracturas, escara hipotrófica com rigidez por espessamento, em que o cliente fica profundamente desfigurado; queimadura de 1º grau, 2º grau e 3º grau (p.76).

No BO a sua ocorrência relaciona-se maioritariamente com a utilização da eletrocirurgia (Lipscomb referido por Steelman & Graling, 2013). Assim, como intervenções de enfermagem, o grupo de participantes definiu: vigiar queimadura e executar tratamento à queimadura.

Além de queimadura, outras lesões podem ocorrer na pele, comprometendo a sua integridade. Assim, integridade da pele, segundo a CIPE (2016) consiste em "status: estar completo, inteiro, não diminuído ou intacto" (p. 63), sendo **integridade da pele comprometida**, um dos diagnósticos identificados pelo grupo. Também Novaes et al. (2013) referem no seu estudo que 92,8% dos doentes cirúrgicos apresentavam integridade da pele comprometida, sendo que (Steyer et al. 2016), reforça esta ideia, especificamente em doentes em pós-operatório de cirurgia bariátrica, em que identificou integridade da pele comprometida em 93% dos doentes. Este estudo vai ao encontro dos achados de Santana et al. (2017), em que verificaram o mesmo diagnóstico de enfermagem em 96,9% dos doentes em UCPA de um hospital brasileiro. Assim, como intervenções para este diagnóstico o grupo apresenta: avaliar a pele, eliminar fatores contribuintes e executar tratamento à ferida, proporcionando um cuidado adequada e prevenindo lesões mais graves no doente cirúrgico. Steyer et al. (2016) propõe intervenções como prestar cuidados à ferida, corroborando a intervenção identificada pelo grupo, além de sugerir proteger as proeminências ósseas, monitorizar sinais vitais, alternar posicionamento ou alterar local de injeção subcutânea. Contudo, uma vez mais, pela especificidade do contexto intraoperatório nem todas as intervenções são transponíveis, como é o caso de "alternar posicionamento", bem como "alterar local de injeção subcutânea" por não ser uma realidade frequente no período intraoperatório do contexto em estudo.

Outro diagnóstico identificado no estudo foi **risco de queda,** sendo queda um "evento ou episódio" (CIPE, 2016, p. 76) que corresponde a 21% do total de incidentes notificados em Portugal (DGS, 2019). O grupo de participantes referiu estar bastante familiarizado com este risco, referindo que efetua a avaliação do risco de queda em todos os doentes, conforme orientação da Norma da DGS 008/2019 (DGS, 2019). Assim, monitorizar risco de queda, executar medidas de segurança (como elevar grades da mesa operatória, aplicar fitas de contenção, travar a mesa operatória) e vigiar comportamento, foram as intervenções identificadas pelo grupo de participantes neste estudo, que encontram sustentação teórica na Norma de Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em

Cuidados Hospitalares, da DGS (2019).

Para alguns doentes cirúrgicos, o grupo de participantes considera que, face a fatores internos do doente ou externos, surge também o **risco de retenção urinária**. Entende-se por retenção urinária como "um tipo de eliminação vesical com as características específicas: acumulação involuntária de urina na bexiga, esvaziamento incompleto da bexiga associada a perda da sua função muscular, efeitos secundários de medicação narcótica ou lesão da bexiga" (CIPE, 2016, p. 80). Ferreira e Simões (2019) referem no seu estudo de validação de um protocolo de enfermagem para avaliação e diagnóstico de retenção urinária no adulto, que o enfermeiro tem um papel fundamental na identificação de fatores de risco, internos e externos, sendo a utilização de drogas anticolinérgicas ou opióides, administração de grandes volumes de fluidos e a analgesia epidural alguns dos riscos considerados. Este estudo realça ainda a importância da utilização de protocolos na prestação de cuidados de enfermagem (Ferreira e Simões, 2019). Assim, o grupo referiu que por vezes não só existe risco, como o diagnóstico passa de potencial a real, efetivando-se a retenção, o que vai ao encontro do referido por McLeod et al. (2013) e Ferreira e Simões (2019), que referem ser uma realidade frequente do doente cirúrgico, com maior incidência no período pós-operatório.

Monitorizar a eliminação urinária, estimular a eliminação urinária e vigiar sinais de retenção urinária, como distensão abdominal, dor supra-púbica, globo vesical e sudorese, foram as intervenções identificadas pelo grupo de participantes para o diagnóstico de risco de retenção urinária. Também Ferreira e Simões (2019), sugerem a palpação de globo vesical e a observação de sinais de sudorese e agitação, como técnicas não invasivas de monitorização de sinais de retenção urinária. Para o diagnóstico de retenção urinária, para além de vigiar sinais de retenção, o grupo acrescenta optimizar cateter urinário. Ferreira e Simões (2019) referem no seu protocolo, a preferência pela realização de cateterização intermitente, sendo a cateterização vesical contínua realizada em doentes que apresentem retenção urinária recorrente. Por ser uma intervenção interdependente, inserir cateter urinário, não foi considerada como intervenção neste padrão de documentação, contudo os cuidados inerentes à sua otimização foram considerados.

Já no período após a indução anestésica, e no caso de uma sedação ou anestesia geral, o grupo refere que o doente fica sujeito a outro risco: **risco de úlcera da córnea**, provocado pelo estado em que o doente é induzido. Os olhos ficam imóveis e como tal,

impedem a lubrificação da córnea. Assim, a intervenção de enfermagem identificada pelo grupo a fim de evitar danos no doente consiste em proteger olhos do cliente, sendo realizada com encerramento palpebral ou lubrificante ocular. Nos estudos disponíveis relativos a diagnósticos de enfermagem no período intraoperatório, não foi identificado este diagnóstico de enfermagem. Contudo, o grupo de participantes refere ser um fator de preocupação e intervenção na sua prática no contexto em estudo.

Apresenta-se de seguida a Tabela 3., onde consta de forma mais clara os diagnósticos e intervenções identificadas neste domínio.

Tabela 3 - Padrão de documentação dos cuidados de enfermagem intraoperatória – Segurança do doente

DIAGNÓSTICO	**INTERVENÇÕES**

ASPIRAÇÃO, risco de	• Optimizar sonda gástrica
	• Aspirar secreções
	• Executar manobra de *selick* durante entubação traqueal
	• Vigiar reflexo de deglutição
	• Vigiar tosse
	  o Eficaz ou ineficaz
	  o Tipo: seca, produtiva, rouca, com estridor, irritativa, não produtiva
	• Executar técnica de posicionamento preventivo da aspiração
	• Assistir na técnica de posicionamento preventivo da aspiração

FEBRE	• Monitorizar temperatura corporal • Executar técnica de arrefecimento natural • Aplicar envolvimento frio
HEMATOMA	• Avaliar hematoma • Aplicar envolvimento frio • Aplicar penso compressivo
HEMORRAGIA	• Vigiar hemorragia • Monitorizar FC • Monitorizar TA • Monitorizar FR • Aplicar penso compressivo
HIPERGLICEMIA	• Monitorizar glicemia • Vigiar sinais e sintomas
HIPOGLICEMIA	• Monitorizar glicemia • Vigiar sinais e sintomas
HIPOTERMIA	• Monitorizar temperatura corporal • Aplicar medidas de aquecimento ativo • Aplicar medidas de aquecimento passivo

INFEÇÃO, risco de	• Monitorizar temperatura corporal
	• Monitorizar cicatrização da ferida
	  o Bordos aproximados
	  o Deiscência
	• Vigiar sinais de infeção
	  o Dor
	  o Rubor
	  o Calor
	  o Exsudato

INFEÇÃO	• Monitorizar temperatura corporal
	• Monitorizar cicatrização da ferida
	  o Bordos aproximados
	  o Deiscência
	• Vigiar sinais de infeção
	  o Dor
	  o Rubor
	  o Calor
	  o Exsudato

INTEGRIDADE DA PELE, comprometida
(localização)
	• Avaliar a pele
	  o Coloração: rosácea, vermelha, pálida, cianótica
	  o Temperatura: fria, quente
	  o Características: hidratada, seca, escamosa, fissuras, gordurosa, húmida cicatriz
	• Eliminar fatores contribuintes
	• Executar tratamento à ferida

LESÃO PERIOPERATÓRIA POR POSICIONAMENTO, risco de	• Identificar zonas de risco de LPPP
	• Proteger zonas de risco LPPP
	• Optimizar o posicionamento cirúrgico do cliente
	• Aplicar faixa de segurança para membros inferiores
	• Aplicar faixa de segurança para membros superiores
	• Apoiar as articulações
	  o Região poplítea
	  o Região axilar
	  o Região cervical

LESÃO PERIOPERATÓRIA POR POSICIONAMENTO	• Proteger a LPPP • Monitorizar LPPP • Executar tratamento à LPPP

PERDA SANGUÍNEA
(local do corpo)
	• Monitorizar perda sanguínea
	• Aplicar envolvimento frio
	• Aplicar penso compressivo
	• Vigiar penso da ferida cirúrgica
	  o Aderência: intacto; desfeito
	  o Extensão do repasse: vestígios; ligeiro <1/3 do penso; moderado entre 1/3 e 2/3 do penso; abundante < 2/3 do penso
	  o Repasse: sangue vivo; sangue escurecido; sero-hemático; sero-purulento; translúcido; purulento
	  o Cheiro: sui generis; piocénico; fétido
	• Vigiar líquido de drenagem
	• Otimizar dreno
	  o Garantir fixação
	  o Garantir permeabilidade

	○ Manter penso íntegro ○ Refazer vácuo • Vigiar sinais de hemorragia • Pele: pálida, fria, húmida
QUEDA, risco de	• Monitorizar risco de queda ○ Escala de Morse • Executar medidas de segurança ○ Elevar grades da mesa operatória ○ Aplicar fitas de contenção ○ Travar a mesa operatória ○ Colocar mesa operatória o mais baixo possível • Vigiar comportamento
QUEIMADURA (local do corpo + topologia)	• Vigiar queimadura ○ Dimensões ○ Tecido periférico: intacto, não intacto ○ Quantidade do exsudado: elevado, moderado reduzido ○ Tipo de exsudado: seroso, sero-purulento, sero-hemático • Executar tratamento à queimadura
RETENÇÃO URINÁRIA, risco de	• Monitorizar eliminação urinária • Estimular a eliminação urinária • Vigiar sinais de retenção urinária ○ Distensão abdominal ○ Dor supra-púbica ○ Globo vesical ○ Sudorese ○ Agitação
RETENÇÃO URINÁRIA	• Vigiar sinais de retenção urinária ○ Distensão abdominal ○ Dor supra-púbica ○ Globo vesical ○ Agitação ○ Sudorese • Monitorizar eliminação urinária • Optimizar cateter urinário ○ Garantir a permeabilidade do cateter ○ Garantir a fixação adequada do cateter
ÚLCERA DE CÓRNEA, risco de (topologia + local do corpo)	• Proteger olhos do cliente ○ Encerramento palpebral ○ Lubrificante ocular gel ○ Lubrificante ocular líquido
ÚLCERA DE PRESSÃO, risco de (topologia + local do corpo)	• Monitorizar risco de úlcera de pressão ○ Escala de Scott • Aliviar zonas de pressão através de dispositivos • Assistir o doente a posicionar-se • Executar técnica de posicionamento • Avaliar a pele ○ Coloração: rosácea, vermelha, pálida, cianótica ○ Temperatura: fria, quente ○ Características: hidratada, seca, escamosa, fissurada, gordurosa, húmida, cicatriz

	○ Textura: macia e lisa, áspera
ÚLCERA DE PRESSÃO (topologia + local do corpo)	• Monitorizar risco de úlcera de pressão ○ Escala de Scott • Aliviar zona de pressão através de dispositivos • Assistir o doente a posicionar-se • Executar técnica de posicionamento • Monitorizar UPP ○ Diâmetro (mm) ou largura e cumprimento ○ Profundidade (mm) ○ Exsudato ○ Cor da pele em redor ○ Tipo de tecido do leito da ferida (necrótico, fibrina, granulação, epitélio) • Avaliar a pele ○ Coloração: rosácea, pálida, cianótica ○ Temperatura: fria, quente ○ Características: hidratada, seca, escamosa, fissurada, gordurosa, húmida, cicatriz ○ Textura: macia e lisa, áspera

3. RESPOSTAS FISIOLÓGICAS DO DOENTE À CIRURGIA

Face a uma cirurgia, o doente pode apresentar algumas respostas fisiológicas, para as quais a intervenção de enfermagem se verifica ser importante.

À semelhança de Giordani et al (2015) que referem que a dor e vómitos são alterações que ocorrem no pós-operatório e que se podem relacionar com a ansiedade pré-operatória, também os enfermeiros do presente estudo consideraram que a dor, as náuseas e os vómitos são três focos existentes na população a quem prestam cuidados.

Considerado como o 5º sinal vital, **dor** consiste em:

> percepção comprometida: aumento da sensação corporal desconfortável, referencia subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (CIPE, 2016, p. 54).

Para corroborar a identificação deste diagnóstico expresso pelo grupo de enfermeiros, Silva et al. (2016), identifica a dor aguda em 100% dos doentes no estudo que desenvolveu, com o objetivo de descrever os diagnósticos de enfermagem numa UCPA. Também Santana et al. (2017) identificou-o em 87,9% dos doentes com dor no contexto de UCPA de um hospital brasileiro. Assim, a dor revela-se um foco de intervenção prioritário do enfermeiro perioperatório, a fim de evitar que estes resultados sejam encontrados com tanta frequência no período pós-operatório, sendo a visita de enfermagem uma prática eficaz a implementar para a sua diminuição (Sadati et al., 2013), prática amplamente implementada, segundo os participantes do grupo do contexto em estudo.

Silva et al. (2016) no estudo que desenvolveu com objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem numa UCPA e propor resultados e intervenções para os cinco diagnósticos mais frequentes, propõe como intervenções para a dor caracteriza-la e monitorizar a sua frequência, qualidade e intensidade, bem como identificar os fatores desencadeantes. Refere ainda a necessidade de assegurar cuidados de analgesia bem

como eliminar ou reduzir fatores que aumentam a dor, implementando uma variedade de medidas para o alívio da mesma. Santana et al. (2017) refere a administração de medicação, o controlo do nível de sedação e a redução da ansiedade, como intervenções eficazes no seu estudo, em que descreveu os principais diagnósticos de enfermagem e propôs intervenções e resultados para o pós-operatório imediato de doentes submetidos a cirurgia ortopédica. Assim, as intervenções de enfermagem que o grupo de participantes identificou para o diagnóstico dor no período intraoperatório foram: monitorizar dor, através da escala numérica de dor, executar técnica de relaxamento, identificar com o cliente fatores que intensificam a dor, identificar com o cliente fatores que aliviam a dor, aplicar envolvimento frio e posicionar o cliente, tal como sugerido pela literatura referida, à exceção do controlo do nível de sedação sugerido por Santana et al. (2017).

Outro diagnóstico identificado pelo grupo foi **náuseas**, que consiste num "tipo de sensação com as características específicas: sensação de enjoo e de vontade de vomitar, sensação desagradável vagamente referenciada ao epigástro e abdómen, ofensiva ao paladar ou ao olfato" (CIPE, 2016, p. 67). Também Giordani et al. (2015) e Sadati et al. (2013) referem que este é um diagnóstico presente no doente cirúrgico e que o aumento de náuseas e vómitos no pós-operatório, são alterações que se relacionam com a ansiedade do doente no pré-operatório.

Por sua vez, **vomitar** é um "tipo de absorção com as características específicas: expulsar ou trazer de volta alimentos processados ou conteúdo gástrico através do esófago e da boca" (CIPE, 2016, p. 90), tendo sido também identificado como diagnóstico de intervenção no contexto de estudo. Deste modo, o grupo de participantes definiu como intervenções para ambos os diagnósticos: vigiar náusea, optimizar o posicionamento, optimizar sonda gástrica e avaliar vómito. Apesar de náusea e vómito serem dois diagnósticos frequentemente identificados nos estudos realizados em contexto perioperatório, as intervenções de enfermagem inerentes a estes diagnósticos no período intraoperatório não foram exploradas pelos autores dos estudos. Conforme referido anteriormente, em relação à colocação da sonda gástrica, no contexto em estudo este procedimento é sempre realizado pelo anestesista, pelo que não foi uma intervenção considerada neste padrão de documentação.

Um outro diagnóstico passível de intervenção, identificado pelo grupo foi **desidratação**, que consiste num "processo do sistema regulador comprometido" (CIPE, 2016, p. 53)**.** O grupo refere que ***"em ortopedia, temos doentes com pele a descamar...e outros sinais de***

desidratação. Às vezes até fazem 1 litro de soro e não fazem globo! Onde é que está o soro?" (E7, FG2), indo ao encontro do referido no estudo de El-Sharkawy et al. (2014) e Steyer et al. (2016) como diagnóstico frequente no doente cirúrgico. Como intervenções, os participantes no estudo referiram: vigiar sinais de desidratação, monitorizar balanço hídrico, monitorizar eliminação urinária, monitorizar eliminação intestinal, monitorizar vómitos e monitorizar conteúdo de sonda gástrica. Ao confrontar com a literatura disponível, constata-se que as intervenções propostas vão ao encontro do que Steyer et al. (2016) propôs no seu estudo acerca dos diagnósticos e intervenções de enfermagem no período pós-operatório, de doentes submetidos a cirurgia bariátrica. O mesmo autor propõe ainda a monitorização do peso do doente, contudo por serem intervenções propostas para o pós-operatório, esta não se adequa ao período intraoperatório do contexto em estudo. Na revisão da literatura realizada por El-Sharkawy et al. (2014) que teve por objetivo destacar os principais aspectos das alterações fisiopatológicas relacionadas com a idade que afetam o equilíbrio de líquidos e eletrólitos em idosos no período perioperatório, destacam a monitorização de sinais de desidratação, o balanço hídrico e a adequada administração de fluidos como intervenções eficazes no período peri-operatório, sustentando as intervenções sugeridas pelo grupo de participantes neste estudo. Uma vez que este padrão de documentação só contempla intervenções autónomas, não foi considerada a administração de fluidos.

Conforme referido, uma das intervenções na desidratação consiste na monitorização da entrada e saída de fluidos, o que remete para outro aspeto: **incontinência urinária**. A CIPE (2016) define como "status de continência: passagem involuntária de urina; incapacidade de controlo voluntário dos esfíncteres vesical e uretral" (p. 63). Os participantes selecionaram este diagnóstico especialmente na visita pré-operatória, onde incentivam à eliminação antes da ida para o bloco, por exemplo. El-Sharkawy et al. (2014) referem que este é um dos problemas frequentes no doente cirúrgico idoso e relaciona-o como uma das possíveis causas para a desidratação. Para este diagnóstico, o grupo de participantes refere estimular a eliminação urinária e otimizar dispositivo urinário externo. Contudo, não foram evidenciadas intervenções de enfermagem no período intraoperatório na literatura consultada, que sustentem as intervenções sugeridas pelo grupo de participantes. Uma vez que colocar dispositivo urinário externo é uma intervenção interdependente, não foi considerada neste padrão de documentação, contudo os cuidados inerentes à sua otimização foram considerados.

Ainda na linha de pensamento dos desequilíbrios de entrada e saída de fluidos, ou motivado por outros fatores, pode por vezes ocorrer **edema: "**retenção de líquidos**"** (CIPE, 2016, p. 55). Segundo o grupo, este diagnóstico pode ser identificado no pós-operatório imediato, por exemplo nos doentes submetidos a cirurgia maxilo-facial ou *"nos doentes de neurocirurgia, nas pálpebras às vezes*" (E4, FG2), estando a referir-se a cirurgias major em decúbito ventral. Segundo El-Sharkawy et al. (2014), este é considerado um problema frequente no doente cirúrgico, especialmente uma vez mais no doente idoso. Assim, as intervenções de enfermagem identificadas pelos participantes foram: vigiar edema, aplicar envolvimento frio, elevar parte do corpo, optimizar posicionamento, incentivar o cliente a posicionar parte do corpo e monitorizar balanço hídrico. À semelhança do diagnóstico anterior, também não foram evidenciadas intervenções de enfermagem no período intraoperatório na literatura consultada, que sustentem as intervenções sugeridas pelo grupo de participantes.

No que às agressões da pele diz respeito, para além dos diagnósticos identificados na categoria de segurança do doente, o grupo identificou ainda eritema e ferida cirúrgica.

Relativamente ao **eritema**, a CIPE (2016) define como "um tipo de pele com as características específicas: erupção cutânea de diferentes cores e protuberâncias, edema local, urticária, vesículas e prurido" (p. 57). Na discussão de grupo, foi referido por vezes existirem doentes com eritema na região inguinal, à qual necessitam de prestar cuidados. As intervenções identificadas pelo grupo de participantes para este diagnóstico foram: lavar a pele e aplicar creme. Nos estudos disponíveis relativos a diagnósticos de enfermagem no período intraoperatório, não foi identificado especificamente este diagnóstico de enfermagem. Contudo, o grupo de participantes refere ser um fator de preocupação e intervenção na sua prática no contexto em estudo.

Mas se algumas agressões à integridade da pele são acidentais, outras há inevitáveis, como é o caso de **ferida cirúrgica** que consiste em:

> ferida: corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo; ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus" (CIPE, 2016, p. 58).

Esta lesão ocorre propositadamente para a consecução da cirurgia, salvo raras exceções em que a porta de entrada consiste num orifício natural do organismo. Apesar de a grande maioria dos doentes cirúrgicos apresentarem uma ferida cirúrgica, o grupo de

participantes concluiu que não executa muitas intervenções a este respeito no período intraoperatório. Assim, as intervenções identificadas prendem-se apenas com: vigiar penso da ferida cirúrgica, optimizar dreno e vigiar líquido de drenagem.

Outro aspeto a ter em conta, durante e essencialmente no final das cirurgias, é a **perfusão dos tecidos**. Assim, segundo a CIPE (2016) consiste em "movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio; líquido e nutrientes ao nível celular, associado à temperatura e cor da pele; diminuição do pulso arterial; alterações na pressão sanguínea arterial, cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos" (p. 72). O grupo de enfermeiros selecionou o diagnóstico perfusão dos tecidos comprometida, uma vez que refere que, em jeito de exemplo, *"um doente que está hipotérmico pode ter alteração da perfusão dos tecidos, porque o sangue desloca-se todo para o compartimento central"* (E1, FG2). Além disso, o grupo também refere "*estava a pensar nos doentes de ortopedia*" (E1, FG4), pela utilização de garrote pneumático em algumas cirurgias, que pode levar a ocorrência deste diagnóstico. A fim de reverter o diagnóstico de perfusão dos tecidos comprometida, os participantes definiram como intervenções: monitorizar perfusão dos tecidos, aliviar ligadura, optimizar ligadura, aplicar envolvimento quente, executar técnica de massagem e optimizar posicionamento. Na literatura disponível, este diagnóstico não foi mencionado, pelo que as intervenções apresentadas pelo grupo carecem de alguma sustentação teórica no contexto intraoperatório.

Dispneia, limpeza da via aérea ineficaz e hipoventilação, foram mais 3 diagnósticos que os enfermeiros participantes no estudo identificaram como possíveis diagnósticos dos doentes a quem prestam cuidados. Já a AORN (2011) identificou as emergências respiratórias como sendo um evento de particular importância (Steelman & Graling, 2013), por poder levar a hipóxia com consequente lesão cerebral, tornando-se assim num evento dramático no BO.

Assim, **dispneia** pode ser também um diagnóstico identificado neste período**,** sendo um **"**processo do sistema respiratório comprometido**:** movimento laborioso da entrada e saída do ar nos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade" (CIPE, 2016, p. 54). Deste modo, para a dispneia o grupo referiu: monitorizar $SatO_2$, monitorizar FR, otimizar dispositivo de oxigenioterapia, otimizar ventilação através de técnica de posicionamento, executar técnica respiratória e vigiar ventilação.

Por vezes, dispneia pode ser provocada, por exemplo, por **limpeza da via aérea** ineficaz, que por sua vez consiste num "processo do sistema respiratório: manter a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstrução do trato respiratório" (CIPE, 2016, p.65). A este respeito, o grupo refere o momento *"quando os doentes acordam e têm secreções, temos que os estimular a tossir" (E7, FG2).* Assim, o grupo identificou como intervenções de enfermagem: aspirar secreções, incentivar o cliente a tossir, incentivar o cliente a posicionar-se, assistir o cliente no posicionamento e executar técnica de posicionamento.

Por fim a **hipoventilação**, consiste na "diminuição da frequência respiratória, diminuição da profundidade da inspiração e da força da expiração, acompanhada de cianose e aumento da pressão parcial de dióxido de carbono" (CIPE, 2016, p. 62). O grupo considera que os doentes a quem prestam cuidados, estão expostos a esta situação como se pode ler no excerto que se segue, devido *"a alteração da consciência, sonolência"* (E4, FG2), e que pode ocorrer nos momentos contíguos ao términos da cirurgia e anestesia. Deste modo, para reverter o diagnóstico de hipoventilação, foram definidas as seguintes intervenções: monitorizar SpO2, monitorizar FR, vigiar ventilação, optimizar dispositivo de oxigenioterapia, optimizar ventilação através de técnica de posicionamento e executar técnica respiratória.

Por se tratarem de diagnósticos relacionados com a via aérea, a grande maioria das intervenções dos três diagnósticos são comuns, contudo com algumas diferenças consoante a origem do diagnóstico. No que concerne à sustentação teórica para as intervenções referidas, a literatura carece de informação no período intraoperatório, sendo que Steelman & Graling, (2013) propõem intervenções para a situação de via aérea difícil e não especificamente para os diagnósticos de enfermagem de dispneia, limpeza da via aérea ineficaz ou hipoventilação.

Apresenta-se de seguida a Tabela 4., onde consta de forma mais clara os diagnósticos e intervenções identificadas neste domínio.

Tabela 4 - Padrão de documentação dos cuidados de enfermagem intraoperatória - Respostas fisiológicas do doente à cirurgia

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES

DESIDRATAÇÃO	• Vigiar sinais de desidratação
	  ○ Pele/mucosa secas, hidratadas, diminuição do turgor da pele, língua seborrosa, prega cutânea
	• Monitorizar balanço hídrico
	• Monitorizar eliminação urinária
	  ○ Quantidade
	  ○ Cor: incolor, amarela, alaranjada, castanha
	  ○ Aspeto: límpida, concentrada, turva, purulenta, hemática
	  ○ Constituintes anormais: sangue coágulos, cálculos, sedimentos
	  ○ Cheiro: sui generis, amoniacal, adocicado, fétido
	• Monitorizar eliminação intestinal
	  ○ Aspeto: normal, clara, avermelhada, escura
	  ○ Consistência: pastosa, semi-pastosa, liquidas, semi-líquidas
	  ○ Cheiro: sui generis, fétido
	  ○ Constituintes anormais: melenas, muco, sangue vivo
	  ○ Quantidade: reduzida, moderada, abundante
	• Monitorizar vómitos
	  ○ Quantidade
	  ○ Aspeto: aquoso, alimentar, biliar, hemático
	• Monitorizar conteúdo de sonda gástrica

DISPNEIA	• Monitorizar SpO_2
	• Optimizar dispositivo de oxigenioterapia
	• Optimizar ventilação através de técnica de posicionamento
	  ○ Elevar cabeceira da cama
	  ○ Posicionar doente
	• Executar técnica respiratória
	• Vigiar ventilação
	  ○ Tipo: torácica, abdominal, toraco-abdominal
	  ○ Amplitude: superficial, profunda
	  ○ Frequência respiratória
	  ○ Simetria: simétrico, assimétrico

DOR
 	
(localização+ topologia + duração + frequência)
	• Monitorizar dor
	  o Escala numérica de dor
	• Aplicar envolvimento frio
	• Posicionar o cliente
	  o Lateral esquerdo
	  o Lateral direito
	  o *Semi-fowler*
	  o Ventral
	  o Dorsal
	• Executar técnica de relaxamento
	• Identificar com o cliente fatores que intensificam a dor
	• Identificar com o cliente fatores que aliviam a dor

EDEMA
 	
(topologia + localização)
	• Vigiar edema
	  o Sinal de *godet*
	  o Pele turgida
	• Aplicar envolvimento frio
	• Elevar parte do corpo
	• Optimizar posicionamento
	• Incentivar o cliente a posicionar parte do corpo
	• Monitorizar balanço hídrico

ERITEMA (localização + topologia)	• Lavar a pele • Aplicar creme

FERIDA CIRÚRGICA
 	
(topologia + local do corpo)
	• Vigiar penso da ferida cirúrgica
	  o Aderência: intato; descolado
	  o Extensão do repasse: vestígios, ligeiro < 1/3 do penso; moderado >1/3 e <2/3 do penso; abundante > 2/3 do penso
	  o Características do repasse: sangue vivo; sangue escurecido; sero-hemático; sero-purolento; translúcido; purulento
	  o Cheiro: sui generis; fétido
	• Optimizar dreno
	  o Tipo de dreno: vácuo, multicapilar, *reberdain, Jackson-pratt*, outro
	  o Garantir fixação
	  o Garantir a permeabilidade
	  o Manter o penso íntegro
	• Vigiar líquido de drenagem

HIPOVENTILAÇÃO	• Monitorizar SpO_2
	• Monitorizar FR
	• Vigiar ventilação
	  o Tipo: torácica, abdominal, toracoabdominal
	  o Amplitude: superficial, profunda
	  o Simétrica, assimétrica
	  o Frequência: normal, taquipneia, bradipneia
	• Optimizar dispositivo de oxigenioterapia
	• Optimizar ventilação através de técnica de posicionamento
	  o Elevar cabeceira da cama
	  o Posicionar doente
	• Executar técnica respiratória

INCONTINÊNCIA URINÁRIA	• Estimular a eliminação urinária • Otimizar dispositivo urinário externo
LIMPEZA DA VIA AÉREA, ineficaz	• Aspirar secreções • Incentivar o cliente a tossir • Incentivar o cliente a posicionar-se • Assistir o cliente no posicionamento • Executar técnica de posicionamento
NÁUSEA **Ou** **VOMITAR**	• Vigiar náusea • Optimizar o posicionamento • Optimizar sonda gástrica o Garantir a permeabilidade da sonda o Garantir a fixação adequada da sonda • Avaliar vómito
PERFUSÃO DOS TECIDOS, comprometida	• Monitorizar a perfusão dos tecidos o Coloração da pele: rosada, cianótica, pálida o Temperatura da pele: normal, quente fria o Volume do pulso: cheio, fraco ou filiforme o Igualdade do pulso: igual, diferente o Tempo de preenchimento capilar: normal, diminuído (>2s) • Aliviar ligadura • Optimizar ligadura o Trocar ligadura o Adequar pressão • Aplicar envolvimento quente • Executar técnica de massagem • Optimizar posicionamento

CONCLUSÕES

Tendo em conta as características específicas do doente cirúrgico, entende-se que o processo de enfermagem permite melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatória, uma vez que sendo um método individualizado e planeado, permite uma avaliação e reformulação. Mas, além disso e acima de tudo, permite a continuidade dos cuidados, sem quebra de informação, pois abrange a experiência cirúrgica pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória do doente.

A função do enfermeiro de BO inicia-se ainda no pré, com a realização da visita de enfermagem pré-operatória, momento fulcral para o planeamento de todo o processo de enfermagem. O período intraoperatório, é especialmente crítico, pela complexidade do ambiente e pela vulnerabilidade do doente, colocando-o numa posição susceptível a uma série de riscos reais e potenciais. Assim, a função do enfermeiro perioperatório relaciona-se em grande parte com a gestão da segurança e prevenção de eventos adversos.

Por conseguinte, e uma vez que os cuidados de enfermagem dirigidos ao doente cirúrgico devem ter continuidade ao longo de todo o processo, pode afirmar-se que também no período intraoperatório a identificação dos diagnósticos de enfermagem é uma necessidade crucial, de modo a dar continuidade ao plano definido para cada doente.

Com a realização deste estudo de investigação foi possível responder à questão de investigação inicialmente definida, bem como atingir os objetivos traçados. Com a introdução de uma linguagem comum, a classificação internacional para a prática de enfermagem, no contexto onde foi realizado este estudo e o desenvolvimento de um padrão de documentação de cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico no período intraoperatório, acredita-se que será possível melhorar a tomada de decisão dos enfermeiros no BO. Assim, a definição dos focos de atenção com a identificação dos diagnósticos de enfermagem e prescrição das respetivas intervenções, sustentadas nas boas práticas, é certamente um contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatória.

Os resultados deste estudo culminaram na identificação de 42 diagnósticos e respetivas intervenções, agrupados em três áreas de cuidados intraoperatórios: **respostas comportamentais do doente e da família à cirurgia**, como por exemplo aceitação do

estado de saúde comprometido, não adesão ao regime terapêutico, ansiedade, conhecimento sobre dor não demonstrado e medo; **segurança do doente**, como por exemplo risco de aspiração, hemorragia, hipotermia, risco de infeção e risco de lesão perioperatória; **respostas fisiológicas do doente à cirurgia**, como por exemplo dor, ferida cirúrgica, limpeza da via aérea ineficaz, náusea e vomitar. Para cada diagnóstico emergente foram identificadas e associadas as intervenções adequadas a implementar, a fim de obter a sua resolução. A título de exemplo, para o diagnóstico ansiedade foram definidas como intervenções: incentivar a comunicação de emoções, esclarecer dúvidas do cliente, executar técnica respiratória, incentivar suporte familiar e gerir ambiente físico. Para o diagnóstico de hipotermia, foram identificadas as intervenções: monitorizar temperatura corporal, aplicar dispositivo de aquecimento (aquecimento ativo), aplicar medidas de aquecimento passivo. No que concerne aos diagnósticos náusea e vomitar, foram identificadas as seguintes intervenções: vigiar náusea, avaliar vómito, optimizar o posicionamento e optimizar sonda gástrica.

Da pesquisa realizada foi possível identificar uma lacuna abissal no que concerne à sistematização do processo de enfermagem no período intraoperatório. Assim, dos artigos pesquisados e analisados, nenhum apresenta diretamente resultados realizados no âmbito de interesse dos investigadores. Neste sentido, a pesquisa realizada para a revisão da literatura e o estado da arte foi direcionada para o período perioperatório, com enfoque para o intraoperatório. Além disso, para se conseguir obter sustentação suficiente, foi necessário alargar o horizonte temporal da pesquisa, o que de certo modo é preocupante, perceber que num período tão crítico e nobre do cuidado de enfermagem não existe evidência publicada na comunidade científica que sustente essa prática.

Por esta razão, não foi possível encontrar todos os diagnósticos e intervenções identificadas pelo grupo descritos na literatura e, por outro lado, intervenções descritas pelos autores em contextos distintos não se apropriaram ao período intraoperatório. Contudo, pela metodologia utilizada, considerou-se que os diagnósticos e intervenções identificados pelos enfermeiros que participaram no presente estudo e que desenvolvem a sua atividade profissional nesta área de cuidados, são achados a valorizar de completa pertinência para a enfermagem perioperatória, com destaque no intraoperatório. Por outro lado, pelas mesmas razões, também se constatou que diagnósticos identificados e apresentados no enquadramento teórico, não se vieram a revelar no contexto estudado, como foi o caso de disposição para bem-estar espiritual aumentada, padrão do sono

perturbado, disfunção sexual, deambulação comprometida, défice no autocuidado para banho/higiene e mobilidade no leito comprometida.

Durante a realização deste estudo de investigação, tanto no aprofundamento do conhecimento da CIPE, como durante a realização do *focus group*, houve dificuldade em traduzir todas as ações dos enfermeiros de perioperatório deste contexto em linguagem CIPE, uma vez que nem todos os termos que traduzem as ações de enfermagem neste período específico que é o intraoperatório se encontram na CIPE. Vários problemas no domínio da segurança foram descritos no enquadramento teórico e que atualmente são debelados através da aplicação de protocolos, de recomendações de boas práticas e de *check-lists*, e não são consideradas intervenções diretamente relacionadas com diagnósticos de enfermagem, como sejam a confirmação da identidade, local e lateralidade da cirurgia, sendo o segundo evento sentinela mais reportado.

Outro exemplo, é a contagem de material, a fim de prevenir a retenção do mesmo no corpo do doente, cuja transposição para linguagem CIPE também não foi possível. No que concerne às falhas de reprocessamento de DM, apesar de fazer parte das funções de enfermeiro de perioperatório na prevenção de ILC a confirmação das condições de reprocessamento dos DM, também não foi possível traduzir em linguagem CIPE esta ação. Por fim, destaca-se também o diagnóstico de "risco de queimadura", que apesar de estar presente em todos os doentes em que é utilizada electrocirurgia, o grupo de participantes teve necessidade de eliminar e selecionar apenas "queimadura", uma vez que a CIPE não contempla intervenções descritas para a sua prevenção, relativas à correta utilização do aparelho e colocação da placa dispersiva ou elétrodo neutro (Guido et al., 2014). O grupo de participantes referiu que apesar de atuar na sua prevenção, essas ações podem ser confundidas com boas práticas relativas à utilização de um equipamento.

Além da dificuldade de suporte teórico para os achados e da dificuldade de transposição da prática para o papel, o contexto onde a investigação decorreu caracteriza-se pela grande imprevisibilidade de horário, pelo que uma das dificuldades sentidas foi o agendamento das sessões de *focus group*. Contudo, com o esforço de todos os intervenientes, foi possível levar a bom porto esta investigação. Também durante as entrevistas de *focus group* nem sempre foi fácil a dinamização da mesma e a tentativa de manter focados todos os participantes. Posteriormente, a transcrição das entrevistas revelou-se um momento bastante exaustivo e exigente da investigação, pelo rigor e

atenção a ser dispensada.

Contudo, consciente do desafio da metodologia selecionada, acreditou-se que os benefícios que daí decorreriam poderiam compensar o esforço e trabalho investido. E não foi em vão. Este trabalho de investigação constitui apenas um oásis no deserto. Contudo, crê-se que a definição e clarificação dos diagnósticos de enfermagem no contexto de cuidados intraoperatório será uma oportunidade para a enfermagem documentar as suas intervenções e por conseguinte, contribuir para o avanço da profissão.

A opção pelo estudo dos diagnósticos e intervenções de enfermagem apenas no período intraoperatório, em detrimento do perioperatório, deveu-se à complexidade da metodologia utilizada e tempo disponível para a realização desta investigação. Apesar de ser bastante enriquecedor do ponto de vista científico e de ganhos para o doente, teria que ser realizado focus group a diferentes grupos de enfermeiros dos diferentes momentos de cuidados.

Assim, assumindo este estudo de investigação como um ponto de partida, parece-nos poder referir que, como trabalho futuro relativamente ao contexto em estudo, fica o desafio de identificar os diagnósticos e intervenções no pré-operatório, no contexto de UCPA e no pós-operatório, proporcionando um cuidado padronizado e facilitando a continuidade dos cuidados nos diferentes momentos do processo cirúrgico. Outro aspeto a desenvolver, consiste em integrar o padrão de documentação no sistema informático vigente do contexto em estudo e posteriormente, estudar, por exemplo, os diagnósticos mais frequentes, conseguindo desse modo caracterizar de alguma forma a população que recorre a esta unidade de saúde.

Sabe-se que a melhoria dos registos de enfermagem permite não só dar visibilidade à profissão de Enfermagem mas também a sistematização e a estandardização da documentação da informação, respeitando concomitante a individualidade de cada doente. Não menos importante, evidencia o valor dos cuidados de enfermagem e a sua relevância na prevenção da doença, na promoção e na recuperação da saúde do doente.

Para a comunidade científica, fica a sugestão para a realização de novos estudos, noutros contextos de cuidados de Enfermagem perioperatória e desse modo extrapolar o conhecimento, culminando na identificação de novos focus de enfermagem e a sua integração em novas versões da CIPE. Além disso, a criação de um catálogo de diagnósticos de Enfermagem Perioperatória, o que poderia constituir, certamente, um benefício para todos os doentes cirúrgicos e profissionais que deles cuidam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adugbire, B., Aziato, L., & Dedey, F. (2017). Patients' experiences of pre and intra operative nursing care in Ghana: A qualitative study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, *6*, 45-51. Recuperado de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221413911630018X

Azevedo, J., Sousa, P. & Jesus, E. (2017). Perioperative nursing data set: translation and cultural adaptation and clinical relevance in Portugal. *ACENDIO/AENTDE Conference 2017 - Health and Standardized Nursing Languages: supporting practice, advancing Science*. Valência: Espanha.

Bardin, L. (2012). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições 70.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. (s.d.). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.

Creswell, J. & Creswell, D. (2018). *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (5ªed.). California, USA: SAGE Publicators.

Costa, A. Santos A, Castro, M., Coelho, W., Amorim, E., & Cruz, R. (2018). Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória como tecnologia no processo de cuidar. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 23 (2),165-169. Recuperado de http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3da9h%26AN%3d130633132%26lang%3dpt-pt%26site%3deds-live%26scope%3dsite

Direção Geral da Saúde (2010), *Manual de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS – Cirurgia segura salva vidas.* Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/manual-de-implementacao-da-lista-de-verificacao-de-seguranca-cirurgica-da-oms-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde (2013), *Norma nº 002/2013 de 12/02/2017 atualizada a 25/06/2013* – Cirurgia segura, salva vidas. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/seguranca-cirurgica-norma_002_2013_cssv-revisao-junho2013.aspx

Direção Geral da Saúde (2015), *Norma nº 020/2015 de 15/12/2015 - "Feixe de intervenções" de prevenção de infeção de local cirúrgico.* Lisboa, Portugal: Autor. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde (2017), *Norma nº 001/2017 de 08/02/2017* - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde . Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde (2019), *Norma nº 008/2019 de 09/12/2019 - Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares.* Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx

Doenges, M., & Moorhouse, M. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interativo*. (5ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.

El-Sharkawy, A., Sahota, O., Maughan, R., & Lobo, D. (2014). The pathophysiology of fluid and electrolyte balance in the older adult surgical patient. *Clinical Nutricion*. 33. 6-13. Recuperado de https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(13)00316-6/pdf

European Operating Room Nurses Association (2019). *EORNA framework for Perioperative nurse competencies*. EORNA Educational committee. (2ª ed.). Copenhaga, Dinamarca: Autor. Recuperado de: https://eorna.eu/wp-content/uploads/2019/05/Competencies-brochure-final.pdf

Ferreira, C., & Simoes, I. (2019). Validação de protocolo de enfermagem para avaliação e diagnóstico de retenção urinária no adulto. *Rev. de Enfermagem Referência*. 4(13), 153-164. Recuperado de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3300&id_revista=24&id_edicao=209

Giordani, A., Sonobe, H., Ezaias, G., Valério, M., & Barra, M. (2015). Perfil de pacientes cirúrgicos atendidos em um hospital público. *Revista de enfermagem UFPE*, *9*(1), 54-61. Recuperado de https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10306

Gonçalves, M., Cerejo, M., & Martins, J. (2017). The influence of the information provided

by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 17-26. Recuperado de http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3da9h%26AN%3d125393685%26lang%3dpt-pt%26site%3deds-live%26scope%3dsite

Gondin, S. M. G. (2003). Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf

Guido, A., Goulart, C., Brum, C., Lemos, A., Umman, J. (2014). Cuidado de enfermagem perioperatória: revisão integrativa da literatura. *Journal of Research Fundamental Care Online.* 6(14). 1601-1609. Recuperado de http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3dedo%26AN%3d98801892%26lang%3dpt-pt%26site%3deds-live%26scope%3dsite

International Council of Nurses (2009). *Linhas de orientação para a elaboraçãoo de catálogos CIPE*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/linhas_cipe.pdf

Leal, R., Carvalho, D., Santos, B., de Souza, A., & Cubas, M. (2016). Proposal for inclusion of new terms for submission to the ICNP. *Studies in health technology and informatics*, 225, 1072-1073. Recuperado de http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=7b837864-df36-43db-9fe7-7e1bef14d7f1%40sessionmgr4007

McLeod, L., Southerland, K., & Bond, J. (2013). A clinical audit of postoperative urinary retension in postanethesia care unit . *Journal of PeriAnesthesia Nurses online*, 18(4), 210-216. Recuperado de https://www.jopan.org/article/S1089-9472(13)00301-8/pdf

Morgan, D. L. (1997). *Focus group as qualitative research* (2 ed.). Thousand Oaks, California: Sage.

Novaes, E., Torres, M., & Oliva, A. (2013). Diagnósticos de enfermagem em clínica cirúrgica. *Acta Paulista de Enfermagem*, *28*(1), 26-31. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000100026&lng=pt&tlng=pt

Oliveira, D., Nóbrega, M., Andrade, L., Silva, A., Costa, M., Carvalho, A., & Wanderley, M. (2017). Diagnoses, results and nursing interventions for the prostatectomized patient. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, *11*(11), 4455-4462. Recuperado de http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=19c4b531-d9d7-4eb0-8b98-2e135f20b0ef%40sessionmgr120&bdata=JkF1dGhUeXBlPWIwLGNvb2tpZSxzaGliLHVpZCZsYW5nPXB0LWJyJnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#AN=126616180&db=rzh

Organização para as Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (Comissão Nacional da UNESCO, trad.). Lisboa, Portugal. Recuperado de http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf

Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.

Rauta, S. (2019). *Nursing intensity and nurse staffing in perioperative settings*. (Tese de douturamento). Universidade de Turku, Faculdade de Medicina, Finlândia. Recuperado de https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/146720/AnnalesD1414Rauta.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sadati, L., Pazouki, A., Mehdizadeh, A., Shoar, S., Tamannaie, Z., & Chaichian, S. (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian journal of caring sciences*, *27*(4), 994-998. Recuperado de http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=19c4b531-d9d7-4eb0-8b98-2e135f20b0ef%40sessionmgr120

Santana, V., Santos, J., & Silva, P. (2017). Nursing care systematization in the immediate postoperative period after orthopedic surgeries. *Journal of Nursing UFPE*, *11*(10), 4004-4010. Recuperado de http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=19c4b531-d9d7-4eb0-8b98-2e135f20b0ef%40sessionmgr120

Santos, A., Silva, M., Brito, S., Ferreira, E., & Veras, J. (2013). Assistência de enfermagem no processo cirúrgico: atuação do profissional no centro cirúrgico e recuperação anestésica. *Revista de enfermagem UFPE*, *7*(10), 6116-6122. Recuperado de http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=19c4b531-d9d7-4eb0-8b98-2e135f20b0ef%40sessionmgr120

Santos, C. (2017). *Grupos focais: uma reflexão metodológica*. Centro de Investigação e estudos de sociologia do Instituto Universitário de Lisboa, Portugal. Recuperado de https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/14533/1/CIES-WP211_Cristina%20Santos.pdf

Silva, M, & Graveto, J. (2008). Modelo conceptual versus "modelo oculto" para a (na) prática de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 67-70. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23999/1/2008_12_2_67-70.pdf

Silva, H., Souza, V., & Silva, P. (2016). Sistematização da assistência em enfermagem perioperatória em uma unidade de recuperação pós-anestésica. *Revista de enfermagem UFPE*, *10*(10), 3760-3767. Recuperado de http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=19c4b531-d9d7-4eb0-8b98-2e135f20b0ef%40sessionmgr120

Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). Focus group: considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, (26), 175-190. Recuperado de http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-72502014000100012&lng=en&tlng=en#?

Steyer, N., Oliveira, M., Gouvêa, M., Echer, I., Lucena, A. (2016). Clinical profile, nursing diagnoses and nursing care for postoperative bariatric surgery patients. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 37 (1), 1-8. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26934507/

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017). *Recomendações da SPA para a manutenção da normotermia no periodo perioperatório. Guidelines de conduta clínica*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf

Steelman, V., & Graling, P. (2013). Top 10 patient safety issues: what more can we do? *AORN journal*, *97*(6), 679-701. Recuperado de

http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d9f0acc0-97b7-449b-bb67-ae59b7668f72%40sessionmgr4007

Vieira, M., Oliveira, D., Carvalho, M., & Nóbrega, M. (2017). Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes da clínica cirúrgica de um hospital escola. *Rev. enferm. UFPE on line*, *10*(12), 4517-4523. Recuperado de http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=19c4b531-d9d7-4eb0-8b98-2e135f20b0ef%40sessionmgr120

Yin, R. (2014). *Case study research: design and methods* (5.a ed). Singapura: SAGE Publications.

ANEXOS

ANEXO I

AUTORIZAÇÃO E PARECER DA COMISSÃO ÉTICA
DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: ENFERMAGEM
DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº [redacted]

Título do Projeto: "Padrão de documentação de cuidados de enfermagem intra-operatórios"

Identificação do Proponente
Nome(s): Magali Alves Lopes
Filiação Institucional: [redacted]; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (aluna do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica)
Investigador Responsável/Orientador: Conceição Baía

Relator: [redacted]

Parecer

Partindo da ideia inicial que a clarificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem é fundamental para a elaboração de um padrão de documentação de cuidados de enfermagem, a proponente formulou a seguinte questão de investigação: Quais os diagnósticos e intervenções de enfermagem, no intraoperatório, dirigidos à pessoa adulta submetida a cirurgia eletiva?
Assim, a mesma propõe a elaboração de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo, com características de um estudo de caso, sendo utilizada a metodologia de focus group como técnica de investigação de recolha de dados.
Os objetivos do estudo são: Identificar os diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem no período intraoperatório dirigidos à pessoa adulta submetida a cirurgia eletiva, e construir uma matriz padrão de documentação dos cuidados de enfermagem intraoperatória.
A população do estudo será constituída pelos enfermeiros do bloco operatório, de uma clínica privada da região centro - [redacted], que prestam cuidados à pessoa maior de 18 anos, submetida a cirurgia eletiva.
Refere a investigadora quanto à amostra que "pretende-se que seja representativa dos enfermeiros do BO que prestam cuidados à pessoa, maior de 18 anos, submetida a cirurgia eletiva". O critério de exclusão é apenas aplicado à investigadora por lá desenvolver a sua atividade profissional.
A entrevista será utilizada como método de colheita de dados, juntando a proponente o guião da mesma como instrumento. Ainda menciona que as entrevistas serão gravadas (apesar de referir que as mesmas serão destruídas após o término do estudo) devendo portanto, cumprir com os requisitos da Lei da Proteção de Dados Pessoais.
A proponente ainda apensou o Consentimento informado como forma de garantia para a voluntariedade e autonomia dos participantes.
Os custos previstos prendem-se com disponibilidade de tempo para realização das reuniões, inerentes à metodologia focus group, não estando previstos custos

ANEXO II

AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL PRIVADO

[redacted]

Exma. Senhora Magali Alves Lopes,

Assunto: autorização para desenvolvimento de estudo de investigação

[redacted] vem autorizar o desenvolvimento do estudo de investigação nos termos e nas condições propostos pela enfermeira Magali Alves Lopes.

Acrescenta-se ainda que não só autorizamos, como temos muito orgulho em promover este e todos os estudos que têm como objetivo último a melhoria da prestação dos cuidados de saúde e os consequentes ganhos para o doente, protegendo sempre a sua identidade singular e as reais necessidades.

Cientes de que o Plano de Trabalho apresentado respeita e cumpre os procedimentos éticos e formais estabelecidos pela legislação em vigor e que as conclusões obtidas poderão contribuir para minimizar o erro humano, o Presidente do Conselho de Administração autoriza o presente estudo.

[redacted]

(Presidente do Conselho de Administração)

[redacted], 24 setembro 2018

[redacted]

APÊNDICES

APÊNDICE I

CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Magali Alves Lopes (portadora do cartão de cidadão Nº 13481345 e Nº OE 2E-75760), enfermeira a exercer funções [redacted], encontra-se a desenvolver um trabalho de investigação no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com a temática "Padrão de documentação de cuidados de enfermagem no periodo intra-operatório", sob orientação da Sr.ª Professora Conceição Baía e Co-orientação do Sr. Professor Luis Sarnadas.

Pretende-se identificar os diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem, no período intra-operatório, dirigidos à pessoa adulta submetida a cirurgia eletiva; e elaborar uma matriz padrão de documentação dos cuidados de enfermagem intra-operatória, através da utilização de linguagem classificada (CIPE).

Será realizado um estudo qualitativo, exploratório, descritivo, com características de um estudo de caso, sendo utilizada a metodologia de *focus group*, através de entrevistas de grupo aos enfermeiros do Bloco Operatório.

Para tal prevê-se a gravação áudio das entrevistas, com a respetiva autorização da instituição e dos profissionais participantes. Estas gravações serão destruídas após o términus do tratamento dos dados.

A entrevista poderá ser interrompida ou suspensa a pedido dos participantes, sem que resultem quaisquer prejuízos para os intervenientes. Serão respeitados os procedimentos éticos e formais inerentes à investigação, bem como o enunciado no Código Deontológico do Enfermeiro relativamente à confidencialidade e sigilo da informação. A privacidade dos participantes será salvaguardada e a identidade será conhecida apenas, pelas pessoas diretamente envolvidas no trabalho de investigação, não estando previstos danos físicos ou potenciais efeitos colaterais. Os benefícios relacionam-se com o aumento do conhecimento da temática em causa, o que permitirá a construção de um padrão de documentação da prática de enfermagem, fundamental para a sistematização da transmissão de informação e segurança dos doentes, contribuindo assim para a melhoria e qualidade dos cuidados de enfermagem.

A investigadora responsável pela elaboração do trabalho compromete-se a divulgar os resultados aos profissionais que nele colaborarem.

Contacto:

e-mail: magali.alopes@hotmail.com **Telem.:** [redacted]

✂----------

Depois de ter percebido a essência do trabalho de investigação, aceito participar como colaborador no trabalho de investigação desenvolvido por Magali Alves Lopes. Foi-me assegurado que toda a informação recolhida é para uso exclusivamente científico e tive oportunidade de fazer as perguntas necessárias, tendo a resposta sido elucidativa.

Concordo em participar voluntariamente neste estudo e permito a gravação áudio das reuniões em que participarei.

Nome: _____

Assinatura:_____ Data: __/__/__

APÊNDICE II

APRESENTAÇÃO:

PADRÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

NO PERÍODO INTRAOPERATÓRIO

Padrão de documentação de cuidados de enfermagem intra-operatórios

Trabalho de Investigação – VIII CMEMC

Magali Alves Lopes
Orientadora: Professora Conceição Baía

[redacted], 19 de junho de 2019



Plano de trabalho

1. **Apresentação** do estudo de investigação: tema, questão de investigação, objetivos e metodologia;

2. Pedido de **consentimento** informado para realização do estudo;

3. **Processo de Enfermagem**;

4. **Documentação Padronizada;**

5. **CIPE** 2015.

1. Estudo de Investigação

- **Clarificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem**, utilizando uma **linguagem classificada** é fundamental para:
  - **padrão de documentação** de cuidados
  - **linguagem universal**

- **sistematização da informação**
- **continuidade dos cuidados**
- **minimização dos erros**
- **segurança do doente**

1. Estudo de Investigação

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO:

- Quais os diagnósticos e intervenções de enfermagem, no periodo intra-operatório, dirigidos à pessoa adulta submetida a cirurgia eletiva?

OBJETIVOS:

- Identificar os diagnósticos e respectivas intervenções de enfermagem no período intra-peratório dirigidos à pessoa adulta submetida a cirurgia eletiva;
- Construir uma matriz padrão de documentação dos cuidados de enfermagem intra-operatória.

METODOLOGIA:

- **E**studo qualitativo, exploratório, descritivo, com características de um estudo de caso. Metodologia - *focus group*

1.Metodologia - *Focus Group*



- "uma dinâmica própria, assente na **abertura e na espontaneidade dos testemunhos** dos participantes na discussão grupal, é um método que explora as particularidades da entrevista simultânea" (Santos, 2017, p.1), obtendo-se desta forma o **consenso do grupo acerca do tema** em estudo naquele contexto.

1. Metodologia - *Focus Group*



- **Discussão:** focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem.
- **Número de reuniões previstas**: 3
- **Duração das reuniões**: 2h

2. Consentimento informado



3. Processo de Enfermagem

- **Método** eficiente da organização do conhecimento
- Abordagem **sistemática**
- Promove o **planeamento** dos cuidados
- **Orienta** a tomada de decisão

3. Processo de Enfermagem

5 etapas	
AVALIAÇÃO	**colheita de dados** sistemática
DIAGNÓSTICO	**análise** dos dados e identificação das necessidades do doente
PLANEAMENTO	definição das **intervenções**, **prioridades e resultados** desejados
IMPLEMENTAÇÃO	**execução** do plano de cuidados
AVALIAÇÃO	**determinação dos resultados** e **monitorização** da resposta da pessoa bem como a eficácia das intervenções, com vista à **reformulação do plano**, se necessário

Vieira et al., 2017

3. Processo de Enfermagem

- **PLANEAMENTO**
  - **3 componentes:**
    - prescrição de intervenções de enfermagem;
    - estabelecimento de **prioridades**:
      - **problemas urgentes** - intervenção imediata;
      - **Riscos** - devem ser controlados;
      - **Problemas** cujo **tratamento pode ser adiado** sem comprometer a saúde do indivíduo.
    - definição de resultados.

3. Processo de Enfermagem

- Permite:
  - **Envolver o doente** nos cuidados;
  - **Minimizar erros** de comissão ou omissão;
  - Promover a **continuidade dos cuidados**;
  - Promover a utilização de uma **linguagem comum** à prática, unificando a profissão e o desenvolvimento de **documentação padronizada**.

4. Documentação Padronizada

Passível de ser **investigada;**

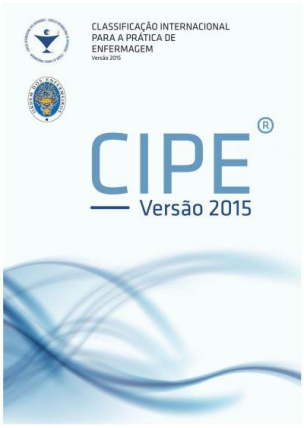
↳ Transponível para **o conhecimento global e científico**;

↳ Fundamenta a prática de enfermagem;

↳ Contribuindo para a **melhoria da qualidade dos cuidados** de saúde.

5. CIPE®

- Proporciona uma **terminologia unificadora** na qual os vocabulários e classificações existentes podem ser cruzados, permitindo a **comparação de dados de enfermagem**.



5. CIPE®

- **Abrangente** - múltiplos contextos
- **Simples** - útil para a prática
- Consistente com, mas **não dependente dos modelos**
- **Sensível** - diversidade cultural
- Reflexo dos **valores comuns da enfermagem em todo o mundo**

5. CIPE®

- **Em Portugal**
  - internamento na área hospitalar
  - cuidados de saúde primários

- No período intra-operatório o processo de enfermagem não é evidenciado com clareza na documentação produzida.

DESAFIO

Construir um padrão de documentação de cuidados de enfermagem no periodo intra-operatorio

5.1. CIPE® 2015

7 eixos



5.1. CIPE® 2015

EIXO	DESCRIÇÃO
FOCO	Área de atenção relevante para a enfermagem
JUÍZO	Opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de Enfermgem
RECURSOS	Forma ou método de concretizar uma intervenção
AÇÃO	Processo intencional aplicado a/ou desempenhado por um cliente
TEMPO	O ponto, periodo, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência
LOCALIZAÇÃO	Orientação anatómica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção
CLIENTE	Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção

5.1. CIPE® 2015

DIAGNÓSTICO

- Enfermagem tem a **principal responsabilidade** de prescrever e implementar intervenções **para resolução do problema**

DIAGNÓSTICO = FOCO + JUIZO

- Pode incluir termos adicionais de outros eixos

(CIPE, 2015)

5.1. CIPE® 2015

FOCO

- "área de atenção relevante para a enfermagem" (CIPE,2015, p.35)

  Ex: dor, eliminação, conhecimento

JUÍZO

- "Opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de Enfermagem" (CIPE,2015, p.91)

  Ex.: risco, melhorado, anormal

5.1. CIPE® 2015

DIAGNÓSTICO

Exemplo

- Dor em grau elevado
- Dor em grau elevado, intermitente
- Dor no pé em grau elevado, intermitente
- Dor no pé direito em grau elevado intermitente

- Risco de úlcera da córnea direita

5.1. CIPE® 2015

INTERVENÇÕES

- Ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado.
- Deve incluir um termo do eixo do **Tipo de Ação**
  - o recurso a termos de outros é opcional
- Usar apenas um termo de cada eixo

(CIPE, 2015)

5.1. CIPE® 2015

INTERVENÇÕES

- **Intervenção independente**
- **Intervenção interdependente**
  - no âmbito de complicações fisiológicas que os enfermeiros monitorizam para detetar o seu surgimento ou mudanças no estado.
  - prescritas pelo médico e implementadas pelo enfermeiro
    - Exemplo: os enfermeiros podem prevenir úlceras de pressão (risco de integridade da pele prejudicada) e podem tratar tosse ineficaz (desobstrução ineficaz das vias aéreas). Contudo, não podem prevenir convulsões ou hemorragia.

5.1. CIPE® 2015

INTERVENÇÕES Diagnóstico: Limpeza ineficaz das vias aéreas

Exemplo

- Aspirar secreções da via aérea
- Instruir técnica de tosse
- Monitorizar frequência respiratória
- Vigiar o reflexo de tosse
- Vigiar a expectoração

5.1. CIPE® 2015

ATITUDES TERAPÊUTICAS

- Não existe uma definição convencionada;
- Ações desenvolvidas pelos enfermeiros sem que haja necessariamente um diagnósticos de enfermagem;
- Boas práticas;
- Ações protocolizadas.

Ex.: Tricotomia, punção venosa, etc.

Padrão de documentação de cuidados de enfermagem intra-operatórios

Trabalho de Investigação – VIII CMEMC

Magali Alves Lopes
Orientadora: Professora Conceição Baía

[redacted], junho de 2019

Referências Bibliográficas

- Clares, J., Freitas, M., Guedes, M., & Nóbrega, M. (2013). Construção de subconjuntos terminológicos: contribuições à prática clínica do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *47*(4).
- Doenges, M., & Moorhouse, M. (2010). *Aplicação do processo de Enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interactivo*. Lisboa: Lusodidacta.
- International Council of Nurses (2015). *Classificação Internacional para a P´ratica de Enfermagem . CIPE*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Santos, C. (2017). *Grupos focais: uma reflexão metodológica*. (Working Paper n 211/2017). Centro de Investigação e estudos de sociologia do Instituto Universitário de Lisboa, Portugal. Recuperado de https://repositorio.iscte- iul.pt/bitstream/10071/14533/1/CIES-WP211_Cristina%20Santos.pdf
- Vieira, M., Oliveira, D., Carvalho, M., & Nóbrega, M. (2017). Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes da clínica cirúrgica de um hospital escola. *Rev. enferm. UFPE on line*, *10*(12), 4517-4523. Recuperado de http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=19c4b531-d9d7-4eb0- 8b98-2e135f20b0ef%40sessionmgr120

APÊNDICE III

GUIÃO DE ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA

Reunião Nº1 Data: 19/06/2019

Hora de início: 9H Hora de términus prevista: 11H

Questões orientadores da discussão

- Na vossa opinião, quais são os focos de enfermagem dirigidos à pessoa submetida a cirurgia eletiva no período intra-operatório de acordo com a CIPE®?
- Na vossa opinião, quais são os diagnósticos de enfermagem dirigidos à pessoa submetida a cirurgia eletiva no período intra-operatório de acordo com a CIPE®?

Reunião Nº2 Data: __/__/___

Hora de início:___H Hora de términus prevista:___

Reunião Nº3 Data: __/__/___

Hora de início:___H Hora de términus prevista:___

Questões orientadores da discussão

- Na vossa opinião, quais as intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa submetida a cirurgia eletiva no período intra-operatório de acordo com os diagnósticos definidos?
- Analisar do impresso de registos de enfermagem intra-operatório para constatação e identificação de possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem nesse período.

Obrigada pela colaboração!
Magali Lopes

✂----------

- Idade: ___ anos
- Categoria profissional: _____
- Tempo de exercício profissional: ___anos e ___ meses
- Tempo de exercício profissional em bloco operatório: ___ anos e ___meses

APÊNDICE IV

INVENTÁRIO:
FOCOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO INTRAOPERATÓRIO

FOCOS DE ENFERMAGEM NO PERIODO INTRAOPERATÓRIO

FOCO	JUIZO
ACEITAÇÃO DOS ESTADO DE SAUDE (CIPE 2015: aceitação – coping: eliminar ou reduzir barreiras, apreensões ou tensões)	• Não demonstrado • Demonstrado
ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO (CIPE 2015: Adesão – status positivo, ação auto-iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenho num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime do tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. CIPE Beta2: é um tipo de gestão do regime terapêutico com as características específicas: desempenhar atividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante)	• Não demonstrado • Demonstrado
AGITAÇÃO (CIPE 2015: hiperatividade: condição excitação psicomotora sem objetivo; atividade incessante; andar sem parar; descarga de tensão nervosa associada com ansiedade; medo ou stresse mental. CIPE Beta2: é um tipo de hiperatividade com as características específicas: excitação psicomotora sem objetivo, atividade incessante, andar sem parar; descarga de tensão nervosa associada a ansiedade, medo ou stress mental)	

ALERGIA (CIPE 2015: processo do sistema imunitário comprometido: resposta imunitária a um antigénio estranho.)	
ALERGIA AO LATEX (CIPE 2015: resposta imunológica resultante do contacto com produtos derivados da árvore-da-boracha.)	
ANSIEDADE (CIPE 2015: emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angustia CIPE Beta2: é um tipo de emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor nas palmas da mãos, pupilas dilatadas e voz trémula)	
ASPIRAÇÃO (CIPE 2015: processo do sistema respiratório comprometido: inalação de substâncias gástricas ou externas para a traqueia ou pulmões)	• Risco de
AUTOCONTROLO (CIPE 2015: Volição: disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo; lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida.	
AUTO-CUIDADO (CIPE 2015: Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida)	

AUTO-IMAGEM CIPE 2015: crença: conceito ou imagem mental de si próprio.	• Comprometida
ARRITMIA (CIPE 2015: processo cardíaco comprometido: variação do ritmo normal de contração auricular e ventricular do miocárdio)	
CHOQUE ANAFILÁTICO (CIPE 2015: insuficiência circulatória periférica rápida, devido a reação de hipersensibilidade ou alérgica a alergénos presentes nos alimentos, medicamentos; substância químicas ou outros agentes.	
CHOQUE CARDIOGÉNICO (CIPE 2015: falência circulatória devido à diminuição do débito cardíaco.	
CHOQUE HIPOVOLÉMICO (CIPE 2015: insuficiência circulatória periférica rápida, em resposta a perda de sangue, desidratação grave e outras condições significativas afetando o volume de sangue)	
COMUNICAÇÃO (CIPE 2015: comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados)	• comprometida • eficaz
CONFUSÃO (CIPE 2015: pensamento distorcido: memória comprometida com desorientação em relação à pessoa, local e tempo ver diferença de delírio (Cipe 2015 tem mas define com outro termo...)	

CONHECIMENTO (CIPE 2015: conteúdo específico do pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou competência; conhecimento e reconhecimento da informação)	• Não demonstrado • Demonstrado
CONSCIÊNCIA (CIPE 2015: resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior)	
- SONOLÊNCIA (CIPE 2015: consciência comprometida: torpor pernicioso, adormecimento não natural	
- ESTUPOR (CIPE 2015: é um tipo de consciência com as características específicas: condição de sono profundo com resposta positiva a estímulos dolorosos)	
CONVULSÃO (CIPE 2015: processo do sistema músculo-esquelético comprometido. CIPE Beta 2: é um tipo de movimento muscular com as características específicas: contrações involuntárias paroxísticas e episódicas, súbitas e violentas de um grupo de músculos, associadas a doenças convulsivas como epilepsia ou convulsão transitória e aguda ligada a concussão craniana ou em crianças com hipertermia)	
COPING (CIPE 2015: atitude: gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico) CIPE Beta2: Coping é um tipo de adaptação com as características específicas: disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem	Ineficaz eficaz

para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto-protetores que o defendam contra ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva, , acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico)	
DESIDRATAÇÃO (CIPE 2015: Processo do sistema regulador comprometido. CIPE BETA2: é um tipo de volume de líquidos com as características específicas: desequilíbrio do volume de líquidos ou perda de líquidos orgânicos acompanhada de diminuição do débito urinário, urina concentrada, alteração dos eletrólitos, diminuição do turgor da pele, pele vermelha e seca, acinzentada e fria, mucosas secas, língua seburrosa, aumento da temperatura corporal, aumento da pressão sanguínea, pulso periférico rápido e fraco, aumento da frequência respiratória, globos oculares afundados e moles, irritabilidade e confusão)	
DISPNEIA (CIPE 2015: processo do sistema respiratório comprometido**:** movimento laborioso da entrada e saída do ar nos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade	
DOR (CIPE 2015: percepção comprometida: aumento da sensação corporal desconfortável, referencia subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-proteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.	

EDEMA (CIPE 2015: retensão de líquidos CIPE Beta2: é um tipo de retensão de líquidos com as características específicas: excessiva acumulação de líquidos orgânicos nos espaços tecidular e/ou retensão de líquidos nas zonas de declive, tais como: tumefação dos tecidos periféricos dos membros inferiores, na posição de pé, tumefação da região lombar na posição supina, edema central acompanhado de respiração superficial, alteração do padrão respiratório ou sons respiratórios anormais)	
ERITEMA (CIPE 2015: é um tipo de pele com as características específicas: erupção cutânea de diferentes cores e protuberâncias, edema local, urticária, vesículas e prurido)	
ESCORIAÇÃO (CIPE 2015: ferida traumática: abrasão da pele e da derme com dor, sangramento e sensibilidade até à aquisição de crosta)	
FERIDA CIRÚRGICA (CIPE 2015: ferida: corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo; ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaiquer sinais de infeção ou pús)	
HEMATOMA (CIPE 2015/CIPE Beta2: é um tipo de perda sanguínea com as características específicas: coleção e acumulação de sangue retido dentro dos tecidos, pele ou órgãos, associadas a traumatismo ou hemóstase incompleta após intervenção cirúrgica, massa palpável, dor ao toque, pele dolorosa, com coloração azul, esverdeado escuro ou amarela)	

HEMORRAGIA (CIPE 2015/CIPE Beta2: é um tipo de perda sanguínea com as características específicas: perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial , venoso ou capilar)	
HIPERTERMIA (CIPE 2015/CIPE Beta2: é um tipo de termorregulação com as características específicas: diminuição da capacidade de regular o termóstato interno acompanhada de aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia associada a disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino, choque pelo calor ou introdução artificial de elevadas temperaturas corporais por razões terapêuticas)	
- FEBRE (CIPE 2015: é um tipo de temperatura corporal com as características específicas: elevação anormal da temperatura corporal com alteração do cento termoregulador do termóstato interno, associada a aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia, com pulso fraco ou cheio e com ressalto, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca: a crise ou descida da temperatura é acompanhada de pele quente, ruborizada e sudação)	
HIPOTERMIA (CIPE 2015/CIPE Beta2: é um tipo de termorregulação com as características específicas: diminuição da capacidade de regular o termóstato interno acompanhada de temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloereção associada a exposição	

prolongada ao frio, disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino em condições de frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas por razões terapêuticas)	
HIPERVENTILAÇÃO (CIPE 2015: ventilação: aumento da frequência respiratória, aumento da profundidade da inspiração e da força da expiração, aumento do volume corrente com hipocápnia e alcalose respiratória, acompanhada de tonturas, desfalecimento, entorpecimento dos dedos das mãos e pés)	
HIPOVENTILAÇÃO (CIPE 2015: diminuição da frequência respiratória, diminuição da profundidade da inspiração e da força da expiração, acompanhada de cianose e aumento da pressão parcial de dióxido de carbono (pCO2))	
HIPERTENSÃO	
HIPOTENSÃO	
HIPERGLICEMIA (CIPE 2015: Processo do sistema regulador comprometido)	
HIPOGLICEMIA (CIPE 2015: Processo do sistema regulador comprometido)	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA (CIPE 2015: status de continência: passagem involuntária de urina; incapacidade de controlo voluntário dos esfíncteres vesical e uretral)	
INFEÇÃO (CIPE 2015: é um tipo de função do sistema imunitário com	risco de

as características específicas: invasão do corpo por microrgansimos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo)	
SUSCETIBILIDADE À INFEÇÃO (CIPE 2015: suscetabilidade. CIPE Beta 2: é um tipo de função do sistema imunitário com as características específicas: perda e capacidade normal dos fatores de resistência necessários para evitar a infeção, associada à fadiga, exaustão, infeção recente, desnutrição, desidratação e maus hábitos de higiene)	
INTEGRIDADE DA PELE (CIPE 2015: integridade. (status: estar completo, inteiro, não diminuído ou intacto)	comprometida
LESÃO PERIOPERATÓRIA POR POSICIONAMENTO (CIPE 2015: Lesão. (Lesão: trauma)...)	• risco de
LIMPEZA DA VIA AÉREA (CIPE 2015: processo do sistema respiratório: manter a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstrução do trato respiratório)	• ineficaz
LIPOTÍMIA (CIPE 2015: consciência comprometida: perda súbita da consciência mental, com fraqueza física)	
MACERAÇÃO (CIPE 2015: ferida: abrasão extensa do tecido de revestimento da superfície associada à presença continua de humidade e de pele molhada)	

MEDO (CIPE 2015: emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado por uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir)	
NÁUSEA (CIPE 2015: é um tipo de sensação com as características especificas: sensação de enjoo e de vontade de vomitar, sensação desagradável vagamente referenciada ao epigástro e abdómen, ofensiva ao paladar ou ao olfato)	
PELE SECA (CIPE 2015: pele comprometida: epiderme áspera, com escamas, em risco de criar fissuras, sobretudo nas mãos, pés e sobre as proeminências ósseas)	
PERDA SANGUÍNEA (CIPE 2015: processo vascular: perda de sangue externa ou internamente; associada a lesões nos vasos sanguíneos ou a alteração dos fatores de coagulação)	
PERFUSÃO DOS TECIDOS (CIPE 2015: movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio; líquido e nutrientes ao nível celular, associado à temperatura e cor da pele; diminuição do pulso arterial; alterações na pressão sanguínea arterial, cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos)	• alterada
QUEDA (CIPE 2015: evento ou episódio)	• risco de
QUEIMADURA (CIPE 2015: ferida traumática: rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas	

mais profundas, devida a lesões pelo calor resultantes da exposição a agentes térmicos, químicos, eléctricos ou radioativos; caracterizada por coagulação das proteínas das células, aumento do metabolismo, perda da reserva de nutrientes nos músculos e no tecido adiposo, perda de proteínas e compostos azotados, por grande dor, contracturas, escara hipotrófica com rigidez por espessamento, em que o cliente fica profundamente desfigurado; queimadura de 1º grau, 2º grau e 3º grau)	
RETENCÃO URINÁRIA (CIPE 2015: é um tipo de eliminação vesical com as características específicas: acumulação involuntária de urina na bexiga, esvaziamento incompleto da bexiga associada a perda da sua função muscular, efeitos secundários de medicação narcótica ou lesão da bexiga)	risco de
TRANSFERIR-SE (CIPE 2015: transferir. CIPE Beta2: é um tipo de auto-cuidado com as características específicas: , mover o corpo deslocando-o entre a cama e a cadeira)	dependente em grau elevado, moderado
TRISTEZA (CIPE 2015: é um tipo de emoção com as características específicas: sentimento de desalento e de melancolia associados com falta de energia)	
ULCERA DE PRESSÃO (CIPE 2015: úlcera: dano , inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada)	risco de
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA (CIPE 2015/CIPE Beta2: ventilação: é um tipo de respiração com as características específicas: deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e	ineficaz

ritmo respiratórios determinados , profundidade inspiratória e força expiratória)	
VOMITAR (CIPE 2015: é um tipo de absorção com as características específicas: expulsar ou trazer de volta alimentos processados ou conteúdo gástrico através do esófago e da boca)	

APÊNDICE V

INVENTÁRIO:
DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
NO PERÍODO INTRAOPERATÓRIO

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
NO PERÍODO INTRAOPERATÓRIO

✓ **ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE,** Não demonstrado

- Estabelecer relação com o cliente
- Facilitar a comunicação expressiva de emoções
- Identificar com o cliente estratégias de coping
- Facilitar suporte familiar
- Incentivar a tomada de decisão com conhecimento
- Informar sobre serviços de saúde
-

✓ **ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**, Não demonstrado

- Estabelecer relação com a o cliente
- Assistir o cliente a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico
- Reforçar crenças de saúde
- Orientar para serviços de saúde
- Incentivar a tomada de decisão com conhecimento
- Informar sobre serviços de saúde
-

✓ **AGITAÇÃO**

- Estabelecer relação com a pessoa
- Vigiar a ação do cliente
- Gerir ambiente físico
- Administrar medicação prescrita
- Aplicar restrição física
-

✓ **ALERGIA**

- Suspender alérgeno
- Informar equipa cirúrgica
- Administrar medicação prescrita
- Informar sobre serviços de saúde
-

✓ ALERGIA AO LÁTEX

- Providenciar dispositivos isentos de látex
- Proteger o doente do contacto com dispositivos que possam conter látex
- Informar a equipa cirúrgica
-

✓ ANSIEDADE

D: Ansiedade relacionada com experiência cirúrgica

- Monitorizar o nível de ansiedade
- Estabelecer relação com a pessoa
- Encorajar a comunicação expressiva de emoções
- Escutar o doente
- Encorajar auto-controlo ansiedade
- Esclarecer dúvidas do doente
- Executar técnica de distração
- Executar técnica de relaxamento (respiração profunda e lenta, relaxamento da musculatura)
- Facilitar suporte familiar
- Gerir ambiente físico
    - Adequar níveis de ruído ambiente
    - Adequar temperatura ambiente
    - Musicoterapia
- Administrar medicação prescrita
-

D: Conhecimento sobre auto-controlo ansiedade não demonstrado

- Ensinar sobre técnica de relaxamento

✓ ASPIRAÇÃO, risco de

- Determinar o horário de início do jejum
- Verificar remoção de prótese dentária
- Administrar medicação prescrita
- Drenar conteúdo gástrico através de SNG
- Optimizar SNG
- Remover SNG
- Executar manobra de selick durante entubação traqueal

- Monitorizar cuff do balão endotraqueal
- Aspirar secreções
- Incentivar a pessoa a posicionar-se
- Assistir a pessoa no posicionamento
- Executar técnica de posicionamento
- Elevar a cabeceira
- Manter a cabeça lateralizada
- Vigiar reflexo de deglutição
- Vigiar reflexo de tosse
    - eficaz ou ineficaz
    - tipo: seca, produtiva, rouca, com estridor, irritativa, não produtiva

D: Conhecimento sobre prevenção de aspiração não demonstrado
- ensinar sobre prevenção da aspiração

✓ **AUTO-CONTROLO**, comprometido
- Estabelecer relação com a pessoa
- Facilitar a comunicação expressiva de emoções
- Identificar com a pessoa estratégias anteriores de adaptação eficaz
- Esclarecer conceitos/procedimentos/duvidas
- Encorajar autocontrolo
- Executar técnica de distração
-

✓ **AUTO-CUIDADO**, comprometido
- Assistir no auto-cuidado (...)

✓ **AUTO-IMAGEM**, comprometida
- Estabelecer relação com a pessoa
- Facilitar a comunicação expressiva de emoções
-

✓ **CHOQUE ANAFILÁTICO**
- Identificar fonte de alérgeno
- Suspender fonte de alérgeno
- Permeabilizar via aérea

- Monitorizar SpO2
- Administrar O2 prescrito
- Monitorizar ECG
- Monitorizar TA
- Administrar soroterapia
- Administrar medicação prescrita
- Orientar o doente sobre prevenção de episódios futuros
- Informar sobre serviços de saúde
-

✓ CHOQUE CARDIOGÉNICO

- Permeabilizar via aérea
- Monitorizar SpO2
- Administrar O2
- Monitorizar ECG
- Administrar soroterapia
- Administrar medicação prescrita
- Monitorizar glicemia
- Iniciar reanimação cardio-pulmonar
-

✓ CHOQUE HIPOVOLÉMICO

- Monitorizar perda de sangue
- Permeabiliar via aérea
- monitorizar SpO2
- Administrar O2
- Monitorizar ECG
- Administrar soroterapia
- Administrar medicação prescrita
- Administrar hemoderivados
-

✓ **COMUNICAÇÃO**, comprometida

- Estabelecer relação com a pessoa
- Encorajar a comunicação expressiva de emoções
- Facilitar o envolvimento da família
- Estabelecer estratégias de comunicação não verbal

- Gerir ambiente físico
- Otimizar a comunicação
    - Proporcionar privacidade, quando adequado
    - Adequar tom de voz à capacidade auditiva
    - Usar frases simples e frases curtas
    - Permitir tempo para a resposta
    - Permitir que a pessoa observe o movimento dos lábios
-

✓ CONFORTO

- Implementar cuidados de conforto
- Optimizar posicionamento
-

✓ CONFUSÃO

- Estabelecer relação com a pessoa
- Manter a pessoa orientada no tempo e no espaço
- Estimular a memória
- Administrar medicação prescrita
- Prevenir lesões no indivíduo
-

✓ CONHECIMENTO, não demonstrado

- Informar o doente sobre (...)
-

✓ CONSCIÊNCIA comprometida

- Monitorizar a frequência cardíaca
- Monitorizar a frequência respiratória
- Monitorizar a tensão arterial
- Monitorizar a SPO2
- Monitorizar glicemia
- Elevar as pernas
- Gerir ambiente físico
- Gerir oxigenoterapia
- Manter o repouso
- Monitorizar consciência através da Escala de Comas de Glasgow

✓ DESIDRATAÇÃO

- Vigiar sinais de desidratação
    - pele/mucosa secas, hidratadas, diminuição do turgor da pele, língua seborrosa, prega cutânea
- Monitorizar eliminação urinária
    - cor: incolor, amarela, alaranjada, castanha
    - aspeto: límpida, concentrada, turva, purulenta, hemática
    - cheiro: sui generis, amoniacal, adocicado, fétido
    - constituintes anormais: sangue coágulos, cálculos, sedimentos
- Monitorizar eliminação intestinal
    - aspeto: normal, clara, avermelhada, escura
    - consistência: pastosa, semi-pastosa, liquidas, semi-líquidas
    - cheiro: sui generis, fétido
    - constituintes anormais: melenas, muco, sangue vivo
    - quantidade: reduzida, moderada, abundante
- Monitorizar vómitos
- Monitorizar fluidoterapia infundida
- monitorizar entrada e saída de fluidos
- monitorizar frequência cardíaca
- monitorizar TA
- Planear a administração de fluidos
-

✓ DISPNEIA

- Executar técnica de relaxamento
- Gerir oxigenoterapia
- Monitorizar FC, FR, SatO2
- Optimizar ventilação através de técnica de posicionamento
- Incentivar inspiração e expiração profundas
- Vigiar a respiração
    - Tipo: torácica, abdominal, toraco-abdominal
    - Amplitude: superficial, profunda
    - simétrico, assimétrico
    - Frequência: normal 12 – 18; taquipneia >18; bradipneia <12

✓ DOR

- Monitorizar através de escala numérica de dor
- Determinar o local de dor
- Determinar qualidade da dor
- Identificar com o doente fatores aliviam a dor
- Identificar com o doente fatores que intensificam a dor
- Incentivar a pessoa a identificar intervenções eficazes no alívio da dor
- Gerir medicação prescrita
- Gerir medidas não farmacológicas:
    - apoiar o local da incisão
    - Aplicar massagem
    - Aplicar frio
    - Aplicar calor
    - Executar técnica de relaxamento
- Monitorizar TA
- Monitorizar FC
- Gerir ambiente físico
    - adequar ruido
    - adequar temperatura ambiente
- Posicionar a pessoa
- Assistir a pessoa na identificação de estratégias de alívio da dor
- Incentivar auto-controlo: dor
- Vigiar dor
-

D: Conhecimento sobre dor: não demonstrado

- ensinar sobre dor

✓ EDEMA

- Vigiar edema
    - Pele turgida
    - Sinal de godet
- Aplicar frio
- Elevar partes do corpo
- Incentivar pessoa a posicionar parte do corpo com edema
- Massajar partes do corpo
- Monitorizar entrada e saída de líquidos

- Monitorizar perímetro (do tornozelo, da coxa...)
-

✓ ERITEMA

- Vigiar eritema
-

✓ ESCORIAÇÃO

- Vigiar escoriação
- Executar tratamento à escoriação
-

✓ FERIDA CIRÚRGICA

- Executar tratamento à ferida cirúrgica
- Planear tratamento à ferida
- Optimizar dreno
    - tipo de dreno: vácuo, multicapilar, reberdain, Jackson-pratt, outro
    - garantir fixação
    - garantir a permeabilidade
    - refazer vácuo
    - trocar frasco
    - manter penso íntegro
- Vigiar eliminação do líquido através do dreno
- Vigiar penso de ferida cirúrgica
    - aderência: intato; desfeito
    - extensão do repasse: vestígios, ligeiro < 1/3 do penso; moderado >1/3 e <2/3 do penso; abundante > 2/3 do penso
    - repasse: sangue vivo; sangue escurecido; sero-hemático; sero-purolento; translúcido; purulento
    - cheiro: sui generis; fétido
- Vigiar características da ferida cirúrgica
- Monitorizar cicatrização da ferida
    - bordos aproximados
    - deiscência
- Vigiar eliminação de líquido através da ferida
- Vigiar sinais de infeção
- Remover dreno

- Remover material de sutura
    - Monofilamento não absorvível
    - Multifilamento não absorvível
    - Agrafes
    - Outro: descrever
- vigiar eliminação de líquido através da ferida
-

✓ HEMATOMA

- vigiar dimensão do hematoma
- aplicar gelo
- aplicar compressão
-

✓ HEMORRAGIA

- Monitorizar sinais vitais: FC; TA; SpO2; FR; tº
- Monitorizar tempo de preenchimento capilar
- Monitorizar o balanço hídrico
- Monitorizar eliminação urinária
- Monitorizar coloração da pele
- Monitorizar ferida cirúrgica (quanto a sangramento, deiscência ou evisceração)
- Contactar cirurgião
- Contactar anestesista
-

✓ HIPERTERMIA

- Monitorizar temperatura corporal
- Aplicar frio
    - compressas molhadas
    - crioterapia
- Executar técnica de arrefecimento natural
- Gerir ambiente físico
-

✓ FEBRE

- Monitorizar temperatura corporal
- Executar técnica de arrefecimento corporal

- Aplicar frio
    - compressas molhadas
    - crioterapia
- Gerir ambiente físico
- Administrar medicação prescrita
-

✓ HIPOTERMIA

- Monitorizar temperatura corporal
- Reduzir a exposição corporal
- Executar técnica de aquecimento corporal
- Aplicar medidas de aquecimento ativo
- Aplicar medidas de aquecimento passivo
- Gerir ambiente físico
-

✓ HIPOVENTILAÇÃO

- Vigiar ventilação
    - Tipo: torácica, abdominal, toracoabdominal
    - Amplitude: superficial, profunda
    - Simétrica, assimétrica
    - Frequência: normal, taquipneia, bradipneia
- Administrar O2 prescrito
- Incentivar à inspiração e expiração
-

✓ HIPERGLICEMIA

- Monitorizar glicemia capilar
- Gerir soroterapia
- Gerir medicação prescrita
-

✓ HIPOGLICEMIA

- Monitorizar glicemia capilar
- Gerir soroterapia
- Gerir medicação prescrita
-

✓ INCONTINÊNCIA URINÁRIA

- Aconselhar a eliminação urinária antes do procedimento cirúrgico
- Informar sobre equipamento de ajudas técnicas
-

✓ INFEÇÃO

- Monitorizar sinais e sintomas de infeção da ferida
    - edema
    - rubor
    - calor
    - drenagem: serosa, purulenta; hemato-purulenta
- Monitorizar cicatrização da ferida
    - bordos aproximados
    - deiscência
- Monitorizar temperatura corporal
- Identificar a via de transmissão com base no agente infecioso
- Isolar o doente com infeção
- Planear tratamento à ferida
    - (descrever dia, hora, local e materiais utilizados)

✓ SUSCETIBILIDADE À INFEÇÃO

- Identificar fatores de risco intrínsecos de infeção
- identificar fatores de risco extrínseco de infeção
-

✓ INTEGRIDADE DA PELE, comprometida

- Avaliar a integridade da pele
- Identificar a localização da lesão
- Eliminar fatores contribuintes
-

✓ LESÃO PERIOPERATÓRIA POR POSICIONAMENTO, risco de

- Identificar zonas de risco de LPPP
- Comunicar à equipa cirúrgica os zonas de risco de LPPP
- Proteger zonas LPPP
- Reduzir os fatores contribuintes para LPPP
- Monitorizar LPPP

- Vigiar/optimizar o posicionamento cirúrgico do doente
- Aplicar faixa de segurança para membros inferiores
- Aplicar faixa de segurança para membros superiores
- Aplicar apoio de posicionamento (descrever quais)
- Proteger olhos do doente
    - encerramento palpebral
    - lubrificante ocular
- Proteger pavilhão auricular (assegurar que a orelha não esteja dobrada)
- Apoiar as articulações
    - região poplítea
    - região axilar
    - região cervical
- Testar o posicionamento antes da indução anestésica
- Avaliar condição da pele após cirurgia
-

✓ LESÃO PERIOPERATÓRIA POR POSICIONAMENTO

- Identificar a LPPP
- Comunicar à equipa cirúrgica a LPPP
- Proteger a LPPP
- Reduzir os fatores contribuintes para LPPP
- Monitorizar LPPP
- Executar tratamento à LPPP
- Planear tratamento à LPPP
    - (descrever dia, hora, local e materiais utilizados)
-

✓ LIMPEZA DA VIA AÉREA, ineficaz

- Aspirar secreções
- Incentivar a pessoa a posicionar-se
- Assistir a pessoa no posicionamento
- Executar técnica de posicionamento
- Elevar a cabeceira
- Incentivar a pessoa a tossir
- Monitorizar frequência respiratória
- Monitorizar SpO2
- Vigiar expectoração

- Quantidade: abundante, moderada, escassa
- Consistência: espessa, semi-espessa, viscosa, fluida, semi-fluida, espumosa
- Cor: branca, amarela, verde, rosácea, castanha, preta
- Tipo: mucosa, mucopurulenta, purulenta, raiada de sangue, hemoptoica
- Cheiro: sui generis, fétido

✓ LIPOTÍMIA

- Assegurar permeabilidade da via aérea
- Monitorizar a frequência cardíaca
- Monitorizar a frequência respiratória
- Monitorizar a tensão arterial
- Monitorizar a SPO2
- Monitorizar Temperatura
- Monitorizar glicemia
- Administrar soroterapia
- Administrar medicação prescrita
- Monitorizar estado de consciência – Escala de Coma de glasgow
- Posicionar o doente
-

✓ MACERAÇÃO

- Vigiar a pele
  - coloração: rosácea, vermelha, pálida, cianótica
  - temperatura: fria, quente
  - características: hidratada, seca, escamosa, fissuras, gordurosa, húmida cicatriz
  - Textura: macia e lisa, áspera
- Lavar a pele
- Limpar a pele
- Aplicar creme
- Manter a pele seca
- Aplicar dispositivo urinário externo
- Otimizar dispositivo urinário externo
- Optimizar fralda
  - adequar tamanho ao doente

    - garantir a nao existência de fugas
    - vigiar a fixaçãoo
    - trocar a fralda
-

✓ MEDO

- Estabelecer relação com a pessoa
- Assistir a pessoa na expressão dos seus medos
- Reduzir fatores contribuintes
- Encorajar a comunicação expressiva de emoções
- Facilitar a comunicação expressiva de emoções
- Esclarecer conceitos/procedimentos/duvidas
- Encorajar autocontrolo medo
- Executar técnica de distração
-

✓ NÁUSEA

- Vigiar náusea
- Incentivar a pessoa a posicionar-se
- Assistir a pessoa no posicionamento
- Executar técnica de posicionamento
- Elevar a cabeceira
- Gerir a dieta
- Administrar medicação prescrita
- Drenar conteúdo gástrico através de sonda nasogástrica
- Optimizar sonda nasogástrica
    - garantir a permeabilidade da sonda
    - garantir a fixação adequada da sonda
    - trocar sonda nasogástrica de 7/7 dias se PVC; 90/90 dias se silicone
    - trocar fixação da sonda nasogástrica diariamente

✓ PELE SECA

- Vigiar a pele
    - coloração: rosácea, vermelha, pálida, cianótica
    - temperatura: fria, quente

    - Características: hidratada, seca, escamosa, fissuras, gordurosa, húmida, cicatriz
    - textura: macia e lisa, áspera
- Aplicar creme
- Incentivar a pessoa a aplicar creme
- Incentivar a pessoa a ingestão hídrica
-

✓ PERDA SANGUÍNEA

- Monitorizar perda sanguínea
- Aplicar frio
    - crioterapia
- Comprimir parte do corpo com perda sanguínea
- Monitorizar tempo de preenchimento capilar
- Monitorizar o balanço hídrico
- Monitorizar eliminação urinária
- Monitorizar coloração da pele
- Monitorizar ferida cirúrgica (quanto a sangramento, deiscência ou evisceração)
- Vigiar penso da ferida cirúrgica
    - aderência: intacto; desfeito
    - extensão do repasse: vestígios; ligeiro <1/3 do penso; moderado entre 1/3 e 2/3 do penso; abundante < 2/3 do penso
    - Repasse: sangue vivo; sangue escurecido; sero-hemático; sero-purulento; translúcido; purulento
    - cheiro: sui generis; piocénico; fétido
- Monitorizar a eliminação através do dreno
- Otimizar dreno
    - garantir fixação
    - garantir permeabilidade
    - manter penso íntegro
    - refazer vácuo
- Monitorizar a frequência cardíaca
- Monitorizar a frequência respiratória
- Monitorizar a tensão arterial
- Monitorizar a SPO2
- Otimizar posicionamento
- Vigiar sinais de hemorragia

- Contactar cirurgião
- Contactar anestesista
-

✓ **PERFUSÃO DOS TECIDOS**

- Vigiar perfusão tecidular periférica:
    - coloração da pele: rosada, cianótica, pálida
    - temperatura da pele: normal, quente fria
    - volume do pulso: cheio, fraco ou filiforme
    - igualdade do pulso: igual, diferente
    - tempo de preenchimento capilar: normal, diminuído (>2s)
- Aliviar ligadura
- Optimizar ligadura
    - trocar ligadura
    - adequar pressão
- Aplicar calor
- Aplicar meias elásticas de compressão
- Elevar as pensas
- Elevar o braços
- Executar técnica de massagem
- Executar técnica de posicionamento
-

✓ **QUEDA**, risco de

- Monitorizar risco de queda segundo a Escala de Morse
- Incentivar o doente a usar medidas de segurança
- Limitar a atividade física
- Manter grades na cama
- Providenciar medidas de segurança
    - Elevar grades da cama
    - Travar cama
    - Colocar a cama o mais baixa possível
    - Adequar calçado
- Supervisionar a atividade do cliente
-

✓ **QUEIMADURA**

- Avaliar queimadura (1º grau, 2º grau, 3º grau)
- Monitorizar queimadura
    - Tecido periférico: intacto, não intacto
    - Superfície: necrose, granulação, fibrina, epitélio
    - Quantidade do exsudado: eleadi, moderado reduzido
    - Tipo de exsudado: seroso, sero-purulento, sero-hemático
- Vigiar penso da queimadura
    - Aderência: intacto, desfeito
    - Extensão do repasse...
    - Repasse...
    - Cheiro...
- Executar tratamento à queimadura
- Aplicar creme
- Vigiar sinais de infeção
- Vigiar sinais de inflamação
    - Calor
    - Dor
    - Rubor
    - Tumor

✓ **RETENÇÃO URINÁRIA,** risco de

- Aconselhar a eliminação urinária antes do procedimento cirúrgico
- Estimular a eliminação urinária
- Monitorizar eliminação urinária
- Vigiar sinais de retenção urinária
    - distensão abdominal
    - dor supra-púbica
    - globo vesical
    - sudorese
- Monitorizar volume de urina

D: Conhecimento sobre retenção urinária não demonstrado

✓ RETENÇÃO URINÁRIA,

- Monitorizar eliminação urinária
- Vigiar sinais de retenção urinária
    - distensão abdominal
    - dor supra-púbica
    - globo vesical
    - sudorese
- Monitorizar volume de urina
- Inserir cateter urinário
- Optimizar cateter urinário
    - garantir a permeabilidade do cateter
    - garantir a fixação adequada do cateter
    - trocar cateter de 10/10 dias – látex; 30/30 siliconada; 90/90 silicone
-

✓ TRANSFERIR-SE

- Vigiar a pessoa na transferência
- Incentivar a pessoa a transferir-se
- Assistir a pessoa na transferência
- Transferir a pessoa
- Transferir a pessoa para a acama
- Providenciar equipamento adaptativo para o transferir-se
-

✓ ÚLCERA DE CÓRNEA

- Proteger olhos do cliente
    - Encerramento palpebral
    - Lubrificante ocular gel
- Lubrificante ocular líquido
-

✓ ÚLCERA POR PRESSÃO, risco de

- Monitorizar risco de úlcera de pressão através da Escala de Scott
- Reduzir os fatores contribuintes para UP
- Identificar zonas de pressão
- Vigiar a pele
- Aliviar zonas de pressão

✓ ÚLCERA POR PRESSÃO

- Monitorizar risco de úlcera de pressão através da Escala de Scott
- Reduzir os fatores contribuintes para UP
- Identificar zonas de pressão
- Vigiar a pele
- Aliviar zonas de pressão
- Identificar o estádio da UP
- Monitorizar UP
    - diâmetro (mm) ou largura e cumprimento
    - profundidade (mm)
    - exsudato
    - cor da pele em redor
    - tipo de tecido do leito da ferida (necrótico, fibrina, granulação, epitélio
- Executar tratamento à UP
- Monitorizar cicatrização da UP
- Planear tratamento à UP
    - (descrever dia, hora, local e materiais utilizados)
-

✓ VOMITAR

- Vigiar vómito
    - quantidade: abundante, moderado, reduzido
    - características: alimentar, biliar, com coágulos, com sangue vivo, aquoso, com sangue digerido, fecalóide
    - Cheiro: sui generis, fétido
    - Cor: esverdeado, acastanhado, amarelado
- Administrar medicação prescrita
- Incentivar a pessoa a posicionar-se
- Assistir a pessoa no posicionamento
- Executar técnica de posicionamento
- Elevar a cabeceira da cama
- Gerir ambiente físico
- Drenar conteúdo gástrico através de sonda nasogástrica
- Optimizar sonda nasogástrica

-