

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Reorganização do Recobro de um Hospital Particular de Lisboa

Inês da Conceição Faria Carriço da Cunha

Mestrado em Gestão Aplicada

Orientadora:
Prof. Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

dezembro, 2022

iscte

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Reorganização do Recobro de um Hospital Particular de Lisboa

Inês da Conceição Faria Carriço da Cunha

Mestrado em Gestão Aplicada

Orientadora:

Prof. Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

janeiro, 2022

AGRADECIMENTOS

Para concretizar este trabalho, pude contar com o apoio; ainda que à distância, do meu querido marido. Tu que me apoiaste de todas as formas possíveis, só posso agradecer por te ter ao meu lado.

Ao meu filho, a quem não pude dedicar mais tempo, desculpa a minha ausência.

Agradeço à Professora Sofia Portela, minha orientadora, pelo seu incentivo, disponibilidade e sugestões.

Aos doentes e suas famílias que por mim passaram e que contribuíram, para que eu me tornasse uma melhor profissional.

Aos meus colegas de turma, que se tornaram companheiros nesta jornada e me deram toda a força para que não desistisse nunca, principalmente a Filipa Morais e ao Fernando Borja, companheiros e amigos para a vida.

Por último, a todos aqueles que de alguma forma colaboraram para que este trabalho. Todos foram importantes na concretização de mais uma etapa. Bem-hajam!

RESUMO

As unidades de prestação de cuidados de saúde devem zelar pela segurança dos seus doentes, sendo que para tal devem ser seguidas as diretrizes científicas, técnicas (dos órgãos com competência para o efeito) e as melhores práticas de mercado. Adicionalmente, em termos de organização dos serviços e tendo em vista a sua sustentabilidade, torna-se fundamental que os processos sejam eficientes e eficazes, com a devida gestão de recursos (humanos, técnicos e outros).

Tendo sido identificado que o recobro do hospital privado em estudo requer uma melhoria em termos de organização, foi realizado um diagnóstico da situação através da observação dos serviços e de reuniões com responsáveis do hospital.

Com base no diagnóstico realizado, e tendo por base uma revisão de literatura sobre a gestão e práticas dos serviços de recobro, foram identificados um conjunto de aspetos de organização do recobro em estudo suscetíveis de melhoria, para os quais foi proposto um plano de ação.

Espera-se que a implementação do plano de ação proposto promova a melhoria dos cuidados prestados no recobro do hospital em estudo, para os diversos stakeholders envolvidos.

Palavras-chave:

Gestão hospitalar; gestão do recobro; segurança do doente.

JEL Classification: M19

ABSTRACT

Health care units should ensure their patients safety, by following scientific and technical guidelines (of the competent organizations) and the market best practices. In addition, in terms of service organization and regarding their sustainability, it is essential to have efficient and effective processes and to have a better management of resources (human, technical and others).

Having been identified that the private hospital recovery under study requires an improvement in terms of organization, a diagnosis of the situation was made through the services observation and meetings with hospital managers.

Based on the diagnosis made and on a literature review on the management and service recovery practices, a set of aspects of the organization of the recovery in study that could be improved were identified, for which was proposed an action plan.

It is expected that the implementation of the proposed action plan will promote the improvement of the care provided in the recovery of the hospital under study, for the various stakeholders involved.

Keywords:

Hospital management, post anesthetic management, patient safety

JEL Classification: M19

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABELAS.....	v
ÍNDICE DE QUADROS	v
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	3
2.1. Teoria da Transição de Meleis.....	3
2.2. Protocolo da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos	4
2.2.1. Procedimentos e Intervenções de Enfermagem – Admissão.....	4
2.2.2. Permanência na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos – Vigilância, Despiste e Tratamento de Complicações.....	6
2.2.3. Minimizar a dor no pós-operatório imediato.....	6
2.2.4. Alta da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.....	8
2.3. Gestão do Recobro	8
2.4. Infecções Hospitalares.....	15
3. METODOLOGIA.....	17
4. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL DO RECOBRO DO HOSPITAL EM ESTUDO	18
5. PLANO DE AÇÃO	25
6. CONCLUSÃO.....	29
BIBLIOGRAFIA	32
ANEXOS	34
ANEXO A.....	34
ANEXO B	35
ANEXO C	36
ANEXO D.....	37
ANEXO E	41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Fases do recobro anestésico	12
Tabela 2 - Identificação dos problemas, determinação das ações para a resolução dos problemas e vantagens de implementação das mesmas.	28

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de alta das UPCA – Escala de Aldrete	14
---	----

1. INTRODUÇÃO

Em 1846 realiza-se a primeira cirurgia com anestesia geral, data a que se associa o início do século da anestesia moderna (Thorwald, 2002). Com esta, nasce também o conceito de recuperação pós-anestésica, sendo este um período crítico no qual a vigilância é determinante para os resultados de saúde dos doentes. De facto, as complicações anestésicas ou pós-operatórias tendem a ocorrer neste período, sendo as mais comuns de origem respiratória e circulatória (Alvelar, 1991).

Neste sentido, as Unidades de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) foram criadas com o intuito de monitorizar e prestar cuidados de saúde aos doentes no referido período de vulnerabilidade, a fim de reduzir a mortalidade pós-anestésica e pós-operatória, agilizar o trabalho das unidades de internamento, aumentar a segurança dos cuidados para o doente e minimizar possíveis complicações evitáveis ou reduzíveis com monitorização (Possari, 2003).

A assistência prestada nas UCPA deriva das atividades planeadas para o pós-operatório específico de cada doente, sendo a monitorização e observação constante os instrumentos que permitem gerir complicações emergentes até à estabilização do doente (Basso & Piccolli, 2004). Para tal, estas unidades devem ter critérios de admissão e alta, integrar o anestesista para as complicações pós anestesia, assim como o tipo de anestesia e o ato cirúrgico; a gestão pós operatória assegura este tipo de complicações, e assegura a gestão de vagas e altas dadas no recobro. Isto mostra que um melhor acompanhamento pós aoperatório leva a uma melhor gestão das vagas no recobro.

Não obstante, como em qualquer unidade de cuidados de saúde, existem fatores que influenciam a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente: segurança, adequação do tempo de resposta, eficácia, eficiência, e individualização. De facto, a prestação de cuidados das UCPA deve visar o bem-estar dos doentes, evitando prejudicá-los de qualquer forma; deve ser atempado e preciso na resposta que dá às necessidades de saúde do doente; deve ser baseado em conhecimentos científicos válidos e atuais; deve assegurar a melhor relação custo-benefício; deve ser equitativo para todos os doentes independentemente de características não determinantes para o sucesso dos cuidados; e deve integrar e responder às preferências, valores e necessidades de cada doente, na sua individualidade (Institute for Health Care Research and Improvement, 2009; Kuo *et al.*, 2011).

Em suma, para que o propósito das UCPA seja assegurado e com a qualidade devida, o modelo de gestão que lhes está subjacente deve garantir o melhor e mais correto fluxo de trabalho e prestação de cuidados.

Assim, este projeto tem como âmbito o diagnóstico da organização de uma Unidade de Cuidados Pós Anestésicos de um Hospital privado de Lisboa, identificação dos aspetos que requerem melhoria, assim como a definição de um plano de ação para a reorganização do serviço, por forma a cumprir as diretrizes científicas, técnicas (dos órgãos com competência para o efeito) e as melhores práticas de mercado (as quais constam da revisão de literatura).

Este estudo encontra-se dividido em seis capítulos. No Capítulo 1 é apresentada a introdução do trabalho, o seu enquadramento e objetivos. O Capítulo 2 apresenta uma revisão de literatura sobre a teoria de transição de Meleis, o protocolo da unidade de cuidados pós-anestésicos, gestão do recobro e infeções hospitalares. No Capítulo 3 é apresentada a metodologia utilizada neste estudo. O diagnóstico da situação atual do recobro em estudo consta do Capítulo 4, ao qual prossegue uma proposta de plano de ação no Capítulo 5. Por fim, o Capítulo 6 apresenta as principais conclusões do trabalho.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Teoria da Transição de Meleis

Esta teoria vai de encontro precisamente a uma transição existente que vai de uma condição muito significativa de saúde, sendo esta através de processos e estados do utente, através de uma condição posta pelos profissionais de saúde (anestésica ou cirúrgica). Esta alteração provoca alteração não só do estado de saúde mas também do estado de consciência e de comportamentos.

Devido à sua natureza, as transições podem ser de desenvolvimento, situacionais ou de saúde/doença (Meleis, 1997). Meleis e Trangenstein (1994) afirmam que a enfermagem se relaciona com o processo de experiências humanas de transição, no qual a saúde e o bem-estar podem ser considerados resultados da intervenção.

Meleis, 2010 dirige-se aos enfermeiros como sendo os profissionais de saúde que olham para o ser de uma forma holística, avaliando a saúde/doença de um individuo, acompanhando esta mudança transitória com intervenção ativa.

Meleis em 1997 diz que o ser humano é um ser vulnerável a doenças devido ao meio que o cerca, necessitando por isso de cuidados básicos de saúde. Uma pessoa doente física ou mentalmente, pode deixar de conseguir autocuidar e deixar de conseguir fazer as suas atividades de vida diária, por isso a intervenção individualizada por parte dos enfermeiros é de extrema importância. Esta transição de saúde, não requer propriamente um estado de doença, mas o simples fato de não haver as condições para o autocuidado requer a intervenção necessária.

O ser humano ao viver situações diferentes do estado natural, pode haver um desajuste da sua atividade física e mental e nestes casos cabe aos profissionais de enfermagem criar estratégias para voltar a ajustar a condição normal de vida do individuo, fazendo uma avaliação e supervisão continua, ajustando estratégias sempre que necessário.

Um dos atos de enfermagem, tem a ver com o conseguir reabilitar um utente para que volte as suas ações de vida diária, dispondo estratégias, orientando os utentes. Os enfermeiros são os principais responsáveis pela ajuda na mudança destas ações de vida diária, sendo também os cuidadores principais quer em relação ao doente quer à família do mesmo, através de ensinamentos e estratégias facilitadoras. De acordo com Meleis e Trangenstein (1994) o domínio da enfermagem

tem nas suas funções estes conhecimentos assim como as intervenções terapêuticas sendo este o papel mais importante dos enfermeiros, sempre com intuito de alcançar o bem estar do utente.

(Meleis *et al.*, 2000, p.13), diz que os enfermeiros é que preparam as pessoas para estas vivências de transições.

Esta teoria aplica-se também nos enfermeiros de recobro, visto estes terem conhecimentos e estratégias dirigidas a este tipo de utentes e famílias, estratégias como: Medicação a tomar, cuidados a ter quer anestésicos quer cirúrgicos, prevenção da dor, sinais de alerta etc..

Importa também considerar as recomendações específicas da Direção Geral de Saúde. Esta aconselha uma capacidade de 1 a 2 camas por sala de bloco operatório, espaço mínimo de 12 a 15 m²/cama, assim como a presença dos seguintes equipamentos junto de cada uma: oxímetro de pulso, eletrocardiograma, monitor de pressão arterial não invasiva e invasiva, cobertores e equipamentos de aquecimento.

Cada UCPA deve também ter um carro de emergência, desfibrilhador e unidade de via aérea. A transferência para esta deve ser assegurada com o acompanhamento de toda a informação relevante, sendo fundamental a verificação e registo do estado do doente: estado de consciência, patência da via aérea, estado físico, técnica anestésica, procedimento realizado, fluídoterapia e eventos adversos (Mourão *et al.*, 2018).

2.2. Protocolo da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

2.2.1. Procedimentos e Intervenções de Enfermagem – Admissão

No momento da admissão é transmitida a informação relevante pela equipa anestésica, enfermeira e/ou médico anestesista à Enfermeira responsável pelo utente, nomeadamente:

- Nome e idade;
- Antecedentes pessoais relevantes;
- Diagnóstico e cirurgia/procedimento realizado;
- Tipo de anestesia;
- Intercorrências verificadas;
- Terapêutica administrada (analgesia, antibioterapia e outras);
- Necessidade ou não de meios complementares de diagnóstico.

Seguidamente são efetuados os primeiros registos:

- Sinais Vitais;
- Estado de consciência;
- Soros e perfusões em curso;
- Drenos e cateteres;
- Estado do penso operatório.

No fim da cirurgia, saber receber o utente que vem fazer recobro, (chamada fase pós-operatória) passa por:

- Proceder ao acolhimento do utente recebendo a informação pela equipa anestésica;
- Estado do utente à saída da sala de operações;
- Indicações específicas para o pós-operatório imediato;
- Proceder à realização de medidas de conforto/segurança do utente, despiste e tratamento de complicações;
- Monitorização de parâmetros vitais (FC, TA, SpO₂, Ciclos respiratórios. Compará-los com os do pré-operatórios. Deve ser feito a cada 15 minutos na primeira hora e 30 minutos no tempo seguinte.
- Administração de O₂ se necessários, por óculos nasais ou máscara de *venturi* para manutenção de valores de saturação periféricos idênticos aos do pré-operatório.
- Providenciar aquecimento;
- Verificar níveis de soros e perfusões em curso;
- Verificar drenos e locais de inserção de cateteres;
- Aplicar a terapêutica de analgesia prescrita de acordo com a escala da dor; assim como a terapêutica antiemética prescrita se necessário; seguindo o protocolo da dor.
- Verificar a função neuromuscular, principalmente em utentes submetidos a anestesia loco-regional;
- Vigiar o globo vesical, especialmente em utentes submetidos a bloqueio subaracnoídeo e efetuar esvaziamento vesical ou algaliação se necessário;
- Em utentes algaliados, verificar permeabilidade do cateter vesical, características da urina e débito urinário;
- Fazer registos na folha de enfermagem;
- Avaliar critérios de alta segundo a escala de Aldrete modificada, na aplicação

informática e em papel para processo do utente;

- Efetuar o processo de alta no sistema.

2.2.2. Permanência na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos – Vigilância, Despiste e Tratamento de Complicações

Os parâmetros registados quando o utente é admitido, deverão ser periodicamente reavaliados (a cada 15 minutos na primeira hora e 30 minutos no restante tempo):

- Função respiratória – cerca de 2/3 das complicações anestésicas descritas;
- Função cardiovascular – vigiar ritmo cardíaco e perfil tensional;
- Função neuromuscular – particularmente em utentes submetidos

a técnicas anestésicas loco-regionais;

- Dor – quantificada com recurso a escalas;
- Hipotermia – muito frequente por vários fatores;
- Náuseas e vômitos – a mais comum das complicações anestésicas.

2.2.3. Minimizar a dor no pós-operatório imediato

O pós-operatório é o período durante o qual se observa e se assiste a recuperação de pacientes em pós anestésico e pós “*stress*” cirúrgico; pacientes vindos da sala de cirurgia eletiva, que tenham sido submetidos a anestesia de uma única ou várias especialidades.

Neste âmbito são várias as atividades a desenvolver:

- Aplicar protocolo de dor (Anexo I);
- Conhecer os fármacos existentes para a terapêutica de analgesia;
- Conhecer a medicação existente no serviço, assim como saber consultar no sistema informático a terapêutica prescrita pelo médico;
- Saber preparar a terapêutica prescrita de forma segura;
- Identificação da localização do material existente e necessário à prestação de cuidados de Enfermagem; (Saber onde está a medicação);
- Avaliar a dor do utente recorrendo a escalas usadas na unidade. (escala da dor)
- Detecção de alteração de sinais vitais relacionados com a dor (Taquicardia, aumento da tensão sistólica);
- Avaliar fácies do utente relacionando-o com a escala da dor.

De acordo com as diretrizes da *American Society of Anesthesiologists*, todos os doentes que receberam anestesia geral, local ou cuidados de anestesia monitorados devem ser alvo de cuidados pós-anestésicos adequados numa UCPA, onde são monitorizados de forma robusta. A gestão destas unidades é realizada de acordo com as primeiras duas de três fases de recuperação comumente estabelecidas para o período pós-anestésico, a saber:

- Fase 1 (*recuperação precoce*)

Reflete a transição do cuidado prestado maioritariamente por anesthesiologistas para aquele prestado por enfermeiros da UCPA. Assim, vai desde a descontinuação da anestesia até ao doente recuperar a consciência, função respiratória e reflexos protetores das vias aéreas;

- Fase 2 (*recuperação intermediária*)

É a fase de recuperação da anestesia necessária para preparar o doente cirúrgico para receber alta das instalações médicas. Muitos sistemas de pontuação diferentes são usados para avaliar a recuperação do paciente nesta fase. A pontuação de Aldrete, por exemplo, é uma escala de dez pontos baseada no movimento das extremidades, respiração, pressão arterial, consciência e saturação de oxigénio.

- Fase 3 (*recuperação tardia*)

Ocorre fora das UCPA e engloba a recuperação psicológica, física e social completa e retorno ao trabalho (Yarborough et al., 2012).

Os critérios fundamentais para determinação da evolução entre as fases e eventual alta médica são (Yarborough et al., 2012):

- sinais vitais estáveis;
- orientado para a fase pré-operatória;
- náuseas e vômitos mínimos;
- dor controlada;
- sem sangramento significativo relacionado ao(s) procedimento(s).

Os seguintes procedimentos tendem a despoletar um fluxo paralelo (“*fast-tracking*”) (Yarborough et al., 2012):

- a maioria dos procedimentos oculares;
- algumas cesarianas;
- alguns cateterismos cardíacos;
- a maioria das endoscopias gastroenterológicas;

- a maioria dos procedimentos radiológicos especiais com cuidados de anestesia monitorizados;
- a maioria dos pacientes com bloqueio regional como anestesia cirúrgica para os seus procedimentos.

Todos os procedimentos de monitorização e registo devem ser padronizados internamente nas UCPA, em alinhamento com as orientações das entidades de saúde competentes.

2.2.4. Alta da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

A utilização de instrumentos e escalas (Aldrete modificada e de morse) permitem de forma objetiva avaliar as condições necessárias para a transferência ou mesmo a alta domiciliária do utente, sendo fundamental para garantir a qualidade dos cuidados e a segurança do utente.

A escala de Aldrete modificada tem um total de 14 pontos. A saída do utente da UCPA ocorrerá quando o somatório destes pontos for igual ou superior a 12 e que em nenhum se considere o valor 0. Na alta domiciliária é considerado um outro item relacionado com a capacidade de marcha do utente.

A existência da UCPA oferece segurança aos utentes, economiza meios e permite que os blocos operatórios funcionem de modo mais eficiente.

O período pós-anestésico é considerado crítico e de grande vulnerabilidade do utente, pela conjugação dos riscos associados à cirurgia e à anestesia. Cerca de 50% dos acidentes anestésicos ocorrem na primeira hora de recobro, os cuidados de enfermagem na UCPA assumem particular relevância para responder aos problemas deste período tão importante. O enfermeiro é o elemento-chave da equipa multidisciplinar nestas unidades. As intervenções de enfermagem devem ser entendidas como elo de ligação entre a cirurgia e a alta hospitalar.

2.3. Gestão do Recobro

Em 1859, Florence Nightingale dá início á necessidade de haver reestruturação para criar condições mais específicas a todos os utentes que tenham sido submetidos a procedimentos cirúrgicos ou anestésicos, em que estes ficavam em vigilância continua até recuperarem da anestesia (estado de consciência), (AESOP, 2006).

Sendo no período de guerras, épocas de grande reviravolta na saúde, a segunda guerra mundial não foi exceção, pois trouxe cirurgias mais complexas, anestésias mais adequadas, e; por essa razão os cuidados pós operatórios também tiveram de ser ajustados com mais complexidade. De acordo com a AESOP (2006), uma vigilância mais apertada no pós operatório imediato diminui em 50% o risco de morte. Em 1951, Lowenthal e Russel, conforme relata Henriques (2011), comprovaram que a importância dos cuidados pós operatórios imediatos têm de ter :

- Recursos humanos competentes;
- Equipamento funcionais e com capacidade de dar resposta às necessidades;
- Anestesia acompanhada e vigiada;
- O recobro deve estar próximo ao bloco operatório;
- O espaço físico do recobro tem de estar adequado aos enfermeiros e utentes;

O American Society of Post Anesthesia Nurses surge em 1980 onde reconhece a especialidade pós anestésica como algo crucial para os cuidados (ASPAN) (AESOP, 2006).

De acordo com Marshall e Chung (1999), diz que a passagem do doente no recobro é o período que começa no fim de uma cirurgia/anestesia e vai até à recuperação do estado consciente e fisiológico pré-operatório imediato do doente. Por sua vez, Lages et al. (2006) diz que o período de recobro ou período pós-anestésico é o tempo que se segue imediatamente à cirurgia ou a um diagnóstico efetuado que tenha sido submetido a anestesia geral, loco-regional ou sedação. Os doentes vão do bloco operatório para o recobro onde estão vigiados de forma contínua, promenorizada e com monitorização adequada, para que sejam detetados de forma precoce incidentes relacionados com o ato anestésico ou cirúrgico.

O médico anestesista sai do bloco operatório e passa a acompanhar o doente no pós-operatório imediato, (não tem necessariamente de ser o mesmo anestesista) surgindo as unidades de cuidados pós-anestésicos (UCPA) (Lages et al., 2006).

Estas unidades estão equipadas com material que possam assistir o doente no pós operatório imediato.

Um pós cirurgico/anestésico é um período de grande exposição e os doentes ficam muito vulneráveis por isso se torna um período crítico e por isso os cuidados de enfermagem têm uma grande relevância no recobro. (Associação dos Enfermeiros das Salas Operatórias - AESOP, 2006).

Num período inicial, o recobro estava apenas relacionado com o tratamento precoce de complicações anestésicas e cirúrgicas no pós operatório imediato; mas segundo Lages et al, 2006,p.18 estas unidades começam a surgir também como elo de ligação na alta hospitalar dos utentes.

Marshall e Chung, (1999) e Lages (2006), estudaram várias questões no sentido de dinamizar o espaço físico do recobro como o numero de camas, enfermeiros especialistas em cuidados pós operatórios, numero de enfermeiros por turno, doentes com necessidades de admissão, monitorização aquada e contínua e todos os critérios de alta que se devem aplicar.

A tabela original de Aldrete segundo White & Song, 1999, foi criada para nos cuidados pós anestésicos para existir uma avaliação da recuperação pós anestésica, assim como os sinais vitais e logo de inicio o estado de consciência do doente. Esta escala é utilizada também para a alta do doente.

Em 2006 Lages et al.; acrescentou a escala de Aldrete a avaliação da dor, o controlo de náuseas e vômitos reunindo de forma mais completa a avaliação do doente quer na chegada quer na saída do recobro.

Com o passar dos anos e com a evolução do ato anestésico e mesmo cirúrgico, assim como os fármacos administrados que têm uma eliminação rápida e antagonistas para os mesmos, em 1970 foi proposto para a escala de Aldrete uma monitorização do doente que seja viável para a alta do mesmo, e estes critérios foram baseados em 5 variáveis: 1- Capacidade de mover braços e pernas, só braços, só pernas ou nenhum das extremidades ; 2- Respiração, com capacidade de respirar profundamente com bons níveis de saturação periferica, conseguir tossir, se tem ou não dispneia, apneia ou respiração artificial; 3- Avaliação da tensão arterial que se considera normal com 20% de diferença aos valores pré anestésicos; 4- Estado de consciência; indica se o doente está despertável, sonolento, acordada ao chamamento ou não acorda; 5- Se o doente tem cor normal, se está pálido ou cianosado.

A cada um destes itens, são atribuídos um valor de 2, 1 e 0, em que 2 é atribuído quando cumpre os parâmetros, 1 é atribuído quando existe variações nos parâmetros e 0 quando os parâmetros estão ausentes.

É importante dizer que os critérios de alta também incluem a tolerância do doente na ingestão de líquidos e na capacidade de micção espontânea .

Assim sendo, os critérios para a admissão do recobro devem abranger:

- Tipo de Anestesia;
- Cirurgia realizada;
- Anamnese e história clínica e antecedentes pessoais do doente;
- Estado de Consciência
- Acessos venosos periféricos;
- Aporte de O₂;
- Tensão Arterial
- Frequência cardíaca e respiratória;
- Perdas hemáticas – Drenos (Volume drenado no BO e comparar com o volume drenado na UCPA)
 - Avaliação da ferida cirúrgica (tipo de penso se está externamente limpo e seco)
 - Avaliação de perdas dos drenos e urogenitais;
 - Farmacologia a administrar (prescrita)

Os critérios de alta do recobro são os seguintes:

- Estado e consciência- Tem que estar consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa.
- Hemodinamicamente estável (normocárdico, normotenso, eupneico, sem queixas algícas e com boas saturações periféricas)
- Penso cirúrgico externamente limpo e seco;
- Se houver drenos, verificar o conteúdo e quantidade perdida;

Os autores acima indicados concluíram que a organização e estruturação e bom funcionamento do Recobro, dependem de um bom trabalho de enfermagem e cooperação com o bloco operatório.

Henriques, 2011 refere que os cuidados de enfermagem no recobro devem incluir dois pontos importantes: promoção da segurança do doente e tomada de medidas de bem estar e conforto do doente.

Segundo o autor e de acordo com a AESOP (2006), a utilidade do recobro consta na redução da mortalidade dos doentes submetidos a cirurgia/anestesia, e; não menos importante, reduzir o tempo de internamento e hospitalização.

Durante a permanência do doente no recobro, o enfermeiro deve responder as necessidades deste:

- Avaliação contínua e permanente do pós operatório;
- Deve ter todo o material para antecipar qualquer complicação anestésica ou cirúrgica;
- Saber intervir num momento de complicação com o material necessário disponível e funcional;
- Deve de manter um elo de ligação com o bloco operatório, anestesista de serviço ao recobro assim como com os familiares do utente.

Segundo Henriques (2011), o recobro anestésico pode ser dividido em três fases distintas, conforme se apresenta na Tabela 1.

Fase um	<ul style="list-style-type: none">• Doente recupera as funções cognitivas• Doente cumpre ordens simples• Doentes sustentam a cabeça durante 5 segundos• Doente consegue respirar fundo• Doente consegue tossir eficazmente
Fase dois	<ul style="list-style-type: none">• Doente recupera as funções psicomotoras
Fase três	<ul style="list-style-type: none">• O estado fisiológico do doente deve regredir até ao estado pré operatório;• Total recuperação das funções mentis, físicas e psíquicas

Tabela 1- Fases do recobro anestésico

Fonte: Henriques (2011)

As funções do enfermeiro começam mesmo antes da chegada do doente ao recobro, pois é necessário planear todos os recursos para receber o doente; tais como: ter todas as unidades preparadas, ter acessíveis ventiladores, monitor de parâmetros vitais, aquecedor corporal, aquecedor de soros, rampas de oxigénio e aspiração funcionais, assim como todos os fármacos e kits repostos. (AESOP, 2006).

A unidade de recobro é um local muito diferenciado, por isso os profissionais de saúde devem de estar aptos a intervir em situações urgentes/emergentes. O próprio espaço deve de estar de forma a ser acessível de forma a reorganizar o espaço sempre que houver necessidade e todos os equipamentos devem ser testados e controlados para estarem funcionais em qualquer situação crítica.

Assim sendo, os diagnósticos de enfermagem no recobro devem incidir em: vigilância permanente do doente, como o estado de consciência; melhoria e manutenção cardio respiratória e renal assim como o equilíbrio electrolítico; ; avaliar e reavaliar a dor; bem estar físico como o posicionamento, aquecimento etc.; Vigiar a pele, as mucosas, as alterações motoras, vigiar náuseas e vômitos. (AESOP, 2006).

Enfermeiros especializados nas unidades de recobro, são peças fundamentais para os cuidados diferenciados e sucesso no pós operatório, o que faz com que se libertem vagas de internamento e de Unidades de Cuidados Intensivos, para doentes mais complexos e em falência orgânica. (Fox et al., 1999).

A compreensão do funcionamento das UCPA decorre da recolha e análise de informação variada sobre as suas regras de gestão do trabalho e de prestação de cuidados, sendo que Lages et al. (2006) delimitam as seguintes questões como centrais nesta discussão:

- Espaço físico;
- Número de camas e ratio em enfermagem;
- Presença física de anestesiológista;
- Tipo de doentes a admitir
- Analisar se a UCPA admite doentes de cirurgias realizadas em ambulatório ou existe regulamentação de critérios para um fluxo paralelo (“fast-tracking”).
- Tempo de permanência
- Tipo de monitorização

A monitorização realizada na UCPA deve integrar sistematicamente as funções respiratória (nomeadamente mas não apenas por análise periódica da patência da via aérea, da frequência respiratória e da saturação de oxigénio) cardiovascular (medição da pressão arterial e frequência cardíaca e, quando necessário, eletrocardiograma), neuromuscular (exame físico ou, em doentes com antecedentes neuromusculares, com neuroestimulador) e neurológica, de dor e controlo de náuseas e vômitos (com recurso a escalas estandardizadas para o efeito). Doentes com

determinados antecedentes devem ainda ser sinalizados e monitorizados noutros âmbitos, por exemplo no que concerne ao estado de hidratação. Tais exceções devem estar protocoladas.

- Critérios de alta

Identificação e análise dos critérios de alta estabelecidos, sua adequação e cumprimento, tendo por base o indicado.

Critérios de alta	Score
Nível de consciência	
Acordado e orientado	2
Despertável à estimulação mínima	1
Resposta a estímulos dolorosos/sem resposta	0
Estabilidade hemodinâmica	
Diminuição da TA < 15% relativamente aos valores prévios	2
Diminuição da TA 15% - 30% relativamente aos valores prévios	1
Diminuição da TA > 30% relativamente aos valores prévios	0
Estabilidade respiratória	
Ventilação e tosse eficaz; SatO ₂ >90%	2
Presença de 1 ou + sinais de dificuldade respiratória; tosse eficaz; Sat >90%	1
Sinais de dificuldade respiratória; tosse ineficaz; Sat O ₂ <90%	0
Dor pós-operatória	
VAS<3 ou dor ligeira	2
VAS 3-7 ou dor moderada	1
VAS>7 ou dor severa	0
Náuseas e vômitos pós-operatória	
VAS<3 ou náuseas ligeiras sem vômitos activos	2
VAS 3-7 ou náuseas e vômitos transitórios	1
VAS>7 ou náuseas e vômitos persistentes	0
Actividade física (aplicável para pós-operatório de anestesia do neuroeixo)	
Reversão total do bloqueio motor	2
Reversão parcial do bloqueio motor	1
Sem reversão do bloqueio motor	0
Hemorragia cirúrgica	
Mínima: sem necessidade de mudança de penso cirúrgico	2
Moderada: necessidade de mudança de penso cirúrgico 1 a 2 vezes	1
Severa: mudança de penso cirúrgico 3 vezes	0
Total máximo	14

O doente tem alta da UCPA quando apresentar uma pontuação ≥ 12 com um mínimo de 1 por cada parâmetro.

Quadro 1 – Critérios de alta das UPCA – Escala de Aldrete

Fonte: Lages *et al.* (2006)

Mas antes da alta do recobro deve-se:

- Dar indicações específicas para o pós-operatório imediato;
- Proceder à realização de medidas de conforto/segurança do utente, despiste e tratamento de complicações;
- Monitorização de parâmetros vitais (FC, TA, SpO₂, Ciclos respiratórios. Compará-los com os do pré-operatórios. Deve ser feito a cada 15 minutos na primeira hora e trinta minutos no tempo seguinte.

- Aplicar terapêutica de analgesia prescrita de acordo com a escala da dor; assim como a terapêutica antiemética prescrita, se necessário;
- Verificar função neuromuscular, principalmente em utentes submetidos a anestesia loco-regional;
- Vigiar globo vesical, especialmente em utentes submetidos a bloqueio subaracnoídeo e efetuar esvaziamento vesical ou algaliação, se necessário;
- Fazer registos na folha de enfermagem;
- Segundo a indicação anestésica, providenciar ingestão de líquidos e sólidos;
- Avaliar critérios de alta segundo a escala de Aldrete modificada, na aplicação informática, (se score de 12 – informar a anestesia para providenciar internamento);
- Confirmar a presença do acompanhante;
- Realizar informaticamente a carta de alta de enfermagem assim como os ensinamentos relativamente aos cuidados no domicílio, medicação, nutrição, pensos e outros;

2.4. Infecções Hospitalares

Ao se evitar internamentos no Hospital e as cirurgias passarem a ser maioritariamente ambulatoriais, segundo o manual MSD (versão Saúde para a Família, 2018) evitam-se infeções adquiridas no hospital como infeções pulmonares e infeções do trato urinário, tendo os profissionais de saúde de recorrer a mais recursos para evitar este tipo de infeções. O utente ao adquirir este tipo de doença vai também aumentar o tempo de internamento, mais gastos para o hospital em medicação para o tratamento adequado.

Segundo também a agência nacional de saúde, cada dia de internamento num hospital, o aumento da infeção sobe em 1%. Entrando os utentes pelo recobro e saindo pelo mesmo com alta no próprio dia, vai diminuir este risco de infeção. No entanto, os utentes precisam de ter um acompanhamento pós-operatório pela parte do hospital para melhor prestação de cuidados:

- Focar cuidados pós-anestesia (não conduzir, permanecer acompanhado nas primeiras 24 horas, etc...);
- Solicitar transporte para o domicílio, se necessário;
- Verificar se o utente e o acompanhante possuem toda a informação e se querem colocar alguma dúvida;
- Saber fazer todo o processo de alta no sistema;
- Reforçar ensinamentos e encaminhar o utente para consulta, se necessário.

No dia seguinte, a partir das 12 horas, um Enfermeiro do recobro deve ficar responsável pelos telefonemas do dia seguinte (Anexo E):

Estes telefonemas consistem em contactar o utente (ou pessoa referenciada) para saber informações importantes como:

- Teve dores?
- Recorreu a analgesia prescrita?
- Passou bem a noite?
- Teve perdas hemáticas?
- Fazer perguntas específicas a cada tipo de cirurgia;
- Encaminhar, se necessário, para o médico.

Com este melhoramento de atendimento, o utente fica mais acompanhado e garantimos a estabilidade do mesmo.

3. METODOLOGIA

A gestão e organização do recobro do hospital privado em estudo não segue totalmente os protocolos universais.

Tendo por base um diagnóstico da situação atual do recobro do hospital em estudo, através da observação dos processos e de reuniões com os responsáveis do hospital, assim como atendendo à revisão de literatura sobre a gestão e práticas dos serviços de recobro, foram identificados um conjunto de aspetos de organização do recobro em estudo suscetíveis de melhoria, para os quais foi proposto um plano de ação.

Assim, este estudo tem como objetivo geral a reorganização do recobro do hospital privado em estudo, tendo em vista suprir e ultrapassar os problemas e insuficiências identificadas nesse serviço de recobro.

Definem-se ainda os seguintes objetivos específicos para este estudo:

- Profissionais de saúde tenham acesso a todas as condições de segurança, quer para eles próprios quer para os utentes, de forma a garantir o bom funcionamento de acordo com as melhores práticas internacionais;
- Serviço de recobro siga os protocolos universais (que possam ser aplicados em qualquer unidade de recobro);
- Diminuir as infeções hospitalares;
- Ocupar menos camas de internamento com doentes de cirurgia de ambulatório;
- Com o aumento do recobro possam ser efetuadas mais cirurgias ambulatoriais;
- Aumentar faturação do hospital.

4. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL DO RECOBRO DO HOSPITAL EM ESTUDO

O modelo de gestão das UCPA e a sua operacionalização é determinante para a qualidade dos cuidados de saúde prestados e para os resultados dos doentes. De facto, dada a criticidade do período pós-anestésico, é fundamental analisar a problemática da gestão que lhes está subjacente, a fim de recolher e discutir informação pertinente sobre as suas forças e fraquezas, por forma a potenciar uma melhor organização e gestão do serviço.

Neste momento o recobro do hospital em estudo encontra-se em frente ao Bloco Operatório e tem um total de quatro camas. O recobro apenas está em funcionamento durante o período em que o bloco operatório está em atividade, ou seja, das 8h00 às 23h00.

Em termos de processo, o utente sai do bloco operatório ainda em recuperação da anestesia efetuada (anestesia geral balanceada, anestesia geral endovenosa, raquianestesia, epidural, sequencial, sedação ou outra) e vai para o recobro para recuperação.

Aquando da passagem do utente do bloco operatório para o recobro, as informações do utente são passadas oralmente pelo enfermeiro que desempenhou as funções de anestesia na sala do bloco ao enfermeiro do recobro. Estas informações incluem dados como a identificação e idade do utente, antecedentes pessoais e cirúrgicos, intervenção cirúrgica a que foi sujeito, como correu a cirurgia, tipo de indução anestésica, medicação administrada durante a cirurgia (antibiótico, analgésicos, etc..). Esta passagem é acompanhada de uma folha de papel estandardizada pelo serviço. O utente entra no recobro monitorizado com um monitor de transporte (que mede o traçado cardíaco, frequência cardíaca, saturação e tensão arterial).

Aquando da entrada no recobro, o enfermeiro avalia o utente e escreve notas no sistema informático em campo aberto (sem qualquer padrão seguido, pelo que cada enfermeiro anota com o nível de detalhe e forma própria).

Relativamente ao processo de saída do doente do recobro (ou seja, o processo comumente denominado de alta), não existe qualquer processo formal instituído pelo hospital para avaliação do estado do doente, pelo que a decisão cabe ao enfermeiro e ao seu saber, mas sem qualquer suporte formal das várias escalas já disponíveis há muito na literatura e na prática clínica para o efeito, o que pode gerar problemas de segurança ao utente. Adicionalmente, caso alguma coisa corra mal com o doente após a alta, o enfermeiro que tomou essa decisão não tem qualquer suporte para se defender sobre o estado do doente aquando da tomada da decisão de alta. Assim, o enfermeiro dá alta do recobro ao utente após avaliação se o mesmo está acordado, consciente

e orientado, hemo-dinamicamente estável, e se a ferida cirúrgica está limpa, não usando qualquer escala de avaliação de dor, náuseas ou vômitos, nem de alta do utente.

Em termos de recursos humanos, apenas se encontra alocado ao recobro um enfermeiro por turno (turno da manhã - das 8h as 16h; turno da tarde - das 16h as 23h), não havendo qualquer médico anestesista de serviço ao recobro. Assim, se o enfermeiro tiver alguma dúvida ou se houver qualquer complicação com um utente no pós-cirúrgico, o enfermeiro tem de intervir de imediato, chamar ajuda, e um médico anestesista tem de sair do seu local de trabalho para poder vir ajudar na intervenção ao utente. Dependendo da gravidade da complicação, existe um carro de emergência à porta do recobro, partilhado com o serviço de internamento com medicação e apoio à manutenção da via aérea que o enfermeiro poderá utilizar.

O bloco operatório é de momento o responsável pela gestão do recobro em estudo.

É nomeado dois enfermeiros diariamente pelo chefe do Bloco, um enfermeiro para o turno da manhã (das 8h00 as 16h00) e um enfermeiro para o turno da tarde (das 16h00 às 23h).

Neste momento, o recobro tem capacidade para 5 camas. O utente quando sai da sala operatória é acompanhado pelo anestesista, enfermeiro de anestesia e auxiliar para o recobro. O doente vai monitorizado com um monitor portátil (onde se encontra registados os dados hemodinâmicos do utente desde o início da cirurgia até ter alta).

Existem rampas de oxigénio e aspiração na parede em cada cama do recobro e um carrinho de emergência à porta do recobro que é partilhado com o serviço de internamento.

O recobro tem também a medicação básica de um recobro, assim como algum material nas gavetas de algaliação, mudanças de pensos etc. No entanto, falta material específico para cada cirurgia.

O enfermeiro de anestesia transmite oralmente a informação cirúrgica e anestésica do utente ao enfermeiro que está no recobro. Esses dados estão escritos apenas em uma folha de papel que acompanha o processo do utente e de onde consta o nome, idade, antecedentes pessoais e cirúrgicos, tipo de cirurgia e anestesia administrada, medicação feita durante a cirurgia, drenos, pensos, horas de início e fim de cirurgia e anestesia, assim como qualquer outra informação relevante sobre o utente. Esta informação não consta de qualquer sistema informático.

O enfermeiro providencia o aquecimento, oxigénio se necessário, posicionamento, avalia o estado de consciência do doente, avalia a dor, observa os pensos cirúrgicos e drenos, drenagem vesical assim como tudo o que seja relevante.

O utente fica no recobro monitorizado, se houver queixas álgicas, o enfermeiro liga para a sala cirúrgica e pergunta ao anestesista que medicação deve administrar. Se necessário em caso

de não controlo da dor, agitação ou desorientação ou drenos com demasiado conteúdo da parte do utente, o anestesista sai da sala cirúrgica assim que possível e vem avaliar a situação procedendo o enfermeiro às indicações dadas.

Durante o período que o utente se encontra no recobro o enfermeiro vai avaliando o utente sempre que for necessário.

Se os pensos cirúrgicos estiverem repassados ou se for preciso esvaziamento vesical, o enfermeiro faz o procedimento comunicando sempre ao anestesista que está na sala de cirurgia.

Existe um campo no sistema informático do internamento, que permite escrever em campo aberto observações ocorridas no recobro.

Quando o utente cumpre todos os critérios de alta (acordado, consciente e orientado no tempo espaço e pessoa, dor controlada, sem perdas hemáticas significativas) o enfermeiro do recobro liga para o serviço de internamento para que os colegas venham buscar o utente, levá-lo onde procede a alimentação e a todos os cuidados necessários. Esta avaliação não consta de qualquer registo informático.

Após diagnóstico do recobro deste hospital, foram identificados os seguintes problemas que carecem de solução:

P1- Inexistência de critérios de entrada e de saída de doentes no recobro;

P2- Inexistência de protocolos/normas para os enfermeiros seguirem;

P3- Inexistência de material específico para determinadas cirurgias (kits) e de estupefacientes;

P4- Inexistência de um médico anestesista de serviço ao recobro, e de uma equipe física permanente de enfermagem;

P5- Inexistência de um auxiliar de ação médica de serviço ao recobro;

P6- Insuficiente número de camas para a atividade cirúrgica, que leva muitas vezes a alta precoce do utente para a enfermaria;

P7- Inexistência de um sistema de registo dos doentes no recobro e bloco operatório (toda a informação está em papel e é transmitida oralmente).

P8- Os doentes de cirurgia de ambulatório passam todos pelo serviço de internamento depois do recobro.

Face aos problemas identificados, foi elaborado um plano de ação para propor soluções aos mesmos, que se apresenta no capítulo seguinte.

5. PLANO DE AÇÃO

Após identificados os problemas de gestão e organização do serviço do recobro em estudo, será apresentado um plano de ação tendo em vista propostas de ações para solucionar os problemas identificados, os quais têm por base a boa prática clínica descritas na revisão de literatura. Este plano apresenta-se na Tabela 2.

Problema	Ações a implementar	Descrição das ações	Vantagens	Prioridade
P1 - Inexistência de critérios de entrada e de saída de doentes no recobro	<ul style="list-style-type: none"> Implementação da escala de Aldrete em sistema informático 	<ul style="list-style-type: none"> Colocação da escala de Aldrete no sistema informático em que o doente é avaliado aos 15 minutos, aos 30 minutos, aos 45 minutos e de hora a hora desde o momento que dá entrada no recobro; Pontuação maior ou igual a 12 o doente tem critérios de alta do recobro. O enfermeiro sempre que avalia o doente faz os registos na escala de Aldrete informatizada, escolhendo de forma rápida as opções. 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação mais pormenorizada do doente; Avaliação registada em sistema; Alta do recobro com critérios de segurança da parte do doente e do enfermeiro; Se algo correr mal com o doente após a alta, o enfermeiro tem o registo da avaliação da escala de Aldrete para se defender. 	Alta
P2 - Inexistência de protocolos/normas para os enfermeiros seguirem	<ul style="list-style-type: none"> Folha pré-anestésica (Anexo A); Implementação do protocolo de náuseas e vômitos (Anexo B); Implementação de protocolo de dor (Anexo C); Telefonema do dia seguinte (Anexo E) Implementação de protocolos específicos de determinadas anestésias e cirurgias; 	<ul style="list-style-type: none"> Protocolos acessíveis a qualquer enfermeiro do recobro; Protocolos devem de ser de consulta rápida e eficaz; Protocolos disponibilizados em sistema informático. 	<ul style="list-style-type: none"> Maior rapidez e eficácia nos cuidados; Normalização dos procedimentos para todos os utentes; Diminuição das prescrições passadas pelos médicos; Uniformização dos cuidados; 	Alta

	<ul style="list-style-type: none"> Os protocolos devem encontrar-se em sistema informático 		<ul style="list-style-type: none"> Registo e monitorização de todo o percurso do doente em sistema informático; Eficiência. 	
P3- Inexistência de material específico para determinadas cirurgias (kits) e de estupefacientes	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de kits no serviço de esterilização do hospital; Kits com material necessário unicamente para determinadas cirurgias; Kits devem de estar bem identificados. 	<ul style="list-style-type: none"> Kits devem ser feitos na esterilização para garantir a assépsia dos mesmos. 	<ul style="list-style-type: none"> Menor desperdício de material; Material acessível quando necessário; Eficiência. 	Média
P4- Inexistência de um médico anestesista de serviço ao recobro, e de uma equipe física permanente de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> A escala de médicos anestesistas deve ter diariamente um anestesista atribuído ao recobro, o qual será o responsável pelo recobro nesse dia; Escala de uma equipa permanente de enfermagem ao recobro, com a devida formação. 	<ul style="list-style-type: none"> O anestesista deve de dar apoio à equipe de enfermagem na tomada de decisões, implementação de protocolos e alta dos utentes do recobro; Os enfermeiros atribuídos ao recobro devem apenas prestar cuidados no recobro de forma rotativa e por turnos. 	<ul style="list-style-type: none"> Segurança nos cuidados prestados; Equipe mais consistente; Cuidados mais seguros e eficazes; Agilidade na dinâmica diária do recobro. 	Alta
P5- Inexistência de um auxiliar de ação médica de serviço ao recobro	<ul style="list-style-type: none"> Deve ser escalado um auxiliar por turno para o recobro; O auxiliar deve de estar de serviço unicamente ao recobro. 	<ul style="list-style-type: none"> Semanalmente na escala do recobro devem estar atribuídos os auxiliares para os turnos do recobro; Os auxiliares devem de ajudar os enfermeiros nos cuidados prestados aos doentes; Devem manter a limpeza do recobro, desinfetar as camas quando o doente tem alta, trocar o material usado por novo, entre outras funções. 	<ul style="list-style-type: none"> Equipe mais consistente; Maior agilidade nos cuidados; Maior agilidade na rotatividade dos utentes no recobro; Maior cumprimento do timing na entrada e saída do recobro dos utentes. 	Alta

<p>P6- Insuficiente número de camas para a atividade cirúrgica, que leva muitas vezes a alta precoce do utente para a enfermaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> Alargamento do recobro aumentando assim o número de camas. 	<ul style="list-style-type: none"> A enfermaria do piso onde se encontra o recobro deve de ceder o quarto ao lado (que de momento é atribuído a doentes internados), de forma a que os dois quartos possam ficar unidos num espaço único. Aumentar a visibilidade dos enfermeiros face aos utentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento do número de camas; Aumento da rotatividade dos doentes; Diminuição de alta precoce de doentes pós cirúrgicos; Aumento do número de cirurgias ambulatorias; Maior segurança do doente; Doente evita passagem pelo serviço de internamento, com a consequente diminuição do risco de infeção. 	<p>Alta</p>
<p>P7- Inexistência de um sistema de registo dos doentes no recobro e bloco operatório (toda a informação está em papel e é transmitida oralmente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Implementação de um sistema informático de registo de todo o percurso do utente no bloco operatório e no recobro, o qual deve estar integrado com os restantes sistemas de gestão de doentes existentes no hospital. O enfermeiro de anestesia no bloco, deve de deixar registado informaticamente os acontecimentos cirúrgicos e anestésicos da cirurgia. 	<ul style="list-style-type: none"> Implementação de um sistema informático de registo de todo o percurso do utente no bloco operatório e no recobro, o qual deve estar integrado com os restantes sistemas de gestão de doentes existentes no hospital; Passar para o sistema informático o constante na folha que atualmente é usada nos registos do utente. 	<ul style="list-style-type: none"> Registos simples e de consulta rápida; Informação que não se perde; Informação para eventos futuros; Maior comunicação entre os serviços; Informação em suporte digital de toda a informação sobre os doentes; Desmaterialização dos registos dos doentes; Eficiência. 	<p>Alta</p>
<p>P8- Os doentes de cirurgia de ambulatório passam todos pelo serviço de internamento depois do recobro</p>	<ul style="list-style-type: none"> Os doentes de cirurgia ambulatória passam a ter alta do recobro; O doente depois de acordado da anestesia, deve de tomar uma refeição leve (chá e bolachas) para ver se a alimentação é tolerada; 	<ul style="list-style-type: none"> Os doentes deixam e passar pelo serviço de internamento, tendo alta diretamente do recobro para casa, devem de sair acompanhados por uma pessoa de referência; 	<ul style="list-style-type: none"> Diminuição do número de internamentos; Mais cirurgias ambulatorias; Menos infeções hospitalares; 	<p>Média</p>

	<ul style="list-style-type: none">• O enfermeiro deve de fazer os ensinamentos ao doente sobre os cuidados a ter sobre a cirurgia;• Informar que no dia seguinte o enfermeiro irá fazer o telefonema do dia seguinte para saber o estado do doente;	<ul style="list-style-type: none">• Os enfermeiros explicam a medicação a tomar e os cuidados a ter assim como sinais de alerta;• O telefonema do dia seguinte, consiste em o enfermeiro do recobro fazer uma série de perguntas para perceber se tudo está dentro da normalidade. Se não for o caso é encaminhado para a consulta (ver Anexo E).	<ul style="list-style-type: none">• Internamento fica atribuído a doentes que necessitem mesmo de tal;• Doentes no conforto do lar, mas com acompanhamento à distância.	
--	--	--	--	--

Tabela 2 - Identificação dos problemas, determinação das ações para a resolução dos problemas e vantagens de implementação das mesmas.

Fonte- elaboração própria.

6. CONCLUSÃO

A prática de enfermagem tem como objetivo principal a promoção de cuidados de saúde individualizados ao longo de todo o ciclo vital. Vai atuar na prevenção da doença, na promoção de processos de reabilitação, na promoção de todas as necessidades humanas, assim como; a independência de cada individuo na realização das actividades de vida diária; adaptando da forma mais funcional possível a cada situação de saúde. (Hesbeen, 2001). Atendendo à especificidade e impacto destas funções, é crucial que as mesmas sejam desempenhadas com segurança para todos os intervenientes (hospital, recursos humanos e doentes), com eficiência e proporcionando o melhor resultado em saúde.

Tendo sido identificado que o recobro do hospital privado em estudo requer uma melhoria em termos de organização, foi realizado um diagnóstico da situação através da observação dos serviços e de reuniões com responsáveis do hospital. Com base no diagnóstico realizado, e tendo por base uma revisão de literatura sobre a gestão e práticas dos serviços de recobro, foram identificados um conjunto de problemas de organização do recobro em estudo, os quais requerem ações de melhoria, nomeadamente:

P1- Inexistência de critérios de entrada e de saída de doentes no recobro;

P2- Inexistência de protocolos/normas para os enfermeiros seguirem;

P3- Inexistência de material específico para determinadas cirurgias (kits) e de estupefacientes;

P4- Inexistência de um médico anestesista de serviço ao recobro, e de uma equipe física permanente de enfermagem;

P5- Inexistência de um auxiliar de ação médica de serviço ao recobro;

P6- Insuficiente número de camas para a atividade cirúrgica, que leva muitas vezes a alta precoce do utente para a enfermaria;

P7- Inexistência de um sistema de registo dos doentes no recobro e bloco operatório (toda a informação está em papel e é transmitida oralmente).

P8- Os doentes de cirurgia de ambulatório passam todos pelo serviço de internamento depois do recobro.

Ou seja, a UCPA deste hospital não cumpre com um conjunto de critérios de segurança, organização e gestão estabelecidos e amplamente reconhecidos como a boa prática.

Tendo por base as insuficiências detetadas, foi apresentado neste estudo um plano de ação que tem em vista o suprimento das mesmas, por forma a que este recobro passe a cumprir as

diretrizes científicas, técnicas (dos órgãos com competência para o efeito) e as melhores práticas de mercado (as quais constam da revisão de literatura).

De entre as propostas de ação de melhoria propostas, destacam-se:

- Introdução de critérios de admissão e alta dos utentes com segurança, implementando para o efeito uma escala de Aldrete que pode ser adaptada a qualquer recobro e que permite ficar registado todos os acontecimentos da estadia do doente no recobro;
- Implementação de protocolos no recobro, os quais são uma mais-valia para o bom funcionamento do mesmo, agilidade na atuação do enfermeiro e uniformização do serviço.
- Disponibilização no recobro de kits específicos para cada cirurgia, caso venham a ser necessários numa situação de urgência ou tratamento da ferida cirúrgica;
- Atribuição de um médico anestesista diariamente ao recobro (por forma a cumprir com as regras universais de boa prática clínica da unidade), assim como reforço da equipa com a devida formação, por forma a proporcionar cuidados de saúde mais seguros, complicações anestésicas mais controladas e alta dos doentes com mais segurança;
- Atribuição de um auxiliar de ação médica aos turnos do recobro, o qual permitirá maior agilidade da entrada e saída dos doentes, mantendo os cuidados de enfermagem mais ágeis e higienização mais eficaz do recobro;
- Alargamento do recobro, aumentando o número de camas, permitindo que o bloco possa realizar mais cirurgias consideradas ambulatoriais incrementando assim o número das mesmas coordenadas com o bloco operatório. Adicionalmente, o utente de cirurgia ambulatoria pode ter alta do recobro para casa, evitando assim um internamento no hospital, libertando o número de camas para doentes necessitados mesmo de internamento e conseqüentemente menos infeções hospitalares.
- Implementação de um sistema informático eficaz de registo dos doentes do recobro e do bloco operatório, o qual deve estar integrado com os restantes sistemas de gestão de doentes existentes no hospital. Esta ferramenta permitirá ter registos uniformizados e completos, passíveis de consulta sempre que necessário e com maior segurança da informação.
- Os doentes de cirurgia de ambulatório devem passar a ter alta diretamente para o domicílio (em vez de passarem sempre pelo serviço de internamento, como acontece atualmente). No momento da alta do recobro para o domicílio, o enfermeiro deve explicar todos os cuidados a ter, assim como deve tomar a medicação prescrita. O doente

não deverá sair sem ser acompanhado com algum familiar ou pessoa de referência, assim como não deve estar sozinho nas próximas 24 horas a seguir a cirurgia/anestesia. Caso aconteça o doente estar sozinho, deverá permanecer no serviço de internamento durante as 24h seguintes à cirurgia.

Com a implementação destas ações, o recobro passa a ter as condições necessárias para a segurança do utente e da própria equipa de enfermagem. Passa a ser um recobro mais eficaz, com um trabalho organizado de forma intuitiva, equipa mais consistente e dedicada unicamente à organização do recobro; esta organização passa por organizar recursos humanos e recursos materiais. O bom funcionamento do mesmo requer mais cooperação e organização com a equipa do bloco operatório e da esterilização, assim como com a equipa administrativa que agenda as cirurgias, trabalhando todos de forma organizada para o mesmo objetivo. Consequentemente esta reorganização e melhoria deste recobro irá permitir a realização de mais cirurgias no hospital, mais rotatividade de doentes no recobro e as enfermarias poderão dedicar-se assim a doentes unicamente com reais necessidade de internamento.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, W- *formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, formação e saúde, 2007
- ALVELR, M. C.Q. (1991). *A pratica do enfermeiro de centro cirúrgico*. Universidade de são Paulo.
- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DAS SALS OPERATÓRIAS- *Enfermagem perioperatória: Da Filosofia á prática dos cuidados de Lisboa*: Lusodidatictica, 2006.
- BASSO, R.S; & PICCOLI. M (2004). *Universidade de recuperação pós anestésica: diagnósticos de enfermagem fundamentados no modelo conceitual de Levine*. Revista eletrónica de enfermagem, 6 (3).
- COLLIÈRE, M-F- (2003) *Cuidar...A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- CUNHA, M.J.S. (2009)- *Investigação científica. Os passos da investigação ciêntífica no âmbito das ciências sociais e humanas*. Vila Real: Ousadias.
- DUARTE. A & MARTINS. O. (2014) - *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel- edições técnicas, lda.
- FORTIN, M (2003) *O processo de investigação: da conceção à realização*. Lusociência.
- FORTIN, M. F. (1999) *O processo de investigação: da conceção à realização*. Lusociência.
- HENRIQUES. C.J. (2011) *Cuidados de enfermagem Pós anestésicos*. Disponível em: <https://danielaenfperioperatoria.files.wordpress.com/2011/10/reflexao-i2.pdf>.
- HESBEEN, W. (2001) *Qualidade em enfermagem,. Pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência, Editores
- LAGES, N; FONSECA, C, & ABELHA, F. (2006). *Unidade de cuidados pós anestesicos – Tempo de defenir novos conceitos*. Revista SPA, 15(4), (pp.18-26).
- LE BOTERF, G. (2003) *Desenvolvimento a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Bookman-Artmed.
- LEITE, L. – *O enfermeiro especialista: Percurso e desenvolvimento profissional*. Limpos: Cuidados seguros. CUID'ARTE, 12(7): 6. Disponível em: <http://cuidarteseetubal.blogspot.pt/>.
- MELEIS, A.I. (1997) *Theoretical nursing: Development and progress (3rd Ed.)*. Philadelphia: Lippincott Co.
- MELEIS, A.I. (2010) *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.

PERDIGÃO, L. (2018). *Indicadores de segurança e qualidade em anestesiologia*. Revista da sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 37 (2), pp 23- 28.

PASSARI, J.F (2003). *Assistência de enfermagem na recuperação pós anestésica (RPA)*

THORWALD,J. (2002). *O século dos cirurgiões*. Hemus. Trabalho apresentado no 3º Painel intitulado “Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percurso e competências” no II Congresso da Ordem dos enfermeiros (2006). Acedido em: Ordem dos enfermeiros:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/LuciaLeite.pdf>

ANEXOS

ANEXO A

Folha Pré-anestésica

Nome do utente

Cirurgia a que se propõe

Verificar consentimento informado Anestésico e Cirúrgico, se tem conhecimento deste

Antecedentes pessoais; antecedentes cirúrgicos

Terapêutica que faz habitualmente

Cumpre Jejum? Desde que horas?

Tem alergias/reacção a algum medicamento, e qual;

Parâmetros vitais (TA, FC, SpO2);

Tem Hipertensão Arterial? SIM NÃO Faz medicação para tal? _____ Qual medicação?

_____ Fez a medicação hoje?_____

Tem Diabetes? _____ Fez a medicação hoje?_____ Qual é a medicação?

_____ Glicémia Capilar ____mg/dl Hora_____.

Faz medicação anticoagulante ou antiagregante?_____ Qual?_____ - Quando suspendeu?_____

Tem alguma infeção local/sistémica?_____

Tem meias anti-trombóticas (se necessário)

Retirou próteses e ornamentos_____

Fez duche com Cloro-Hexidina (ação antisséptica e desinfetante). Normalmente o uso deste “banho” é explicado na consulta de anestesia_____

Usar escala de Morse. (Escala para risco de quedas). Esta escala é feita no pré e no pós-operatório. Perguntar se teve episódios de quedas nos últimos 3 meses, e se sim, se precisou do apoio de marcha e qual?_____

ANEXO B

Protocolo de Vômitos

Início da Cirurgia

Droperidol 2.5mg/1ml (Diluir 1ml até 4cc e administrar 1cc que equivale a 0,625mg (Dose habitual)

Dexametasona (1f = 4mg) 2f até 8cc (fica 1mg/ml) (dose habitual – 8mg)

Fim da cirurgia/UCPA

Metoclopramida (10mg)

OU

Ondansetron (4mg) se ampola for de 8mg/4ml:

Diluir 1f até 8cc e administrar 4cc que equivale a 4mg

ANEXO C

Protocolo da Dor

- Verificar a medicação analgésica administrada no Bloco no intra-operatório;
- Paracetamol 1gr EV
- Metamizol de Magnésio 2gr EV
- Cetorolac 30 mg EV
- Parocoxib 40 mg Ev
- Tramadol 100mg EV

Se dor ainda instalada:

- Petidina 10mg
- Morfina 10mg

Comunicar ao médico anestesista o estado do utente e aguardar indicações.

ANEXO D

Protocolo para Raquianestesia ou Anestesia Raquidiana (Intra-tecal ou subaracnoídea)

Baseia-se na administração de anestésico local diretamente no líquido – dentro do espaço subaracnoide. (vértebras L4 e L5)

Ocorre um bloqueio nervoso reversível com perda da actividade autónoma, sensitiva e motora. Indicado para cirurgias do abdómen e membros inferiores.

Estabelece-se em +/- 5 minutos e tem duração de +/- 150 minutos, conforme a dosagem administrada.

Puncionar utente com *abocath* de calibre 20CH; com Lactato de Ringer de 1000ml, sistema de administração de soros, 1 torneira e 1 prolongamento.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Ver protocolo de cada médico (luvas, agulha de Raquianestesia; Agulhas e seringas)
- Carrinho de mesa;
- 2 campos não adesivos esterilizados (um para tapar a mesa depois de pronta);
- Perguntar ao médico se quer bata (não reforçada);
- Compressas de anestesia (1 pacote);
- Taça pequena;
- Pinça de desinfeção;
- Desinfetante (solução de iodo 1%, ou choroheixidina)
- Penso sem compressa pequeno;
- Bupivacaína (5mg/ml);
- Dar ao médico lidocaína 1% e sufentanilo (0,005mg/ml) ou morfina (depende da preferência do médico).
- Dar apoio ao médico anestesista;
- Avaliar sinais vitais do utente enquanto anestesia;

Complicações possíveis:

- Toxicidade sistémica;
- Hipotensão provocada por vasodilatação;
- Bradicardia;
- Dispneia,

- Cefaleia pós punção;
- Náuseas e vômitos;
- Bloqueio acidentalmente alto;
- Problemas de posicionamento, úlceras de pressão grau I por bloqueio a estímulos dolorosos e sensitivos. (Verificar sempre o posicionamento do utente)

Epidural

Baseia-se na aplicação de um anestésico em um espaço virtual entre o ligamento amarelo e a dura-mater. (vértebras L3 e L4)

Puncionar utente com abocate de 20 (cor de rosa); com Lactato de Ringer de 1000ml, sistema de administração de soros, 1 torneira e 1 prolongamento

Estabelece-se em +/- 20 minutos

Duração- +/- 240 minutos.

POSSIBILIDADE DE COLOCAÇÃO DE CATETER EPIDURAL – perguntar ao médico anestesista qual o medicamento que quer colocar dentro do DIB – normalmente usado Ropivacaína 7,5 com morfina)

- Carrinho de mesa;
- 2 campos não adesivos esterilizados (um para tapar a mesa depois de pronta);
- Campo com buraco;
- Perguntar ao médico se quer bata (não reforçada);
- Colocar no campo esterilizado o kit de cateter epidural;
- Compressas de anestesia (1 pacote);
- Agulha subcutânea, IM e de diluição.
- Taça pequena;
- Pinça de desinfecção;
- Desinfetante (solução de iodo 1%, ou choro-hexidina)
- Nacl 10ml;
- Penso sem compressa pequeno;
- Bupivacaina (5mg/ml);
- Lidocaina 1%;
- Pano amarelo;:
- Dar apoio ao médico anestesista;
- Avaliar sinais vitais do utente enquanto anestesia;

- Adesivo mefix medio e fita de adesivo maior para colocar ao longo da coluna.

Complicações possíveis:

- Hipotensão;
- Bradicardia;
- Toxicidade sistémica;
- Cefaleia pós punção;
- Extensão exagerada do bloqueio;
- Retenção urinária;
- Lombalgias.

Efeitos locais:

- Traumatismo;
- Hematoma;
- Isquemia;
- Infeção;
- Necrose;

Sequencial

Esta anestesia combina a Raquianestesia + Epidural

Em primeiro lugar é feita a Raquianestesia, de seguida o médico procura o espaço epidural.

Procedimento e material igual às anestésias anteriores.

Colocar carrinho de mesa;

- Colocar material;
- Dar a medicação anestésica;
- Posicionar o doente com o auxiliar;
- Dar adesivos;
- Posicionar o utente para a anestesia.

Anestesia de Bloqueio do Plexo Braquial

Cirurgia para anestesia membros superiores (muito usada na ortopedia e plástica)

Material:

- Carrinho de mesa;
- Campo para mesa;
- Ecografo;
- Compressas de anestesia esterilizadas,
- Luvas latex ou biogel para o médico;
- Agulha atraumática para bloqueio do plexo;
- Neuroestimulador (guardado no armário no aquario caixa preta)
- Electrodo (colocado ao nível do torax)
- Anestésico (perguntar ao medico anestesista qual quer);
- Preparar neuroestimilador (o médico anestesista diz a quanto quer);
- Colocar eletrodo no utente;
- Injetar anestésico (aspirando a cada 5 cc)

A Agulha de plexo:

Tem 2 terminações: uma que liga ao neuroestimulador; outra é para injectar o anestésico.

O neuroestimulador:

Tem 3 pontas:

- ponta preta – Agulha
- ponta preta mais grossa para o neuro-estimulador;
- ponta vermelha para o elétrodo.

ANEXO E

Telefonema do dia seguinte

- Como passou a noite?
- Teve dores? Recorreu à medicação prescrita?
- Teve náuseas ou vómitos?
- Como se encontra o penso da cirurgia?
- Tem alguma dúvida?