



Ana Cristina  
Sousa Tavares

Relatório de Estágio

O Retrato dos Cuidados Perioperatórios

Relatório de Estágio de Mestrado em  
Enfermagem Perioperatória, realizado sob a  
orientação científica da Professora Madalena Cabrita

Outubro, 2014



## [DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Estágio é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, 30 de Outubro de 2014

Declaro que este Relatório de Estágio se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

O/A orientador(a),

---

Setúbal, 30 de Outubro de 2014



*"O futuro não é um lugar onde estamos indo, mas um lugar que estamos criando. O caminho para ele não é encontrado, mas construído e o ato de fazê-lo muda tanto o realizador quando o destino."*

(Antoine de Saint-Exupéry, s.d.)



## RESUMO

O presente relatório insere-se no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Este documento pretende demonstrar as competências adquiridas durante o estágio, realizado em contexto perioperatório, através da reflexão crítica sobre os objetivos traçados, as atividades realizadas e a forma como estas contribuíram para o desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem perioperatória.

O relatório evidencia o projeto desenvolvido durante o estágio relativo à avaliação da visita pós-operatória de enfermagem, a qual constitui um instrumento de avaliação dos cuidados de enfermagem prestados no período perioperatório.

Os **objetivos** estabelecidos para a realização do estágio foram: compreender e aplicar técnicas de enfermagem perioperatória; desenvolver competências relativas à enfermagem perioperatória em contexto clínico e realizar um projeto de formação individual. O objetivo principal do projeto de formação individual desenvolvido foi avaliar a visita pós-operatória de enfermagem.

A **metodologia** escolhida para a realização do relatório foi o método descritivo e analítico através da reflexão e exposição das diferentes atividades realizadas. Para o desenvolvimento do projeto de formação individual foi aplicada a metodologia de projeto, tendo sido realizada a colheita e análise dos dados das visitas pós-operatórias efetuadas no primeiro semestre de 2013.

A reflexão sobre as atividades realizadas e competências desenvolvidas revelou-se enriquecedora, tendo contribuído para a uma maior consciencialização do papel do enfermeiro perioperatório.

O projeto de formação individual contribuiu para o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A avaliação da visita pós-operatória de enfermagem evidenciou a elevada satisfação dos utentes com os cuidados perioperatórios. Por outro lado, mostrou

áreas que podem beneficiar de melhorias: aumento da eficácia no controlo e registo da dor; aumento do conforto relativamente à temperatura e otimização do instrumento de registo usado na colheita de informação.

**Palavras-Chave:** enfermagem perioperatória; visita pós-operatória de enfermagem; cuidados perioperatórios; indicadores de qualidade.



## **ABSTRACT**

This paper is part of the syllabus of the 1st Masters Course in Perioperative Nursing, by the “Escola Superior de Saúde” from “Instituto Politécnico de Setúbal”. This report intends to demonstrate skills acquired during the internship conducted in a perioperative context, through a critical review of the goals defined as well as, on activities carried out and how these contributed to the development of master skills in perioperative nursing.

This paper also highlights the project developed during the internship period on the evaluation of nursing postoperative visits, which is an instrument for assessing nurse care provided in the perioperative period.

The goals set for the completion of the internship were: understanding and applying techniques of perioperative nursing; developing skills related to perioperative nursing in a clinical practice and carry out a project of individual training. This project main goal was to evaluate the postoperative nurse visit.

The methodology chosen for this paper is based on the descriptive and analytical method through reflection and display of different activities held. For the accomplishment of the individual training project, the project methodology was applied. It was collected and analyzed data from postoperative visits regarding the first semester of 2013.

The analysis on activities and skills developed proved to be enriching, having contributed to a greater awareness of the perioperative nurse’s role.

The individual formation project contributed to the development of skills for a continuous improvement of the healthcare quality. The assessment of nursing postoperative visits showed high patient satisfaction with perioperative care. On the other hand, it also showed fields that can benefit from some investment, in particular: improving efficiency in monitoring and recording pain, improving comfort regarding cold sensation and optimizing the registry tool used in gathering information.

**Keywords:** perioperative nursing; nursing postoperative visit; perioperative care; quality indicators.

## **LISTA DE SIGLAS**

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala de Operações

AORN - Association of periOperative Registered Nurses

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diárias

BO – Bloco Operatório

IQS – Instituto para a Qualidade em Saúde

IRC – Insuficiência Renal Crónica

MEPO – Mestrado em Enfermagem Perioperatória

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-anestésicos

VPO – Visita Pré-Operatória

VPósOE – Visita Pós-operatória de Enfermagem

RMDE – Resumi Mínimo de Dados de Enfermagem

## **INDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Percentagem de VPósOE por especialidade.....	43
Tabela 2 - Cuidados prestados.....	69
Tabela 3 - Visita Pré-operatória.....	71
Tabela 4 - Observações e sugestões: análise de conteúdo .....	74

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição de VPósOE por especialidade.....	44
Gráfico 2 - Distribuição da VPósOE por género .....	45
Gráfico 3 - Distribuição de VPósOE por idade.....	45
Gráfico 4 - Distribuição de VPósOE por escolaridade .....	46
Gráfico 5 - Horas após cirurgia.....	47
Gráfico 6 - Posicionamento cirúrgico.....	48
Gráfico 7 - Ocorrência de incidente crítico.....	49
Gráfico 8 - Tipo de incidente crítico e posicionamento cirúrgico.....	51
Gráfico 9 - Presença de dor no pós-operatório.....	52
Gráfico 10 - Classificação da dor.....	53
Gráfico 11 - Localização da dor.....	55
Gráfico 12 - Presença de queimadura .....	56
Gráfico 13 - Presença de úlcera por pressão .....	57
Gráfico 14 - Presença de úlcera de córnea .....	58
Gráfico 15 - Presença de parésia .....	59
Gráfico 16 - Localização da parésia .....	59
Gráfico 17 - Localização da parésia e tipo de cirurgia.....	60
Gráfico 18 - Presença de mobilidade limitada .....	60
Gráfico 19 - Motivo da mobilidade limitada.....	61
Gráfico 20 - Presença de conforto alterado .....	62
Gráfico 21 - Motivo de conforto alterado.....	63
Gráfico 22 - Especificação de outras alterações .....	64
Gráfico 23 - Classificação do acolhimento no BO .....	65
Gráfico 24 - Impressão sobre a temperatura no BO .....	66
Gráfico 25 - Impressão sobre o ruído no BO .....	67
Gráfico 26 - Impressão sobre a luminosidade no BO .....	68
Gráfico 27 - Eficácia dos cuidados .....	69
Gráfico 28 - Satisfação acerca dos cuidados prestados no BO.....	70
Gráfico 29 - Como considera as informações fornecidas na VPO?.....	72



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	17
1. CONTEXTO CLÍNICO .....	20
1.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO CLINICO.....	22
2. PROJETO DE FORMAÇÃO INDIVIDUAL: VISITA PÓS-OPERATÓRIA .....	33
2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	34
2.1.1. Enquadramento da Visita Pós-Operatória de Enfermagem na qualidade dos cuidados de saúde.....	34
2.1.2. A visita pós-operatória de enfermagem como cuidado perioperatório.....	38
2.1.3. Análise SWOT do contexto.....	39
2.1.4. Definição de objetivos.....	40
2.2. PLANEAMENTO DO PROJETO .....	41
2.3. EXECUÇÃO DO PROJETO .....	42
2.3.1. Análise e discussão de resultados .....	43
2.4. CONCLUSÕES DO ESTUDO .....	75
CONCLUSÃO.....	79
BIBLIOGRAFIA.....	81
Apêndice 1 – Planeamento de atividades.....	86
Apêndice 2 - Cronograma de atividades.....	88
Apêndice 3 – Artigo: Visita Pós-operatória de Enfermagem: O Retrato dos Cuidados Perioperatórios. ....	89
Anexo 1 - Guião da Visita Pós-Operatória.....	102
Anexo 2 – Folha de Registo da Visita Pós-Operatória de Enfermagem .....	122





## **INTRODUÇÃO**

O presente Relatório insere-se no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória (MEPO) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Este relatório emerge como um documento ilustrativo das aprendizagens adquiridas durante o estágio, realizado no bloco operatório central de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo

O presente documento pretende desenvolver-se como um relato das aprendizagens resultantes da experiência proporcionada pelo estágio, através do qual, foi possível concertar experiência, conhecimento, reflexão e desenvolvimento de projetos. O relato das aprendizagens resultantes da experiência proporcionadas pelo estágio através das quais foi possível combinar conhecimentos, saber fazer, reflexão e realização de projetos, permitirá o reconhecimento e validação das competências desenvolvidas.

Os objetivos propostos para o desenvolvimento do estágio tiveram por base o guia da unidade curricular Projeto/ Estágio e são:

- Aprofundar conhecimentos sobre as principais técnicas de enfermagem perioperatória;
- Desenvolver, em contexto clínico, competências de enfermagem perioperatória;
- Capacitar para a elaboração de um projeto de formação individual;
- Desenvolver competências de decisão clínica e ética de enfermagem, no contexto específico da enfermagem perioperatória;
- Aplicar a metodologia de projeto na identificação, planeamento e resolução de um problema de investigação identificado em contexto da prática.

A metodologia escolhida para a realização deste relatório baseou-se no método descritivo e analítico através da reflexão e exposição das diferentes atividades realizadas. Foi aplicada a metodologia de projeto no planeamento, realização e avaliação do projeto de formação individual com o tema “Visita Pós-operatória de Enfermagem: o retrato dos cuidados perioperatórios”. No estudo descritivo e retrospectivo inerente a este projeto recorreu-se sobretudo a metodologia quantitativa, sendo que, para análise de parte do conteúdo do instrumento de colheita de dados houve necessidade de recorrer a metodologia qualitativa, nomeadamente através de análise de conteúdo.

O relatório de estágio encontra-se dividido em duas partes. A primeira refere-se ao desenvolvimento de competências em contexto clínico e demonstra de uma forma global as competências adquiridas e desenvolvidas em ambiente perioperatório, a sua importância e relevância no desenvolvimento do grau de mestre em enfermagem perioperatória. É de salientar que as novas aprendizagens se desenvolveram especialmente no contexto da especialidade de cirurgia vascular tendo-se centrado sobretudo na reflexão sobre novas situações, análise de problemas e no reconhecimento das especificidades inerentes aos diagnósticos de enfermagem face aos utentes intervencionados nas diferentes especialidades cirúrgicas.

A segunda parte do relatório diz respeito ao projeto de desenvolvimento individual produzido em contexto de estágio.

O tema deste projeto é a visita pós-operatória de enfermagem e surgiu inicialmente pela curiosidade em conhecer as respostas dos utentes ao inquérito realizado pelos enfermeiros nestas consultas. Consequentemente e verificando-se que os dados obtidos nas consultas não eram tratados, no sentido de obter resultados e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, surgiu a oportunidade de desenvolver o projeto de modo a dar resposta a esta necessidade, permitindo também à equipa de enfermagem envolvida nesta atividade, conhecer os resultados obtidos.

Assim, esta segunda parte do relatório é constituída pelo diagnóstico de situação que compreende: o enquadramento da visita pós-operatória de

enfermagem na qualidade dos cuidados de saúde; a visita pós-operatória como cuidado perioperatório; a análise SWOT do contexto e a definição de objetivos. É igualmente apresentado o planeamento do projeto e a sua execução com a respetiva análise e discussão dos resultados. Os resultados obtidos resultaram do tratamento e análise estatística dos dados constantes nas folhas de registo da visita pós-operatória realizadas no primeiro semestre de 2013. Os resultados demonstraram uma elevada satisfação dos utentes com os cuidados perioperatórios de que foram alvo, assim como, evidenciaram algumas áreas que podem beneficiar de algum investimento, nomeadamente a nível do aumento da eficácia no controlo e registo da dor, melhoria do conforto relativo à sensação de frio referida pelos utentes e otimização do instrumento de registo usado na colheita de informação. Estes e outros resultados constam também nas conclusões do estudo efetuado e refletem a qualidade dos cuidados de enfermagem e a importância que a população atribui aos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Posteriormente apresenta-se a conclusão do relatório de estágio e a bibliografia.

## **1. CONTEXTO CLÍNICO**

No presente capítulo pretende-se demonstrar as aprendizagens realizadas ao longo do estágio em contexto clínico e a forma como estas contribuíram para o desenvolvimento de competências de grau de mestre.

O estágio decorreu no período compreendido entre 9 de Setembro de 2013 e 28 de Março de 2014 num bloco operatório central de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo e insere-se no âmbito da unidade curricular de Estágio/Projeto do MEPO.

Relativamente à estrutura organizacional do bloco operatório, este integra a área de prestação de cuidados e está inserido no grupo de serviços cirúrgicos.

A sua área de intervenção compreende a cirurgia programada convencional, colheita de órgãos e transplante renal e cirurgia urgente.

O bloco operatório estruturalmente é constituído por oito salas operatórias, sete das quais reservadas a cirurgia eletiva e uma para cirurgia de urgência. Destas, seis são suites operatórias constituídas por sala de indução anestésica, sala de desinfeção, sala de apoio e sala operatória.

A UCPA está integrada no bloco operatório e é constituída por duas salas com capacidade para nove utentes, das quais três vagas estão sobretudo direcionadas para o atendimento do utente pediátrico.

O bloco possui circuitos diferenciados de circulação de limpos e sujos o que é facilitador do cumprimento do princípio de assepsia progressiva que implica que a circulação de pessoas e materiais se faça das zonas menos limpas para as mais limpas e a circulação de ar das zonas mais limpas para as zonas menos limpas (AESOP, 2006). Assim neste bloco operatório, as pessoas e materiais passam das áreas livres, para as semi-restritas e depois para a área restrita (sala ou suite operatória). Após a realização de uma cirurgia os materiais utilizados na intervenção saem da sala operatória para um corredor exterior, denominado corredor de sujos, e daí para o serviço de esterilização sem voltarem a passar por

nenhuma outra área do bloco. Esta organização do espaço e da circulação permite contribuir para um maior controlo de microrganismos, minimizando o risco de infeção para o utente.

Relativamente aos meios humanos, a equipa multidisciplinar é constituída por um médico (diretor de serviço), enfermeira chefe, cinco enfermeiras coordenadoras, setenta e dois enfermeiros e vinte e cinco assistentes operacionais.

Os enfermeiros prestadores de cuidados encontram-se divididos em vários grupos: cinco equipas com cinco elementos cada que trabalham em sistema de rolman e os restantes encontram-se divididos por grupos de especialidade (ortopedia/neurocirurgia/pneumologia; cirurgia geral/ginecologia/pediatria; oftalmologia/cirurgia vascular/urologia/cirurgia plástica/ORL e UCPA), com um enfermeiro responsável por cada especialidade.

A cirurgia de urgência funciona 24 horas por dia e a cirurgia eletiva decorre durante a semana, no período compreendido entre as 8:00 e as 20:30.

No bloco operatório onde decorreu o estágio são realizados procedimentos cirúrgicos das especialidades de neurocirurgia, ginecologia, urologia, cirurgia vascular, cirurgia plástica, ortopedia, traumatologia, cirurgia pediátrica, ORL, maxilo-facial, cirurgia geral e ainda pneumologia de intervenção e pontualmente cirurgia torácica. Cada uma destas especialidades compreende diferentes procedimentos e cada um deles exige cuidados de enfermagem específicos ainda que todos eles tenham em comum os mesmos princípios éticos, de segurança do utente e da qualidade dos cuidados.

Após a caracterização do contexto onde o estágio decorreu, apresenta-se a reflexão realizada ao longo do mesmo, tendo em conta que os objetivos propostos para o seu desenvolvimento foram:

- Aprofundar conhecimentos sobre as principais técnicas de enfermagem perioperatória;
- Desenvolver, em contexto clínico, competências de enfermagem perioperatória;

- Capacitar para a elaboração de um projeto de formação individual;
- Desenvolver competências de decisão clínica e ética de enfermagem, no contexto específico da enfermagem perioperatória.

Esta reflexão tem como fio condutor o percurso realizado pelo utente em todo o contexto perioperatório.

Segundo a AORN citada por AESOP (2006, p.9) a função do enfermeiro perioperatório é “identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do individuo antes, durante e após a cirurgia”

### 1.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO CLÍNICO

A reflexão realizada dá maior ênfase às atividades desenvolvidas na especialidade de cirurgia vascular uma vez que esta foi eleita como principal área de desenvolvimento durante o estágio. Esta preferência prendeu-se principalmente com facto de ser uma especialidade com a qual, em contexto profissional, não existia uma grande familiaridade e por ser uma especialidade com algum grau de complementaridade à atividade já desenvolvida na especialidade de cirurgia geral.

O percurso do utente no ambiente perioperatório inicia-se com a visita pré-operatória de enfermagem.

Segundo Cabrita (2013) a **visita pré-operatória** (VPO) consiste “num encontro entre doente e família mais próxima, enfermeira do serviço e enfermeira da sala de operações, com o fim de estabelecer uma relação de confiança e de responder às suas questões relacionadas com o desenrolar do dia na sala de operações, de atenuar o medo e o stress relacionado com a intervenção futura, de constatar o estado físico e psicológico do utente para estabelecer um plano de cuidados personalizado”. Segundo a AESOP (2006) a VPO possibilita um

contacto com o cliente, prévio à entrada no bloco operatório, o esclarecimento de dúvidas e transmissão de informação, o estabelecimento de uma relação de ajuda com cliente e família e a construção de ambiente de maior confiança e segurança no período perioperatório.

Tendo em conta estes aspetos, a VPO constitui uma atividade de enfermagem essencial, que tem como objetivo humanizar os cuidados no perioperatório, possibilitar o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado, aumentar a qualidade dos cuidados prestados e aumentar a satisfação profissional dos enfermeiros.

Embora a VPO seja uma atividade de enfermagem já implementada no serviço e definida em norma de procedimento, atualmente não está a ser realizada de forma regular. Este facto deve-se a uma conjugação de vários fatores. Por um lado, a visita é feita pelo enfermeiro de anestesia ou circulante que estará no dia seguinte com o utente na sala e muitas vezes pela carga de trabalho este não está disponível para realizar a visita. Por outro lado, cada vez mais os utentes chegam ao hospital no próprio dia da intervenção cirúrgica ou então bastante tarde na véspera da cirurgia, não sendo possível reunir com ele durante o turno da manhã.

Como já foi referido anteriormente, a VPO é uma mais-valia para o utente e para qualidade dos cuidados prestados (Garretson, 2004; Westerling & Bergbom, 2008). Ao refletirmos sobre esta temática verificamos a existência de algumas alternativas que poderiam permitir ultrapassar estas dificuldades. Uma das possibilidades seria a criação de uma consulta de enfermagem realizada, por exemplo, no dia em que é realizada a consulta de anestesia. Apesar de deixar de assegurar o contacto com o enfermeiro da sala no dia da cirurgia, tornaria possível a realização de um plano de cuidados individualizado e centrado no utente. Esta consulta asseguraria que as questões do utente relativas ao dia da cirurgia e ao seu percurso dentro do bloco operatório fossem esclarecidas, assim como permitiria um maior envolvimento dos familiares na consulta dando a conhecer de que forma podem acompanhar o progresso do utente no bloco operatório através do serviço de informações disponibilizado aos familiares.

O contacto seguinte do utente com o enfermeiro perioperatório verifica-se no momento do seu **acolhimento no bloco operatório**. É um momento de extrema importância uma vez que são realizadas algumas atividades que visam assegurar a segurança do utente, nomeadamente a confirmação de que é o utente correto, a cirurgia programada, que traz consigo a pulseira de identificação correta, valida-se se possui alergias conhecidas e se estas estão identificadas pelo uso da pulseira respetiva, valida-se o consentimento informado do utente para o procedimento, se trás consigo próteses ou espólio que possa necessitar de ser identificado e devidamente acautelado e confirma-se ainda o tempo de jejum.

Neste momento as condições ambientais e a relação que se estabelece são fundamentais para proporcionar ao utente um sentimento de calma e de confiança nos profissionais que vão cuidar dele. Uma medida simples a realizar neste momento é a apresentação do enfermeiro de acolhimento e posteriormente dos enfermeiros da sala operatória e a sua disponibilidade para, por exemplo, contactar e informar os familiares do seu progresso no bloco operatório. Esta medida é possível e frequentemente implementada no serviço onde o estágio, decorreu, uma vez que o enfermeiro de acolhimento desempenha ao mesmo tempo a função de enfermeiro de **informação aos familiares**, mantendo ao longo de todo o tempo em que utente está no BO, a ponte entre o mesmo e a família ou pessoa significativa. A função do enfermeiro de acolhimento e de informações é assegurada apenas no turno da manhã, no entanto a cirurgia programada em várias especialidades, decorre até às 20 horas e 30 minutos e de urgência funciona 24 horas, pelo que a partir das 16 horas não existe um profissional destacado especificamente para esta função. Embora exista a tentativa de colmatar este facto, passando enfermeiros que desempenham outras funções a dar informação aos familiares no período da tarde, esta medida faz com que inequivocamente, exista uma grande assimetria entre os cuidados de enfermagem prestados no turno da manhã e no turno da tarde, sobretudo no que respeita ao envolvimento dos familiares e pessoa significativa. Pensamos que este obstáculo poderia ser ultrapassado se durante o turno da tarde existisse um enfermeiro especificamente designado para esta função.



Outro aspeto importante no momento do acolhimento é a verificação da existência de consentimento informado e validação com o utente do mesmo.

O **consentimento informado**, embora não seja de todo um assunto recente, passou recentemente a ser alvo de uma política mais rigorosa no que respeita ao seu preenchimento a nível do hospital. Como tal, passou a existir a necessidade de os enfermeiros estarem mais atentos para a verificação da existência de consentimento informado. Ao longo do estágio constaram-se várias situações de incumprimento da norma existente, nomeadamente pelo fato de os utentes chegarem ao bloco operatório sem o consentimento informado assinado. Embora o preenchimento do documento em si seja uma atividade da responsabilidade de outro grupo profissional, é fundamental perceber como é que este incumprimento se faz refletir no dever dos enfermeiros em fazer respeitar a vontade do utente e cumprir o seu dever deontológico de “Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (OE, 2012, p.78), salvaguardado no artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro. Assim, é responsabilidade do enfermeiro que acolhe o utente, certificar-se de que este deu o seu consentimento para a intervenção de que vai ser alvo e se tal não for o caso, providenciar os meios para tal, nomeadamente através da articulação com o cirurgião. É também fundamental para o cumprimento deste dever deontológico, manter o utente informado sobre todos os procedimentos e intervenções de enfermagem de que vai ser alvo ao longo do seu trajeto no bloco operatório.

Após o acolhimento, o utente é conduzido para a sala de indução anestésica ou para a sala operatória onde entra em contacto com a restante equipa de enfermagem e se dá início ao processo de anestesia.

As particularidades dos cuidados de enfermagem na especialidade de cirurgia vascular iniciam-se de imediato no que se refere às características dos utentes intervencionados. Foi possível verificar ao longo do estágio que a maioria dos utentes intervencionados possui várias patologias de base associadas como diabetes, IRC, problemas cardíacos, encontram-se hipocoagulados, etc., condições pelas quais em outras especialidades não seriam intervencionados devido ao risco anestésico e cirúrgico. Este aspeto é também evidenciado por Rotherock (2008) que menciona que os utentes com patologia vascular têm um

risco aumentado para a ocorrência perioperatória de AVC, necessidade de amputação e outras complicações. A especificidade inerente a estes utentes e respetiva especialidade cirúrgica é perceptível através dos vários diagnósticos de risco que conduzem a cuidados de vigilância mais frequente, nomeadamente no que respeita a perfusão dos tecidos, hemorragia, úlcera por pressão, entre outros.

De acordo com a AESOP (2006), o correto desempenho do enfermeiro de anestesia pressupõe o domínio de conhecimentos sobre anestesia, técnicas anestésicas, agentes anestésicos, interação farmacológica, técnicas e métodos de monitorização. A aplicação destes conhecimentos no desempenho da função de enfermeiro de anestesia, possibilita que, perante utentes com o tipo de antecedentes de saúde mencionados, o enfermeiro possa realizar rapidamente diagnósticos de enfermagem a partir dos quais orienta a sua ação nomeadamente no despiste de complicações e situações que possam comprometer a vida ou aumentar a morbidade do utente.

Para poder dar uma resposta adequada em caso de situações mais complexas na anestesia é importante que o enfermeiro conheça também o material disponível no *carro de intubação difícil* do serviço e a forma correta de este ser utilizado, além disso deve assegurar sempre a sua reposição. É importante que o enfermeiro conheça também a localização e o funcionamento de desfibrilhador e *carro de urgência* para poder atuar em situação de paragem cardiorrespiratória assim como a norma de atuação de atuação em caso de *hipertermia maligna* e a localização no serviço da única droga eficaz neste tipo de situações, o dantroleno sódico. Outra situação também rara mas cuja norma de atuação e localização do material deve ser conhecido pelo enfermeiro, é a injeção endovenosa acidental ou sobredosagem de fármacos usados em anestesia loco regional, sendo uma situação de urgência é fundamental o enfermeiro conheça a localização dos fármacos a utilizar sobretudo a da emulsão lipídica (Intralipd 20%) a utilizar nestes casos.

De acordo com AESOP (2006), no dia da intervenção cirúrgica, o enfermeiro de anestesia é responsável por verificar as condições ambientais da sala operatória e a sua higienização, verificar e testar o material necessário para a anestesia e material de urgência. Neste serviço, esta verificação é realizada

através do preenchimento de uma *checklist* de anestesia, em que no início de cada dia o enfermeiro confirma a existência de todos os materiais necessários à indução e manutenção anestésica, assim como o seu correto funcionamento. Além disso verifica se estão reunidas algumas condições de segurança face a possíveis complicações como hemorragia (com a confirmação de disponibilidade de sangue) e existência na sala operatória de drogas de urgência, etc.

No bloco operatório onde decorreu o estágio, a **checklist de segurança cirúrgica** é realizada atualmente pelo enfermeiro de anestesia. A implementação desta medida de segurança teve um longo caminho até chegar ao ponto em que se encontra atualmente e carece ainda de algum aperfeiçoamento na forma como é implementada e encarada pela equipa multidisciplinar.

Na sala operatória, o enfermeiro de anestesia prepara ainda a anestesia selecionada e efetua cateterismo venoso (se necessário). Em cirurgia vascular a monitorização invasiva é muito frequente devido aos antecedentes de saúde dos utentes, pelo que o enfermeiro colabora com o anestesista na colocação de linha arterial e cateter venoso central, certificando-se de que existe um funcionamento e leitura corretos destes parâmetros de monitorização.

Seguidamente o enfermeiro colabora com o enfermeiro circulante no posicionamento cirúrgico do utente assegurando a manutenção da correta monitorização e possibilidade de fácil acesso ao utente durante a cirurgia. Durante a intervenção cirúrgica vigia e mantém a temperatura corporal, vigia sinais vitais e colabora na prevenção e controlo da dor. A manutenção da temperatura corporal é um cuidado de grande importância, sobretudo em utentes com sistema vascular comprometido (como é o caso da grande maioria daqueles intervencionados em cirurgia vascular). De acordo com Geraldo (2010) a hipotermia que origina vasoconstrição, associada a uma já débil perfusão tecidual, compromete a nutrição tecidual e aumenta o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão

No desempenho das suas funções de enfermeiro circulante, é necessário que o enfermeiro possua conhecimentos relativos à organização, gestão e controlo das condições da sala operatória, à técnica cirúrgica e assepsia. Na

véspera da intervenção cirúrgica verifica a disponibilidade e prepara o material necessário à cirurgia, muitas vezes em colaboração com o enfermeiro instrumentista.

No dia da intervenção cirúrgica, segundo AESOP (2006), o enfermeiro circulante providencia o material necessário e verifica a funcionalidade dos equipamentos, acolhe ou colabora no acolhimento do cliente, colabora com o enfermeiro de anestesia no posicionamento cirúrgico.

Durante a cirurgia o enfermeiro circulante promove a segurança do cliente, respeita e faz respeitar as regras da técnica asséptica cirúrgica, supervisiona quebras da técnica asséptica, estabelece a necessária comunicação com o exterior da sala operatória, gere os gastos de material face à necessidade do procedimento cirúrgico, mantém vigilância intensa de todas as atividades que ocorrem na sala operatória, realiza triagem de resíduos, realiza com o enfermeiro instrumentista a contagem de itens contáveis e instrumental e efetua os registos necessários em instrumentos próprios.

No final da cirurgia o enfermeiro ajuda a proporcionar as condições para um despertar confortável do cliente, colabora na transferência do cliente, procede ao encaminhamento de produtos para análise quando existentes, supervisiona a higienização da sala operatória e inicia a preparação do cliente e cirurgia seguinte.

De acordo com a AESOP (2006), o enfermeiro instrumentista desempenha um papel fundamental na prevenção, redução e eliminação do risco de infeção operatória, através da manutenção da técnica asséptica. É igualmente responsabilidade do enfermeiro instrumentista contribuir para a segurança do cliente cirúrgico através da contagem de itens quantificáveis. O correto desempenho do enfermeiro instrumentista possibilita também a redução do tempo cirúrgico e os dos custos associados através de uma gestão adequada dos dispositivos médicos e adequada utilização dos instrumentos cirúrgicos. As mesmas fontes apontam como funções do enfermeiro instrumentista, na véspera da cirurgia a revisão da técnica cirúrgica e tempos operatórios e a colaboração na preparação do material necessário.

No dia da intervenção cirúrgica o enfermeiro instrumentista colabora no acolhimento do cliente, na verificação da presença de material e equipamento, planeamento do posicionamento cirúrgico, coloca as mesas cirúrgicas, contabiliza os itens quantificáveis, veste a restante equipa cirúrgica, colabora na colocação dos campos cirúrgicos. Durante a cirurgia mantém a técnica assética, procede à passagem e manutenção do instrumental cirúrgico, procede à substituição de luvas nos momentos adequados. No final da intervenção procede, com o enfermeiro circulante, à contagem de itens quantificáveis, confirma a identificação de espécimes para análise laboratorial, procede à preparação do material para o envio para central de esterilização, assegura a correta eliminação de material corto-perfurante, colabora na transferência do cliente e na preparação da sala operatória para o procedimento seguinte. (AESOP, 2006)

No contexto da cirurgia vascular deparámo-nos com técnicas cirúrgicas novas, nomeadamente cirurgia endovascular. Esta técnica exige que enfermeiro circulante e instrumentista conheçam bem o material necessário e assegurem que está disponível no dia da cirurgia. Por outro lado, devido à sua dimensão exige alguma adaptação em termos de espaço para que possa ser assegurada a assepsia durante a técnica cirúrgica, função que é realizada pelo enfermeiro instrumentista com o cuidado no seu manuseio e pelo enfermeiro circulante com uma vigilância constante do material e equipa cirúrgica

No que se refere à cirurgia geral, têm surgido no bloco operatório, novas técnicas em cirurgia laparoscópica. A realização das mesmas proporcionou a oportunidade de refletir com equipa multidisciplinar sobre a melhor forma de as implementar tendo em conta vários aspetos como o posicionamento cirúrgico e preparação das mesas operatórias. Relativamente ao posicionamento cirúrgico, foi necessário refletir sobre a forma de torná-lo seguro para utente e simultaneamente compatível e facilitador do procedimento, mantendo a acessibilidade ao utente por parte da anestesia. Relativamente ao material e mesas cirúrgica foi necessário fazer adaptações de modo a assegurar a manutenção da técnica assética nas várias fases da cirurgia. As dificuldades sentidas neste tipo de procedimento, constituíram oportunidades para aplicar conhecimentos e desenvolver a capacidade de compreensão e de resolução de

problemas em situações novas e não familiares em conjunto com a equipa multidisciplinar, o que constitui uma competência de mestre em enfermagem perioperatória.

Apesar da necessária divisão para a organização dos cuidados entre as diferentes funções do enfermeiro na sala operatória que se encontram definidas nas normas do serviço, todas estas funções são, segundo a AESOP (2006), de igual importância para a prestação de cuidados e a sua estreita colaboração permite o desenvolvimento de enfermagem perioperatória centrada no cliente e na qualidade. A AESOP (2006) defende também que a polivalência de funções dos enfermeiros perioperatórios é fundamental para a otimização dos cuidados e rentabilização ao nível da gestão e dos mesmos e dos recursos humanos.

Após a cirurgia e reversão da anestesia o utente segue o seu percurso no bloco operatório para UCPA, permanecendo aí até reunir as condições necessárias à alta.

Relativamente à prestação de cuidados enquanto enfermeiro de UCPA esta deve ser efetuada sob a noção de que é neste momento que o cliente está mais vulnerável ao desenvolvimento de complicações anestésicas e cirúrgicas, assim como ao aparecimento de dor e dos seus efeitos.

A AESOP (2006) defende ainda que para que possam ser prestados cuidados na UCPA, o enfermeiro deve possuir conhecimentos relativos aos procedimentos cirúrgicos; às técnicas e agentes anestésicos e possíveis complicações anestésicas e cirúrgicas. Além disto, deve possuir capacidade de observação, rapidez de raciocínio e atuação, organização e capacidade de adaptação. O mesmo autor sustenta que é função do enfermeiro de UCPA a preparação da unidade para acolher o cliente, certificando-se de que dispõe de todos os meios necessários ao conforto, monitorização e à resposta a situações de possíveis complicações.

A quando da chegada do cliente à UCPA, o enfermeiro procede ao seu acolhimento, recebendo informação da equipa que prestou cuidados no intraoperatório. Realiza de imediato uma avaliação inicial que compreende

avaliação da função cardiovascular, respiratória, alterações sensório-motoras e alterações resultantes das intervenções anestésicas e cirúrgicas

A partir desta colheita de dados, o enfermeiro estabelece diagnósticos e elabora e implementa um plano de cuidados. As principais atividades decorrentes deste plano são, segundo AESOP (2006), a vigilância, manutenção e melhoria da função cárdio-circulatória; da função renal e equilíbrio hidroeletrólítico; vigilância e detecção precoce de alterações do estado de consciência; avaliação, prevenção e tratamento da dor; promoção e manutenção do bem-estar físico, psicológico e espiritual e vigilância prevenção e melhoria de alterações motoras e integridade cutânea.

Segundo a OE (2008), “o controlo da **dor** é um direito das pessoas e um dever dos profissionais”. Deste modo a avaliação e controlo da dor constitui uma função fundamental do enfermeiro na UCPA. No período perioperatório, a dor constitui um foco de atenção de grande importância uma vez que, além de outros fatores, as lesões teciduais são evidentes. Deste modo, é importante que o enfermeiro atue precocemente na prevenção da dor. A possibilidade e/ou ocorrência de dor no pós-operatório exige que a presença e a intensidade da mesma sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas de modo a ser possível assegurar um controlo eficaz da mesma, diminuindo assim a morbidade pós-operatória.

No contexto de pós-operatório imediato e mediato, a dor pode também ter um papel importante na detecção precoce de complicações pós-cirúrgicas.

Posteriormente o enfermeiro deve avaliar os cuidados prestados e elaborar registos que permitam a continuidade e avaliação dos cuidados. Deve também garantir o cumprimento dos critérios para alta nomeadamente: estabilidade hemodinâmica; ausência de dor ou dor mínima; orientação no tempo e espaço; ausência de perdas sanguíneas importantes; controlo de náuseas e vômitos e recuperação da força muscular.

Segundo a OE (2008, p.17), “o controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o

dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa.”

O tratamento farmacológico faz parte das intervenções interdependentes de enfermagem e neste âmbito segundo a OE (2008), o enfermeiro deve colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, e contribuir com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para a seleção mais adequada dos analgésicos e das vias de administração.

Assim que o utente reúna as condições necessárias à alta, o enfermeiro deve transferi-lo, assegurando sempre a sua privacidade e transmitir todos os dados intraoperatórios e pós-operatórios imediatos de forma a assegurar a continuidade dos cuidados.

Outro aspeto relativo aos cuidados prestados na UCPA sobre o qual foi realizada alguma reflexão foi a visita dos familiares ou pessoa significativa durante a permanência do utente na mesma. Neste serviço, de uma forma geral não é permitido aos familiares de utentes adultos permanecerem junto dos mesmos, no entanto vários estudos apontam que esta prática trás benefícios para os utentes e que as principais barreiras à mesma são levantadas sobretudo pela instituição e pelos profissionais (Sullivan, 2001; Bonifacio & Boschma, 2008). A alteração desta prática, embora exija alguma adaptação por parte dos profissionais, poderia ser equacionada tendo em conta que pode melhorar o grau de satisfação dos utentes e familiares com os cuidados prestados.

A fase final do contacto do utente com bloco operatório é o momento da **visita pós-operatória de enfermagem (VPósOE)**. A VPósOE consiste no contacto presencial do enfermeiro perioperatório com utente, que foi intervencionado no Bloco Operatório, no local onde este se encontra internado, no período compreendido entre as 24 e as 48 horas após a alta da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). A reflexão relativamente a esta temática encontra-se desenvolvida no capítulo seguinte uma vez que foi realizado um projeto de estágio sobre a mesma.



## **2. PROJETO DE FORMAÇÃO INDIVIDUAL: VISITA PÓS-OPERATÓRIA**

O presente projeto de estágio surgiu inicialmente da necessidade de dar resposta ao objetivo estabelecido na unidade curricular de Projeto/Estágio:

- “Aplicar a metodologia de projeto na identificação, planeamento e resolução de um problema de investigação identificado em contexto da prática.”

Segundo Semedo (2009, p.34), a metodologia de projeto consiste num processo centrado na “resolução de problemas e tenciona introduzir uma dinâmica integradora e de síntese entre a teoria e a prática, num processo interactivo, onde a teoria decorra diretamente da prática e esta da teoria, onde os conhecimentos já adquiridos, desencadeiem a aquisição de novos conhecimentos e experiências.”.

De acordo com Ruivo e Ferrito (2010, p.4), esta é uma metodologia ligada à investigação que pressupõe uma atividade intencional com um objetivo determinado e “está associada a um produto final que procura responder ao objectivo inicial e reflete o trabalho realizado”; prevê iniciativa e autonomia dos responsáveis pelo projeto; pressupõe autenticidade, uma vez que decorre de um problema real; compreende um determinado grau de complexidade e incerteza e possui um carácter prolongado e faseado no tempo.

A escolha do tema desenvolvido, “Visita Pós-operatória de Enfermagem: o retrato dos cuidados perioperatórios”, esteve relacionada com necessidade sentida pela equipa de enfermagem do serviço, de conhecer os resultados decorrentes da VPósOE, assim como compreender de que forma os mesmos podem contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatórios prestados.

## 2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação, enquanto fase inicial da metodologia de projeto, permite conhecer de forma mais aprofundada a realidade e compreende, além da identificação do problema, uma “análise do contexto social, económico e cultural onde o problema se insere, assim como as potencialidades e os mecanismos de mudança existentes” (Ruivo e Ferrito, 2010, p.10).

### **2.1.1. Enquadramento da Visita Pós-Operatória de Enfermagem na qualidade dos cuidados de saúde**

A qualidade dos cuidados de saúde é um conceito que tem vindo, ao longo da últimas décadas, a ganhar cada vez mais relevância quer ao nível governamental quer ao nível nas instituições de saúde. Atualmente a qualidade dos cuidados de saúde é um objetivo assumido por instituições nacionais e internacionais com diretrizes e critérios definidos que visam orientar as instituições prestadoras de cuidados na melhoria continua destes mesmos cuidados. Uma das medidas instituídas são os incentivos às instituições na adesão a práticas de qualidade assim como penalizações aquando do seu incumprimento, definidos no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, s.d.).

O conceito de qualidade em saúde é definido pela Organização Mundial de Saúde [OMS] (2006), como a busca pela melhoria contínua em seis dimensões da qualidade: efetividade, eficiência, acessibilidade, foco no utente, equitatividade e segurança.

Segundo a OMS (2006), para atingir uma melhoria da qualidade dos cuidados em saúde é fundamental o envolvimento de entidades a nível nacional e regional, assim como o empenho de cada organização, equipa e prestador de cuidados e ainda dos próprios recetores de cuidados, comunidade e indivíduos.

A nível nacional é criado em 2009 pelo Despacho n.º 13793/2009 o Conselho Nacional da Qualidade (CNQ) que tem com “função coordenar as propostas a efetuar no âmbito da estratégia nacional para a promoção da

qualidade dos cuidados prestados pelas unidades do Serviço Nacional de Saúde.”. Um dos principais papéis do CNQ é o de apoiar, através de recomendações, o Departamento da Qualidade da Saúde (DPQ) na concretização da estratégia nacional para a qualidade na saúde

Previamente, e estando já assumida a necessidade de implementação sistemas de qualidade, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE) emitiu em 2001 os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem com vista à melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e conseqüentemente à melhoria dos cuidados prestados ao indivíduo e comunidade, objeto desses cuidados. De acordo com a OE (2001), a definição destes padrões de qualidade e a monitorização dos cuidados de enfermagem permitem a obtenção indicadores e conseqüentemente, ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem que contribuem para a definição de políticas sobre saúde. Os padrões de qualidade definidos por esta entidade têm como enunciados a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Com base nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela OE, foi desenvolvido em 2007, pela mesma entidade, o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) que consiste “num conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem” (OE, 2007, p.1), o qual visa possibilitar a obtenção de indicadores específicos e sensíveis aos cuidados autónomos de enfermagem. Pressupõe-se que estes indicadores, sobretudo os de resultado, possam contribuir para a promoção e melhoria contínua dos cuidados de enfermagem assim como para a os diferentes níveis de tomada de decisão e governação em saúde.

Dois dos indicadores mencionados no RMDE são a taxa de efetividade diagnóstica de risco (indicador de processo) e a taxa de efetividade na prevenção de complicações (indicador de resultado). Estes dois indicadores são de suma importância relativamente aos cuidados de enfermagem perioperatórios, uma vez que de acordo com a AESOP (2006, p.63), o ambiente perioperatório, pelos seus fatores ambientais, técnicas invasivas e total dependência dos utentes constitui

uma área de atuação onde a “identificação, controlo, minimização, prevenção e avaliação do risco” é primordial.

A AESOP (2006, p.107) define a enfermagem perioperatória como um “conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual, o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado””. Este conceito vai de encontro ao que é defendido pela OE (2004, p.16) como competência do enfermeiro de cuidados gerais, o qual deve utilizar o processo de enfermagem na sua atividade assistencial, “diagnostica e prioriza os problemas, procurando recolher e analisar os dados mais relevantes que lhe permitem estabelecer objetivos e um plano de cuidados...Cria momentos de avaliação em todo processo e procede às respetivas alterações sempre que considere necessário, visando a qualidade dos cuidados” .

Considerando o referido anteriormente, compreende-se a pertinência da existência de um momento em que, de forma sistematizada, se proceda à avaliação dos cuidados prestados no período perioperatório. É importante ainda salientar que, pelo estado geral dos utentes à saída da UCPA não seria possível fazer a avaliação de todos os cuidados perioperatórios neste momento e por isso a necessidade de um intervalo de tempo entre a experiência no bloco operatório e a avaliação dos cuidados.

A Visita Pós-operatória de enfermagem realizada no hospital onde decorreu o estágio, consiste numa consulta presencial com o utente, nas 24 a 48 horas após alta da UCPA. Nesta consulta é realizada a observação física do utente tendo em conta os focos de atenção na pessoa, é auscultada a opinião do utente sobre a visita pré-operatória, o acolhimento no bloco operatório e os cuidados de enfermagem prestados no intraoperatório, assim como é dada a oportunidade ao utente de expressar as suas sugestões e observações.

Assim, a VPósOE tornar-se num momento indispensável na avaliação dos cuidados prestados pelos enfermeiros no perioperatório, possibilitando também

conhecer as expectativas, opiniões e grau de satisfação do utente, constituindo deste modo num instrumento importante para a melhoria dos cuidados prestados. Saliencia-se que a satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem é também um indicador constante no RMDE. Efetivamente a AESOP (2006, p127) considera a realização da VPósOE como uma das funções do enfermeiro perioperatório e apresenta como objetivos da sua realização: “Avaliar as intervenções de enfermagem no intraoperatório; Ajustar as intervenções de enfermagem às necessidades dos doentes; Promover a melhoria do desempenho dos enfermeiros de sala de operações”.

A análise efetuada da VPósOE tem por base a **Teoria do Conforto de Kolcaba** uma vez que segundo a mesma as “necessidades de cuidados em saúde constituem necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão” (Tomey & Alligood, 2004, p.484).

Para Kolcaba (2003) o conforto é a experiência imediata ao ser fortalecido pela satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. O *conforto físico* relaciona-se com as sensações corporais como a homeostasia, dor, mobilidade. O *conforto psicoespiritual* diz respeito ao autoconceito, autoestima, espiritualidade e ao que dá sentido à vida. O *conforto ambiental* refere-se às condições do meio que nos rodeia, influências externas como a luz, ruído e temperatura. Finalmente o conforto *sociocultural* desenvolve-se no contexto cultural, familiar influenciado pela educação, apoios, etc.

Na prestação de cuidados perioperatórios, todos estes contextos estão presentes. É necessário satisfazer as necessidades de conforto físico nomeadamente controlo da dor, manutenção de um correto posicionamento, manutenção de equilíbrio hidroelectrolítico. A nível psicoespiritual é necessário lidar frequentemente com alteração da autoimagem devido à cirurgia, para muitos utentes é uma situação limite que os leva a recorrer à espiritualidade. Manter o conforto ambiental importante uma vez que o bloco operatório pode ser bastante, frio, ruidoso e desconfortável. Mesmo a nível do conforto sociocultural o enfermeiro intervém, na tentativa de manter o contacto entre o utente e a sua família.

De acordo com esta teoria, os enfermeiros identificam as necessidades de conforto não satisfeitas dos utentes e elaboram intervenções de modo a dar resposta a estas necessidades. Se as intervenções forem eficazes o utente alcança o conforto de imediato. Kolcaba (2003) defende ainda que utentes que alcançam o conforto são mais propensos a comportamentos de saúde saudáveis.

### **2.1.2. A visita pós-operatória de enfermagem como cuidado perioperatório**

A VPósOE foi implementada em 2010 no Bloco Operatório da instituição onde o estágio foi realizado, no âmbito de um projeto de humanização e melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatória.

Segundo Chambel *et al* (2012, p.10), a VPósOE implementada tem como objetivos “Avaliar as intervenções de enfermagem no período perioperatório; Identificar complicações relativas às intervenções de enfermagem; Conhecer a opinião do utente/família face aos cuidados de enfermagem prestados no período perioperatório.”

A VPósOE consiste no contacto presencial do enfermeiro perioperatório com utente, que foi intervencionado no Bloco Operatório, no local onde este se encontra internado, no período compreendido entre as 24 e as 48 horas após a alta da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA).

A VPósOE inicia-se com a consulta, por parte do enfermeiro, do plano operatório do dia anterior e dos registos de enfermagem relativos a cada utente intervencionado (folha de circulação, anestesia, UCPA, SAPE e registo de incidentes), onde colhe grande parte dos dados necessários à avaliação dos cuidados de enfermagem. Após esta consulta o enfermeiro reúne-se com o utente, valida os dados recolhidos, procura conhecer a perceção do utente face aos cuidados prestados no perioperatório e identifica possíveis sequelas ou complicações relacionados com os cuidados prestados. A realização da VPósOE é suportada, sempre que necessário, pelo Guia da Visita Pós-Operatória (Anexo 1)

Toda a informação é recolhida num instrumento de colheita de dados desenvolvido pela equipa de enfermagem do Bloco Operatório, a “Folha de Registo da Visita Pós-Operatória de Enfermagem” (Anexo 2).

Posteriormente à realização da VPósOE, o enfermeiro comunica, na passagem de turno, qualquer ocorrência que tenha detetado para maior vigilância do utente, tal como críticas positivas que tenha recebido e que atuam como estímulo para a equipa, proporcionando assim momentos de discussão/reflexão em equipa.

### **2.1.3. Análise SWOT do contexto**

O diagnóstico de situação, foi desenvolvido utilizando o método de análise SWOT. Este método permite a confrontação e reflexão entre as forças e oportunidades e fraquezas e ameaças de determinada situação possibilitando assim justificar e sustentar a importância e necessidade do projeto (Ruivo e Ferrito, 2010).

A avaliação da necessidade de realização do projeto “Visita pós-operatória de enfermagem: retrato dos cuidados perioperatórios” determinou-se através realização da análise SWOT que seguidamente se apresenta.

#### **Forças (aspetos positivos internos):**

- VPósOE implementada desde 2010 e realizada pelos enfermeiros do bloco operatório: existência de uma vasta quantidade de dados recolhidos.
- Motivação e apoio da chefia para a realização da VPósOE;
- Existência de outros projetos de humanização dos cuidados no bloco operatório e no hospital: Comissão de Humanização do hospital mostra interesse face a este tipo de projetos;
- Reconhecimento da importância da avaliação da qualidade dos cuidados prestados: sistema de gestão da qualidade que prevê programas para avaliar sistematicamente estruturas, processos e resultados com vista à obtenção de cuidados de excelência

- Reconhecimento da importância da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem: existência de uma Comissão da Qualidade do hospital cuja missão é “dinamizar, suportar e coordenar o processo de atividades de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados”

#### Fraquezas (aspetos negativos internos):

- Ausência de indicadores de qualidade especificamente sensíveis aos cuidados de enfermagem perioperatórios.
- Inexistência de base de dados informatizada para colheita e tratamento de dados;
- Ausência de tratamento dos dados recolhidos na VPósOE;
- Desconhecimento por parte da equipa de enfermagem e da instituição dos resultados da VPósOE.

#### Oportunidades (aspetos positivos externos):

- Reconhecimento da necessidade de valorização das áreas de intervenção autónomas de enfermagem por parte da Ordem dos Enfermeiros;
- A importância atribuída atualmente aos indicadores de qualidade em saúde nomeadamente na área cirúrgica por parte da Direção Geral de Saúde

#### Ameaças (aspetos negativos externos):

- Pressões económicas que podem limitar a existência de recursos humanos disponíveis necessários a esta prática de cuidados.
- VPósOE é uma atividade pouco implementada/divulgada noutras instituições, limitando a avaliação e comparação dos resultados obtidos.

#### **2.1.4. Definição de objetivos**

O presente projeto tem como principal finalidade avaliar a Visita Pós-operatória de Enfermagem realizada pelos enfermeiros perioperatórios, de modo a fomentar a otimização deste recurso e contribuir para o desenvolvimento de indicadores de resultado sensíveis aos cuidados perioperatórios de enfermagem e



assim contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no período perioperatório.

Definiu-se como objetivo geral:

- Avaliar a visita pós-operatória de enfermagem no bloco operatório onde decorreu o estágio,

Foram definidos como objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos sobre a VPósOE;
- Determinar o grau de satisfação do utente;
- Determinar a natureza e a incidência de complicações associadas aos cuidados perioperatórios de enfermagem;
- Identificar indicadores específicos e sensíveis aos cuidados autónomos de enfermagem perioperatórios;
- Identificar as limitações/dificuldades no uso do instrumento de colheita de dados;
- Otimizar o recurso da VPósOE.

## 2.2. PLANEAMENTO DO PROJETO

De acordo com os objetivos específicos definidos, procedeu-se à elaboração do plano de ação (Apêndice 1). Este planeamento reflete a organização das atividades e estratégias desenvolvidas para alcançar os objetivos estipulados; determina os recursos humanos, materiais e temporais necessários ao desenvolvimento do projeto e determina os indicadores de avaliação que permitirão estabelecer se os objetivos específicos foram atingidos.

As diferentes fases do projeto desenvolveram-se de acordo com o cronograma efetuado, o qual que pode ser consultado com maior pormenor no Apêndice 2 deste trabalho.

Foram realizados os procedimentos éticos, tendo o projeto sido submetido à apreciação da comissão de ética do hospital , e aprovado a em Janeiro de 2014.

### 2.3. EXECUÇÃO DO PROJETO

A execução do projeto de intervenção iniciou-se em Janeiro de 2014, após autorização do conselho de administração para consulta dos dados referentes aos processos dos utentes intervencionados, entre 01 de Janeiro e 30 de Junho de 2013, no bloco operatório da instituição.

Tratou-se de um estudo descritivo, retrospectivo. Recorreu-se sobretudo a análise quantitativa de dados, no entanto, foi também necessário recorrer a análise qualitativa com análise de conteúdo devido à existência de questões abertas. Existiu ainda a necessidade, em algumas questões abertas, de categorizar as respostas e analisá-las de forma quantitativa. Este procedimento foi realizado devido ao elevado número de casos e baixa variabilidade das respostas detetadas em determinadas variáveis estudadas.

Foi criada uma base de dados em SPSS, que permitiu trabalhar estatisticamente os dados obtidos na VPósOE e constantes da “Folha de Registo da Visita Pós-Operária de Enfermagem”.

A amostra (n) estudada consiste na totalidade da população (N), ou seja, foram recolhidos os dados de todas as visitas pós-operatórias realizadas no intervalo de tempo estudado, sendo a amostra de 549 casos. Optou-se por trabalhar a população por ser um número de casos mais alargado, mas ainda assim exequível, de modo a obter um maior significado estatístico dos resultados.

### 2.3.1. Análise e discussão de resultados

#### Caracterização da amostra

A população estudada é constituída por 549 casos, constituindo a totalidade das VPósOE realizadas entre 1 de Janeiro e 30 de Junho de 2013 aos utentes submetidos a cirurgia no bloco operatório da instituição, incluindo cirurgia eletiva e cirurgia de urgência.

Neste período de tempo foi intervencionado um total de 2901 utentes adultos, nas especialidades de cirurgia geral, cardio-torácica, plástica, vascular, ginecologia, otorrinolaringologia (ORL), maxilo-facial, neurocirurgia, oftalmologia, urologia, pneumologia, traumatologia e ortopedia.

Para efeitos deste estudo, optou-se por considerar como uma unidade, as especialidades de ortopedia e traumatologia, assim como ORL e maxilo-facial, uma vez que apresentam uma grande proximidade no que respeita aos procedimentos e posicionamentos cirúrgicos.

Nas especialidades de cirurgia cardio-torácica e pneumologia não se verificaram registos de VPósOE (Tabela 1). A ausência de VPósOE nestas especialidades poderá estar associada ao facto de o número de utentes intervencionados ser bastante reduzido.

Especialidade Cirúrgica	Nº de Utentes Operados	Nº de VPósOE	% de Utentes com VPósOE
Cirurgia Geral	856	172	20.1
Cirurgia Cardio-toracica	4	0	0
Cirurgia Plástica	75	17	22.7
Cirurgia Vascular	197	38	19.3
Ginecologia	205	57	27.9
Urologia	214	54	25.2
ORL/Maxilo-facial	269	32	11.9
Neurocirurgia	329	44	13.4
Oftalmologia	186	43	23.1
Orto-traumatologia	541	92	17
Pneumologia	25	0	0

Tabela 1 - Percentagem de VPósOE por especialidade

Nas restantes especialidades a percentagem de utentes que tiveram VPósOE varia entre 11.9% e 25.2%, correspondendo a especialidade com valor mais elevado à urologia e o valor mais baixo a ORL/Maxilo-facial (Tabela 1).

Tendo em conta os resultados gerais, no que respeita à distribuição de casos por especialidade, verifica-se que a especialidade de cirurgia geral é a que apresenta maior percentagem de VPósOE realizadas com cerca de 31% e a cirurgia plástica a que tem menor percentagem de VPósOE (3%) (Gráfico 1). Estes valores são aceitáveis uma vez que correspondem respetivamente às especialidades com maior e menor número de utentes operados.

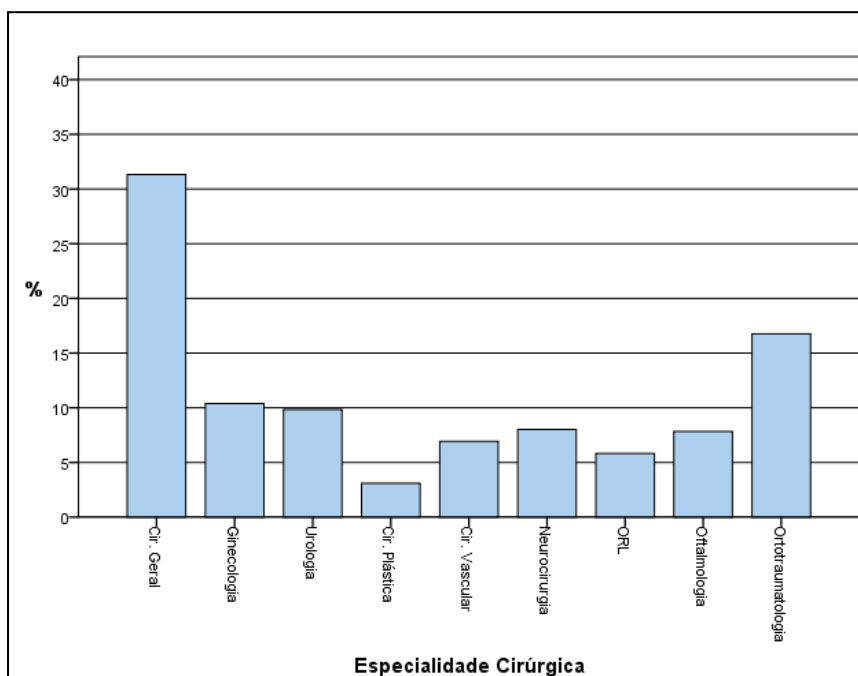


Gráfico 1 - Distribuição de VPósOE por especialidade

Relativamente à variável **género**, podemos observar que 53.6% dos utentes aos quais foi realizada VPósOE são do género feminino e 46.4% do género masculino (Gráfico 2). Os valores obtidos são bastantes próximos à distribuição por género de utentes operados no período de tempo estudado, em que 50.8% eram do género feminino e 49.2% do género masculino.

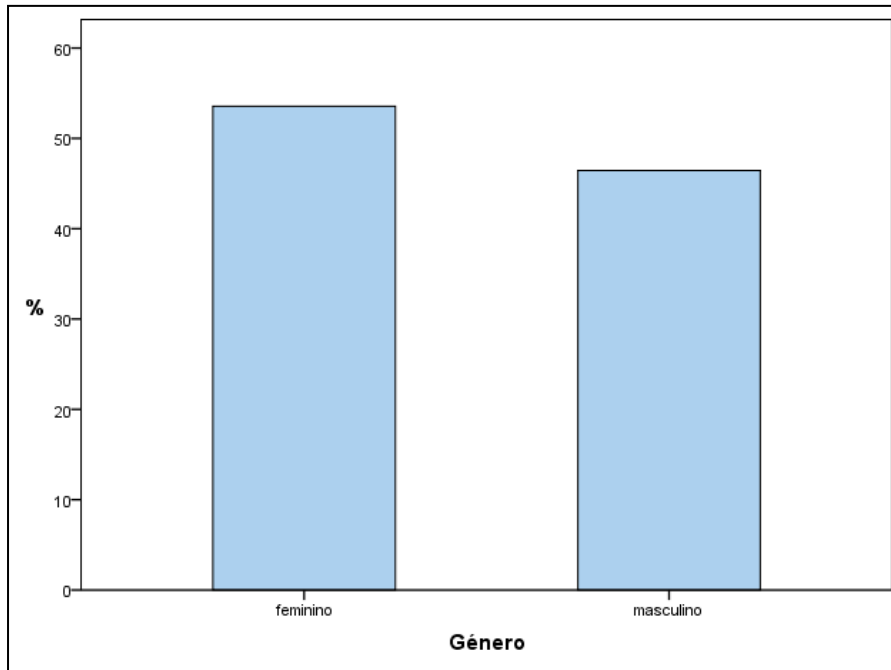


Gráfico 2 - Distribuição da VPósOE por gênero

As **idades** variam entre 19 e 93 anos (Gráfico 3) sendo a média de 61.8 anos e o desvio padrão de 16.7 anos

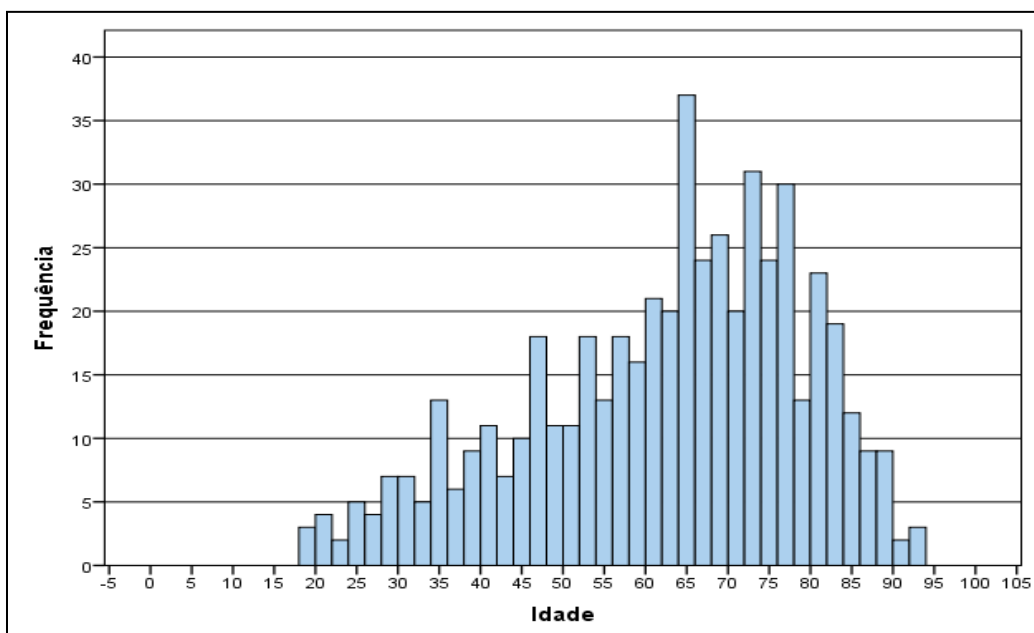


Gráfico 3 - Distribuição de VPósOE por idade

Relativamente à **escolaridade**, o valor mais significativo detetado, foi o valor de *missing*, com uma percentagem de 92.3% (Gráfico 4). Esta percentagem tão elevada de “não resposta” faz com que os valores detetados para as restantes respostas não possam ser considerados representativos da realidade.

Por outro lado, importa refletir sobre a pertinência desta variável para a avaliação dos cuidados assim como a importância que os enfermeiros atribuem à mesma e ponderar a necessidade da sua permanência no questionário para recolha de dados da VPósOE.

É no entanto importante salientar que, do questionário fazem parte também questões relativas à satisfação dos utentes com os cuidados prestados e são vários os estudos que demonstram que a escolaridade é um fator demográfico que pode influenciar a satisfação dos utentes face aos cuidados (Cotta *et al*, 2006; Lobo, 2008).

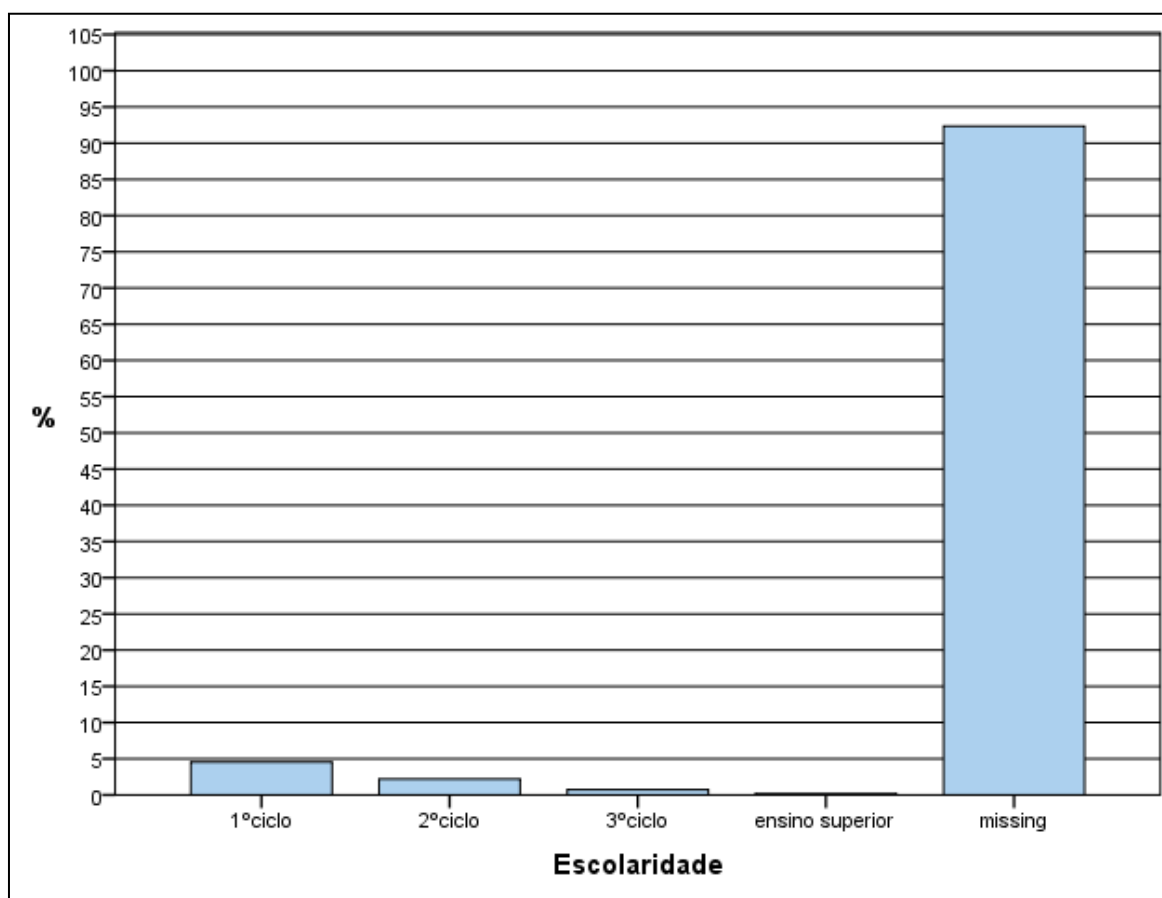


Gráfico 4 - Distribuição de VPósOE por escolaridade

A variável **horas após cirurgia** indica se os utentes tiveram VPósOE 24 ou 48 horas após a alta da UCPA. Os resultados mostram inequivocamente que a grande maioria das visitas (99.1%) foram realizadas às 24 horas de pós-operatório (Gráfico 5). Este resultado seria à partida expectável tendo em conta a organização da VPósOE, em que diariamente são consultadas as cirurgias realizadas no dia anterior.

No entanto, face à deteção de visitas não realizadas por motivo de os utentes não se encontrarem no serviço de internamento no momento da chegada do enfermeiro; por se encontrarem a dormir ou com alterações que impossibilitem a visita, as VPósOE às 48 horas poderiam constituir uma forma de ultrapassar as dificuldades sentidas na primeira tentativa de visita às 24 horas.

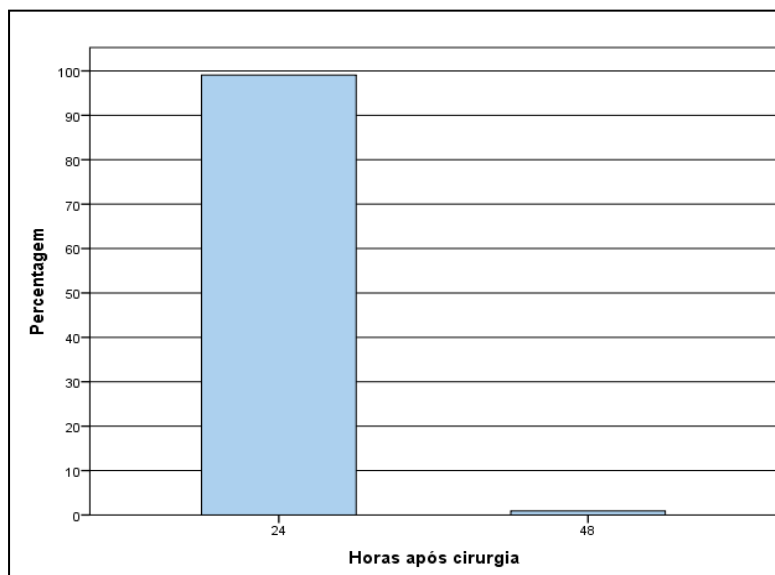
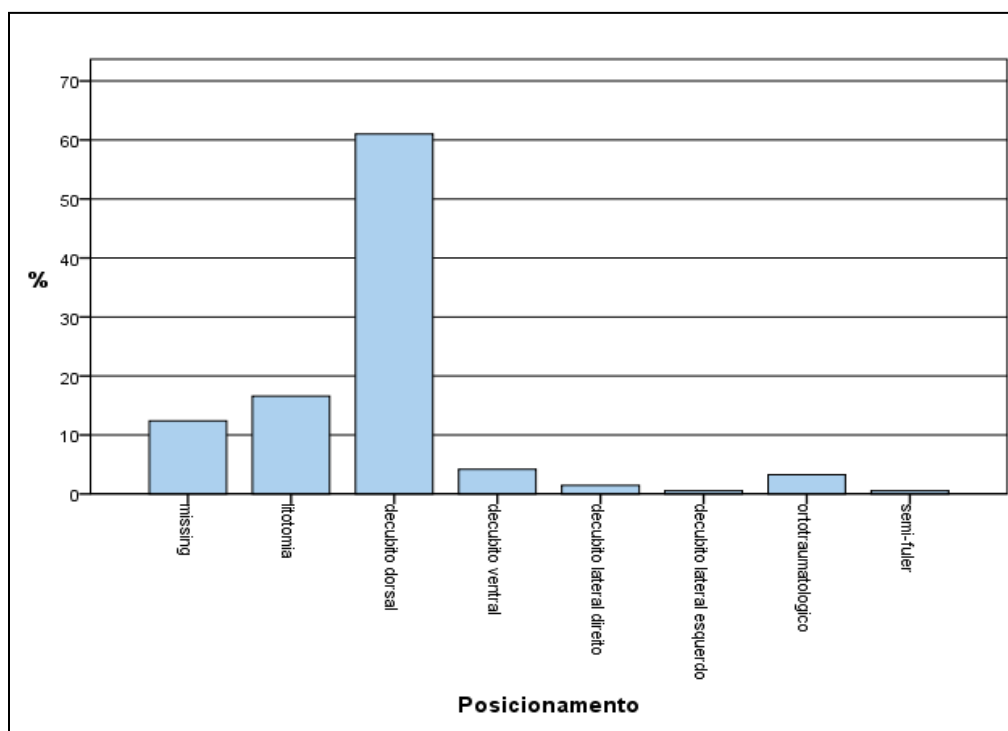


Gráfico 5 - Horas após cirurgia

A variável **posicionamento cirúrgico** mostra qual o posicionamento adotado durante a cirurgia realizada. Os resultados mostram que o posicionamento mais frequente é o decúbito dorsal com 61%, seguido de litotomia com 16.6% e decúbito ventral com 4.2% (Gráfico 6)



**Gráfico 6 - Posicionamento cirúrgico**

Segundo Rothrock (2008, p.130), o posicionamento cirúrgico, especificamente as “forças físicas usadas para estabelecer e manter uma posição cirúrgica podem lesionar a pele e os tecidos subjacentes”. Estas lesões ou alterações incluem úlceras por pressão, síndrome compartimental, neuropatias periféricas, lesões oculares, alopecia, lesões por esmagamento de dedos e genitália e alterações fisiológicas a nível respiratório e cardiovascular.

Pelo referido anteriormente podemos compreender que o posicionamento cirúrgico é uma variável de grande relevância na avaliação dos cuidados perioperatórios, constituindo um dado relevante para a VPósOE. No entanto, os resultados mostram uma percentagem significativa (12%) de *missing* o que poderá estar associado à não inclusão deste dado nos registos de enfermagem intraoperatórios, ao desconhecimento por parte do enfermeiro que realiza a VPósOE do posicionamento associado a cada cirurgia, ao lapso no preenchimento do questionário ou ainda à desvalorização desta variável no processo de avaliação de cuidados por parte dos enfermeiros.



A variável **incidente** representa a ocorrência ou não de incidente durante a cirurgia. Podemos verificar que maioritariamente não ocorreram registos de incidente (66.1%), tendo-se verificado apenas 2% (11) de respostas positivas (Gráfico 7).

No entanto, nesta variável, é importante salientar que 31% não tiveram resposta, sendo um valor significativo que poderia alterar os resultados. É também importante salientar que neste BO existe uma cultura bastante desenvolvida nos profissionais de enfermagem para a notificação de ocorrência adversa. Sempre que ocorre um incidente que seja notificado, os utentes são acompanhados e têm sempre VPósOE, mesmo que existam constrangimentos que não permitam fazer a consulta aos outros utentes intervencionados no mesmo dia. A ausência de resposta pode prender-se com o fato de não existir referência a este aspeto nos registos operatórios ou de o enfermeiro que colheu os dados não atribuído relevância a esta variável ou apenas por lapso no preenchimento do questionário

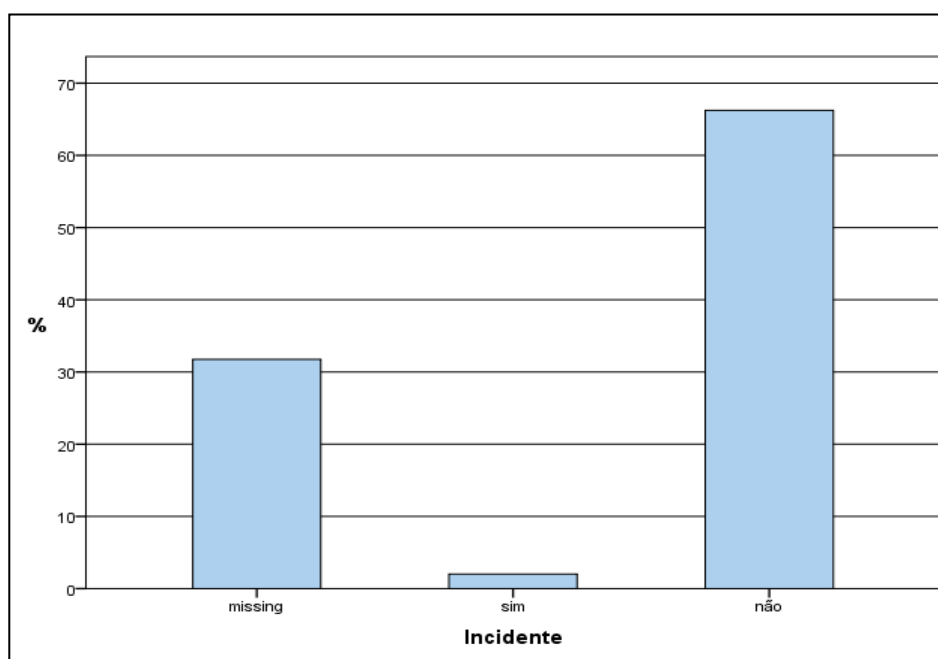


Gráfico 7 - Ocorrência de incidente crítico

Os incidentes registados (11) são raros e com grande variabilidade entre si. Não é possível no entanto fazer comparações uma vez que não existe outra fonte de dados com a qual comparar.

Registaram-se dois edemas faciais, um hematoma vaginal, uma extração dentária acidental aquando da entubação; um eritema não branqueável na região torácica anterior; edema escrotal e inguinal e edema no membro superior por colocação de linha arterial. Quatro dos incidentes não têm uma descrição associada.

Cruzando os dados relativos ao tipo de incidente e o posicionamento cirúrgico podemos verificar que três dos incidentes ocorreram com o posicionamento ventral e são consistentes com o mesmo (edema facial e úlcera por pressão de grau I).

A extração dentária acidental e edema do membro superior por colocação de linha arterial não estão associados aos cuidados de enfermagem.

Um dos incidentes detetados é consistente com estudo de Menezes *et al* (2013) em que detetou a presença de eritema que não cede à digitopressão como lesão decorrente do posicionamento.

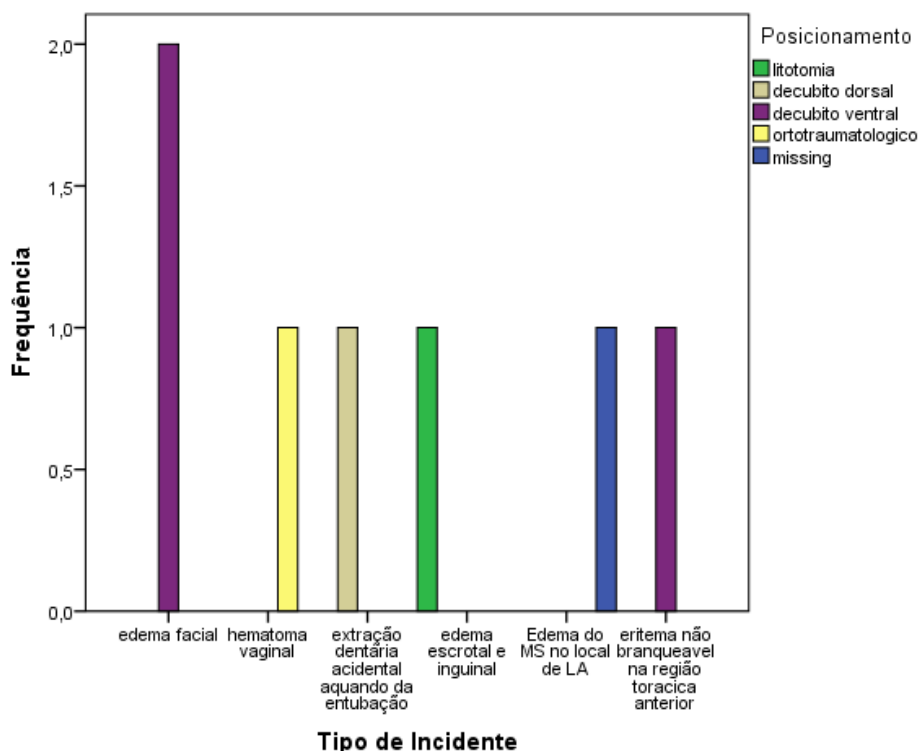


Gráfico 8 - Tipo de incidente crítico e posicionamento cirúrgico

É ainda de salientar que a resposta na variável incidente crítico, está diretamente relacionada com a ocorrência de incidente crítico no período intraoperatório e com a sua respetiva notificação, logo outras ocorrências que não tenham sido registadas como incidente, podem ter ocorrido.

#### Focos de atenção da pessoa

Relativamente à variável **dor**, os resultados mostram que uma percentagem significativa dos utentes refere dor (36%) no período entre a alta da UCPA e o momento da VPósOE, o resultado obtido é bastante próximo do resultado obtido no estudo Couceiro *et al* (2009) em que 46% dos utentes relataram dor nas primeiras 24 horas de pós-operatório.

Em determinado momento surgiu a necessidade por parte da equipa de enfermagem de registar no instrumento de colheita de dados a avaliação da dor no momento da alta da UCPA como forma de aferir os cuidados relativos à dor que estavam a ser prestados. A avaliação da dor no momento da alta não fazia parte do instrumento de colheita de dados, pelo que não pode ser analisada neste contexto.

É ainda relevante salientar que não existiram *missings* nesta variável, o que pode revelar a elevada importância que os enfermeiros atribuem a este sinal vital o que vai de encontro aos resultados de estudo de Marques *et al* (2011), o qual conclui que os enfermeiros atribuem muita importância à avaliação e registo sistemático da dor.

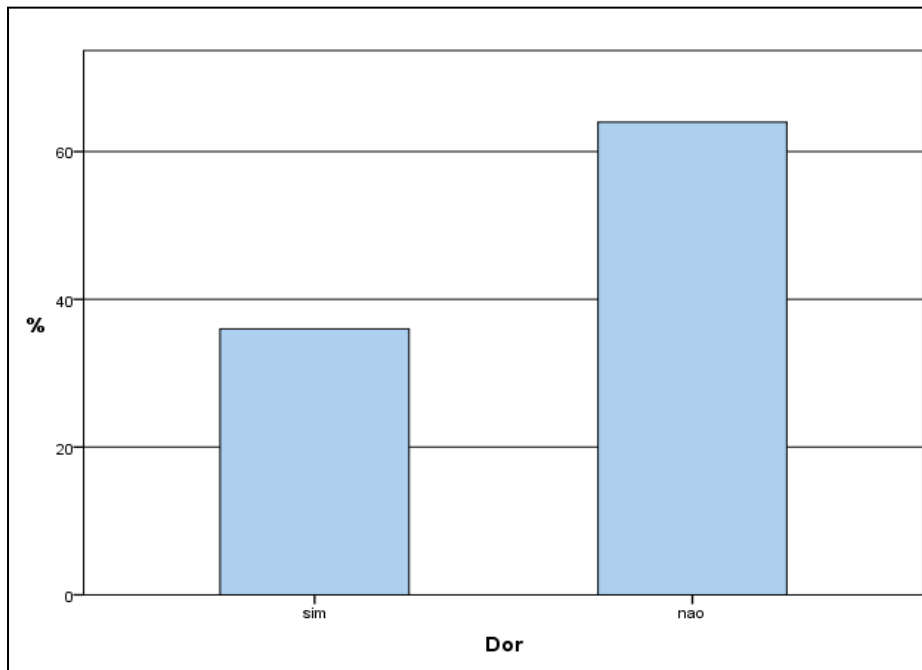
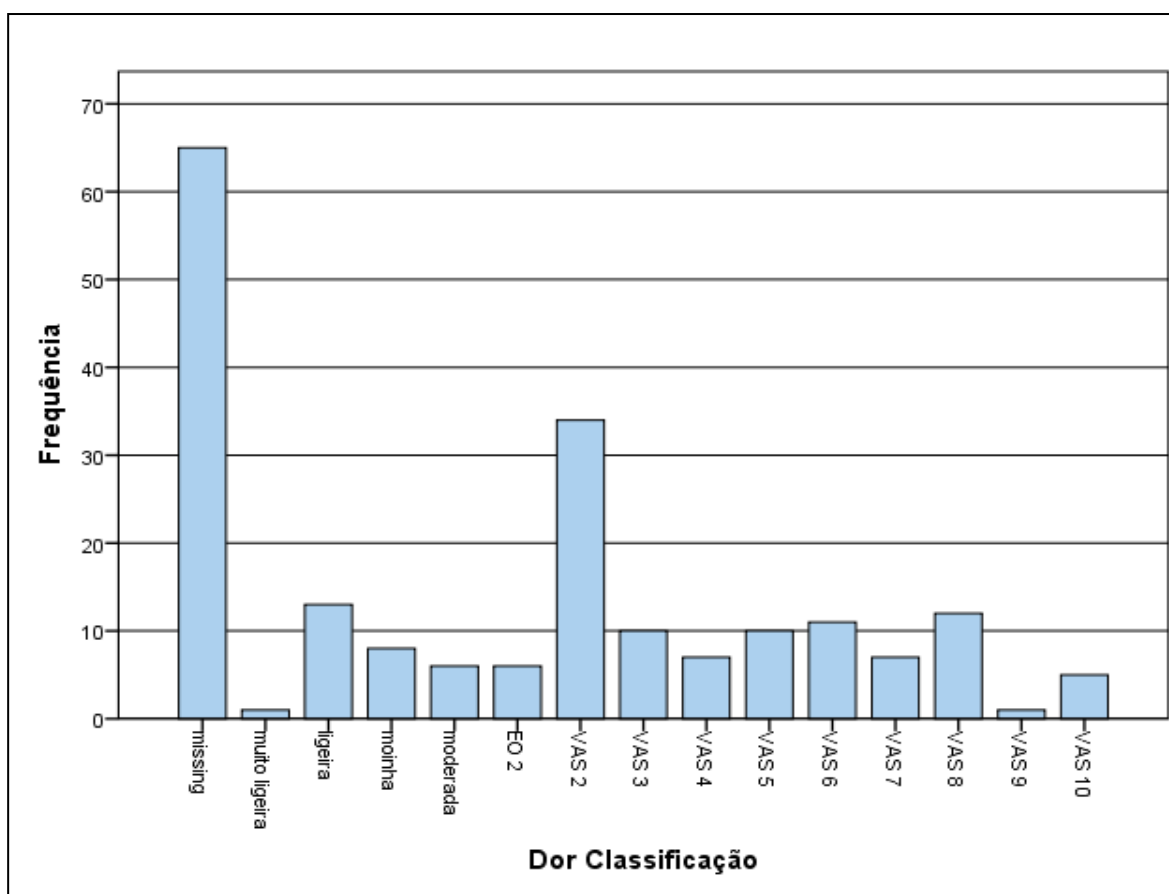


Gráfico 9 - Presença de dor no pós-operatório

Relativamente à **classificação da dor**, verificou-se que daqueles que referiram dor, 17.3% dos utentes (34) classificou-a com um VAS=2, 0.5% (1) classificou-a de muito ligeira e 6.6% (13) de ligeira (Gráfico 10). Considerando os valores anteriores podemos dizer que o seu somatório, 23.4% dos utentes refere uma dor “aceitável”, segundo os critérios definidos para a alta da UCPA por Lages, Fonseca & Abelha (2006), o que indica cuidados de enfermagem adequados no controlo da dor. Este resultado está próximo dos resultados obtidos por Couceiro *et al* (2009), cujo estudo concluiu que, da amostra estudada, 29.4% dos utentes referiu presença de dor com intensidade leve.

É também de assinalar que 12 utentes referiram VAS=8, 1 referiu VAS=9 e 5 referiram VAS=10. O total destes utentes, (18) correspondendo a uma percentagem de 9.2%, apresenta uma dor considerada intensa, resultado

bastante distante do encontrado por Couceiro et al (2009) em que 27.1% dos utentes referiu dor forte.



**Gráfico 10 - Classificação da dor**

Verifica-se um valor elevado de *missings* (33.2%), pelo que se conclui que mesmo tendo a preocupação de verificar a presença/ausência de dor nem sempre é realizada um registo adequado da mesma. Esta ocorrência pode ser justificada pelo fato de os enfermeiros atribuem maior importância à avaliação da dor que ao seu registo sistemático como concluiu Marques et al (2011) no seu estudo. Este valor pode também estar relacionado com próprio instrumento de colheita uma vez que tem resposta fechada para presença ou ausência de dor e uma resposta aberta para a sua classificação.

Verificou-se que os enfermeiros apesar de na sua maioria usarem as escalas de avaliação preconizadas pela instituição (VAS e Escala do Observador) continuam ainda a recorrer a avaliação qualitativa da dor. Esta ocorrência pode prender-se com o fato de no Guião da Visita Pós-operatória este tipo de avaliação

ainda ser apresentado, apesar de, contrariamente ter sido reforçado em contexto de formação em serviço uma avaliação da dor com escala quantitativa, pelo que, poderá ser benéfica a alteração do guião.

No que respeita à variável **localização da dor**, esta tem uma grande diversidade de respostas, uma vez que é também um tópico com pergunta aberta.

Verifica-se que maioritariamente os utentes referem dor abdominal (14.1%), o que pode estar relacionado com o fato de maioritariamente se tratar de utentes da especialidade de cirurgia geral cujas intervenções mais frequentes são a nível abdominal e este ser o local onde a dor é mais intensa no momento da entrevista. Seguidamente surge a dor nos membros inferiores (5.1%) e lombar (4.5%).

No que se refere aos cuidados perioperatórios, a dor no local cirúrgico tem a sua relevância relativamente à eficácia no controlo da dor. No entanto, a presença de dor pós-operatória com uma localização distinta da incisão cirúrgica pode indicar dor devido a incorreto posicionamento cirúrgico como demonstra Menezes et al (2013) no seu estudo em que detetou 9.9% dos utentes com queixas de dor severa em pontos de pressão e não relacionados com o local cirúrgico. Neste sentido faria sentido, no instrumento de colheita de dados, existir uma distinção clara entre estas duas categorias de dor, de modo a ser possível através da sua análise relacionar o surgimento de dor não cirúrgica e o posicionamento.

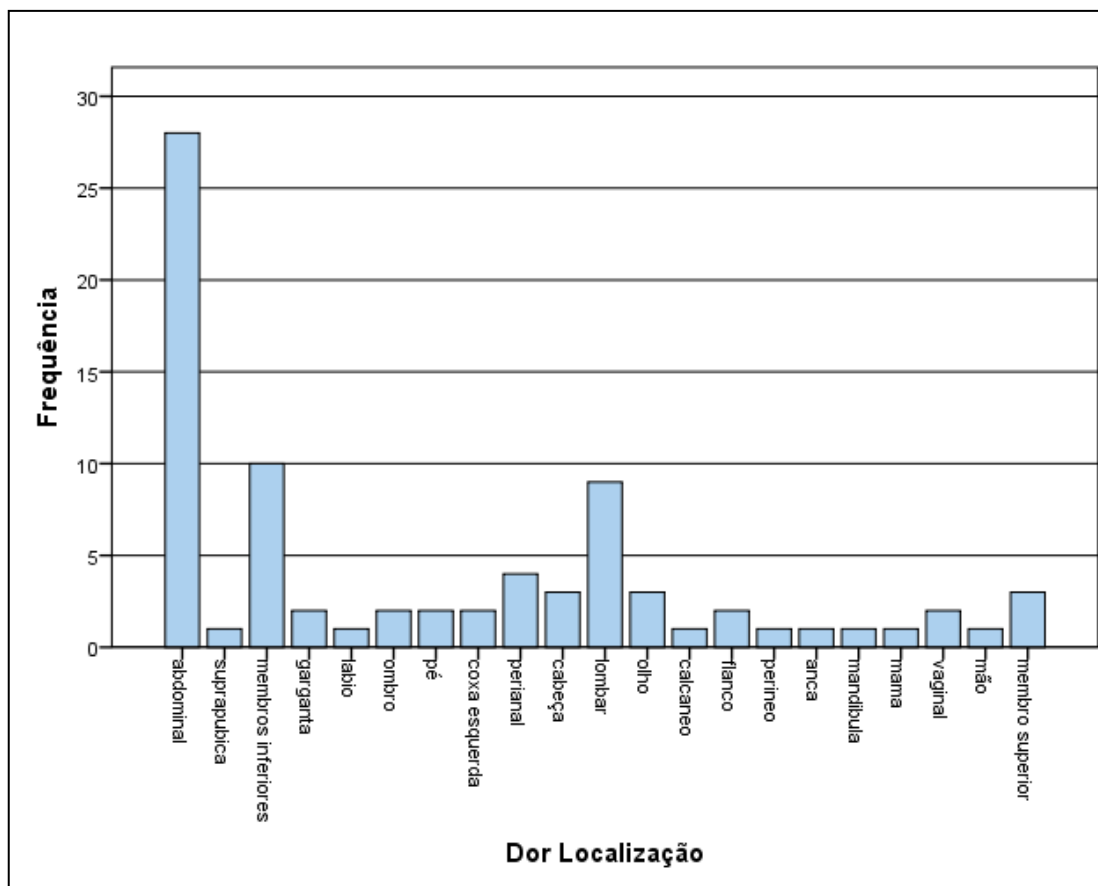


Gráfico 11 - Localização da dor

Relativamente à variável **queimadura**, apenas 0.4% (1) apresentaram esta alteração (Gráfico 12). Tendo em conta que a sua localização é na região do lábio não podemos relacionar, à partida, com os cuidados de enfermagem perioperatórios.

A queimadura devido ao uso de eletrocirurgia está amplamente divulgada na literatura, sendo os cuidados de enfermagem associados ao risco de queimadura bastante discutidos, no entanto, não foram identificados estudos que se focalizassem na incidência da ocorrência de queimadura de modo a compará-los com os resultados obtidos.

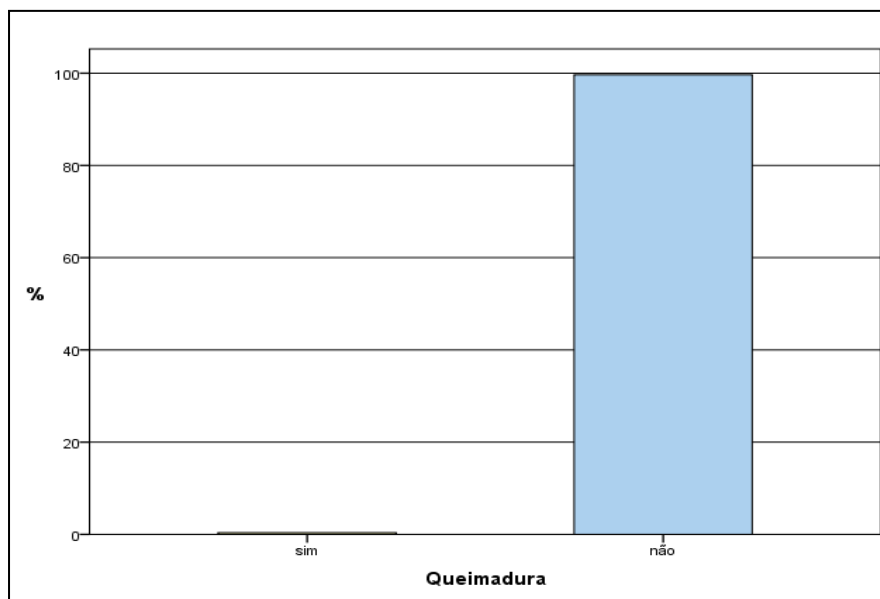


Gráfico 12 - Presença de queimadura

A variável **úlceras por pressão** apresenta uma frequência absoluta de 4, das quais 2 são prévias à cirurgia, 1 tem localização na região do lábio e 1 não é especificada (Gráfico 13).

A úlcera por pressão é uma alteração que poderá ser sensível ao posicionamento cirúrgico, no entanto, não existem dados no presente estudo que possibilitem a avaliação dessa relação, não obstante, no estudo de Menezes *et al* (2013) foi possível verificar a ocorrência, em 0,6% dos utentes, de eritema não branqueável, ou seja, úlcera por pressão de categoria I (EPUAP-NPUAP,2009). Outro dado importante de referir relativamente ao desenvolvimento de úlcera por pressão no intraoperatório, é que, segundo Sewchuk, Padula & Osborne (2006), estas tendem a ter uma apresentação inicial semelhante, sendo muitas vezes confundidas com queimadura e por outro lado, tendem a ser visíveis mais tarde do que o habitual em úlceras por pressão não-cirúrgicas. Estes são dados que podem explicar não só para a ausência de respostas afirmativas quanto à existência de úlcera por pressão mas também a dificuldade no seu diagnóstico.



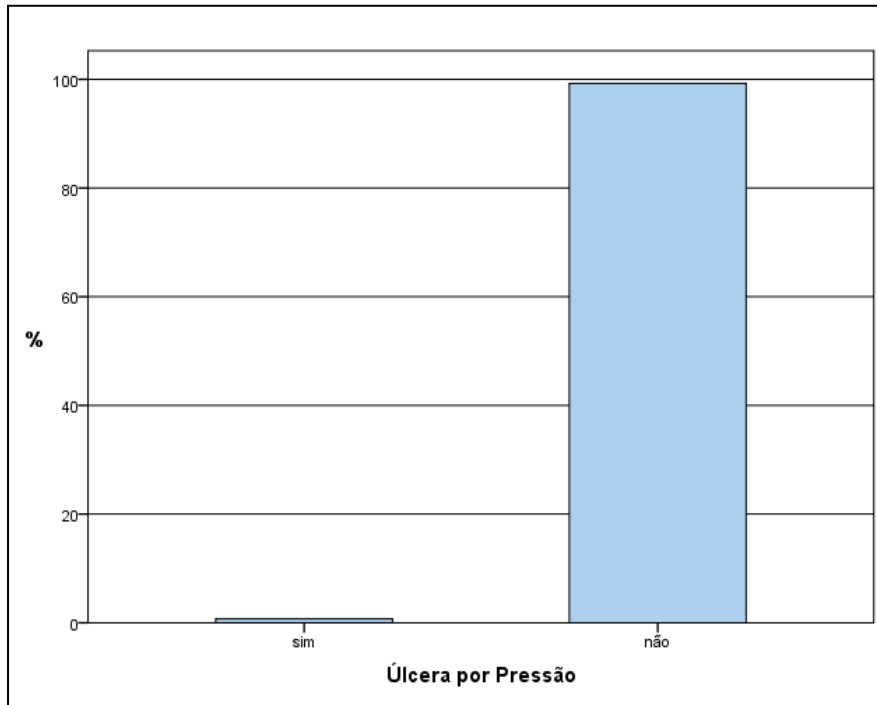


Gráfico 13 - Presença de úlcera por pressão

Relativamente à variável **úlcera de córnea**, esta apresenta uma frequência absoluta de 2 (0.4%) (Gráfico 14). Mesmo considerando ser uma percentagem bastante baixa, é uma complicação que está diretamente relacionada com os cuidados prestados, seja na fase de posicionamento e preparação do utente para o início da cirurgia, seja durante o procedimento cirúrgico com respetiva monitorização. Para Rothrock (2008), as lesões a nível ocular podem variar desde abrasões da córnea até cegueira, de modo que restringir a avaliação deste tipo de lesões apenas a úlcera de córnea poderá ser redutor ou insuficiente para a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados.

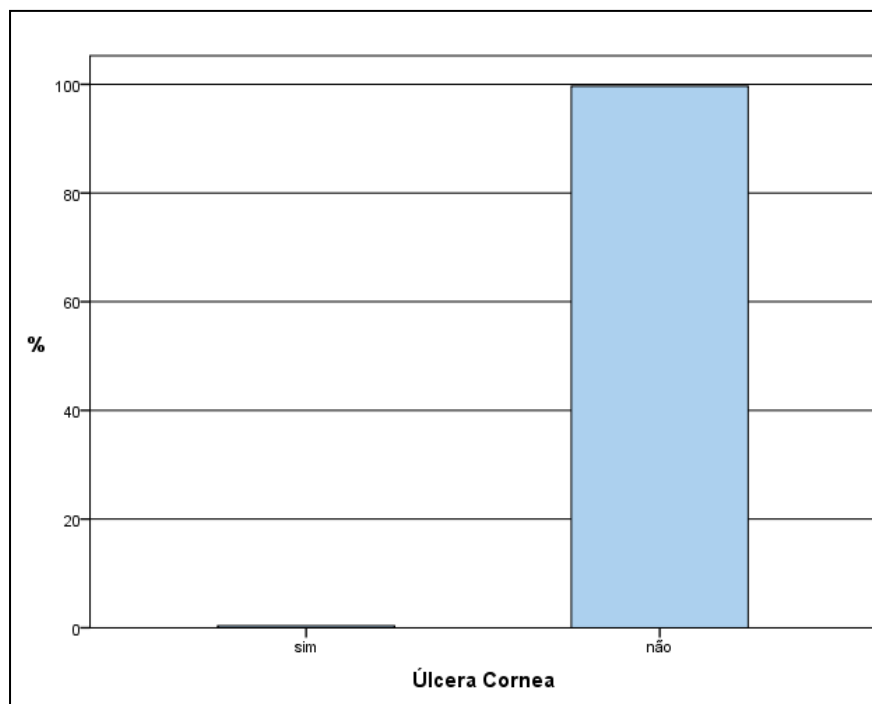


Gráfico 14 - Presença de úlcera de córnea

A análise dos resultados da variável **parésia**, mostra que 4 dos utentes apresentavam este sintoma após a cirurgia. A paresia ou neuropatia, que compreende a alteração da função sensitiva, motora ou ambas, é uma complicação que pode estar associada à qualidade dos cuidados, uma vez que pode decorrer de posicionamento cirúrgico incorreto (Rothrock, 2008)

No entanto ao analisar os dados, pode verificar-se que a paresia ocorreu a nível dos membros (Gráfico 16),: 2 no membro inferior e 1 no membro superior e uma das respostas positivas diz respeito a paresia por AVC prévio à cirurgia, logo não é considerada nesta análise.

Verifica-se que todas as ocorrências de paresia estão presentes após cirurgia da coluna (Gráfico 17), o que pode sugerir que não estejam diretamente relacionados com os cuidados de enfermagem prestados mas sim com a própria técnica cirúrgica.

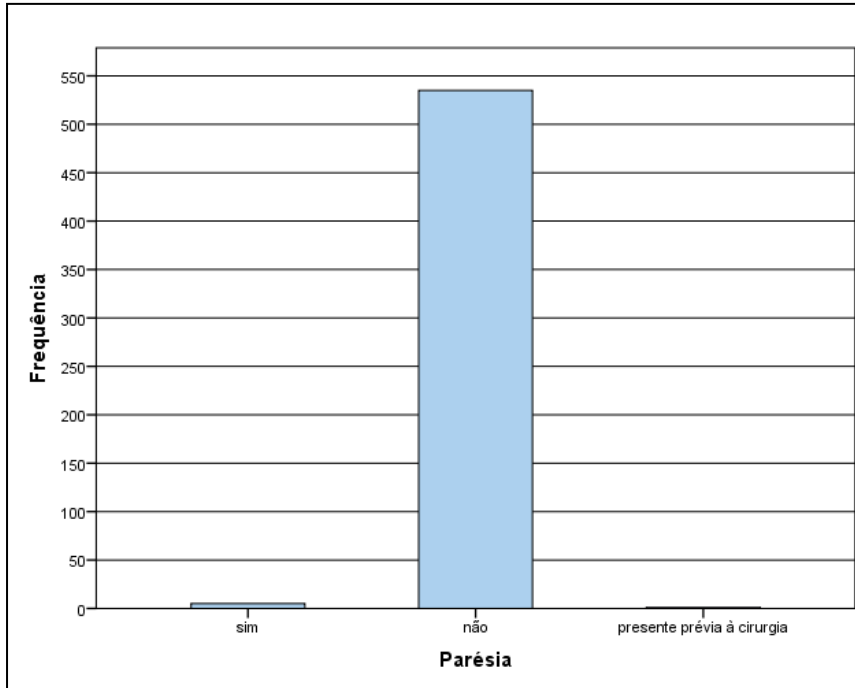


Gráfico 15 - Presença de parésia

Ainda assim são de salientar os resultados obtidos no estudo de Menezes *et al* (2013) no qual foram identificados 4.7% de utentes com neuropatia periférica após cirurgia, pelo que por comparação podemos dizer que os 0,9% obtidos no presente estudo constitui uma percentagem baixa.

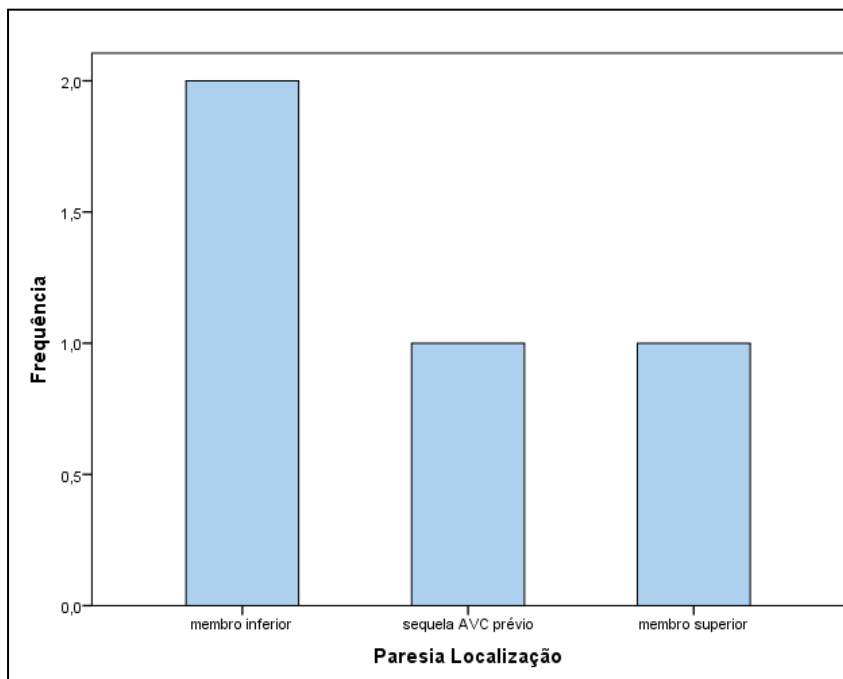


Gráfico 16 - Localização da parésia

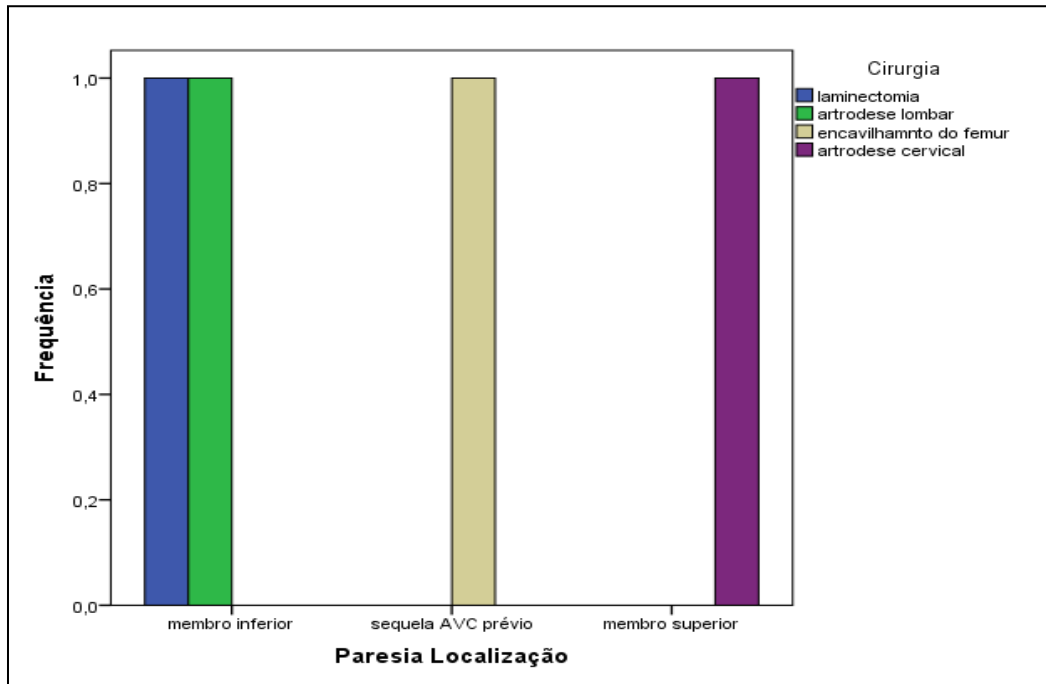


Gráfico 17 - Localização da paresia e tipo de cirurgia

Relativamente à variável **mobilidade limitada**, verifica-se que 86,3% dos utentes referem não estar presente (Gráfico 18).

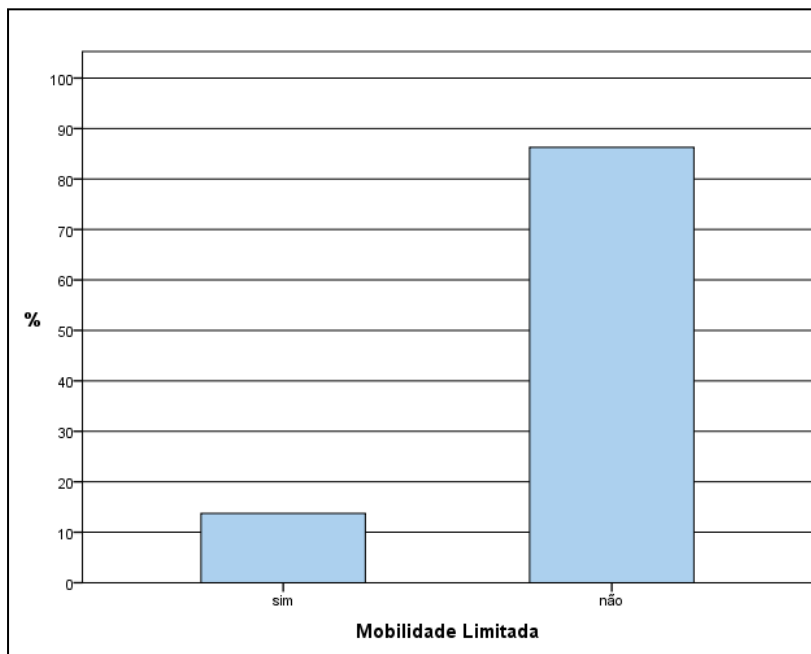


Gráfico 18 - Presença de mobilidade limitada

Aqueles em que a mobilidade está limitada (13.7%), apresentam várias justificações para esta resposta. Uma vez que o motivo da limitação da mobilidade é de resposta aberta, existiu a necessidade de reunir as respostas em categorias representativas das mesmas. Na análise dos questionários, detetaram-se 11 categorias de resposta.

As categorias que apresentam maior percentagem de respostas são “não fez primeiro levante” e “devido a cirurgia/situação clinica”, ambas com 33.3% (20) das respostas, seguidas de “dependente nas AVD's” com 10% (6) (Gráfico 19).

Estes resultados, pela sua pouca especificidade, dificilmente podem trazer algum tipo de indicador de qualidade dos cuidados perioperatórios

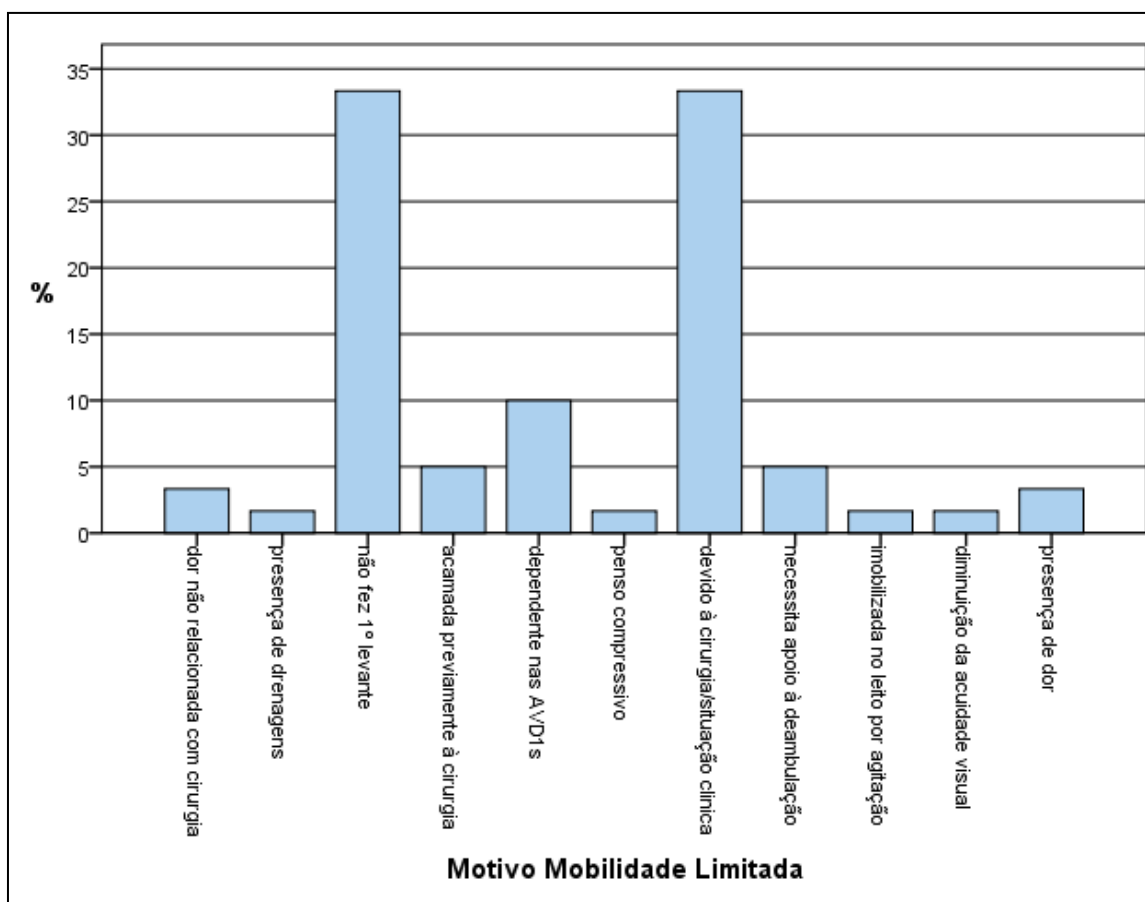
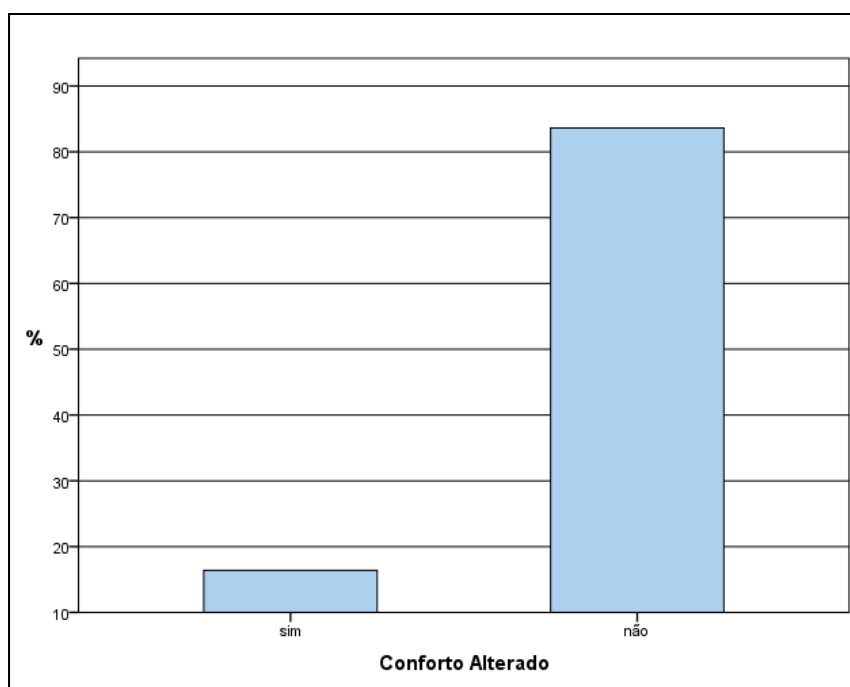


Gráfico 19 - Motivo da mobilidade limitada

A análise da variável **conforto alterado** mostra que 16.4% dos casos têm uma resposta positiva (Gráfico 20).



**Gráfico 20 - Presença de conforto alterado**

Relativamente aos motivos que levam à alteração do conforto, estes são diversos como se pode observar no Gráfico 21 e surgiram da análise das respostas à pergunta aberta do questionário que resultou na existência de doze categorias.

A presença de náusea/vômitos é apontada como a mais frequente causa de desconforto no pós-operatório imediato (28.8%), seguida por presença de drenagens (26.9%) e presença de dor (17.3%). As causas menos frequentemente referidas são presença de dor prévia à cirurgia, dor de garganta, presença de penso compressivo, presença de cateter central e mal-estar prolongado, todos com uma percentagem de 1.9% (1).

As respostas, apesar de abertas, vão de encontro ao que é definido pela CIPE e pelo Guião da Visita Pós Operatória como significado de conforto alterado, no entanto seria importante refletir sobre a pertinência desta questão para a avaliação dos cuidados perioperatórios de enfermagem uma vez que a prevenção de náuseas e vômitos decorre de prescrição médica, a presença de drenagens

decorre de uma necessidade específica relativa ao procedimento cirúrgico e a presença de dor, embora importante, constitui uma redundância uma vez existe um outro momento no questionário que já valida a sua ocorrência.

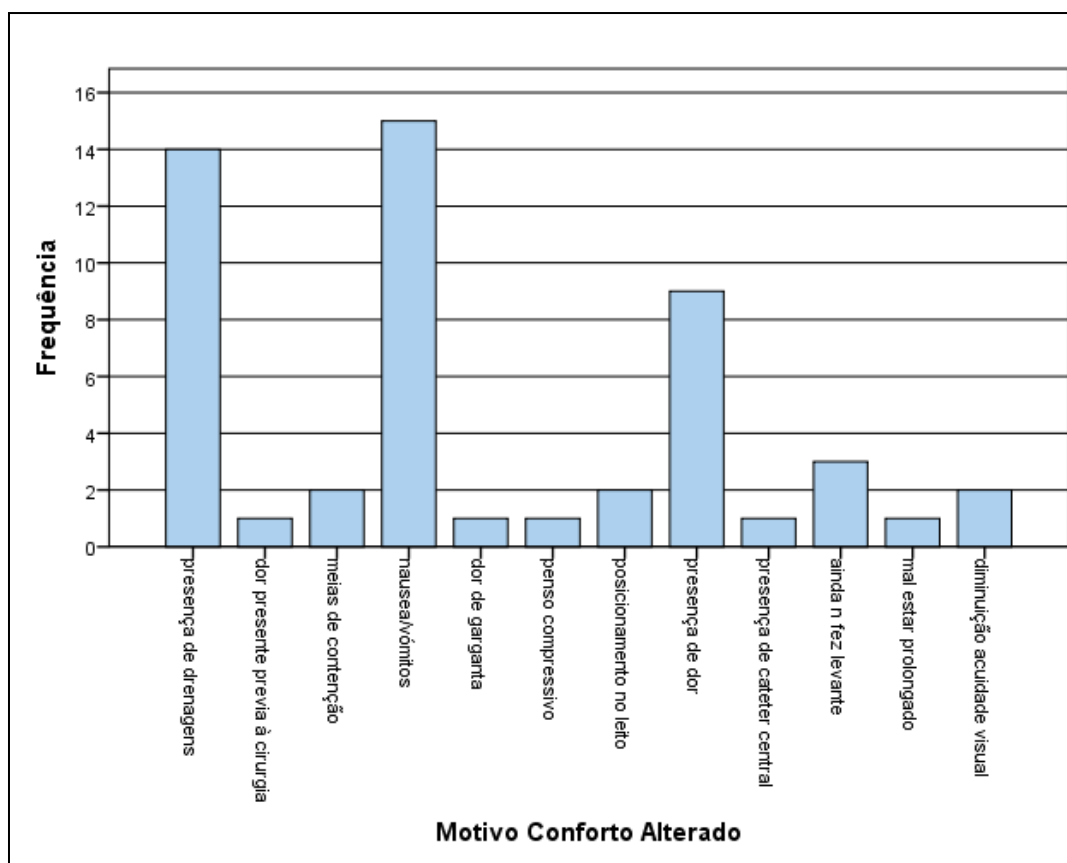


Gráfico 21 - Motivo de conforto alterado

Na variável **outro** 3.8% (21) dos casos tem resposta positiva nesta questão. A variável “outro”, foi utilizada para expressar qualquer alteração detetada que não estivesse especificamente contemplada no questionário. Assim surgiram respostas sobre vários aspetos e momentos. Existem respostas que consistem na avaliação de um problema previamente detetado (sem edema, sem alteração cutânea); respostas que evidenciam problemas detetados mas sem lugar de resposta noutra local do questionário (edema facial, rouquidão) e ainda respostas que podem servir, não só de avaliação do utente mas também de justificação da não realização da restante parte do questionário da VPósOE relativa à satisfação com os cuidados (agitado/confuso/desorientado).

Os aspectos mais referenciados são agitado/confuso/desorientado com uma frequência de 8, seguido de equimose peri orbitária com frequência de 3.

Esta variável, pela sua abundância de respostas mostra que poderá ser importante adicionar no questionário mais tópicos específicos sobre alterações cutâneas, existência de lesões/alterações detetadas no BO e respetiva avaliação posterior e ainda avaliação do estado de consciência do utente no momento da consulta.

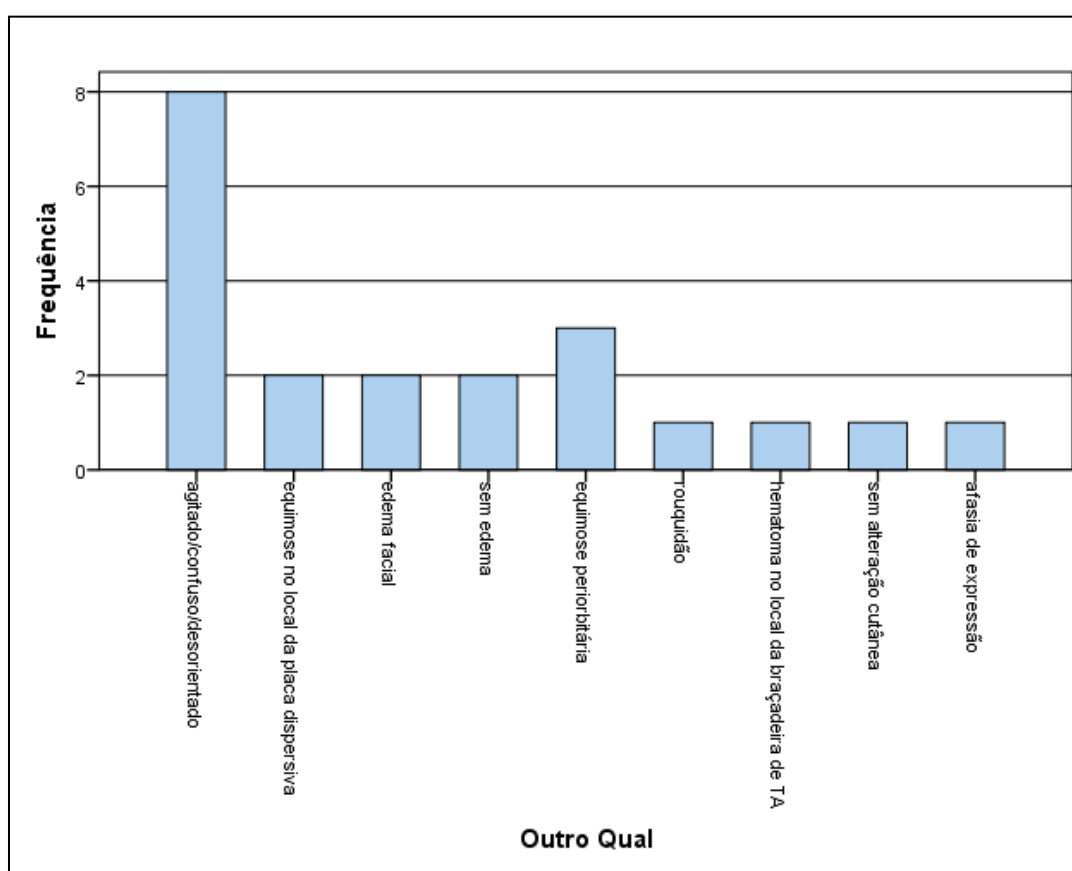


Gráfico 22 - Especificação de outras alterações



## Acolhimento

No questionário da VPósOE, o acolhimento é avaliado tendo por base uma resposta aberta, na sequência da questão “Como considera o seu acolhimento no BO?”, no entanto, por se detetar uma variabilidade reduzida de respostas e para possibilitar trabalhar estatisticamente os dados obtidos, as respostas foram inseridas em várias categorias.

Verifica-se que a maioria (54.1%) considera o acolhimento no BO “bom”, e 30.3% considera “muito bom”. 8.5% dos utentes referem que foram “amáveis/simpáticos” no acolhimento e 4.4% não se recordam do momento do acolhimento. Uma minoria faz alusão ao profissionalismo (0.8%). Apenas 0.4% (3) classifica como “nem bom nem mau” e 0.2% (1) refere que o acolhimento foi confuso (Gráfico 23)

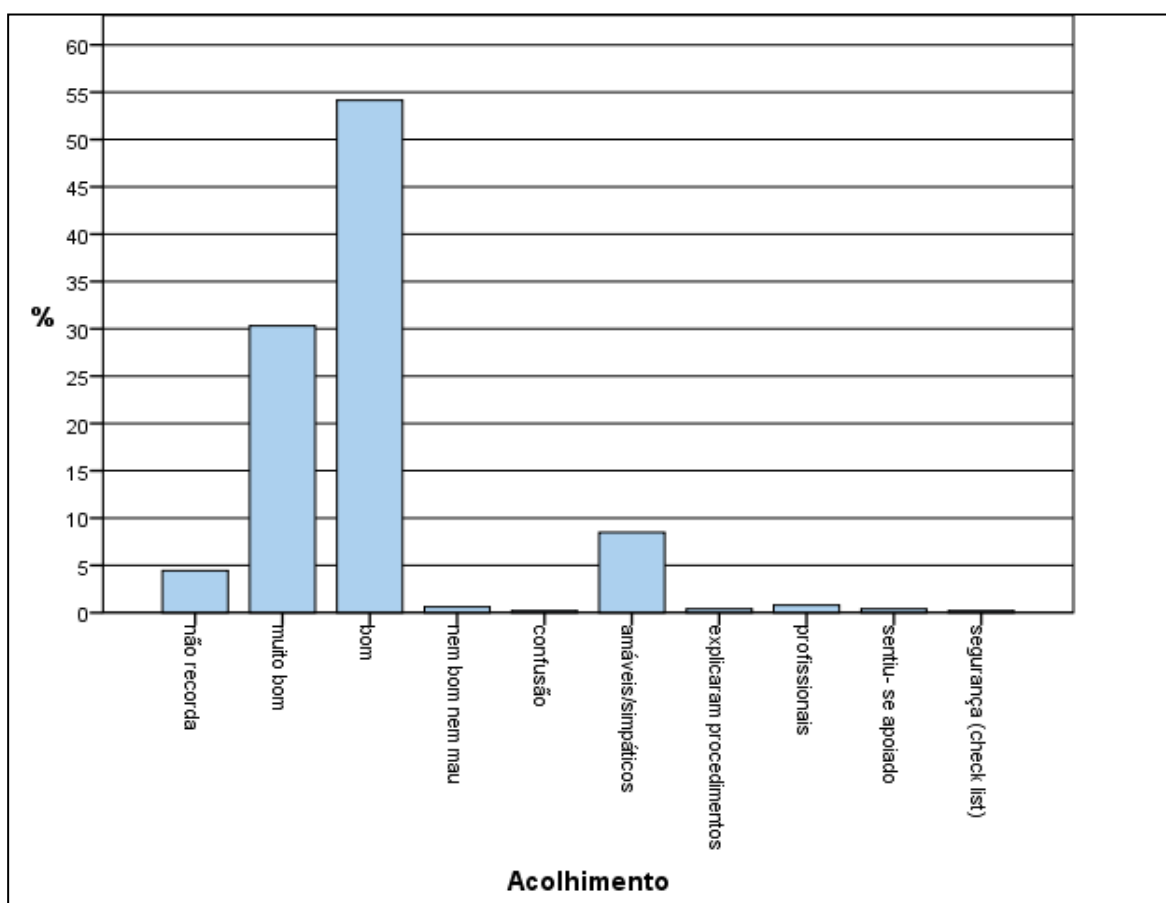
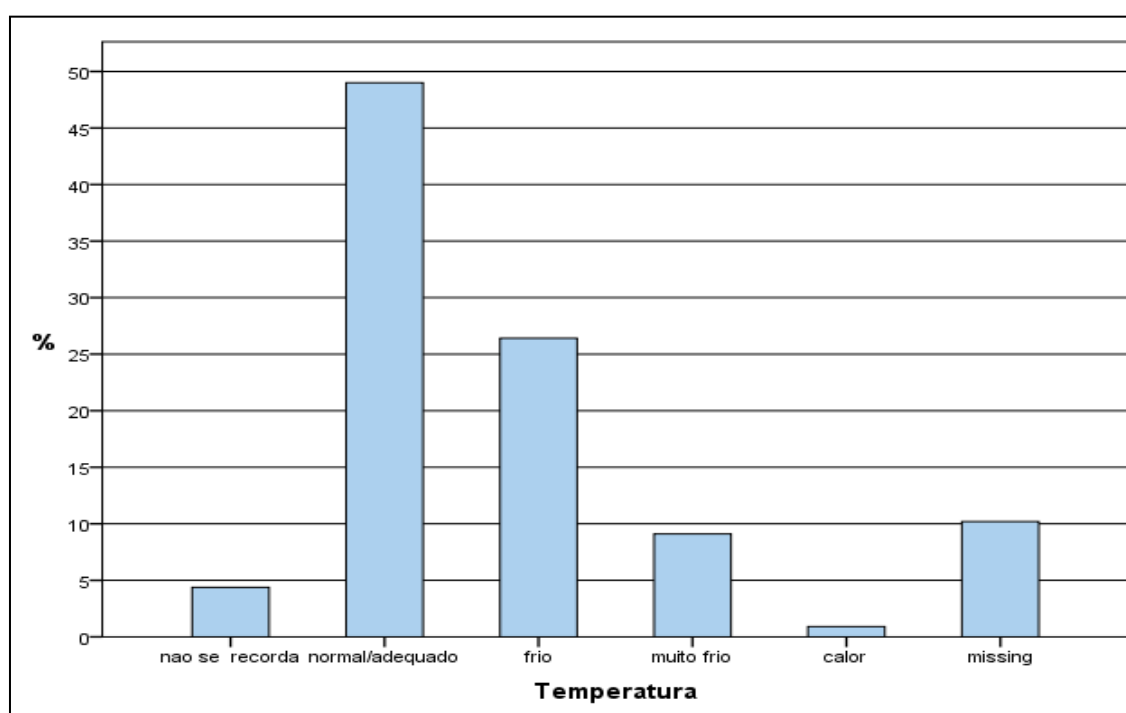


Gráfico 23 - Classificação do acolhimento no BO

## Segurança e conforto

A variável **temperatura** é, à semelhança de outras, avaliada através de uma resposta aberta, no entanto, pela variedade reduzida de respostas, foi também possível inserir em categorias que permitem avaliá-la estatisticamente.

Os resultados mostram que 49% dos utentes considera a temperatura no BO normal/adequada. No entanto, uma percentagem significativa dos utentes considera a temperatura do BO fria (26.4%) ou muito fria (9.1%). Apenas 0.9% considera ter tido calor e 4.4% não se recordam (Gráfico 24).



**Gráfico 24 - Impressão sobre a temperatura no BO**

Uma temperatura adequada é essencial à sensação de conforto e ajuda a evitar complicação do pós-operatório. Lopes (2011, p.9) considera que “ a normotermia perioperatória é importante para a segurança e satisfação do doente e resultados cirúrgicos positivos”.

Podemos considerar que 35.5% (utentes que referiram frio e muito frio) é uma percentagem bastante significativa e que necessita ser valorizada, alterando eventualmente os cuidados de enfermagem nesta área. Segundo Lynch *et al* (2010), anualmente cerca de 50-90% dos utentes cirúrgicos sofre de hipotermia

não planeada, sendo que a prevenção desta complicação cirúrgica evitável é uma das responsabilidades dos enfermeiros perioperatórios.

Relativamente ao **ruido**, 76.1% dos utentes consideram “normal/adequado” e 2.7% (15) consideram “muito ruido/incomodativo”. Dos que referem “muito ruido/incomodativo”, não é possível conhecer em que momento é que isto ocorre, se no acolhimento, na sala operatória ou na UCPA. Estes resultados são ligeiramente diferentes dos resultados do estudo de Liu e Tan (2000) em que 1/3 dos utentes considerou a fase de indução anestésica e a fase de recobro ruidosa. Estes autores concluem ainda que o desconforto sentido pelos utentes face ao ruído não apresenta qualquer relação com níveis de ruido efetivamente presentes, levando a crer que se trata de uma experiência bastante individual e de difícil preditibilidade.

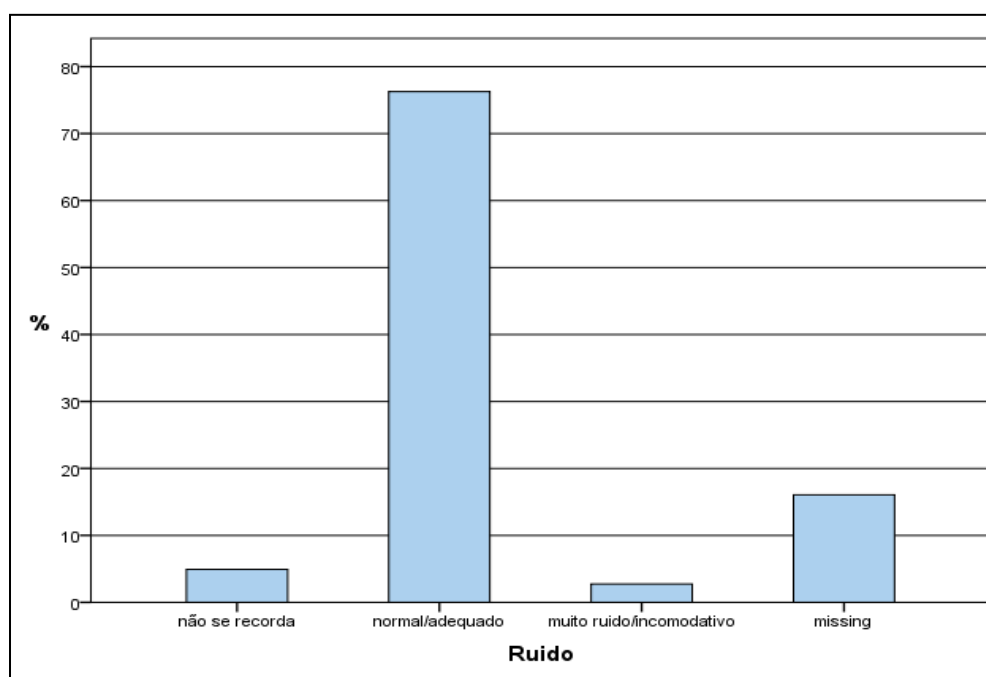


Gráfico 25 - Impressão sobre o ruido no BO

Segundo Hasfeldt, Laerkner & Birkelund (2010) o ruido no bloco operatório é um fator de stress, logo deve, sempre que possível, ser evitado ou diminuído. Nos estudos evidenciados pelos mesmos autores, as fontes de ruido identificadas foram as fontes relacionados com os equipamentos e fontes relacionados com o comportamento dos profissionais, sendo importante referir que um dos estudos

sugere que 95% do ruído no bloco operatório está relacionado com a atividade dos profissionais.

No que respeita à variável **luminosidade**, 75.8% dos utentes consideram normal/adequada e apenas 0.7% (4) considera estar presente demasiada luminosidade (Gráfico 26). Embora consideremos uma percentagem baixa, não foram encontrados estudos referentes à luminosidade no bloco operatório que corroborem ou refutem estes resultados.

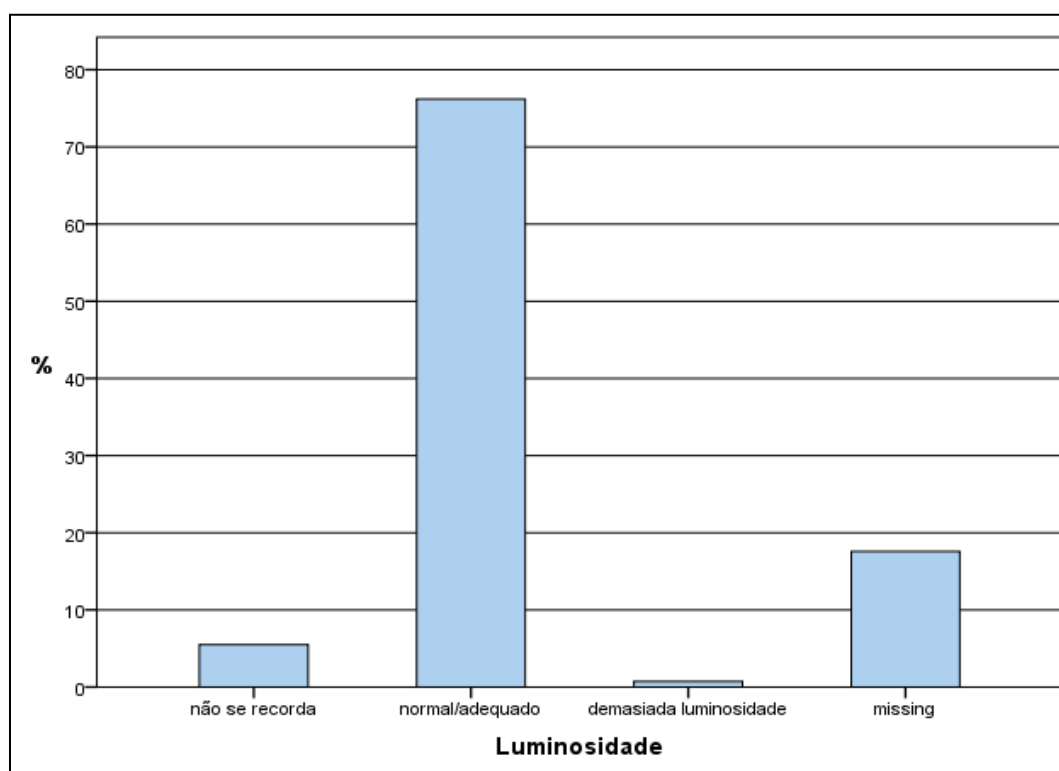


Gráfico 26 - Impressão sobre a luminosidade no BO

Relativamente aos **cuidados prestados**, esta é novamente uma questão de resposta aberta. Verificou-se mais uma vez, que apesar deste fato a diversidade de respostas é limitada, pelo que foram inseridas em oito categorias.

A grande maioria dos utentes (85.6%) referiu como cuidados prestados o “aquecer”. Seis utentes (2.6%) fizeram referência a “analgesia”, três à “comunicação/presença” e “posicionamento no leito” como demonstra a Tabela 2.

Cuidado Prestado	Frequência absoluta	Percentagem (%)
Não recorda	18	7.8
Aquecer	197	85.6
Analgesia	6	2.6
Comunicação/presença	3	1.3
Posicionamento no leito	3	1.3
Trocar roupa de cama	1	0.4
Arrefecer	1	0.4
Diminuir luminosidade	1	0.4

Tabela 2 - Cuidados prestados

Quanto à **eficácia dos cuidados prestados**, 97.6% dos utentes que referiram desconforto, consideraram eficazes as medidas para reduzir o mesmo. Somente 1.2% dos utentes indica que os cuidados prestados não foram eficazes como é visível no Gráfico 27.

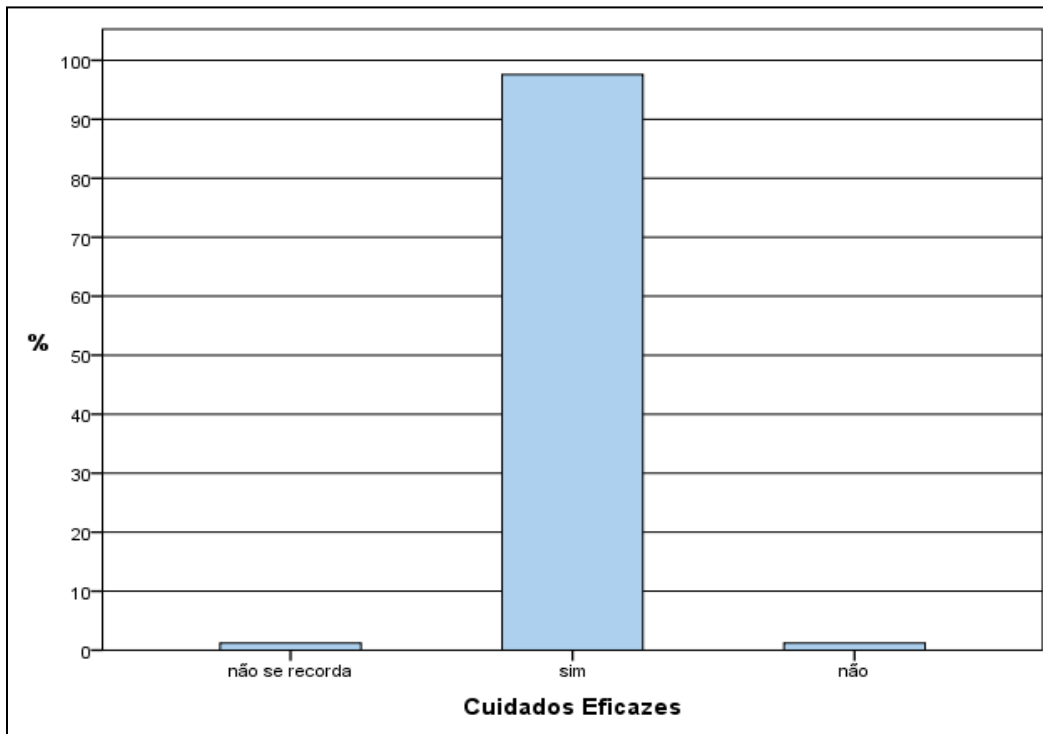


Gráfico 27 - Eficácia dos cuidados

## Opinião

Relativamente à **satisfação acerca dos cuidados prestados no BO** a maioria dos utentes (55.6%) está muito satisfeito e 43.3% dos utentes referem estar satisfeitos. Apenas três utentes (0.6%), referem estar pouco satisfeitos (Gráfico 28).

Embora existam alguns estudos que avaliam a satisfação dos utentes com os cuidados perioperatórios, estes são maioritariamente qualitativos, pelo que as suas conclusões não são comparáveis ao atual estudo. No entanto, o estudo de Clemente, Jorge e Silvério (2011) mostra que a maioria dos utentes classifica de “muito boa” a assistência global de enfermagem no bloco operatório.

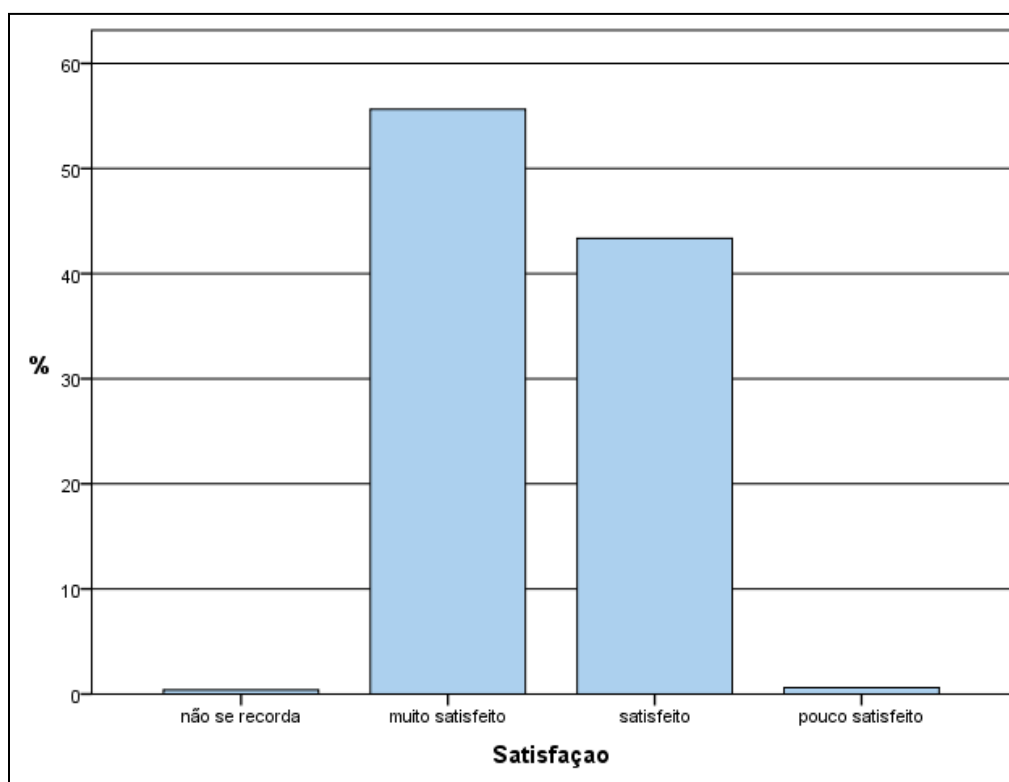


Gráfico 28 - Satisfação acerca dos cuidados prestados no BO

### Visita Pré-operatória

O número de utentes que teve visita pré-operatória foi bastante reduzido quando comparado com a população estudada. Além disso, alguns dos dados obtidos são pouco congruentes entre si como se demonstra de seguida.

A questão “A pessoa que fez a VPO esteve consigo no BO?” teve 94 respostas negativas e 5 respostas afirmativas. A questão “A VPO trouxe-lhe vantagens?” teve 94 respostas negativas e 5 respostas afirmativas (Tabela 3).

Questão	Frequência absoluta		Percentagem (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
A pessoa que fez a VPO esteve consigo no BO?	5	94	5.1	94.9
A VPO trouxe-lhe vantagens?	5	94	5.1	94.9

**Tabela 3 - Visita Pré-operatória**

Relativamente à questão “Como considera as informações fornecidas na VPO?” dois utentes classificaram como “muito importante” e três classificaram como “importante” (Gráfico 29).

Na questão “Que importância atribui à VPO?”, as respostas foram semelhantes, dois utentes classificaram como “muito importante” e três classificaram como “importante” (Gráfico 30).

Analisando o primeiro e o segundo grupo de respostas, verifica-se que apenas os utentes que deram resposta positiva no primeiro grupo, classificaram a VPO (segundo grupo).

Estes resultados levam-nos a acreditar num enviesamento dos dados no primeiro grupo de questões que poderá ser explicado pelo facto de, não existindo a possibilidade de responder “sem VPO” alguns enfermeiros tenham optado por responder “não” nesta questão. Por outro lado, estas respostas podem ter surgido

devido à própria sequência do questionário com uma separação pouco evidente entre os focos de atenção na pessoa e a avaliação da VPO. De qualquer modo, sugere-se a alteração gráfica nesta parte do questionário.

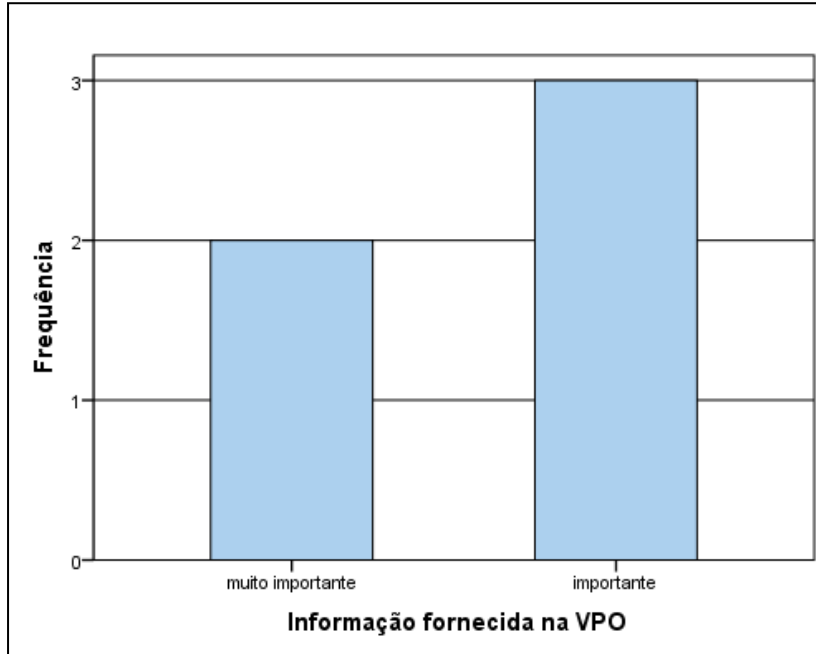


Gráfico 29 - Como considera as informações fornecidas na VPO?

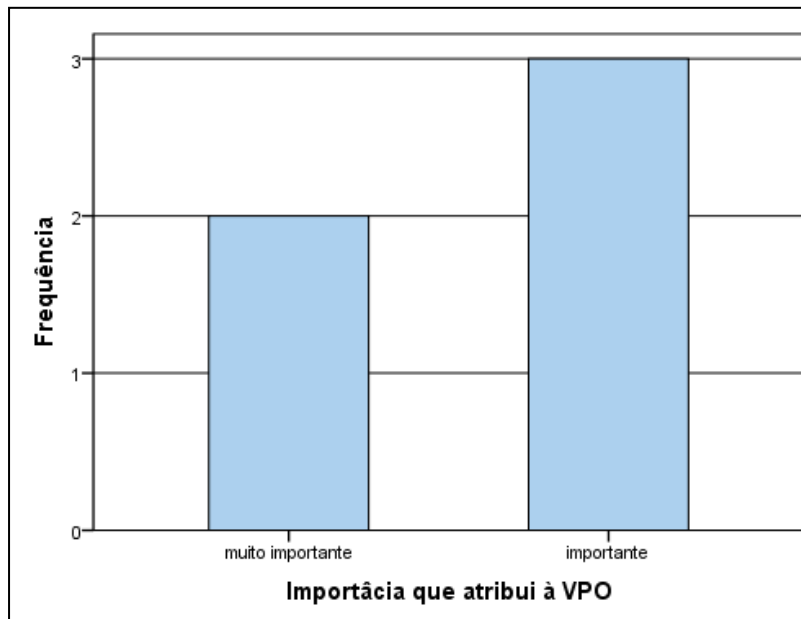


Gráfico 30 - Que importância atribui à VPO?



## Observações e sugestões

A última parte do instrumento colheita de dados é constituída por duas questões abertas: “O que sugere para a melhorar os cuidados de enfermagem?” e “Deseja fazer alguma observação?”.

Tratando-se de questões abertas, para a sua avaliação foi realizada uma análise qualitativa, através de análise conteúdo. Detetando-se que muitas vezes o conteúdo das respostas era sobreponível às duas questões, optou-se por analisar as respostas às duas questões em conjunto.

Ao analisar as respostas foi possível identificar três categorias: “ambiente físico”, “ambiente humano” e “organização do serviço”. Cada uma destas categorias é constituída por subcategorias e respetivos indicadores como ilustra a Tabela 4.

Das categorias identificadas, o “**ambiente humano**” foi a mais referida pelos utentes.

Vários utentes valorizaram as “**competências técnico-cognitivas**” enfatizando a “**qualidade na ação**” com expressões como “fui muito bem atendido pela enfermagem” e “foi tudo como devia ser”.

O “**envolvimento dos familiares**” foi outro indicador bastante referenciado pelos utentes ilustrado por expressões como “agradeço a presença do meu marido no recobro”, embora maioritariamente este indicador tenha tido uma expressão positiva, existiram também utentes a fazer referência pela negativa “queria muito ter visto a minha filha enquanto estive no recobro”. Este indicador é bastante importante uma vez que segundo a OE (2001) “o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados” constitui um elemento significativo na qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Este facto é reforçado por vários estudos relativos aos benefícios da presença dos familiares na UCPA, apesar da ainda presente resistência das instituições e profissionais como demonstra Sullivan (2001) e Bonifacio & Boschma (2008).

As “competências técnico-cognitivas” dos profissionais caracterizaram-se ainda pela “**informação na ação**” com exemplos como “fui esclarecida em todas

as dúvidas que coloquei” e pela negativa relativamente à “**privacidade**”, “senti-me constrangida por estar ao lado de um homem no recobro”. A informação prestada aos utentes tem vindo a ser um indicador cada vez mais importante para os mesmos como demonstram os estudos de Leinonen (2001) e Ribeiro (2005).

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de enumeração
Ambiente Físico	Condições estruturais do serviço	Recursos materiais	4
		Recursos humanos	1
	Condições Ambientais	Ruido	2
		Luminosidade	1
		Temperatura	2
Ambiente Humano	Competências Relacionais	Preocupação e interesse	3
		Disponibilidade e amabilidade	5
	Competências Técnico-cognitivas	Qualidade na ação (+)	5
		Qualidade na ação (-)	3
		Privacidade	1
		Informação na ação	2
		Envolvimento dos familiares (+)	4
Envolvimento dos familiares (-)	2		
Organização do Serviço	Tempo de espera	Tempo de espera	6
	Organização em geral	Circuito dentro do BO	1

Tabela 4 - Observações e sugestões: análise de conteúdo

As “**competências relacionais**” dos enfermeiros foram aludidas nas dimensões “**preocupação e interesse**”, ilustrada por citações como “sempre atentos aos doentes”, “é importante saber que não se esqueceram de mim” e “**disponibilidade e amabilidade**” evidenciada pela menção ao fato de que “tive sempre um enfermeiro perto de mim” e “estivemos sempre a falar”. Características semelhantes dos enfermeiros foram evidenciadas no estudo de Leinonen (2001) em que grande parte dos utentes classifica os enfermeiros como amigáveis e atenciosos.

Relativamente ao “**ambiente físico**”, os utentes aludiram a aspetos negativos relacionados com as “**condições estruturais do serviço**” como “faltam almofadas no bloco operatório” e “as camas deviam ser mais confortáveis”. As

“**condições ambientais**” foram também criticadas negativamente “muito ruído da ventilação” e foram apresentadas sugestões como “a luz do recobro devia ser menos intensa”, “...salas operatórias mais quentes” e “mais enfermeiros para cuidados mais personalizados”. Alguns destes indicadores são consistentes com as respostas dadas em outros momentos do questionário sobretudo no se refere ao ruído, temperatura e luminosidade.

Finalmente em relação à “**organização do serviço**” os utentes apontaram o “**tempo de espera**” sugerindo “menos tempo de espera entre a alta e o transporte para o serviço” e referindo como “menos bom o tempo de espera na sala de apoio”. Na “**organização em geral**” fizeram referência ao “circuito no bloco operatório” “passei muitas vezes de cama”.

## 2.4. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Após a análise e discussão dos dados fornecidos pelo estudo, chegou-se a dois principais grupos de conclusões. O primeiro diz respeito aos resultados efetivamente obtidos e o segundo às dificuldades na obtenção dos dados devido ao próprio instrumento de colheita de dados e ao seu preenchimento por parte dos enfermeiros.

Concluiu-se que uma percentagem elevada dos utentes refere dor no período entre a alta da UCPA e o momento da VPósOE. Importa no entanto conhecer melhor quais as características da dor e sua localização para poder compreender se estes resultados estão associados aos cuidados de enfermagem perioperatórios ou a prescrição analgésica insuficiente, de modo a melhorar os resultados, o conforto e grau de satisfação do utente. Uma das medidas que poderia colmatar estas dificuldades seria associar, no futuro, a VPósOE na unidade de dor aguda.

Concluiu-se que as ocorrências identificadas de queimadura, parestesia e úlcera por pressão não parecem estar diretamente associados aos cuidados prestados mas antes com a patologia e técnica cirúrgica, ao contrário do que sucedeu relativamente à ocorrência de úlcera de córnea.

Os resultados nos tópicos referentes à apreciação pelos utentes dos cuidados prestados foram bastante expressivos. Concluiu-se que os utentes consideram o acolhimento no bloco operatório “bom” e “muito bom”. E encontram-se muito satisfeitos e satisfeitos com os cuidados prestados pelos enfermeiros no bloco.

Uma percentagem significativa dos utentes referiu ter sentido frio no seu percurso no bloco operatório, o que foi reforçado pelo facto dos utentes aludirem em grande número aos cuidados realizados no sentido de minorar este desconforto. Percebe-se que a sensação de frio é um aspeto importante para os utentes e existe da parte dos enfermeiros um esforço em reduzir este desconforto, no entanto as medidas atualmente efetuadas parecem mostrar-se insuficientes o que sugere a necessidade de maior reflexão e procura de melhoria dos cuidados prestados nesta área.

Apesar do reduzido número de VPO's realizadas, os utentes consideraram a informação fornecida na mesma, importante a assim como a sua realização.

As sugestões e observações dos utentes mostraram uma avaliação positiva das competências relacionais dos enfermeiros evidenciadas na sua amabilidade e disponibilidade assim como preocupação e interesse. A relevância dada às competências técnico-cognitivas dos enfermeiros acaba por reforçar a satisfação dos utentes com os cuidados prestados.

Outro aspeto que mostrou ser de relevância para os utentes foi a presença dos familiares na UCPA, face a estes resultados e à bibliografia existente concluiu-se que este é outro aspeto que deverá ser analisado pela equipa de enfermagem, de modo a procurar formas de ultrapassar as dificuldades sentidas e dar uma resposta mais adequada aos utentes e família.

Os principais aspetos negativos evidenciados pelos utentes prenderam-se o tempo de espera entre a chegada ao bloco e a cirurgia e a alta da UCPA e o transporte para o serviço de internamento, assim como com a falta de recursos materiais essenciais ao conforto como a existência de almofadas e camas confortáveis.

O segundo grupo de conclusões está relacionado com aspetos relacionados com o próprio instrumento de colheita de dados.

A questão relativa ao posicionamento cirúrgico, devido à sua importância na avaliação dos cuidados perioperatórios e para despiste de complicações inerentes ao próprio posicionamento poderia beneficiar de maior destaque na folha de colheita de dados.

Na questão relacionada com a dor não existe distinção entre a presença de dor no local cirúrgico e dor com localização distinta da incisão cirúrgica. Esta distinção seria importante na medida em que permitiria conhecer se existe dor associada por exemplo ao posicionamento cirúrgico ou pontos de pressão. Os dados relativos à caracterização (intensidade e localização) da dor poderiam também constar numa questão de escolha múltipla de modo a garantir sempre uma caracterização completa da dor e uma mais fácil análise da mesma.

As variáveis relativas ao conforto alterado e mobilidade limitada podem carecer de alguma reflexão em equipa sobre a sua manutenção ou não no questionário uma vez que não demonstraram trazer dados significativos para a avaliação dos cuidados perioperatórios.

Além dos focos de atenção contemplados atualmente na folha de registo da visita pós-operatória, poderia ser importante acrescentar outros focos relativos a alterações cutâneas específicas além de queimadura e úlcera de pressão, uma vez que em vários pontos do questionário existe alusão ou necessidade de referir situações distintas das já contempladas como edema, equimose ou flitena. Outro foco referido frequentemente foi a alteração do estado de consciência e orientação do utente, embora possa não estar diretamente relacionado com os cuidados prestados, permite conhecer as limitações do utente em responder ao questionário de satisfação e opinião.

Relativamente à parte do questionário referente à avaliação da VPO parece importante, por um lado, evidenciar visualmente este grupo do anterior e por outro lado contemplar a possibilidade de responder “não teve VPO”, que atualmente não existe.

Relativamente à avaliação do acolhimento, pelo facto de existir pouca variabilidade nas respostas, poderá considerar-se a sua avaliação através de uma escala tipo Likert contemplando a grau de satisfação dos utentes com o mesmo tendo em conta vertentes como a satisfação global, amabilidade e condições ambientais.

A perceção dos utentes face à temperatura, ruído e luminosidade poderia ser avaliada igualmente através de uma escala tipo Likert.

Podemos então concluir que a VPósOE é um instrumento de suma importância que permite avaliar os cuidados perioperatórios e conhecer possíveis complicações associadas aos mesmos, contribuindo para a sua melhoria. A sua realização de forma contínua e com instrumento de colheita de dados adequado poderá permitir desenvolver indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem perioperatória.

Existem ainda oportunidades para desenvolver a VPósOE, otimizando a sua realização. Sugere-se que em trabalhos futuros sobre o tema possa ser realizada uma revisão da folha de colheita de dados, assim como a sua informatização de modo a facilitar o tratamento dos dados e conhecer em tempo real os resultados obtidos. A formação à equipa sobre cada questão constante no instrumento de colheita de dados e a sua preponderância para a avaliação dos cuidados deve ser fomentada, de modo tornar possível a obtenção de dados o mais representativos possível da realidade.

Um outro potencial da VPósOE é o de vir a ser uma mais-valia na colaboração com a unidade de dor aguda, nomeadamente na avaliação da dor pós-cirúrgica.

## CONCLUSÃO

O percurso realizado durante o Mestrado em Enfermagem Perioperatória constituiu um momento de aprendizagem de importância fundamental, que levou ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação no âmbito da enfermagem perioperatória, contribuindo para o conhecimento científico na área da enfermagem perioperatória e para o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho.

Relativamente ao estágio, consideramos que os objetivos propostos para o desenvolvimento do mesmo foram atingidos.

Durante o estágio aprofundamos conhecimentos sobre as principais técnicas de enfermagem perioperatória, tanto em áreas menos familiares como foi o caso da especialidade de cirurgia vascular, como em áreas onde já existia algum conhecimento e experiência. Neste último caso muito do aprofundamento de conhecimentos foi realizado tendo por base os novos conhecimentos e *know-how* sobre prática baseada na evidência e utilização de bases de dados científicas. Foi possível, ao longo desta formação, fazer transferência de conhecimentos enformados, pela evidência científica, e de saberes-fazer para a prática. Esta nova capacidade adquirida emerge como uma das grandes mais-valias do MEPO pois constitui uma das principais ferramentas que permitirão manter o desenvolvimento e aprendizagem contínuos ao longo da vida profissional, possibilitando o progresso da formação individual ao longo da mesma.

Outro aspeto que contribuiu grandemente para o desenvolvimento de competências ao longo do estágio, foi a realização do projeto de estágio. O tema da visita pós-operatória de enfermagem, envolve em si várias dimensões do cuidado em enfermagem e uma multiplicidade de aspetos relacionados com a prestação direta de cuidados. Desenvolver o projeto de estágio sobre este tema foi uma oportunidade de refletir mais profundamente sobre em que consiste e

quais os benefícios da VPósOE assim como de aprofundar conhecimentos sobre todos os cuidados perioperatórios a que esta se refere. Outro aspeto que se mostrou extremamente gratificante foi ficar a conhecer a opinião dos utentes face aos cuidados prestados e reconhecer a importância das suas sugestões como aspetos sobre os quais se pode investir na prática de forma a melhorar a qualidade dos cuidados.

Apesar de constituir como já foi referido uma oportunidade, o tema desenvolvido apresentou também alguns desafios. Devido à grande quantidade de informação colhida, alguns dos objetivos iniciais do trabalho foram abandonados, nomeadamente a atualização da uma folha de registo da VPósOE de modo a tornar possível a obtenção de alguns dados que atualmente não se conseguem retirar da folha existente. No entanto é um projeto que se pretende desenvolver num futuro próximo.



## BIBLIOGRAFIA

AESOP (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidáctica.

Bonifácio, N. & Boschma, G. (2008). Family Visitation in the PACU, 1984-2006. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Vol. 23, n.º2, pp 94-101. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2008.01.003>.

Bueno, M., Noronha, R. & Araujo, I., (2002). Visita Pós-operatória de Enfermagem: Aplicação de Instrumento e Apreciação dos Enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 15, n.º 4, pp. 45-53.

Cabrita, M. (2013). Funções do Enfermeiro Perioperatório: *Apontamentos. Unidade Curricular: Enfermagem perioperatória I*. Mestrado em Enfermagem Perioperatória, IPS.

Chambel, T. *et al* (2012). Visita Pós Operatória: Implementação no Bloco Operatório. *AESOP Revista*. Vol. XIII, n.º 37, pp 9-11.

Clemente, D., Jorge, F. & Silvério, M. (2011) A influência da gestão de recursos humanos e organização do trabalho dos enfermeiros na prática dos cuidados que prestam aos utentes no período perioperatório e o grau de satisfação destes com esses cuidados. Repositório da Universidade de Évora. Recuperado do <http://hdl.handle.net/10174/3970>

Cotta, R. *et al*. (2006) A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Scientia Medica*, Porto Alegrev. 15, n. 4, Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/-article/viewFile/1572/1175>.

Couceiro, T., *et al*. (2009). Prevalência e Influência do Sexo, Idade e Tipo de Operação na Dor Pós-Operatória. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Vol. 59, n.º 3, pp. 314-320. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942009000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942009000300006&script=sci_arttext).

Despacho n.º 13793/2009 de 16 de Junho, (2009). Ministério da Saúde. Diário da República n.º 114, 2.ª série.

Direcção Geral de Saúde (s.d.) Plano Nacional de Saúde 2012/2016 – 3.3 Eixo estratégico – Qualidade em saúde. Recuperado de [http://pns.dgs.pt/files/-2012/02/0024\\_-\\_Qualidade\\_em\\_Saúde\\_2013-01-17\\_.pdf](http://pns.dgs.pt/files/-2012/02/0024_-_Qualidade_em_Saúde_2013-01-17_.pdf)

EPUAP-NPUAP (2009). Prevenção das úlceras de pressão: Guia de consulta rápida. Recuperado de 2013, de [http://gaif.net/sites/default/files/-Guideline\\_Prevencao\\_da\\_UPressao\\_PT.pdf](http://gaif.net/sites/default/files/-Guideline_Prevencao_da_UPressao_PT.pdf).

Garretson, S. (2004). Benefits of pre-operative information programmes. *Nursing Standard*, vol. 18, n.º 47. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=16e7b19a-4047-40e7-9236-051a6e8fb452%40sessionmgr198&vid=2&hid=126>.

Geraldo, S. (2010). Ocorrência de úlcera por pressão em indivíduos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Saúde Coletiva*, vol. 7, n.º. 42, pp. 183-188 Editorial Bolina. São Paulo, Brasil. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/842/84215103006.pdf>

Hasfeldt, D., Laerkner, E. & Birkelund, R. (2010). Noise in the Operating Room - What Do We Know?, A Review of the Literature. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Vol. 25, N.º 6, pp. 380-386. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2010.10.001>.

Hooper, V. et. al. (2010). ASPAN's evidence-based clinical practice guideline for the promotion perioperative normothermia: Second edition. *Journal PeriAnesthNursing*. Vol. 25, n.º 6, pp. 271-287. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2010.10.006>.

Kolcaba, K. e Kolkaba, R. (1991) An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 16, n.º 11, pp. 1301-1310. Recuperado de <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991%20%20Analysis%20Concept%20of%20Comfort.pdf>.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company. New York. Recuperado de [http://books.google.pt/books?id=nduGie\\_ouQkC&dq=comfort+theory&source=gbs\\_navlinks\\_s](http://books.google.pt/books?id=nduGie_ouQkC&dq=comfort+theory&source=gbs_navlinks_s)

Lages, N., Fonseca, C. & Abelha, F. (2006). Unidade de cuidados pós anestésicos - Tempo de definir novos conceitos? *Revista SPA*. Vol. 15, n.º 4, pp. 18-26. Recuperado de <http://www.spanesthesiologia.pt/wp-content/uploads/2008/11/15-4-artigo3.pdf>.

Leinonen, T. *et al* (2001). The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing* 35(2), 294-306. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11442708>.

Lobo, L. (2008) Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*. Vol.26 n.2 Recuperado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/-pdf/aps/v26n2/v26n2a17.pdf>.

Lopes, T. (2011). *A temperatura e a dor do doente cirúrgico no período perioperatório: a intervenção do enfermeiro*. Dissertação de mestrado. Viseu. Instituto Politécnico de Viseu. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.19/1654>.

Lynch, S., Dixon, J. e Leary D. (2011) Reducing the risk of unplanned perioperative hypothermia, *AORN Journal*. Vol. 92, n.º 5, pp. 553-565. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2010.06.015>

Lui, E. e Tan S. (2000). Patients' perception of sound levels in the surgical suite. *Journal of Clinical Anesthesia*. Vol 12, n.º 5, pp. 298-302. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0952-8180\(00\)00155-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0952-8180(00)00155-0)

Marques, A. *et al* (2011). Avaliação e Registo da Dor de Modo Sistemático.. *Enformação*. N.º 14, pp. 8-13. Recuperado em 12 de Janeiro de 2014, de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/241>.

Menezes S., *et al* (2013). Lesões Decorrentes do Posicionamento para Cirurgia: Incidência e Fatores de Risco. *Acta Médica Portuguesa*, vol.26 (1), pp. 12-16. Recuperado de <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/-amp/article/view/4006/3204>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2004). *Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicadores-VFOut2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Repe E Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros

Organização Mundial de Saúde (2006). Quality of Care: a process for making strategic choices in health systems. Recuperado de [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)

Ribeiro, A. (2005). O percurso e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. N.º16, pp. 53-60.

Rothrock, J. (2008) *Alexander - Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. 13.ª edição. Loures. Lusodidata.

Ruivo A. e Ferrito C. (2010). Metodologia de projecto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, nº15.

Semedo, S. (2009). *O trabalho de projecto em aulas de ciências da natureza no 2º ciclo do ensino básico: relato de uma experiência*. Dissertação de Mestrado em educação. Lisboa. Universidade de Lisboa - Faculdade de Ciências Departamento de Educação. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/5021>

Sullivan, E. (2001). Family Visitation in PACU. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. Vol 16, n.º 1, pp 29-30. Recuperado de <http://ac.els-cdn.com/S1089947201584488/1-s2.0-S1089947201584488-main.pdf>

Tomey, A.& Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Lusociência. Loures.

Westerling, K. & Bergbom, I. (2008). The Importance of Nursing in Perioperative Care: a patient's perspective. *Journal of Advanced Perioperative Care*. Vol. 3, n.º 4. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f93e4be5-552b-4cf3-8208-98826592c449%40sessionmgr104&vid=2&hid=112>.

## Apêndice 1 – Planeamento de atividades

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a Desenvolver	Recursos	Tempo	Indicadores
- Aprofundar conhecimentos sobre a VPósOE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas</li> </ul>	Computador Bases de dados científicas	4 semanas	Existência de fundamentação teórica do projeto
- Determinar o grau de satisfação do utente; - Determinar a natureza e a incidência de complicações associadas aos cuidados de enfermagem; - Identificar indicadores específicos e sensíveis aos cuidados autónomos de enfermagem perioperatórios - Identificar as limitações/dificuldades no uso do instrumento de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar base de dados informática para tratamento de dados da VPósOE</li> </ul>	Computador Programa SPSS	2 semanas	Existência de uma base de dados
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolher dados constantes do instrumento de colheita de dados da VPósOE referentes ao ano de 2013;</li> <li>• Analisar os resultados;</li> </ul>	Computador Programa SPSS	3 semanas	Existência de resultados sobre a VPósOE
- Otimizar o recurso da VPósOE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar formação aos enfermeiros sobre utilização da base de dados;</li> <li>• Discutir formas de melhorar os resultados obtidos;</li> </ul>	Equipa de Enfermagem Computador DataShow Espaço para formação	2 horas	80% dos enfermeiros conhecem a base informática para registo de dados da VPósOE



## Apêndice 2 - Cronograma de atividades

Fases do Projeto de Intervenção	2013				2014			
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Estágio								
Diagnóstico de Situação								
Definição de Objetivos								
Planeamento								
Execução								
Divulgação dos resultados								



**Apêndice 3 – Artigo: Visita Pós-operatória de Enfermagem: O Retrato dos Cuidados Perioperatórios.**



## Visita Pós-operatória de Enfermagem: O Retrato dos Cuidados Perioperatórios

Ana Cristina Tavares

### Resumo:

**Enquadramento teórico** A Visita Pós-operatória de Enfermagem (VPósOE) constitui um instrumento indispensável à avaliação dos cuidados de enfermagem perioperatórios e permite conhecer as expectativas, opiniões e o grau de satisfação do utente face aos cuidados de enfermagem perioperatórios tornando-se deste modo num instrumento importante para a melhoria dos cuidados prestados. O **objetivo** deste estudo foi avaliar a VPósOE implementada num bloco operatório central de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, utilizando a **metodologia de projeto**. Na análise e tratamento dos dados referentes ao primeiro semestre de 2013 (549 questionários) Os **resultados** mostram que 55.6% dos utentes estão “muito satisfeitos” com os cuidados perioperatórios de que foram alvo. No entanto, verificou-se que 36% dos utentes referiu dor nas 24 horas após a alta, das quais 9.2% aludiu a dor presença de severa. Detetaram-se percentagens reduzidas de ocorrência de úlcera de córnea (0.4%), queimadura (0.4%) e úlcera por pressão (0.9%), no entanto, é de salientar a ausência de estudos semelhantes para possível comparação. Em **conclusão**, a VPósOE é uma importante mais-valia para a avaliação dos cuidados de enfermagem perioperatórios, que permite a

obtenção de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem perioperatórios

**Palavras-chave:** enfermagem perioperatória; visita pós-operatória; cuidados perioperatórios; indicadores de qualidade.

### Abstract:

**Background** Postoperative Nursing Visit (Ana Cristina TavaresPONV ) is an essential moment in the evaluation of care provided by nurses in the perioperative period , allowing also to know the expectations , beliefs and degree of client satisfaction , thereby making it's an important tool in enhancing perioperative care quality . The **aim** of this study was to evaluate the PONV performed by the nurses of a central OR in an hospital of the Setubal peninsula. The **methodology** used was the project methodology. The data was collected from the record sheet of PONV already implemented in the OR unit. It was collected data from the 1st semester of the year 2013, and its statistical treatment was made using the SPSS statistical application. The **results** show that 55.6 % of patients are "very satisfied" with the care. However, 36% of them referred experiencing pain within 24 hours after PACU discharged and from those, 9.2% experienced severe pain. Low percentage of corneal ulcer (0.4%), burns (0.4%) and pressure ulcer (0.9%) was found, however there are no similar studies to compare the

results. In **conclusion**, the data obtained shows that the PONV is an important asset for the evaluation of perioperative care, enabling collect a series of data that can give quality indicators sensitive to perioperative nursing care.

**Keywords:** perioperative nursing; postoperative nursing visit; perioperative care; quality indicators

**Introdução:** Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2004) o enfermeiro de cuidados gerais deve utilizar o processo de enfermagem na sua atividade assistencial, “diagnostica e prioriza os problemas, procurando recolher e analisar os dados mais relevantes que lhe permitem estabelecer objetivos e um plano de cuidados...Cria momentos de avaliação em todo processo e procede às respetivas alterações sempre que considere necessário, visando a qualidade dos cuidados” (p.16). Em contexto perioperatório, a VPósOE constitui o momento em que, de forma sistematizada, se proceda à avaliação dos cuidados perioperatórios permitindo “Ajustar as intervenções de enfermagem às necessidades dos doentes; Promover a melhoria do desempenho dos enfermeiros de sala de operações” (AESOP, 2006, p.127).

A VPósOE é realizada pelo enfermeiro do bloco operatório central entre as 24 e as 48 horas após a alta da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). O enfermeiro reúne informações a partir dos registos de

enfermagem intraoperatórios e dos registos realizados pelos enfermeiros do serviço após a alta. Posteriormente reúne-se com o utente para validar os dados obtidos, recolher a sua opinião acerca dos cuidados perioperatórios e identificar possíveis sequelas ou complicações relacionados com os cuidados prestados. Toda a informação é documentada no instrumento de colheita de dados elaborado pela equipa de enfermagem do BO.

Este estudo teve como objetivo avaliar a VPósOE implementada no BO de um hospital da região de Lisboa e vale do Tejo. Com este trabalho pretendeu-se:

- Aprofundar conhecimentos sobre a VPósOE;
- Determinar a natureza e a incidência de complicações associadas aos cuidados perioperatórios de enfermagem;
- Identificar indicadores específicos e sensíveis aos cuidados autónomos de enfermagem perioperatórios;
- Identificar as limitações/dificuldades no uso do instrumento de colheita de dados;
- Otimizar o recurso da VPósOE.

**Metodologia:** O estudo desenvolveu-se seguindo as etapas da metodologia de projeto. Tratou-se de um estudo descritivo, retrospectivo. Recorreu-se sobretudo ao

método quantitativo com análise quantitativa de dados. No entanto, foi também necessário recorrer a análise qualitativa com análise de conteúdo devido à existência de questões abertas no instrumento de colheita de dados. Na colheita e tratamento de dados recorreu-se à aplicação estatística SPSS. Foram utilizados os registos das 549 VPósOE realizadas no primeiro semestre do ano de 2013.

### Análise e discussão de resultados:

#### Caracterização da amostra

A população estudada é constituída por 549 casos, constituindo a totalidade das VPósOE realizadas entre 1 de Janeiro e 30 de Junho de 2013 aos utentes submetidos a cirurgia no bloco operatório da instituição, incluindo cirurgia eletiva e cirurgia de urgência.

A especialidade de cirurgia geral é a que apresenta maior percentagem de VPósOE realizadas com cerca de 31% e a cirurgia plástica a que tem menor percentagem de VPósOE (3%) e correspondem respetivamente às especialidades com maior e menor número de utentes operados.

C. Geral	31.3%
Ginecologia	10.4%
Urologia	9.8%
C. Plástica	3.1%
C. Vascular	6.9%
Neurocirurgia	8.0%
ORL	5.8%
Oftalmologia	7.8%
Ortopedia	16.8%

Quadro 1 - Distribuição de VPósOE por especialidade

Relativamente à variável **género**, podemos observar que 53.6% dos utentes aos quais foi realizada VPósOE são do género feminino e 46.4% do género masculino. Os valores obtidos são bastantes próximos à distribuição por género de utentes operados no período de tempo estudado, em que 50.8% eram do género feminino e 49.2% do género masculino.

As **idades** variam entre 19 e 93 anos sendo a média de 61.8 anos e o desvio padrão de 16.7 anos.

A variável **horas após cirurgia** indica se os utentes tiveram VPósOE 24 ou 48 horas após a alta da UCPA. Os resultados mostram inequivocamente que a grande maioria das visitas (99.1%) foram realizadas às 24 horas de pós-operatório.

Na variável **posicionamento cirúrgico**, os resultados mostram que o posicionamento mais frequente é o decúbito dorsal com 61%, seguido de litotomia com 16.6% e decúbito ventral com 4.2% (Quadro 2).

Litotomia	16.6%
D.dorsal	61%
D.ventral	4.2%
D.Lateral Dto.	1.5%
D.Lateral Esq	0.5%
Ortotrauma.	3.3%
Semi-fuler	0.5%
Missing	12.4%

Quadro 2 - Posicionamento cirúrgico

A variável **incidente** representa a ocorrência ou não de incidente durante a cirurgia. Podemos verificar que maioritariamente não ocorreram registos de incidente (66.1%), tendo-se verificado apenas 2% (11) de respostas positivas .

#### Avaliação Pós-operatória

Relativamente à variável **dor**, os resultados mostram que uma percentagem significativa dos utentes refere dor (36%) no período entre a alta da UCPA e o momento da VPósOE, o resultado obtido é bastante próximo do resultado obtido no estudo Couceiro *et al* (2009) em que 46% dos utentes relataram dor nas primeiras 24 horas de pós-operatório.

Relativamente à **classificação da dor**, daqueles que referiram dor, 23.4% dos utentes classifica VAS 2, “muito ligeira” e “ligeira”, dor “aceitável”, segundo os critérios definidos para a alta da UCPA por Lages, Fonseca & Abelha (2006), o que indica cuidados de enfermagem adequados no controlo da dor. Este resultado está próximo dos resultados obtidos por Couceiro *et al* (2009), cujo estudo concluiu que 29.4% dos utentes referiu presença de dor com intensidade leve. É também de assinalar que uma percentagem de 9.2% (18) apresenta uma dor considerada intensa (VAS 8, 9 e 10), resultado bastante distante do encontrado por Couceiro *et al* (2009) em que 27.1% dos utentes referiu dor forte.

Muito ligeira/Ligeira/VAS 2	23.4%
Moinha	4.1%
Moderada	3.1%
EO 2	3.1%
VAS 2	17.3%
VAS 3	5.1%
VAS 4	3.6%
VAS 5	5.1%
VAS 6	5.6%
VAS 7	3.6%
VAS 8/VAS 9/VAS 10	9.2%
Missing	33.2%

Quadro 3 - Classificação da dor

Relativamente à variável queimadura, apenas 0.4% (1) apresentaram esta alteração. Tendo em conta que a sua localização é na região do lábio não podemos relacionar, à partida, com os cuidados de enfermagem perioperatórios.

A variável **úlceras por pressão** (UP) apresenta uma frequência absoluta de 4 (0.7%), das quais 2 são prévias à cirurgia, 1 tem localização na região do lábio e 1 não é especificada. A UP é uma alteração que poderá ser sensível ao posicionamento cirúrgico, no entanto, não existem dados no presente estudo que possibilitem a avaliação dessa relação. No entanto é de notar que segundo Sewchuk, Padula & Osborne (2006), a UP e a queimadura tendem a ter uma apresentação inicial semelhante além de que a UP intraoperatória tende a ser visíveis mais tarde que as UP não-cirúrgicas. Estes são dados que podem explicar não só para a ausência de respostas afirmativas quanto à existência de úlcera por pressão mas também a dificuldade no seu diagnóstico.

Relativamente à variável **úlceras de córnea**, esta apresenta uma frequência absoluta de 2 (0.4%). Esta é uma complicação que está diretamente relacionada com os cuidados perioperatórios, seja na fase de posicionamento e preparação do utente para o início da cirurgia, seja durante o procedimento cirúrgico com respetiva monitorização. No entanto não foram encontrados estudos que permitissem comparar e avaliar tratar-se de uma percentagem baixa ou elevada.

A análise dos resultados da variável **parésia**, mostra que 4 utentes (0.9%) apresentavam este sintoma após a cirurgia. A parésia ou neuropatia, que compreende a alteração da função sensitiva e/ou motora, é uma complicação que pode estar associada à qualidade dos cuidados, uma vez que pode decorrer de posicionamento cirúrgico incorreto (Rothrock, 2008). No entanto, verificou-se que todas as ocorrências de parésia estão presentes após cirurgia da coluna, o que sugere estarem diretamente relacionadas com a própria técnica cirúrgica. Em comparação, no estudo de Menezes *et al* (2013) foram identificados 4.7% de utentes com neuropatia periférica após cirurgia.

Na variável **outro** 3.8% (21) dos casos tem resposta positiva nesta questão (Quadro 12). A variável “outro” foi utilizada para expressar qualquer alteração detetada que não

estivesse especificamente contemplada no questionário. Assim surgiram respostas sobre várias dimensões. Existem respostas que consistem na avaliação de um problema previamente detetado (sem edema, sem alteração cutânea); respostas que evidenciam problemas detetados mas sem lugar de resposta noutra local do questionário (edema facial, rouquidão) e ainda respostas que podem servir, não só de avaliação do utente mas também de justificação da não realização do restante do questionário da VPósOE relativa à satisfação com os cuidados (agitado/confuso/desorientado).

Os aspeto mais referenciado é agitado/confuso/desorientado com uma frequência de 8, seguido de equimose peri orbitária com frequência de 3. Esta variável, pela sua abundância de respostas mostra que poderá ser importante adicionar no questionário mais tópicos específicos sobre alterações cutâneas, existência de lesões/alterações detetadas no BO e respetiva avaliação posterior e ainda avaliação do estado de consciência do utente aquando da visita.

Agitado/ Confuso	38.1%
Equimose no local da placa dispersiva	4.8%
Edema facial	9.5%
Sem edema	9.5%
Equimose peri orbitária	14.3%
Rouquidão	4.8%
Hematoma no local da braçadeira de S/ alteração cutânea TA	4.8%
Afasia de expressão	4.8%

Quadro 4 – Outros

### Acolhimento no BO

No questionário da VPósOE, o **acolhimento** é avaliado tendo por base uma resposta aberta, na sequência da questão “Como considera o seu acolhimento no BO?”, no entanto, por se detetar uma variabilidade reduzida de respostas e para possibilitar trabalhar estatisticamente os dados obtidos, as respostas foram inseridas em várias categorias.

Verifica-se que a maioria (54.1%) considera o acolhimento no BO “bom”, e 30.3% considera “muito bom”. 8.5% dos utentes referem que foram “amáveis/simpáticos” no acolhimento e 4.4% não se recordam do momento do acolhimento. Uma minoria faz alusão ao profissionalismo (0.8%). Apenas 0.4% (3) classifica como “nem bom nem mau” e 0.2% (1) refere que o acolhimento foi confuso (Quadro 13).

Não recorda	4.4%
Muito bom	30.3%
Bom	54.1%
Nem bom nem mau	0.6%
Confuso	0.2%
Amigáveis/Simpáticos	8.5%
Explicaram procedimentos	0.4%
Profissionais	0.8%
Sentiu-se apoiado	0.4%
Segurança (checklist)	0.2%

Quadro 5 - Classificação do acolhimento

### Conforto

Relativamente à variável **temperatura**, os resultados mostram que 49% dos utentes considera a temperatura no BO

normal/adequada. No entanto 35.5% dos utentes que referiram ter sentido “frio” e “muito frio”, percentagem bastante significativa e que necessita ser valorizada, alterando eventualmente os cuidados de enfermagem nesta área. Segundo Lynch *et al* (2010), anualmente cerca de 50-90% dos utentes cirúrgicos sofre de hipotermia não planeada, sendo que a prevenção desta complicação cirúrgica evitável é uma das responsabilidades dos enfermeiros perioperatórios.

Não recorda	4.4%
Normal/Adequada	49.0%
Frio	26.4%
Muito frio	9.1%
Calor	0.9%
Missing	10.2%

Quadro 6 - Impressão sobre a temperatura no BO

Relativamente ao **ruido**, 76.1% dos utentes consideram “normal/adequado” e 2.7% (15) consideram “muito ruido/incomodativo”. Dos que referem “muito ruido/incomodativo”, não é possível conhecer em que momento é que isto ocorre, se no acolhimento, na sala operatória ou na UCPA. Estes resultados são ligeiramente diferentes dos resultados do estudo de Liu e Tan (2000) em que 1/3 dos utentes considerou a fase de indução anestésica e a fase de recobro ruidosa. Estes autores concluem ainda que o desconforto sentido pelos utentes face ao ruído não apresenta qualquer relação com níveis de ruído efetivamente presentes, levando a crer



que se trata de uma experiência bastante individual e de difícil preditibilidade.

Não recorda	4.9%
Normal adequado	76.1%
Muito ruído/Incomodativo	2.7%
Missing	16.0%

Quadro 7 - Impressão sobre ruído no BO

No que respeita à variável **luminosidade**, 75.8% dos utentes consideram normal/adequada e apenas 0.7% (4) considera estar presente demasiada luminosidade. Embora consideremos uma percentagem baixa, não foram encontrados estudos referentes à luminosidade no bloco operatório que corroborem ou refutem estes resultados.

Não recorda	5.5%
Normal/ Adequado	75.8%
Demasiada luminosidade	0.7%
Missing	17.5%

Quadro 8 - Impressão sobre a luminosidade no BO

Relativamente aos **cuidados prestados**, a grande maioria dos utentes (85.6%) referiu como cuidados prestados o “aquecer”. Seis utentes (2.6%) fizeram referência a “analgesia”, três à “comunicação/presença” e “posicionamento no leito” como demonstra a Tabela 2.

Não recorda	7.8%
Aquecer	85.6%
Analgesia	2.6%
Comunicação/presença	1.3%
Posicionamento no leito	1.3%
Trocar roupa de cama	0.4%
Arrefecer	0.4%
Diminuir luminosidade	0.4%

Quadro 9 - Cuidados prestados

Relativamente à **satisfação acerca dos cuidados prestados no BO** a maioria dos utentes (55.6%) está muito satisfeito e 43.3% dos utentes referem estar satisfeitos. Apenas três utentes (0.6%), referem estar pouco satisfeitos (Quadro 10). Embora existam alguns estudos que avaliam a satisfação dos utentes com os cuidados perioperatórios, estes são maioritariamente qualitativos, pelo que as suas conclusões não são comparáveis ao atual estudo. No entanto, o estudo de Clemente, Jorge e Silvério (2011) mostra que a maioria dos utentes classifica de “muito boa” a assistência global de enfermagem no bloco operatório.

Não recorda	0.4%
Muito satisfeito	55.6%
Satisfeito	43.3%
Pouco satisfeito	0.6%

Quadro 10 - Satisfação acerca dos cuidados prestados

### Sugestões/Opiniões

A última parte do instrumento colheita de dados é constituída por duas questões abertas: “O que sugere para a melhorar os cuidados de enfermagem?” e “Deseja fazer alguma observação?”. Tratando-se de questões abertas, para a sua avaliação foi realizada uma análise qualitativa, através de análise conteúdo. Detetando-se que muitas vezes o conteúdo das respostas era sobreponível a uma e outra questão, optou-se por analisar as respostas às duas questões em conjunto.

Ao analisar as respostas foi possível identificar três categorias sendo elas: “ambiente físico”, “ambiente humano” e “organização do serviço”. Cada uma destas categorias é constituída por subcategorias e respetivos indicadores como ilustra a Tabela 4.

Das categorias identificadas, o “ambiente humano” foi a mais referida pelos utentes.

Vários utentes valorizaram as “competências técnico-cognitivas” enfatizando a “qualidade na ação” com expressões como “fui muito bem atendido pela enfermagem” e “foi tudo como devia ser”.

O “envolvimento dos familiares” foi outro indicador bastante referenciado pelos utentes ilustrado por expressões como “agradeço a presença do meu marido no recobro”, embora maioritariamente este indicador tenha tido uma expressão positiva, existiram também utentes a fazer referência pela negativa “queria muito ter visto a minha filha enquanto estive no recobro”. As “competências técnico-cognitivas” dos profissionais caracterizaram-se ainda pela “informação na ação” com exemplos como “fui esclarecida em todas as dúvidas que coloquei” e pela negativa relativamente à “privacidade”, “senti-me constrangida por estar ao lado de um homem no recobro”. A informação prestada aos utentes tem vindo a ser um indicador cada vez mais importante para os mesmos como

demonstra o estudo de Leinonen (2001) e Ribeiro (2005).

Categoria	Subcategoria	Indicadores	EU <sup>1</sup>
Ambiente Físico	Condições estruturais do serviço	Recursos materiais	4
		Recursos Humanos	1
	Condições Ambientais	Ruido	2
		Luminosidade	1
		Temperatura	2
Ambiente Humano	Competências Relacionais	Preocupação e interesse	3
		Disponibilidade e amabilidade	5
	Competências Técnico-cognitivas	Qualidade na ação (+)	5
		Qualidade na ação (-)	3
		Privacidade	1
		Informação na ação	2
		Envolvimento dos familiares (+)	4
Envolvimento dos familiares (-)	2		
Organização do Serviço	Tempo de espera	Tempo de espera	6
	Organização em geral	Circuito dentro do BO	1

Quadro 11 - Sugestões e observações

## Conclusões

Obtiveram-se dois principais grupos de conclusões neste estudo. O primeiro diz respeito aos resultados efetivamente obtidos e o segundo às dificuldades na obtenção dos dados devido insuficiências do próprio instrumento de colheita de dados e à falta de preenchimento na totalidade.

Embora em percentagem inferior a outros estudos, verificou-se uma percentagem significativa de utentes com dor no período

<sup>1</sup> Unidade de Enumeração

entre a alta da UCPA e o momento da VPósOE. Importa no entanto conhecer melhor quais as características da dor e sua localização para poder compreender se estes resultados estão associados aos cuidados de enfermagem perioperatórios ou a prescrição analgésica insuficiente. Demonstrou-se que com um instrumento de colheita de dados mais apurado no que respeita à dor, a VPósOE pode tornar-se num elemento central do controlo da dor aguda pós-operatória em conjunto com o serviço de anestesiologia.

Concluiu-se que as ocorrências identificadas de queimadura, parestesia e úlcera por pressão não parecem estar diretamente associados aos cuidados prestados mas antes com a patologia e técnica cirúrgica, ao contrário do que sucedeu relativamente à ocorrência de úlcera de córnea.

Os resultados nos tópicos referentes à apreciação pelos utentes dos cuidados prestados foram bastante expressivos, mostrando que os utentes apresentam um elevado grau de satisfação com os cuidados perioperatórios.

No que se refere ao conforto, uma percentagem significativa dos utentes referiu ter sentido frio no seu percurso no bloco operatório, o que foi reforçado pelo facto dos utentes aludirem em grande número aos cuidados realizados no sentido de minorar este desconforto. Percebe-se que a sensação

de frio é um aspeto importante para os utentes e embora os enfermeiros se esforcem por reduzi-lo, as medidas mostram-se insuficientes.

Apesar do reduzido número de VPO's realizadas, os utentes consideraram que foram importantes assim como a informação que foi fornecida.

As sugestões e observações dos utentes mostraram uma avaliação positiva das competências relacionais dos enfermeiros evidenciadas pela sua amabilidade, disponibilidade, preocupação e interesse. A relevância dada às competências técnico-cognitivas dos enfermeiros acaba por reforçar a satisfação dos utentes com os cuidados prestados.

Outro aspeto que mostrou ser de relevância para os utentes foi a presença dos familiares na UCPA. Face a estes resultados e à bibliografia existente conclui-se que este é outro aspeto que deverá ser analisado pela equipa de enfermagem, de modo a procurar formas de ultrapassar as dificuldades sentidas e dar uma resposta mais adequada aos utentes e família.

Os principais aspetos negativos evidenciados pelos utentes prenderam-se o tempo de espera entre a chegada ao bloco e o início da cirurgia e entre o momento da alta da UCPA e o transporte para o serviço de internamento

Referem também a falta de recursos materiais essenciais ao conforto como a existência de almofadas e camas confortáveis.

O segundo grupo de conclusões está relacionado com aspetos relacionados com o próprio instrumento de colheita de dados. Verificou-se que este carece de alterações que permitam uma melhor caracterização de determinados tópicos, nomeadamente a dor. Opções de resposta com escalas tipo Likert de modo a facilitar a colheita e análise de resultados.

Podemos então concluir que a VPósOE é um instrumento de suma importância na avaliação dos cuidados perioperatórios. A sua realização de forma contínua e com instrumento de colheita de dados adequado poderá permitir desenvolver indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem perioperatória.

#### Bibliografia:

AESOP (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidácta.

Bonifácio, N. & Boschma, G. (2008). Family Visitation in the PACU, 1984-2006. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Vol. 23, n.º2, pp 94-101. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2008.01.003>.

Bueno, M., Noronha, R. & Araujo, I., (2002). Visita Pós-operatória de Enfermagem: Aplicação de Instrumento e Apreciação dos Enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 15, n.º 4, pp. 45-53.

Clemente, D., Jorge, F. & Silvério, M. (2011) *A influência da gestão de recursos humanos e organização do trabalho dos enfermeiros na prática dos cuidados que prestam aos utentes no período perioperatório e o grau de satisfação destes com esses cuidados*. Repositório

da Universidade de Évora. Recuperado do <http://hdl.handle.net/10174/3970>

Cotta, R. *et al.* (2006) A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Scientia Medica*, Porto Alegre. 15, n. 4, Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/-article/viewFile/1572/1175>.

Couceiro, T., *et al.* (2009). Prevalência e Influência do Sexo, Idade e Tipo de Operação na Dor Pós-Operatória. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Vol. 59, n.º 3, pp. 314-320. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942009000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942009000300006&script=sci_arttext).

EPUAP-NPUAP (2009). Prevenção das úlceras de pressão: Guia de consulta rápida. Recuperado de 2013, de [http://gaif.net/sites/default/files/Guideline\\_Prevencao\\_da\\_UPressao\\_PT.pdf](http://gaif.net/sites/default/files/Guideline_Prevencao_da_UPressao_PT.pdf).

Garretson, S. (2004). Benefits of pre-operative information programmes. *Nursing Standard*, vol. 18, n.º 47. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=16e7b19a-4047-40e7-9236-051a6e8fb452%40sessionmgr198&vid=2&hid=126>.

Geraldo, S. (2010). Ocorrência de úlcera por pressão em indivíduos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Saúde Coletiva*, vol. 7, n.º. 42, pp. 183-188 Editorial Bolina. São Paulo, Brasil. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/842/84215103006.pdf>

Hasfeldt, D., Laerkner, E. & Birkelund, R. (2010). Noise in the Operating Room - What Do We Know?, A Review of the Literature. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Vol. 25, N.º 6, pp. 380-386. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2010.10.001>.

Hooper, V. *et al.* (2010). ASPAN's evidence-based clinical practice guideline for the promotion perioperative normothermia: Second edition. *Journal PeriAnesthNursing*. Vol. 25, n.º 6, pp. 271-287. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2010.10.006>.

Lages, N., Fonseca, C. & Abelha, F. (2006). Unidade de cuidados pós anestésicos - Tempo de definir novos conceitos? *Revista SPA*. Vol. 15, n.º 4, pp. 18-26. Recuperado de <http://www.spanestesiologia.pt/wp-content/uploads/2008/11/15-4-artigo3.pdf>.

Leinonen, T. *et al* (2001). The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing* 35(2), 294-306. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11442708>. **Lobo, L. (2008) Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*. Vol.26 n.2 Recuperado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/-pdf/aps/v26n2/v26n2a17.pdf>.**

Lopes, T. (2011). *A temperatura e a dor do doente cirúrgico no período peri-operatório: a intervenção do*

enfermeiro. Dissertação de mestrado. Viseu. Instituto Politécnico de Viseu. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.19/1654>.

Marques, A. *et al* (2011). Avaliação e Registo da Dor de Modo Sistemático.. *Enformação*. N.º 14, pp. 8-13. Recuperado em 12 de Janeiro de 2014, de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/241>.

Menezes S., *et al* (2013). Lesões Decorrentes do Posicionamento para Cirurgia: Incidência e Fatores de Risco. *Acta Médica Portuguesa*, vol.26 (1), pp. 12-16. Recuperado de <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/-amp/article/view/4006/3204>

Ordem dos Enfermeiros (2004). *Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Rothrock, J. (2008) *Alexander - Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. 13.ª edição. Loures. Lusodidata.

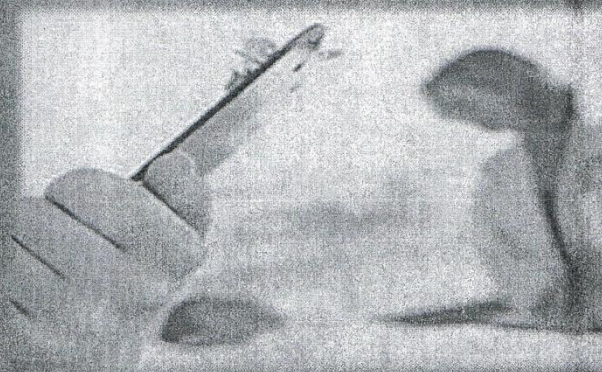
Sullivan, E. (2001). Family Visitation in PACU. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. Vol 16, n.º 1, pp 29-30. Recuperado de <http://ac.els-cdn.com/S1089947201584488/1-s2.0-S1089947201584488-main.pdf>

## **Anexo 1 - Guião da Visita Pós-Operatória**

2010

## Guião da Visita Pós Operatória

Este documento tem por objectivo orientar o Enfermeiro na realização da Visita Pós Operatória. A sua elaboração inclui orientações gerais nesta actividade, bem como Conceitos e Escalas utilizadas.



Bloco Operatório  
Novembro de 2010



**INDICE**

**INTRODUÇÃO**

**ORIENTAÇÕES**

**COLHEITA DE DADOS**

**PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO**

**FOCOS DE ATENÇÃO DA PESSOA**

**TIPOS DE LESÕES**

**ANEXOS**



## **INTRODUÇÃO**

As fragilidades do doente cirúrgico e os potenciais riscos inerentes ao ambiente operatório constituem o alvo de preocupação dos enfermeiros perioperatorios. Neste contexto, o enfermeiro detém um papel fundamental na adopção de boas práticas em enfermagem e na adequação de recursos indispensáveis ao ambiente seguro e controle dos riscos. Identicamente, a melhoria contínua da qualidade fundamenta - se na avaliação sistemática do modo como estas actividades influem na saúde e satisfação dos doente.

A realização da Visita Pós Operatória tem por objectivos:

1. Avaliar os cuidados prestados no período Perioperatório.
2. Identificar as sequelas e complicações relacionadas com os cuidados, de forma a podermos minimizá-las e aplicar medidas correctivas.
3. Conhecer a opinião da pessoa/familiar face aos cuidados prestados durante o período Perioperatório.

**A não realização da VPOP: Só por alta clínica**

**A alteração do estado de consciência e dificuldade na comunicação não são motivo para a não realização da mesma.**

## **ORIENTAÇÕES**

A enfermeira do Bloco Operatório, ao dirigir-se á pessoa para realizar a Visita Pós-operatória (VPOP), deve ter em conta os seguintes aspectos:

1. Apresentar-se e informar a pessoa dos objectivos da VPO; pedir o seu consentimento para esta intervenção de enfermagem;
2. Avaliar o estado emocional da pessoa (calma, ansiedade, preocupações)
3. Avaliar os cuidados de enfermagem - Focos de atenção – avaliação dos cuidados perioperatórios
4. Avaliar a percepção da pessoa sobre a sua permanência no B.O., relativamente ás actividades da equipa de enfermagem, nomeadamente:
  - o Pertinência da visita pré-operatória;
  - o Acolhimento no B.O.
  - o Ambiente na sala operatória e na UCPA
  - o Esclarecimento de dúvidas/ situações que lhe causam ansiedade;
  - o Perceber a qualidade/ pertinência das informações dadas aos familiares durante a permanência do doente no B.O.
  - o Sugestões/ Críticas verbalizadas para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados no B.O. (inclusive no que concerne às visitas pré e pós-operatórias)

### **COLHEITA DE DADOS**

A colheita de Dados é realizada através de consulta e leitura atenta Dos registos de Enfermagem:

- Folha de registo de Enfermagem do BO (Folha de Circulação e Instrumentação e Folha de Anestesia e Folha de UCPA)
- SAPE (Avaliação inicial, Processo de Enfermagem, Plano de Trabalho)
- Entrevista ao doente

### **PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO**

- Idade e Sexo
- Serviço de internamento
- Diagnóstico clínico e Intervenção cirúrgica - Posicionamento cirúrgico
- Data da intervenção e Dias de pós-operatório
- Observações: incidente crítico, medidas correctivas

#### **Alerta:**

- **Relacionar a intervenção cirúrgica com o tipo de posicionamento e despistar eventuais lesões resultantes do posicionamento.**
- **Na eventualidade de existir registo de incidente crítico, realizar leitura da ocorrência, medidas implementadas e transmissão das informações pertinentes em ocorrências de Enfermagem.**

## **FOCOS DE ATENÇÃO DA PESSOA**

**Dor; Úlcera de pressão; Queimadura; Úlcera da Cornea; Parésia; Conforto limitado;**

### **Mobilidade alterada**

Relativamente a cada foco sugere – se :

- Monitorizar a Dor, averiguar a existência de registo de VAS na UCPA
- Monitorizar a úlcera de pressão (referir o grau, dimensões e intervenções realizadas) referir localização anatómica ou topologia (ver anexo II)
- Averiguar a integridade cutânea no local assinalado na colocação do eléctrodo neutro (placa dispersiva).
- Despiste de lesões nervosas ou osteo-articulares relacionadas com o posicionamento cirúrgico.
- Na literatura o conforto possui diversos significados para diferentes doentes. Por conseguinte, sugere-se a transcrição das palavras do doente. Verificar se está relacionado com aspectos físicos, ambientais, psicológicos, espirituais ou sociais. Registo dos sentimentos descritos pelo doente (paz, tranquilidade, calma, bem-estar, ausência de preocupação). Verificar em que medida as intervenções de enfermagem do perioperatório contribuíram para o conforto do doente.
- Na presença de úlcera de córnea assinalar como foi realizado o diagnóstico
- Outros focos de atenção: Medo, Ansiedade,

### **CONCEITOS CIPE:**

**DOR** – Percepção com as características específica: Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite CIPE (2001, P.36 ).

**QUEIMADURA** – Queimadura é um tipo de ferida traumática com as características específicas: rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devida a lesões pelo calor resultantes de exposição a agentes térmicos, químicos, eléctricos ou radioactivos; 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, desconforto e stress, com risco de choque e com risco de vida; necrose dos tecidos, infecção da ferida, contracturas, escaras hipotrófica com rigidez por espessamento, em que o doente fica muito desfigurado. Os estadios são graduados de acordo com a gravidade, desde a lesão superficial da pele afectada e vermelha e dor na ferida devido à afecção das terminações nervosas superficiais (queimadura de 1º grau) a profunda lesão do tecido, pele vermelha ou branca com bolhas ou vesículas e dor na ferida (queimadura de 2º grau) e, finalmente, à destruição do tecido com pele castanha, branca ou preta, perda de sensação e de dor devido a lesões dos nervos (queimadura de 3º grau) CIPE (2001 , P. 29).

**ÚLCERA DE PRESSÃO** – Úlcera de pressão é um tipo de Úlcera com as características específicas: inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido a compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície subjacente, em que os estádios são graduados segundo a gravidade; lesão superficial (úlceras de grau 1) que evolui para uma situação de flictenas ou solução de continuidade superficial (úlceras de grau 2); solução de continuidade da pele com perda de toda a sua espessura e drenagem sanguinolenta (úlceras de pressão de grau 3) progredindo para úlcera profunda tipo cratera, com exposição da fascía e do tecido conjuntivo, musculo ou osso (úlceras de grau 4) CIPE (2001 , P.29 ).

**ÚLCERA DA Córnea** – Úlcera é um tipo de ferida com as características específicas: ferida ou lesão aberta, perda da camada mais profunda de tecido; lesão circunscrita semelhante a uma cratera, com diminuição do aporte sanguíneo a essa área; tecido de granulação vermelho, necrose do tecido celular subcutâneo, odor da

VISITA PÓS OPERATÓRIA

ferida, área dolorosa em torno da ferida, dor, crosta de tecido inflamado e necrótico, associada a um processo inflamatório, infeccioso ou maligno CIPE (2001, P.28).

**PARÉSIA** – Paralisia com as características específicas: Paralisia total ou parcial, perda incompleta ou completa da capacidade de mover partes do corpo, tais como a boca, a orofaringe ou a pálpebra CIPE (2001, P. 33).

**CONFORTO** – Status com as características específicas: Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal CIPE (2001, P. 40).

**CONFORTO ALTERADO**

**MOBILIDADE** – Capacidade com as características específicas: Movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e a deambulação CIPE (2001, P.34).

**MOBILIDADE LIMITADA**

## TIPOS DE LESÕES

DIAGNÓSTICOS	CAUSAS	SINAIS E SINTOMAS
<b>Lesões Nervosas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estiramento do plexo cervical devido à rotação lateral ou ao alinhamento do pescoço com a cabeça.</li> <li>- Compressão ou estiramento do plexo braquial por má posição ou queda dos braços</li> <li>- Compressão do nervo mediano e cubital a nível do olecrâneo</li> <li>- Compressão do nervo popliteo</li> <li>- Compressão do nervo ciático devido a apoio na região sagrada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor cervical</li> <li>• Rigidez muscular no pós-operatório</li> <li>• Parestesias</li> <li>• Dor</li> <li>• Impotência funcional</li> </ul>
<b>Lesões Osteoarticulares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotação lateral exagerada da cabeça/pescoço</li> <li>- Má mobilização/ posicionamento dos braços</li> <li>- Hiper extensão dos membros</li> <li>- Queda ou má movimentação durante a transferência.</li> <li>- Extremidades dos membros entalados nas articulações da marquesa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor (cervical) e limitação funcional no pós-operatório</li> <li>• Luxações e ou fracturas</li> </ul>
<b>Lesões Cutâneas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compressão ao nível dos pontos de apoio (ex: pavilhão auricular, mamas, crista ilíaca, joelhos, órgãos genitais e pés).</li> <li>- Compressão relacionada com a presença de apoios (rolos, talas) para o posicionamento.</li> <li>- Colocação incorrecta do eléctrodo neutro da electrocirurgia.</li> <li>- Derramamento de líquidos</li> <li>- Isolamento inadequado da pessoa</li> <li>- Aumento exagerado da sudação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema, hematoma ou impotência funcional</li> <li>• Rubor seguido de úlcera de pressão (calcanhars, mãos, omoplatas, sacro, cotovelos, nuca).</li> <li>• Queimadura no local de colocação do eléctrodo.</li> <li>• Maceração cutânea,</li> <li>• Queimaduras várias.</li> <li>• Queimadura eléctrica com rubor seguido de flictenas.</li> </ul>
<b>Lesões Oculares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Secura da córnea</li> <li>-Olhos abertos</li> <li>-Compressão do globo ocular sobre o apoio de cabeça utilizado para o alinhamento da cabeça/ pescoço.</li> <li>-Posição de declive da cabeça ficando esta ao nível do coração ou abaixo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Úlcera da córnea</li> <li>• Ferida da córnea</li> <li>• Lesão da artéria retiniana</li> <li>• Cegueira</li> <li>• Edema conjuntival transitório</li> </ul>

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES – Enfermagem Perioperatória, da Filosofia à Prática dos Cuidados. [s. ed]. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X

VISITA PÓS OPERATÓRIA

**ANEXOS**



VISITA PÓS OPERATÓRIA

**ANEXO I – Escalas de Avaliação da Dor**  
**Norma N° D. ENF – 11/08**

**Escala Visual Analógica**

Sem Dor Dor Máxima

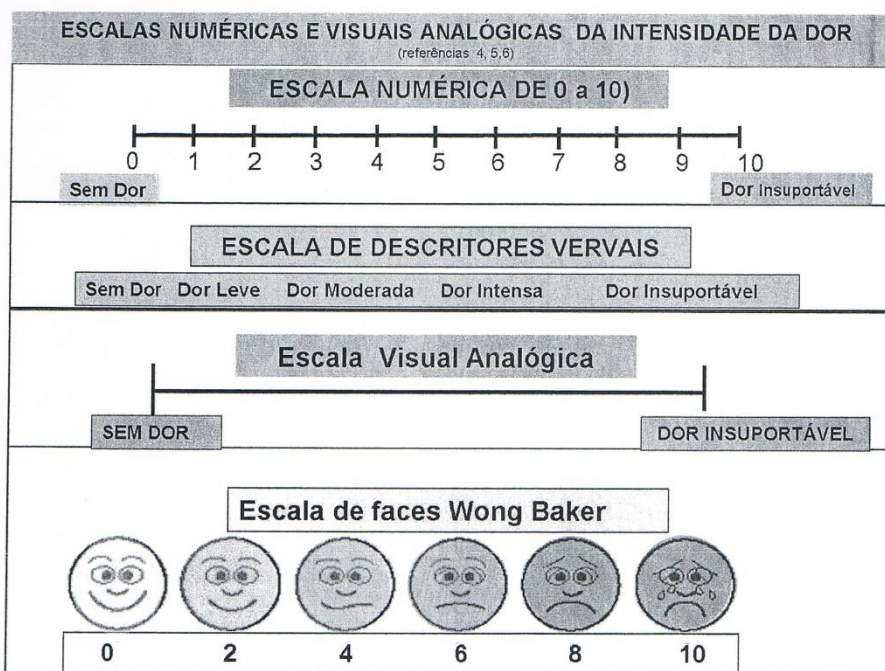
**Escala Numérica**

Sem Dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dor Máxima

**Escala Qualitativa**

Sem Dor Dor Ligeira Dor Moderada Dor Intensa Dor Máxima

**Escala de Faces**



Indicador de Avaliação a utilizar:

**Taxa de Avaliação da Dor**

$$\frac{\text{Nº de doentes com avaliação e registo de intensidade da Dor}}{\text{Nº de doentes com Dor}} \times 100$$

**Taxa de prevalência**

$$\frac{\text{Nº de doentes com dor}}{\text{Nº total de doentes}} \times 100$$

VISITA PÓS OPERATÓRIA

**ANEXO II- Escala de MONITORIZAÇÃO DE ULCERAS DE PRESSÃO**

**MONITORIZAÇÃO DE ULCERAS DE PRESSÃO**  
**Escala do EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel)**

ESTÁDIO	FASES DE VIGILÂNCIA (SAPE)	DEFINIÇÃO
I	Eritema não branqueável em pele intacta	<b>Pele intacta</b> - Alterações observáveis de pele intacta: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eritema que não desaparece à pressão</li> <li>▪ Alterações da temperatura</li> <li>▪ Edema localizado</li> </ul> - Induração
II	Perda parcial da integridade da pele	<b>Lesão cutânea parcial</b> - Lesão dermo/epidérmica - Aspecto macroscópico: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Úlcera superficial</li> <li>▪ Abrasão</li> <li>▪ Flictena</li> </ul>
III	Perda da espessura total da pele	<b>Lesão cutânea total</b> - Lesão e necrose do tecido celular subcutâneo, sem envolver a fáscia muscular subjacente - Aspecto macroscópico - Úlcera profunda com eventual cavitação
IV	Extensa destruição de tecido	- Extensa destruição e necrose estendendo-se ao músculo, osso e outras estruturas (tendões, articulações e cavidades corporais) - Frequente existência de trajectos fistulosos - Associada a osteomielite, sepsis e alta mortalidade

**Norma N° D. ENF – 39/08**

Indicadores de Avaliação a utilizar:

**Taxa de Incidência e Taxa de Prevalência de Úlceras de Pressão****Taxa de frequência relativa de casos com médio e alto risco de Úlceras de Pressão****Taxa efectividade diagnóstica do risco de Úlceras de Pressão****Taxa de Incidência de Úlceras de Pressão (avaliação semestral)**

N° de novos doentes com ulcera de pressão

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de novos doentes com ulcera de pressão}}{\text{N}^\circ \text{ total de doentes}} \times 100$$

**Taxa de Prevalência**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de doentes com ulcera de pressão}}{\text{N}^\circ \text{ total de doentes}} \times 100$$

**Taxa de frequência relativa de casos com médio e alto risco de Úlceras de Pressão**

$$\frac{\text{N}^\circ}{\text{N}^\circ} \times 100$$

**Taxa efectividade diagnóstica do risco de Úlceras de Pressão**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de doentes com ulcera de pressão e risco prévio doc.}}{\text{N}^\circ \text{ total de doentes}} \times 100$$

VISITA PÓS OPERATÓRIA

**ANEXO III- ESCALA DE BRADEN (Avaliação do Risco de Ulcera de Pressão )**

## VISITA PÓS OPERATÓRIA

## ESCALA DE BRADEN (Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão)

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto com a pressão	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte da superfície do corpo	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em metade do corpo	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Reage às instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir a dor ou desconforto numa ou nas duas extremidades.	<b>4. Nenhum impedimento:</b> Reage às instruções verbais. Não apresenta dificuldades sensoriais que possam limitar a capacidade de sentir ou exprimir a dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se quase sempre húmida devido a transpiração, urina, etc. É detectada humidade sempre que o paciente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele húmida:</b> A pele nem sempre está húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	<b>1. Acamado:</b> O paciente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Marcha ocasional:</b> Por vezes caminha durante o dia, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	<b>4. Marcha frequente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Capacidade de mudar ligeiramente a posição ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Muda ligeiramente e com frequência a posição do corpo e das extremidades sem qualquer ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Consegue mudar facilmente e com frequência de posição sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total (TPN) que satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições de carne e laticínios. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e Forças de deslizamento	<b>1. Problemas:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o paciente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasmodicidade, contracções ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, a cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>3. Nenhum problema aparente:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma posição boa na cama ou cadeira a maior parte do tempo.	

Obs.: Alto risco – Doente adulto - 6 a 12 ou doente com úlcera de pressão  
Médio risco – Doente adulto - 13 a 16 ou doentes com idade > 69 anos Score 13 a 18  
Baixo risco – Doente adulto - > 16 ou Doente com idade > 69 anos Score >18  
Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão

VISITA PÓS OPERATÓRIA

**ANEXO IV– ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

---

Página 17



**ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

ABERTURA DE OLHOS		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA		REACÇÃO PUPILAR	
EXPONTÂNEAMENTE	4	ORIENTADA	5	OBEDECE A ORDENS	6	N - NÃO REACTIVA	
POR ORDEM	3	CONFUSA	4	LOCALIZA A DOR	5	PR - POUCO REACTIVA	
À DOR	2	INAPROPRIADA	3	FOGE À DOR	4	R - REACTIVA	
NULA	1	INCOMPREENSÍVEL	2	FLEXÃO ANORMAL	3		
		NULA	1	EM EXTENSÃO	2		
				NULA	2		

## Anexo 2 – Folha de Registo da Visita Pós-Operatória de Enfermagem

<b>BLOCO OPERATÓRIO</b>					
<b>FOLHA DE REGISTO DA VISITA PÓS-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM</b>					
Identificação		Especialidade _____ Pós operatório - 24h <input type="checkbox"/> 48h <input type="checkbox"/>			
		Enfermeira (o) _____ Data / /			
Como gosta de ser tratado:		Profissão:		Escolaridade:	
Data cirurgia	Diagnóstico:				
Posicionamento Cirúrgico:	Intervenção Cirúrgica:				
Incidente crítico: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>		Medidas Correctivas: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>			
Especificar: _____					
Focos de atenção da Pessoa	Sim	Não	Localização anatómica/Topologia		
Dor					
Queimadura					
Úlcera de Pressão					
Úlcera da Córnea					
Parésia					
Mobilidade (limitada)					
Conforto (alterado)					
Outro(s)					
Visita Pré operatória	Sim	Não			
A pessoa que a fez esteve consigo no BO?					
A Visita Pré Operatória trouxe-lhe vantagens?					
	Muito Importante	Importante	Pouco Importante	Nada Importante	Observações
Como considera as informações prestadas na VPO?					
Que importância atribui à VPO? Porquê?					
<b>Acolhimento</b>	<b>Observações</b>				
Como considera o seu acolhimento no B. O. ?					
<b>Segurança / Conforto</b>	<b>Observações</b>				
No B. O. qual é a sua impressão acerca de:	Temperatura				
	Ruído				
	Luminosidade				
Que cuidados foram prestados para reduzir o desconforto?					
	Não	Sim	Observações		
Os cuidados para reduzir o desconforto foram eficazes?					
<b>Opinião</b>	Muito Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Insatisfeito	
Qual a sua satisfação acerca dos cuidados prestados no Bloco Operatório?					
O que sugere para melhorar os cuidados de Enfermagem?					
Deseja fazer alguma observação?					



## BLOCO OPERATÓRIO

### FOLHA DE REGISTO DA VISITA PÓS-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Observações:

