

AESOP

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES
VOL.XVII / N.º44 / JULHO 2020 / € 21,00 / ISSN 0874-8128

RECOMENDAÇÕES PARA A ABORDAGEM DE DOENTE

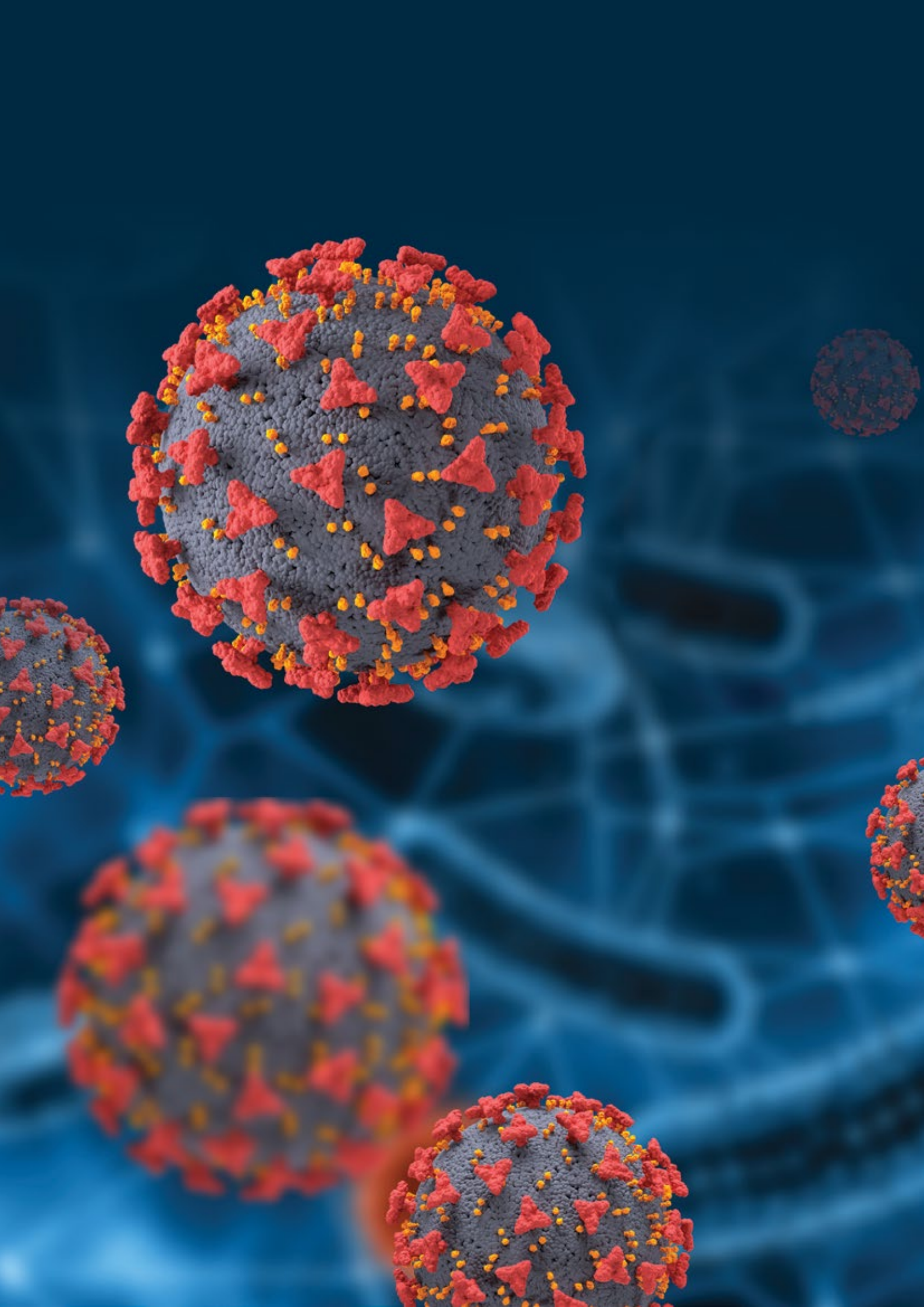
EM CONTEXTO
PERIOPERATÓRIO SUSPEITO,
PROVÁVEL, CONTAMINADO
OU INFETADO POR
SARS-CoV-2 (CoVid-19)

ORIENTAÇÕES PARA A RETOMA DA ATIVIDADE CIRÚRGICA ELETIVA NA FASE DE DESCONFINAMENTO (CoVid-19)



EDITORIAL

**GRAÇA MIGUEL E
MERCÈDES BILBAO**





Graça Miguel
Vice-presidente da AESOP



Mercedes Bilbao
Presidente da AESOP

PÁG.3

Editorial

-

PÁG.5

Recomendações para a abordagem de doente em contexto perioperatório suspeito, provável, contaminado ou infetado por sars-cov-2 (covid-19)

-

PÁG.16

Anexos

-

PÁG.23

Orientações para a retoma da atividade cirúrgica eletiva na fase de desconfinamento (covid-19)

-

PÁG.37

Anexos

-

A AESOP E O SEU COMPROMISSO COM A QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PERIOPERATÓRIOS

Num ano dedicado à enfermagem pela OMS, nada fazia prever que os enfermeiros iriam ser tão falados e o seu desempenho tão aplaudido. Afinal fizemos o que sempre fazemos e bem, de uma forma abnegada e profissional.

Decretada que foi a pandemia por SarsCov-2, os decisores políticos e as entidades de saúde foram produzindo orientações a um ritmo nunca visto dada a necessidade de ações urgentes, concertadas e normalizadas. No entanto, as especificidades dos cuidados de saúde perioperatórios no contexto desta pandemia, não foram consideradas pelas entidades reguladoras da saúde, como área prioritária a preparar, acompanhar e suportar.

Com a atividade cirúrgica de grande parte dos blocos operatórios nacionais suspensa, ou muito limitada, quer por constrangimentos de recursos humanos por mobilidade, quer por quarentena ou mesmo infeção declarada, era urgente publicar orientações para um contexto tão específico e complexo.

Foram as associações profissionais e sociedades científicas que, de uma forma antecipatória e vigilante, identificaram, integraram e divulgaram as recomendações e orientações técnicas que suportassem os cuidados de qualidade, a segurança dos profissionais e das pessoas em situação perioperatória com ou sem doença de CoVid-19 confirmada.

A AESOP, mais uma vez, sentiu-se chamada a intervir, à distância, com o apoio das tecnologias da comunicação. Os dias foram-se desdobrando em múltiplas reuniões, partilhando dúvidas e angústias, confrontando >

FICHA TÉCNICA

REVISTA AESOP

Vol.XVII / Nº44 / julho 2020

PROPRIEDADE E EDIÇÃO

Associação dos Enfermeiros de
Salas de Operações Portugueses - AESOP

SEDE, REDACÇÃO, ADMINISTRAÇÃO, PUBLICIDADE E ASSINATURAS

Av. do Brasil, 1, Piso 4 sala 1 e 2,
1700-062 Lisboa
E-mail aesop@aesop-enfermeiros.org

DIRECTORA

Madalena Pires

CONSELHO EDITORIAL

Anabela Madaleno
Dias Pinheiro
Filomena Postiço
Marília Henriques

CORPO EDITORIAL CIENTIFICO

António Manuel Martins de Freitas
Elena Noriega
Fátima Contente
Isaura Carvalho
José Fragata
Lucília Nunes
Lúcio Lara Santos
Luís António Sá Vieira de Medeiros
Mónica Pereira
Susana Ramos

DESIGN E PAGINAÇÃO

Overprint, Lda.

ASSINATURAS

Portugal > € 35,00

PUBLICAÇÃO

Semestral (abril e outubro)

ISSN

2184-092X

DEPOSITO LEGAL

147626/00

> necessidades, procurando informação fidedigna e alguma evidência para produzir orientações.

Neste âmbito, publicou e reviu as recomendações para os cuidados de saúde em contexto perioperatório em doentes CoVid-19 e colaborou em atividades científicas e publicações com associações profissionais congéneres, reguladores e grupos de profissionais, de forma a que os cuidados perioperatórios seguros fossem representados nesta área da saúde. Acompanhando a evolução da pandemia e antevendo as decisões das entidades de saúde, publicou também orientações para a retoma da atividade cirúrgica eletiva na fase de desconfinamento.

Pelo meio, adiamos assembleia geral e eleições, adiamos o nosso XIX congresso nacional para os dias 14 a 16 de outubro de 2020 num formato que será adaptado à situação atual e, só agora, publicamos a nossa revista.

Neste número da nossa revista, deixamos publicado, para consulta atual e memória futura, a compilação das orientações que a AESOP produziu, relativas ao contexto de CoVid19, ficando agora disponíveis e facilmente acessíveis.

Este período que atravessamos traduzir-se-á certamente num crescimento a nível profissional, mas também a nível pessoal. A forma como vivenciamos este desafio, como planeamos cuidados seguros em ambiente perioperatório, como integramos conhecimento na nossa intervenção, como garantimos cuidados seguros às pessoas em situação perioperatória e às equipas de saúde, como lideramos e somos liderados, podem constituir uma reserva de enorme valor. Esta partilha de reflexão e testemunhos poderá, ainda, ajudar a reformular um futuro padrão dos cuidados perioperatórios seguros.

Assim, no momento em que publicamos este número da nossa revista, lançamos um desafio para o próximo número que sairá em dezembro, deixe o seu testemunho para a rubrica:

“Vivencias perioperatórias em época de pandemia”.

Fica o convite, partilhemos as vivências e experiências, o que trouxe de novo, o que nos ensina a Covid19 em ambiente perioperatório.

Se estivermos seguros, seremos capazes!

Até breve.

Mercedes Bilbao

8 Julho 2020



RECOMENDAÇÕES PARA A ABORDAGEM DE DOENTE

EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

SUSPEITO, PROVÁVEL, CONTAMINADO OU INFETADO POR SARS-
CoV-2 (CoVid-19)



AESOP

Versão 2 - Abril 2020

A AESOP não efetuou per se qualquer ensaio/estudo experimental para aferir os resultados e conclusões recolhidos na literatura. Atendendo à rápida evolução da tecnologia e ciências da saúde, recomenda-se uma verificação independente dos métodos e dispositivos utilizados em cada situação à luz do conhecimento do momento.

A AESOP não assume nenhuma responsabilidade por qualquer dano a pessoas e/ou bens, em questões de responsabilidade civil, negligência, no uso de quaisquer métodos, produtos, instruções ou ideias aqui recolhidas. Estas recomendações em momento algum pretendem ser um substituto para o exercício de julgamento profissional de enfermagem ou médico.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

Estas recomendações têm por base o conhecimento atual, as recomendações baseadas na evidência para procedimentos relacionadas com as precauções de contacto, gotículas e aerossóis, a documentação publicada até esta data, a opinião de peritos e a experiência partilhada entre profissionais de saúde.

OBJETIVOS:

Operacionalizar a abordagem do doente em contexto perioperatório suspeito, provável, contaminado ou infetado por SARS-CoV-2 (CoVid-19).

Diminuir a disseminação do agente infeccioso, promover a proteção dos profissionais de saúde, controlar a contaminação de outros doentes (SFAR, 2020) mantendo os princípios de prevenção e controlo da ILC.

PRIORITÁRIO:

Utilização de equipamento de proteção individual (EPI) de acordo com as normas da DGS em cuidados clínicos invasivos e não-invasivos em contexto perioperatório (DGS, 2020).

Toda a equipa que vai prestar cuidados ao doente deve ter os EPI recomendados e competência de vestir e despir os EPI para evitar contaminação inadvertida (SFAR, 2020). Estas atividades devem ser executadas, sempre que possível, na presença de um segundo elemento da equipa de saúde, utilizando uma lista de verificação¹.

Durante a pandemia CoVid-19 e na fase de mitigação, todos os profissionais de saúde devem utilizar, de forma responsável, máscara cirúrgica independentemente de estarem, ou não, em contacto direto com doentes, no contexto das instituições de saúde (DGS, 2020).

O número de doentes suspeito, provável, contaminado ou infetado por CoVid-19 com necessidade de intervenção cirúrgica, será sempre raro, pelo que as medidas de organização do processo de cuidados, serão a chave do êxito desta intervenção.

¹ Guidance on personal protective equipment to be used by healthcare workers during management of patients with Ebola virus disease in U.S. hospitals, including procedures for putting on (donning) and removing (doffing). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/procedures-for-ppe.html>. opens in new tab).

SIGLAS

ASA – American Society of Anesthesiologists
BIPAP – Bi-level Positive Airway Pressure
CPAP – Continuous Positive Airway Pressure
CVC – Cateter Venoso Central
CVP – Cateter Venoso Periférico
DGS – Direção Geral de Saúde
DM – Dispositivo Médico
DMUM – Dispositivo Médico de Uso Múltiplo
EN – Norma Europeia
EPI – Equipamento de Proteção Individual
ET – Endotraqueal
HEPA – High Efficiency Particulate Arrestance
HME – Heat and Moisture Exchange
IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
ILC – Infecção do Local Cirúrgico
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAPR – Powered air-purifying respirador / equipamentos de proteção respiratória com ventilação autónoma
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica
SFAR – Societé Française d’Anesthésie et de Réanimation
SOP – Standard Operating Procedures
UV – Ultravioleta

DEFINIÇÕES:

De acordo com a definição de caso da DGS (2020) para Doença pelo novo Coronavírus (CoVid-19):

Caso suspeito – Doente com infeção respiratória aguda (início súbito de febre ou tosse ou dificuldade respiratória), sem outra etiologia que explique o quadro + História de viagem ou residência em áreas com transmissão comunitária ativa, nos 14 dias antes do início de sintomas; OU – Doente com infeção respiratória aguda + Contacto com caso confirmado ou provável de infeção por SARS-CoV-2 ou CoVid-19, nos 14 dias antes do início dos sintomas; OU – Doente com infeção respiratória aguda grave, requerendo hospitalização, sem outra etiologia.

Caso provável – Caso suspeito com teste para SARS-CoV-2 inconclusivo ou teste positivo para pan-coronavírus sem outra etiologia que explique o quadro.

Caso confirmado/contaminado – Caso com confirmação laboratorial de SARS-CoV-2, independentemente dos sinais e sintomas.

Cuidados clínicos invasivos – Manobras potencialmente geradoras de aerossóis e gotículas mais pequenas (ex: intubação, ventilação manual e aspiração, ventilação não invasiva e invasiva)

e nebulização, ressuscitação cardiopulmonar; broncoscopia, cirurgia, outros)².

RECOMENDAÇÕES:

Planeamento, organização e logística

» Só devem ser alvo de intervenções invasivas, os doentes que, ponderados todos os riscos em causa e a logística implicada, se considere haver um efetivo benefício da ação; esta avaliação será dinâmica e condicionada pelo contexto clínico e sociológico, determinado pela evolução epidemiológica da doença (Wong et al., 2020; ACS, 2020).

» Antes da intervenção, estabelecer-se-á um plano de ação para o doente a intervencionar suspeito, provável, contaminado ou infetado por CoVid-19, que inclua:

- medidas de engenharia de controlo, como a identificação e preparação da sala de operações / intervenção;
- medidas administrativas, como a modificação dos circuitos (doentes, profissionais e materiais) e dos processos, criação de materiais de informação (ex. posters, listas de verificação, etc.);
- utilização de equipamento de proteção individual (EPI) para profissionais e doentes;
- definição de procedimentos clínicos para a gestão da anestesia;
- teste / treino das medidas em simulação;
- estabelecer a hierarquia de controlos;
- realizar revisão periódica da evidência (Wong et al., 2020).

» Em todas as etapas deve ser mantida a articulação e comunicação com PPCIRA e o processo deve estar descrito formalmente em procedimento operacional normalizado (“SOP - Standard Operating Procedure”).

» Deve estar definido um único coordenador formal da operacionalização do processo de cuidados (Ex. Enf. Chefe do Bloco Operatório), com perfil multifacetado (clínico, de gestão e logística).

» É mandatória a adesão de todos os profissionais de saúde às precauções relacionadas com o modo de transmissão, na presença de doente suspeito, provável, contaminado ou infetado por CoVid-19.

» Todos os procedimentos cirúrgicos não urgentes devem ser adiados até que a doença infecciosa esteja controlada (CDC, 1999; ASA, 2020; ACS, 2020).

» Todos os doentes com clínica suspeita de CoVid19, que necessitam de ser intervencionados eletivamente ou em situação não emergente, devem fazer o teste de determinação de presença do vírus e aguardar o resultado antes da intervenção.

» Se o procedimento cirúrgico não puder ser adiado, deve ser agendado para um tempo em que exista o menor número de profissionais e doentes presentes no bloco operatório / área de

intervenção e serem alocados apenas os profissionais necessários para a sala de operações (ASA, 2020). Face às necessidades de isolamento, deve ser alocado um enfermeiro suplementar designado como 2º enfermeiro circulante, que garanta o apoio externo contínuo à sala de operações, como forma de otimizar o estabelecimento das práticas de isolamento, a eficiência e segurança dos processos.

» Considerando o nº limitado de profissionais disponíveis e a fadiga da equipa, deve ser evitada a realização de procedimentos cirúrgicos não emergentes durante o período da noite (ACS, 2020).

» Na gestão dos doentes cirúrgicos, suspeito, provável, contaminado ou infetado por CoVid-19, os mesmos devem ser intervencionados sequencialmente na mesma sala de operações. Esta medida facilita a prevenção e controlo de infeção, ao reduzir o risco de contaminação ambiental e a contaminação cruzada (Wong et al., 2020).

» Os procedimentos com risco de produção de aerossóis, devem ser efetuados em ambientes de proteção respiratória (áreas de isolamento respiratório). Considerando este facto, devem existir salas de operações com áreas de indução anestésica com condições de isolamento respiratório (ex. pressão negativa, filtro de ultrafiltração de ar – HEPA portátil, exaustor de ventilação localizado) (Ti et al., 2020; AORN, 2020).

» Em termos abstratos, seria adequada a realização de intervenções cirúrgicas / invasivas em ambiente de pressão negativa, como forma de reduzir riscos ambientais para os profissionais de saúde das áreas adjacentes ao local da intervenção. No entanto, esta condição ambiental pode aumentar o risco de infeção do local cirúrgico por alteração do padrão de assepsia progressiva do bloco operatório (AORN, 2020).

» Os procedimentos cirúrgicos em doente suspeito, provável, contaminado ou infetado por CoVid-19 podem ser realizados em salas operatórias com pressão positiva, considerando que esse ambiente é suficientemente seguro para os profissionais aí em funções, pela diluição do inóculo / taxa de renovação de ar horária. Quando possível, a pressão negativa apenas é recomendada nas salas de indução anestésica (AORN, 2020).

» A paragem do sistema de ventilação da sala de operações está proscribida, considerando o condicionamento de saturação da atmosfera com aerossóis ou micropartículas <5 µ.

» Os procedimentos com risco de produção de aerossóis (ex. intubação/extubação endotraqueal; ventilação manual com máscara; broncoscopia; drenagem torácica; eletrocauterização de vasos sanguíneos, estruturas gastrointestinais e outras áreas com fluidos orgânicos; laparoscopia/endoscopia) (ACS, 2020), equipamentos de oxigenação de alto fluxo, ventilação não invasiva e traqueostomia (Lancaster et al., 2020), apenas devem ser realizados na presença de EPI de proteção respiratória, incluindo máscaras FFP2 / N95, ou PAPR (ACS, 2020; Lancaster et al., 2020). A utilização de equipamentos de alta rotação como serras, brocas ou fresas e a utilização de equipamentos de desbridamento cirúrgico com irrigação (ex: lavagem pulsátil ou desbridamento

² Orientação da DGS n.º 002/2020, “Infeção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)”, atualizada a 10/02/2020

ultrassónico) são também geradores de aerossóis (AORN, 2020).

» As salas de operações, quando utilizadas em condições de isolamento, devem ser sinalizadas com identificação apropriada e inequívoca nas portas para minimizar a exposição dos profissionais (ASA, 2020).

» Os materiais a introduzir na sala de operações, devem ser o mínimo necessário, com vista a reduzir a necessidade de descontaminação e o desperdício. Todos os consumíveis não utilizados e de uso único, introduzidos numa sala de isolamento de contacto e de gotículas, terão de ser descartados após o procedimento. A transferência de materiais para o interior da sala deve ser efetuada, sempre que possível, através de uma antecâmara entre o exterior e a sala e as portas nunca estão abertas em simultâneo.

» Os equipamentos reutilizáveis (monitores de sinais vitais, ecógrafos, teclados, monitores de contacto de computadores, entre outros) devem, sempre que possível, ser protegidos com capas plásticas transparentes, para reduzir a contaminação inevitável e facilitar a descontaminação.

» O procedimento invasivo deve ser precedido por agendamento formal, enumerando diagnóstico, procedimento previsto e necessidades específicas, devendo ser conhecido e validado por todos os profissionais envolvidos, de forma a garantir a preparação das pessoas, os recursos materiais e a logística operacional.

» Não existem dados suficientes que orientem para o tipo de abordagem cirúrgica a ser realizada. A equipa cirúrgica deve optar por realizar a que envolve menor tempo operatório e com maior segurança para o doente e equipa de saúde (ACS, 2020).

» Uma reunião de equipa deve ocorrer antes da admissão do doente ao bloco operatório, para definir um plano clínico articulado entre a equipa multidisciplinar, garantindo a disponibilidade de medicamentos e dispositivos médicos, evitando a circulação desnecessária, diminuindo as necessidades de comunicação suplementares (Wong et al., 2020) e otimizando a eficiência do procedimento. Devem estar claramente definidas as funções e tarefas de cada um dos elementos da

equipa (SFAR, 2020), considerando as dificuldades acrescidas na comunicação intraoperatória.

» O plano deve incluir:

- Constituição da equipa;
- Técnica anestésica;
- Prescrição terapêutica;
- Posicionamento cirúrgico planeado;
- Técnica cirúrgica;
- DM previstos utilizar nos procedimentos (anestesia, monitorização, posicionamento, cirurgia, implantes, entre outros);
- O equipamento e instrumental cirúrgico.

» Os procedimentos de registo clínico devem ser efetuados em local seguro (preferencialmente fora da área de intervenção), cumprindo os princípios de continuidade dos cuidados e garantindo a informação para memória futura.

» Todas estas regras se aplicam a outras áreas de cuidados perioperatórios que não o bloco operatório (ex. unidades de radiologia de intervenção, de hemodinâmica, de endoscopia, entre outros).

Pré-operatório

» O transporte do doente da unidade de origem para o bloco operatório e o seu regresso, são planeados em função da redução do risco de disseminação da doença (SFAR, 2020).

» As equipas de transporte e de receção devem ter conhecimento do momento exato para o procedimento, sendo previamente implementadas medidas ativas para

desimpedir o trajeto e garantir a receção imediata do doente no bloco operatório.

» As equipas de segurança do hospital, ou outros profissionais designados pela organização, serão responsáveis por desimpedir o caminho entre unidade de origem e o bloco operatório e vice-versa, incluindo os elevadores (Ti et al., 2020).

» O transporte até ao bloco operatório é da responsabilidade das equipas de saúde do serviço de origem (Ti et al., 2020).

» O doente só deve ser transferido para o bloco operatório após estarem asseguradas todas as condições para o receber, sendo o coordenador do bloco operatório a dar a indicação de transferência.

» A informação clínica do doente deve ser antecipadamente comunicada por via telefónica ou digital para reduzir o tempo de permanência do doente na área de transferência.

» A equipa que vai receber o doente na área de transferência deve estar totalmente equipada com os EPI recomendados (SFAR, 2020).

» A intubação endotraqueal necessária para a realização de procedimento invasivo deve ser efetuada, sempre que possível, antecipadamente e em área de isolamento respiratório (AORN, 2020).

» Apenas a equipa envolvida no processo de intubação da via aérea deve estar presente no local de realização do procedimento (SAS, 2020), minimizando o tráfego de profissionais nesse local. As portas devem ser mantidas fechadas (AORN, 2020).

» Ao doente sem intubação endotraqueal deve ser colocada uma máscara cirúrgica



Imagem 1 Colocação de filtro microbiológico (obs. "HME"/"HEPA") no circuito de ventilação.

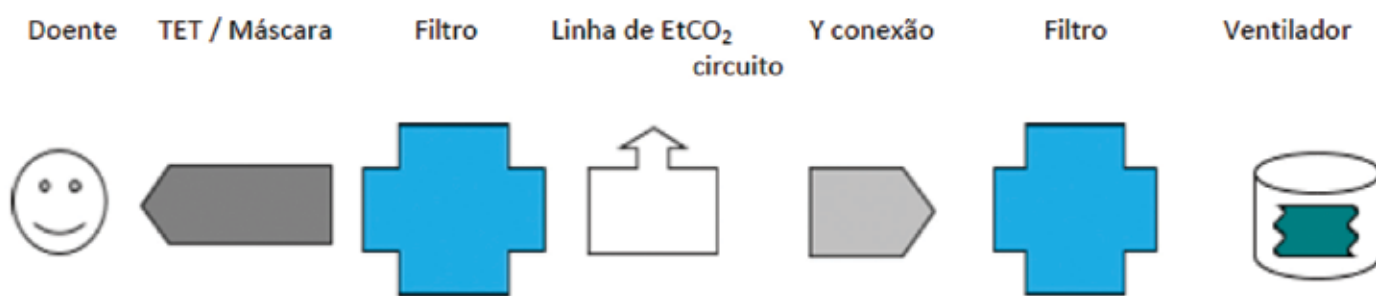


Imagem 2 Localização da linha de EtCO₂ no circuito de ventilação (adaptado de SAS, 2020; SFAR, 2020)..

durante o transporte (SFAR, 2020) e durante todo o período de permanência no bloco operatório. Não devem ser utilizados sistemas de aporte de oxigênio suplementar que promovam a dispersão do vírus no ambiente (ex. máscara de venturi).

» No doente já entubado e ventilado, o circuito de ventilação de transporte não deve ser desconectado, para evitar a contaminação ambiental. Se for necessário desconectá-lo do circuito ventilatório, o filtro microbiológico nunca é desconectado do tubo endotraqueal.

» Restringir ao mínimo necessário, os profissionais na zona de transferência e nos corredores do bloco operatório. A presença de outros doentes nestas áreas não é permitida.

» Deve ser definida sala de operações ou bloco operatório exclusivo, para os doentes suspeitos, prováveis, contaminados ou infetados de CoVid-19. A mesma recomendação se aplica para os equipamentos básicos (ex. ventilador, monitores, mesa operatória, unidade de eletrocirurgia, aspirador, dispositivos de posicionamento).

» Identificar, com sinalética normalizada, as portas da sala de operações, as salas de apoio em situação de isolamento e os percursos intra-hospitalares pré-estabelecidos.

» Cobrir todos os equipamentos com proteções plásticas transparentes (ventilador, teclados e monitores, unidade de eletrocirurgia, ecrã de monitorização, videolaringoscópio, entre outros) (Wong et al., 2020).

» No circuito de ventilação mecânica colocar um filtro microbiológico (tipo HEPA), proximalmente ao tubo endotraqueal / máscara de ventilação e distalmente ao Y de conexão do circuito inspiratório e expiratório (SFAR, 2020).

» A linha de capnografia deve ser sempre colocada entre o filtro e o Y do circuito inspiratório e expiratório.

» Colocar um filtro suplementar (HEPA) entre o ramo expiratório do circuito e a entrada no ventilador (SFAR, 2020; Ti et al., 2020).

» São colocados na sala de operações, apenas, os dispositivos médicos e a medicação necessária para reduzir o número de itens a descontaminar ou a eliminar após a cirurgia (Wong et al., 2020; Ti et al., 2020).

» Utilizar preferencialmente conjuntos individualizados de DM pré-preparados:

1. dispositivos e material de anestesia planeado;
2. medicação prescrita;
3. material de cateterização venosa planeado (ex. CVP, CVC);
4. material para linha arterial;

5. material para algaliação.

» O restante material, carro de anestesia, carro de via aérea difícil, carro de circulação, carro de emergência e outros equipamentos e dispositivos devem permanecer fora da sala de operações e ser gerido pelo 2º enfermeiro circulante - elemento de ligação externo à sala de operações (Wong et al., 2020; Ti et al., 2020).

» Os contentores de resíduos hospitalares Grupo III devem ser rodados e com tampa.

» Manter as portas fechadas e garantir a sua estanqueidade para diminuir o fluxo de ar contaminado no bloco operatório. Definir uma única porta para a entrada e saída da sala de operações (Wong et al., 2020; Ti et al., 2020) que deve ser utilizada ao mínimo (AORN, 2020), preferencialmente numa área com antecâmara. A equipa de profissionais deve ser limitada ao mínimo e idealmente não efetuar saídas da sala ou trocas durante todo o procedimento cirúrgico (SFAR, 2020).

» Equipa cirúrgica: enfermeiro circulante; enfermeiro de apoio à sala designado por 2º enfermeiro circulante (no exterior da sala operatória); enfermeiro instrumentista; enfermeiro de anestesia; anestesiológista; cirurgião e ajudante; assistente operacional dedicado à sala e técnico de diagnóstico e terapêutica quando necessário (Ti et al., 2020).

» Profissionais grávidas ou imunodeprimidos não devem prestar cuidados a doentes com CoVid-19 (Wong et al., 2020).

» Selecionar os profissionais mais treinados para a prestação de cuidados a estes doentes devendo ter perícia e competência técnica para reduzir ineficiência e a ocorrência de erros (SFAR, 2020).

» Os processos de gestão desta realidade, devem ser do conhecimento de todos os intervenientes, que a devem treinar e testar em modo de simulação, com vista a adquirirem competência e perícia na ação.

Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatória para os profissionais em contexto perioperatório

Tendo em conta o modo de disseminação da doença, estrutura e recursos existentes nas organizações, deve considerar-se a recomendação de utilização de EPI por todos os profissionais. Considera-se para a prestação de cuidados ao doente cirúrgico CoVid-19 no ambiente perioperatório, a utilização de fato de circulação (túnica e calça), calçado lavável e impermeável e a utilização do seguintes EPI:

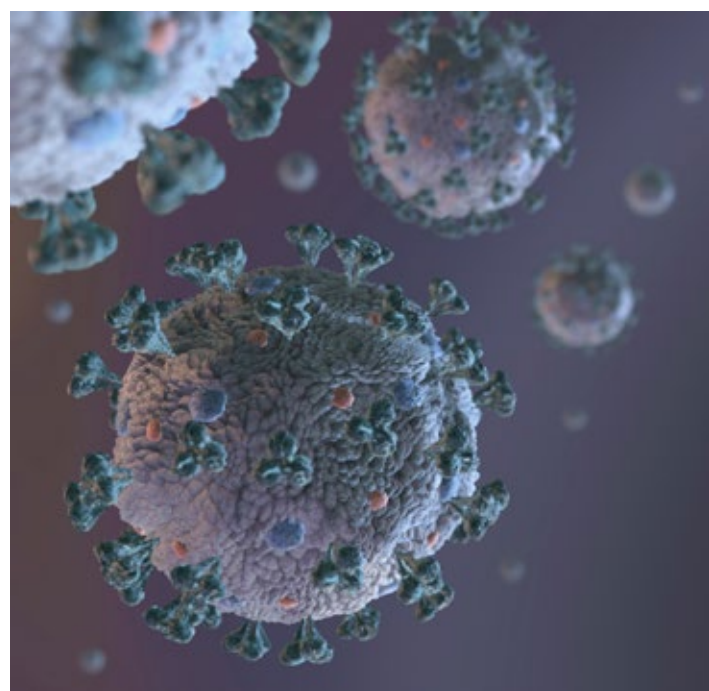
Quadro 1 - EPI para a prestação de cuidados ao doente cirúrgico CoVid-19

CIRCUITO DO DOENTE CIRÚRGICO	CARACTERÍSTICAS DO EPI
Equipa não estéril: Transporte, cuidados clínicos invasivos, período de recuperação, apoio à sala e cuidados diretos ao doente	Bata - Impermeável, com abertura posterior, sistema de fecho pelo utilizador, com punhos elásticos, que cubra até ao meio das pernas, com trespasse posterior e cinto com aperto lateral. Touca - de uso único integral; Máscara - FFP2 - de uso único, com adequado ajuste facial; Proteção ocular - Escudo facial (preferencial para a área da anestesia – gotículas da via aérea) ou óculos com proteção lateral; Dupla luva (não estéril), para os profissionais no momento da indução anestésica; luva (não estéril) para os outros.
Equipa estéril: Cuidados clínicos invasivos perioperatórios	Bata cirúrgica estéril reforçada - Impermeável, com abertura atrás, com punhos elásticos, que cubra até ao meio das pernas, com trespasse posterior e cinto com aperto lateral; Touca - de uso único integral; Máscara - FFP2, de uso único, com adequado ajuste facial; Proteção ocular - Escudo facial; Dupla luva estéril, com indicador.
Higienização da sala de operações / unidade operatória	Bata impermeável - Com abertura atrás e trespasse posterior; Touca - uso único; Máscara cirúrgica impermeável; Proteção ocular - Escudo facial ou óculos com proteção lateral; Luvas menage - não esterilizadas.

Procedimentos de colocação e remoção dos EPI

» Pressupostos para a higienização das mãos: sem lesões, unhas naturais, curtas e sem adereços de qualquer tipo; o cabelo deve estar seguro e/ou curto.

» A higienização das mãos é imperativa: antes de vestir, após a colocação do calçado e antes da colocação das luvas, entre a remoção de cada um dos EPI e após a remoção da totalidade dos EPI (ASA, 2020).



» Os EPI devem cumprir as normas técnicas, que se lhe aplicam e legalmente estabelecidas (ex. EN 13795; EN 14683).

» Para evitar a contaminação inadvertida, todos os profissionais devem cumprir as recomendações de uso dos EPI e ter treino na sua colocação e remoção, sendo este o momento mais crítico do processo (ASA, 2020; SFAR, 2020).

» Na prática de cuidados, a colocação e remoção é conduzida por outro profissional externo que valida a lista de verificação e monitoriza cada passo (ASA, 2020; SFAR, 2020) (Anexo 1, 2 e 3).

» A lista deve estar afixada nos locais de colocação e remoção de EPI e ser de fácil compreensão.

» A sequência de colocação e remoção de EPI, abaixo apresentadas, seguem as orientações do CDC (2019) adaptadas para o contexto perioperatório (equipa estéril e não estéril). Podem servir de orientação e suporte para as recomendações em cada organização (CDC, 2019)³.

» Devem os profissionais ser identificados de modo temporário, por registo do nome nos EPI (Ex. touca, costas da bata, etc.), de forma a facilitar a identificação.

Colocação de EPI CoVid-19

O esquema de colocação do EPI Covid-19, abaixo apresentada, segue as orientações do CDC (2019) adaptadas para o contexto CoVid-19 (CDC, 2020) (Anexo 4).

³ CDC, 2019-Center of Disease and Control Prevention - PreCoronavirus (COVID-19) (<https://www.cdc.gov/niosh/npptl/pdfs/PPE-Sequence-508.pdf>)

Quadro 2 - Colocação de EPI para cuidados clínicos invasivos em contexto perioperatório

EQUIPA NÃO ESTÉRIL	EQUIPA ESTÉRIL
<p>Zona semi-restrita:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Calçado impermeável e lavável 2. Higienização das mãos 3. Touca integral 4. Higienização das mãos <p>Antecâmara da sala ou equivalente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Higienização das mãos 6. Máscara N95 ou FFP2 7. Proteção ocular - Escudo facial <p>Na sala de desinfecção ou na sala de operações:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Preparação pré-cirúrgica das mãos <p>Na sala de operações, antes da entrada do doente, se intubação prévia; depois da entrada do doente, se intubação na sala de operações:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Bata cirúrgica estéril 10. Dupla luva cirúrgica estéril com indicador. 	<p>Zona semi-restrita:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Calçado impermeável e lavável 2. Higienização das mãos 3. Touca integral 4. Higienização das mãos <p>Antecâmara da sala ou equivalente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Higienização das mãos 6. Máscara N95 ou FFP2 7. Proteção ocular - Escudo facial <p>Na sala de desinfecção ou na sala de operações:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Preparação pré-cirúrgica das mãos <p>Na sala de operações, antes da entrada do doente, se intubação prévia; depois da entrada do doente, se intubação na sala de operações:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Bata cirúrgica estéril 10. Dupla luva cirúrgica estéril com indicador.

Remoção de EPI CoVid-19

» A remoção do EPI da equipa cirúrgica (com exceção do respirador de partículas) é realizada no espaço da sala de operações, com disponibilidade de SABA em suporte fixo, com manípulo para ser acionado pelo cotovelo e contentor de resíduos Grupo III, colocado em suporte rodado com tampa, pedal e higienizável.

Quadro 3 - Remoção de EPI para cuidados clínicos invasivos em contexto perioperatório

EQUIPA NÃO ESTÉRIL	EQUIPA ESTÉRIL
<p>Na área de remoção de EPI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bata e luvas 2. Higienização das mãos 3. Proteção ocular - Escudo facial/óculos com proteção lateral, sem tocar na face; 4. Higienização das mãos 5. Máscara, sem tocar na face; 6. Higienização das mãos 7. Touca, sem tocar na face; 8. Higienização das mãos 9. Colocar touca para circulação interna do bloco 	<p>Na área de remoção de EPI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bata e luvas (2 pares) 2. Higienização das mãos 3. Proteção ocular - Escudo facial/óculos com proteção lateral, sem tocar na face; 4. Higienização das mãos 5. Máscara, sem tocar na face; 6. Higienização das mãos 7. Touca, sem tocar na face; 8. Higienização das mãos 9. Colocar touca para circulação interna do bloco

» Após a remoção dos EPI, toda a equipa toma banho e veste roupa de circulação limpa antes de outro caso (Ti et al., 2020).

Nota: Estas recomendações podem ser atualizadas e/ou adaptadas em função da evidência disponível e experiência partilhada ou pelas recomendações emanadas por órgãos técnicos.

O princípio comum a cumprir é evitar qualquer contacto de áreas contaminadas com áreas limpas, na colocação e remoção de EPI. Além disso, em ambiente perioperatório, devem ser integrados e coerentes os cuidados recomendados relacionados com a prevenção e controlo das IACS, da ILC, dos riscos profissionais em ambiente perioperatório e das medidas de isolamento relacionadas com o modo de transmissão de microrganismos.

INTRAOPERATÓRIO

Procedimento anestésico

» Antes da chegada do doente ao BO, o plano anestésico deve estar definido e ser partilhado em “briefing” com a equipa multiprofissional.

» A comunicação verbal deve ser clara e precisa - é repetida para confirmar o pedido - dupla verificação.

» Os procedimentos anestésicos são procedimentos de elevado perigo devido aos riscos associados à disseminação de vírus por aerossóis e gotículas. Assim sendo, destacam-se as seguintes recomendações (ASA, 2020; OMS, 2020; SFAR, 2020; Zucco et al., 2020):

- A gestão da via aérea deve ser realizada pelos profissionais mais experientes.
- As manobras de gestão da via aérea devem sempre ser realizadas com os EPI recomendados e em ambiente de isolamento respiratório.
- Evitar manobras de ventilação potenciadoras da produção de aerossóis e gotículas (ex. indução anestésica inalatória).
- Se for feita a ventilação manual, ajustar a máscara de anestesia com as duas mãos para minimizar as fugas e utilizar baixo volume corrente.
- Não utilizar ventilação não-invasiva (CPAP/BIPAP), oxigenação de alto fluxo e dispositivos supraglóticos pelo potencial de criação de aerossóis e dispersão do vírus.
- A intubação precoce deve ser considerada em doente com deterioração rápida.
- Pré-oxigenação (oxigênio FiO₂ 100%, durante 5 min) e intubação sequencial rápida evitando a dispersão de aerossóis contaminados para o ambiente da sala e zonas adjacentes do bloco operatório.
- Deve-se evitar a intubação sob fibroscopia, devido ao risco de tosse e aerossolização de vírus da via aérea.
- Utilizar videolaringoscopia, preferencialmente (afastamento do operador da fonte de disseminação).
- A curarização deve ser preferida para evitar tosse e produção de aerossóis contaminados.
- A utilização de antieméticos está aconselhada, como medida de redução da produção de aerossóis.
- A intubação pode ser feita com o tubo endotraqueal clamped (clamp de tubo).
- Usar dupla luva e descartar o primeiro par imediatamente

após a intubação para minimizar o risco de contaminação ambiental (ex. manipulação do equipamento de administração de anestesia).

- A validação da correta intubação, deve ser efetuada por capnografia. A auscultação é um procedimento de elevado risco e difícil de operacionalizar com os EPI recomendados em utilização.
- A ventilação mecânica com pressão positiva deve ser iniciada somente após a insuflação do cuff do tubo endotraqueal e remoção de clamp, quando utilizado.
- A pressão do cuff deve ser monitorizada de forma sistemática (> 5 cmH₂O acima da pressão de pico), com vista a reduzir a probabilidade de fugas não detetadas, com consequente produção de aerossóis.
- Evitar desconexões do circuito. Se necessário desconectar, manter o filtro microbiológico colocado no tubo endotraqueal.
- Deve ser utilizado um sistema de aspiração endotraqueal fechado.
- Se os dispositivos médicos utilizados na abordagem da via aérea forem de uso múltiplo, devem ser colocados em duplo saco plástico com fecho ZIP imediatamente após a utilização e, no final do procedimento, serem enviados para reprocessamento.
- Recomenda-se a substituição do circuito de ventilação, após a sua utilização, considerando a sua manipulação externa na abordagem da via aérea e a dificuldade de adequada descontaminação no local.

» Precauções para bloqueio neuro-eixo:

- O doente deve usar uma máscara cirúrgica e os profissionais os EPI recomendados para isolamento respiratório, face ao risco de potencial necessidade de manipulação de via aérea.
- Realizada pelo profissional mais experiente.
- Não recomendada em caso de sinais de gravidade clínica (hipoxemia, distúrbio de consciência, agitação, falência de órgãos, etc).



Imagem 3 Material necessário (a) e montagem (b) de filtro no trocar de laparoscopia. (Fonte: Mintz et al., 2020)..

- Se for necessário oxigenoterapia - usar cânula nasal de oxigénio, evitando máscaras de venturi, dado o risco de produção de aerossóis e gotículas.

Outras recomendações

» A gestão da normotermia deve estar garantida sem recurso a equipamento de insuflação de ar quente.

» Recomendada a utilização de aspiração de fumos produzidos pela eletrocirurgia. Não existem ainda evidências da presença do SARS-CoV-2 no fumo cirúrgico, no entanto sabe-se que este transporta uma variedade de componentes tóxicos e biológicos (ACS, 2020; AORN, 2020; Mintz et al., 2020; Cohen et al., 2020).

» A laparoscopia produz maiores concentrações de partículas do que a cirurgia convencional devido aos componentes elétricos utilizados, à baixa mobilidade dos gases do pneumoperitoneu, ao ambiente não ventilado da intervenção e à exteriorização de gases pelas portas ou trocares em alta pressão (Cohen et al., 2020). Face à ausência de evidência sobre a transmissibilidade do SarsCov-2 através do sangue e de acordo com o princípio de precaução, as cirurgias efetuadas em doentes SarsCov-2 positivo ou com doença CoVid19, são efetuadas por profissionais com proteção respiratória. Devem ser implementadas medidas de redução do risco de produção

de aerossóis, durante o procedimento, tal como (ACS, 2020; Zheng, Boni et Fingerhut, 2020):

1. Prevenir a dispersão de aerossóis contendo as incisões para evitar a dispersão de gás e fluidos causados por fugas;
2. Usar aspiradores de fumos cirúrgicos durante a cirurgia, especialmente antes de converter a laparoscopia em cirurgia aberta ou em qualquer manobra extra-peritoneal;
3. Estabelecer a utilização sistemática de filtro microbiano HEPA no insuflador;
4. Gerir o pneumoperitoneu: devem ser criados protocolos de insuflação e manutenção do pneumoperitoneu em laparoscopia para reduzir o risco de exposição aos aerossóis; manter a pressão do pneumoperitoneu intraoperatório e ventilação com os débitos e pressão de CO₂ no menor valor possível sem comprometer a exposição cirúrgica;
5. Reduzir, ao máximo possível, o tempo do posicionamento em Trendelenburg para minimizar a pressão sobre a caixa torácica e efeitos na circulação.
6. Usar um filtro microbiano HEPA na porta de saída do trocar, independentemente da utilização de aspirador de fumo para laparoscopia (Imagem-3) (Mintz et al., 2020).

Gestão dos dispositivos médicos (DM)

» Para menor contaminação, os equipamentos (ex. sondas de ecógrafo, óticas, cabos de monitorização e outros - ASA,

2020) e superfícies são protegidos com coberturas descartáveis (ex. plástico transparente, película aderente).

» Após o procedimento, removem-se todas as coberturas plásticas, dobrando progressivamente de forma a conter a contaminação no seu interior, com supervisão e evitando a contaminação inadvertida do equipamento.

» Todo o material clínico de uso único não utilizado é descartado.

» Os DMUM são acondicionados em sacos plásticos fechados e depositados em contentores hermeticamente fechados e seguem para reprocessamento, de acordo com as normas e recomendações em vigor na organização (AORN, 2020; SFAR, 2020; Ti et al., 2020 e DGS, 2020).

» Os resíduos produzidos durante a prestação de cuidados são considerados resíduos Grupo III (risco biológico) - saco branco (espessura de 50 ou 70 microns) e descartados de acordo com os procedimentos de rotina internos (DGS, 2020).

» Devem-se cumprir rigorosamente as recomendações de triagem e descarte de resíduos: os sacos de resíduos devem ser fechados no interior da sala, com braçadeira de aperto e não deve haver manipulação do seu conteúdo. O acondicionamento dos sacos no interior do contentor rígido de resíduos não deve ser forçado.

PÓS-OPERATÓRIO

Recobro do doente

» Necessidade de cuidados intensivos - deve ser transferido diretamente para a unidade no final da intervenção cirúrgica (ASA, 2020; SFAR, 2020).

» Sem necessidade de cuidados intensivos - o recobro deve ser feito na sala de operações ou ser transferido para uma sala de isolamento com pressão negativa (ASA, 2020 e Ti et al., 2020) e a otimização do doente para a alta anestésica deve decorrer no menor tempo possível (SFAR, 2020).

Higienização e descontaminação do ambiente perioperatório

» Antes de iniciar o procedimento de higienização e descontaminação, a sala de operações deve ficar inativa pelo período mínimo de 1 hora, considerando o risco de transmissão aérea por aerossóis (extubação do doente, recobro, ventilação espontânea - tosse) (Quadro 4).

» A higienização dos espaços deve ser realizada da zona mais limpa para a zona mais contaminada e orientada no sentido descendente.

» Os protocolos de descontaminação de material, equipamentos e superfícies utilizados na prestação de cuidados, são os mesmos que os utilizados para outro tipo de microrganismos com os mesmos mecanismos de transmissão (DGS, 2020).

» Equipamentos partilhados na prestação de cuidados a múltiplos doentes, devem ser limpos e desinfetados entre cada procedimento (Ex. monitores, teclados e ratos).

» A correta implementação dos procedimentos recomendados para limpeza e desinfecção de superfícies, deve ser monitorizada

sistematicamente, reforçada e apoiada por lista de verificação (Anexos 5 e 6).

» Durante os procedimentos de limpeza e desinfecção, as portas devem permanecer fechadas e deve ser verificada a desobstrução das grelhas de extração de ar.

» Existe provável utilidade na descontaminação terminal com luz UV (Ti et al., 2020), considerando a dificuldade de descontaminação ambiental e a facilidade de propagação deste vírus. O sistema de vaporização de peróxido de hidrogénio implica suspensão de renovação de ar durante o processo de vaporização pelo que não tem indicação, neste contexto.

Quadro 4- Remoção de microrganismos contaminantes transmitidos pelo ar

Renovações de ar/hora (RAH) e tempo requerido de eficiência na remoção de microrganismos transmitidos pelo ar

NÚMERO DE RENOVAÇÕES DE AR/HORA (RAH) E TEMPO E % DE EFICIÊNCIA DA RENOVAÇÃO EQUIPA ESTÉRIL		
RAH *	Tempo (min) requerido para renovação com 99% de eficiência	Tempo (min) requerido para remoção com 99.9% eficiência
2	138	207
4	69	104
6+	46	69
8	35	52
10+	28	41
12+	23	35
15+	18	28
20	14	21
50	6	8

* Valor Segundo a fórmula: $t_2 - t_1 = - [\ln (C_2 / C_1) / (Q / V)] \times 60$, with $t_1 = 0$

t_1 = Tempo inicial em minutos

t_2 = tempo no final em minutos

C_1 = concentração inicial do contaminante

C_2 = concentração final do contaminante

$C_2 / C_1 = 1 - (\text{eficiência de remoção} / 100)$

Q = velocidade de fluxo do ar em cubicagem/hora

V = volume da sala em cubicagem

$Q / V = \text{RAH}$

+ Indica RAH frequentemente citados para áreas de atendimento de doentes

Valores aplicáveis para sala vazia, sem fonte de contaminação aérea presente.

Adaptada de <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/appendix/air.html#tableb1>

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

» Salienta-se que as recomendações referidas são válidas à luz da evidência científica, opinião de peritos e experiência partilhada publicada até à data da criação deste documento, podendo vir a ser alteradas ou completadas em função da atualização do conhecimento científico.

» É necessário ter em consideração que, em ambiente perioperatório, devem ser integrados e coerentes os cuidados recomendados relacionados com: prevenção e controlo das IACS perioperatórios, da ILC, dos riscos profissionais em ambiente perioperatório e das medidas de isolamento relacionadas com o modo de transmissão de microrganismos.

» Na construção ou renovação dos blocos operatórios, devem ser garantidas para além das condições ambientais de pressão positiva no interior das salas de operações, condições de pressão negativa em todas as áreas de indução anestésica e estanqueidade das portas.

A Direção Nacional da AESOP

22.03.2020

Atualizado a 17.04.2020

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

» ACS. (2020). COVID-19 and Surgery: Resources for the surgical community. Disponível em <https://www.facs.org/covid-19>

» ASA. (2020). Committee on Occupational Health: Coronavirus information for health care professionals. Disponível em <https://www.asahq.org/about-asa/governance-and-committees/asa-committees/committee-on-occupational-health/coronavirus>

» AORN. (2020). Updated clinical information to support nurses & healthcare teams during COVID-19 pandemic. Disponível em <https://www.aorn.org/guidelines/aorn-support/covid19-faqs>

» CDC. (2019). Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings: last updated jul 2019. Disponível em <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>

» CDC. (2019). Center of Disease and Control Prevention - PreCoronavirus (COVID-19). Disponível em <https://www.cdc.gov/niosh/npptl/pdfs/PPE-Sequence-508.pdf>

» CDC. (2019). Sequence for putting on personal protective equipment. Disponível em <https://www.cdc.gov/niosh/npptl/pdfs/PPE-Sequence-508.pdf>

» CDC. (2020). Using personal protective equipment (PPE). Disponível em <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/using-ppe.html>

» Cohen, S. L., Liu, G., Abrao, M., Smart, N., & Heniford, T. (2020). Perspectives on surgery in the time of COVID-19: Safety First. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 27(4), 792–793. doi:10.1016/j.jmig.2020.04.003

» DGS. (2020). Norma nº 001/2020 de 16/03/2020. COVID-19: Primeira Fase de Mitigação - Medidas Transversais de Preparação. Março de 2020. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012020-de-16032020-pdf.aspx>

» DGS. (2020). Orientação 02A/2020 de 09/03/2020. Doença pelo novo Coronavírus (COVID-19): Nova definição de caso. Março de 2020. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-002a2020-de-25012020-atualizada-a-250220201.aspx>

» DGS. (2020). Orientação n.º 002/2020: “Infeção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)”, atualizada a 10/02/2020. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022020-de-25012020-pdf.aspx>

» DGS. (2020). Orientação n.º 003/2020 de 30/01/2020: Prevenção e controlo de infeção por novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Orientac%CC%A7a%CC%83o-003-1.pdf>

ANEXOS:

Anexo 1

Colocação de epi: covid-19 - cuidados clínicos invasivos perioperatórios equipa não estéril

Anexo 2

Colocação de epi: covid-19 - cuidados clínicos invasivos perioperatórios equipa estéril

Anexo 3

Remoção de epi: covid-19 - cuidados clínicos invasivos perioperatórios equipa não-estéril e estéril

Anexo 4

Epi normalizado para o contexto perioperatório (cdc)

Anexo 5

Lista de verificação das etapas para higienização e descontaminação do ambiente perioperatório: covid-19

Anexo 6

Lista de verificação de higienização e descontaminação da unidade operatória: covid-19

» Lancaster, E. M., Sosa, J. A., Sammann, A., Pierce, L., Shen, W., Conte, M., & Wick, E. (2020). Rapid response of an academic surgical department to the COVID-19 pandemic: Implications for patients, surgeons, and the community. *Journal of the American College of Surgeons*, 230(6), 1064-1073. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.007

» Mintz, Y., Arezzo, A., Boni, L., Chand, M., Brodie, R., Fingerhut, A., & Technology Committee of the European Association for Endoscopic Surgery. (2020). A low cost, safe and effective method for smoke evacuation in laparoscopic surgery for suspected Coronavirus patients. *Annals of Surgery*, 272(1), e7-e8. doi: 10.1097/SLA.0000000000003965

» OMS. (2020). Infection, prevention and control during health care when novel coronavirus (nCov) infection suspected interim guidance. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/10665-331495>

» SAS. (2020). Consensus statement: Safe Airway Society principles of airway management and tracheal intubation specific to the COVID-19 adult patient group. *Medical Journal of Australia*, 212(10):472-481. doi: 10.5694/mja2.50598

» Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. (2020). Propositions pour la prise en charge anesthésique d'un patient suspect ou infecté à Coronavirus COVID-19. Disponível em <https://sfar.org/propositions-pour-la-prise-en-charge-anesthesique-dun-patient-suspect-ou-infecte-a-coronavirus-covid-19/>

» Spruce L. (2014). Back to basics: environmental cleaning. *AORN Journal*, 100(1):54-61. doi: 10.1016/j.aorn.2014.02.018

» Ti, L. K., Ang, L. S., Foong, T. W., & Ng, B. S. (2020). What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 67(6):756-758. doi: 10.1007/s12630-020-01617-4

» University of Nebraska Medical Center. (2020). Cononavirus (CoVid-19) resources. Disponível em <https://www.nebraskamed.com/for-providers/covid19>

» Wong, J., Goh, Q. Y., Tan, Z., Lie, S. A., Tay Y. C., Ng, S. Y., & Soh, C. R. (2020). Preparing for a COVID-19 pandemic: a review of operating room outbreak response in a large tertiary hospital in Singapore. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 67(6):732-745. doi: 10.1007/s12630-020-01620-9

» Zheng, M. H., Boni, L., & Fingerhut, A. (2020). Minimally invasive surgery and the novel coronavirus outbreak: lessons learned in China and Italy. *Annals of Surgery*, 272(1):e5-e6. doi: 10.1097/SLA.0000000000003924

» Zucco, L., Levy, N., Ketchandji, D., Azis, M. & Ramachandran, S. (2020). Recommendations for Airway Management in a patient with suspected Coronavirus (2019-nCov) Infection. Anesthesia Patient Safety Foundation. Disponível em: <https://www.apsf.org/news-updates/perioperative-considerations-for-the-2019-novel-coronavirus-covid-19/>











ANEXO 1

COLOCAÇÃO DE EPI: COVID-19 CUIDADOS CLÍNICOS INVASIVOS PERIOPERATÓRIOS EQUIPA NÃO ESTÉRIL

COLOCAÇÃO DE EPI: CoVid-19 CUIDADOS CLÍNICOS INVASIVOS PERIOPERATÓRIOS EQUIPA NÃO ESTÉRIL		
Zona semi-restrita:		
1	Calçado impermeável e lavável	
2	Higienização das mãos	
3	Touca integral de uso único	
4	Higienização das mãos	
Antecâmara da sala ou equivalente:		
5	Higienização das mãos	
6	Bata impermeável	
7	Máscara N95 ou FFP2	
8	Higienização das mãos	
9	Proteção ocular Escudo facial ou óculos com proteção lateral	
10	Luvas não estéril Luvas de menage – profissional de limpeza	

ANEXO 2

COLOCAÇÃO DE EPI: COVID-19 CUIDADOS CLÍNICOS INVASIVOS PERIOPERATÓRIOS EQUIPA ESTÉRIL

COLOCAÇÃO DE EPI: CoVid- 19 CUIDADOS CLÍNICOS INVASIVOS PERIOPERATÓRIOS EQUIPA ESTÉRIL		
Zona semi-restrita:		
1	Calçado impermeável e lavável	
2	Higienização das mãos	
3	Touca integral de uso único	
4	Higienização das mãos	
Antecâmara da sala ou equivalente:		
5	Higienização das mãos	
6	Máscara N95 ou FFP2	
7	Proteção ocular Escudo facial	
Na sala de desinfecção ou na sala de operações:		
8	Preparação pré-cirúrgica das mãos	
Na sala de operações, antes da entrada do doente:		
9	Bata cirúrgica estéril reforçada	
10	Dupla luva estéril com indicador	

ANEXO 3

REMOÇÃO DE EPI: COVID-19 CUIDADOS CLÍNICOS INVASIVOS PERIOPERATÓRIOS EQUIPA NÃO ESTÉRIL E ESTÉRIL

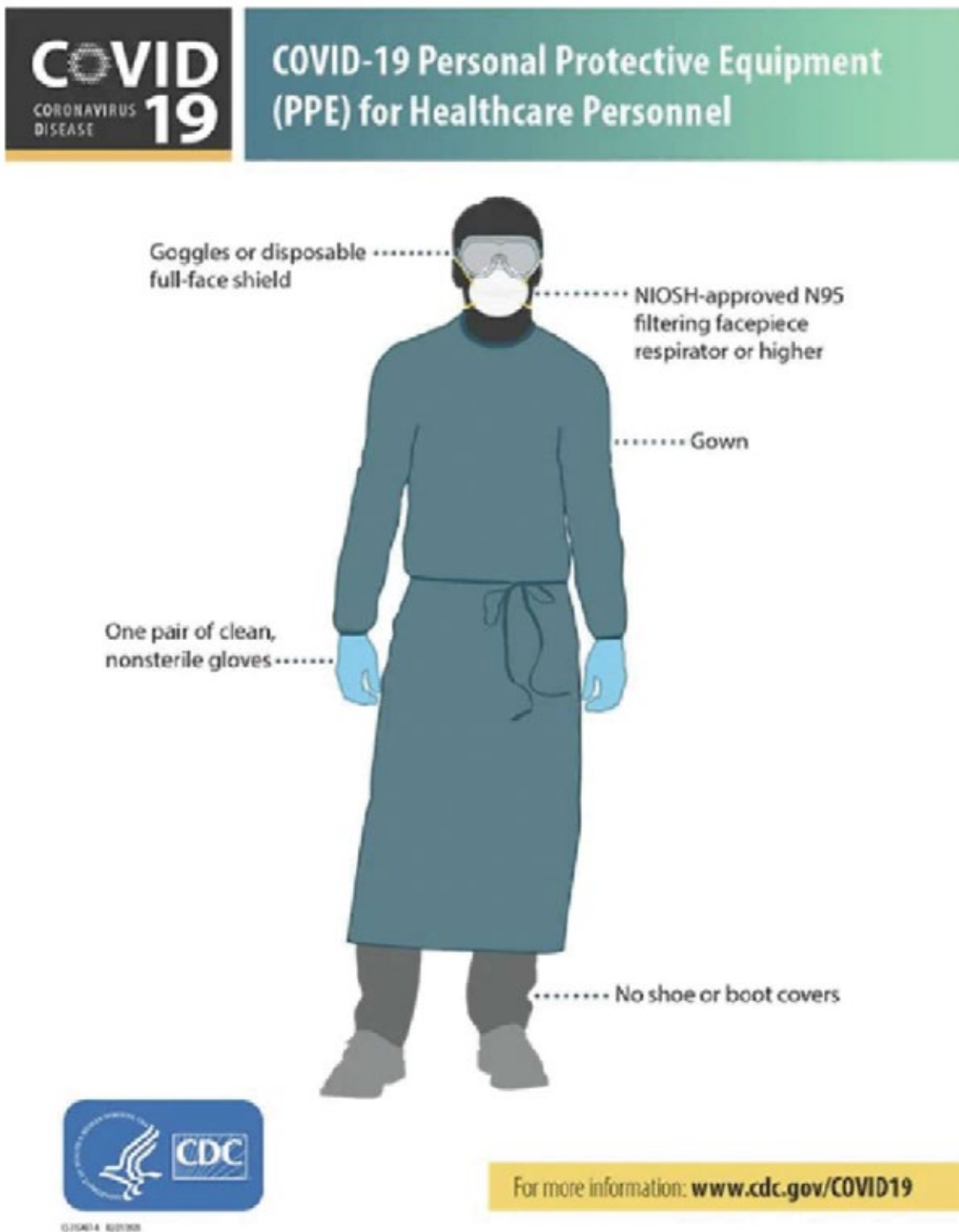
REMOÇÃO DE EPI: CoVid-19 CUIDADOS CLÍNICOS INVASIVOS PERIOPERATÓRIOS EQUIPA NÃO ESTÉRIL E ESTÉRIL			
Área de Remoção de EPI			
1		Bata e luvas	
2		Higienização das mãos	
3		Proteção ocular, sem tocar na face Escudo facial/ óculos com proteção lateral	
4		Higienização das mãos	
5		Máscara, sem tocar na face	
6		Higienização das mãos	
7		Touca	
8		Higienização das mãos	
9		Colocar nova touca	

Versão 2 – Abril 2020




ANEXO 4

EPI NORMALIZADO PARA O CONTEXTO PERIOPERATÓRIO (CDC) (OS COMPONENTES NÃO ESTÉREIS, SÃO SUBSTITUÍDOS POR ESTÉREIS, NA EQUIPA "ESTÉRIL")



ANEXO 5

LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS ETAPAS PARA HIGIENIZAÇÃO E DESCONTAMINAÇÃO DO AMBIENTE PERIOPERATÓRIO: COVID-19

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO E DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE OPERATÓRIA: CoVid-19	
	
Sala de desinfecção	
1	Portas e manipulós
2	Espelhos (SOS)
3	Lavabos
4	Torneiras e doseadores
5	Superfícies verticais e horizontais, nas imediações dos lavabos
6	Suportes e contentores de resíduos
7	Paredes, nas imediações dos lavabos
8	Pavimento
Antecâmara da sala ou equivalente	
1	Portas e manipulós
2	Espelhos (SOS)
3	Equipamentos
4	Doseadores
5	Lavatório e torneira
6	Suportes e contentores de resíduos
7	Paredes (SOS)
8	Pavimento
Sala de operações	
1	Candeeiros cirúrgicos
2	Braços e suportes de fixação de equipamentos
3	Equipamento de administração de anestesia (nas áreas de manipulação)
4	Monitores/écrans
5	Computadores, teclado e rato
6	Telefone e intercomunicadores ou outros dispositivos de comunicação
7	Mesa operatória/trolley/coluna de fixação/apoios
8	Suportes de soro
9	Carros rodados
10	Mesas de instrumental
11	Bancos
12	Portas e manipulós
13	Outros equipamentos dentro da sala (videolaringoscópio, electrobisturi, pedais, etc.)
14	Dispositivos médicos de uso múltiplo (auxiliares de posicionamento)
15	Aspiradores
16	Suportes e baldes rodados
17	Estrados
18	Paredes (SOS)
19	Grelhas de ventilação (SOS)
20	Pavimento

ANEXO 6

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO E DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE OPERATÓRIA: COVID-19

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO E DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE OPERATÓRIA: CoVid-19	
1. Salas em repouso 1 hora	
2. Remoção dos resíduos e material contaminado	
	Resíduos grupo III (risco biológico) - saco branco com espessura de 50 ou 70 microns
	Sacos fechados no interior da sala com braçadeira de aperto
	Acondicionar os sacos no interior do contentor rígido, sem forçar
	Encaminhar de acordo com as normas em vigor na instituição
3. Remoção da roupa usada	
	Acondicionar e fechar o saco da roupa
	Encaminhar de acordo com as normas em vigor na instituição
4. Higienização da sala de desinfecção	
5. Higienização da antecâmara ou equivalente	
6. Higienização da sala de operações	
7. Descontaminação terminal com luz UV (se disponível)	

Versão 2 – Abril 2020

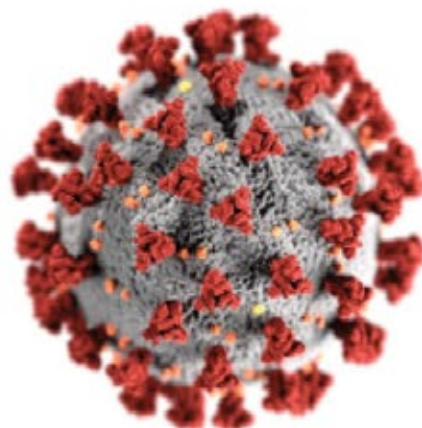


Visite-nos ainda hoje em www.aesop-enfermeiros.org ou através do **Facebook**, deixe um gosto na nossa página e acompanhe as novidades que partilhamos!

Siga-nos também através do Instagram e Twitter!



ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES



**ORIENTAÇÕES PARA A RETOMA
DA ATIVIDADE CIRÚRGICA ELETIVA
NA FASE DE DESCONFINAMENTO (CoVid-19)**



AESOP

Versão 1 - maio 2020

Estas recomendações têm por base o conhecimento atual, as recomendações baseadas na evidência para procedimentos relacionadas com as precauções de contato, gotículas e aerossóis, a documentação publicada até esta data, a opinião de peritos e a experiência partilhada entre profissionais de saúde.

A AESOP não efetuou per se qualquer ensaio/estudo experimental para aferir os resultados e conclusões recolhidos na literatura. Atendendo à rápida evolução da tecnologia e ciências da saúde, recomenda-se uma verificação independente dos métodos e dispositivos utilizados em cada situação à luz do conhecimento do momento.

A AESOP não assume nenhuma responsabilidade por qualquer dano a pessoas e/ou bens, em questão de responsabilidade civil, negligência, no uso de quaisquer métodos, produtos, instruções ou ideias aqui recolhidas. Estas recomendações em momento algum pretendem ser um substituto para o exercício de julgamento profissional de enfermagem ou médico.

INTRODUÇÃO

As especificidades dos cuidados de saúde perioperatórios em contexto de pandemia por CoVid-19, não foram considerados pelas entidades reguladoras da saúde, como área prioritária a preparar, acompanhar e suportar. Assim, coube às associações profissionais e sociedades científicas, em grande parte, a tarefa de identificar, integrar e divulgar as recomendações e orientações técnicas que suportassem os cuidados de qualidade, a segurança dos profissionais e das pessoas em situação perioperatória com ou sem doença de CoVid-19 confirmada.

Neste âmbito, a AESOP, publicou e reviu as recomendações para os cuidados de saúde em contexto perioperatório em doentes CoVid-19 e colaborou em atividades científicas e publicações com associações profissionais congêneres, reguladores e grupos de profissionais, de forma a que os cuidados perioperatórios seguros fossem representados nesta área da saúde.

A diminuição drástica da atividade cirúrgica eletiva e urgente, a alteração da organização dos blocos operatórios, dos circuitos e a dispersão de recursos humanos para áreas prioritárias do combate ao CoVid-19, tornou mais evidente o valor e o peso da atividade perioperatória nas organizações hospitalares e nos cuidados de saúde à população.

Assim, hoje mais do que nunca, retomar a atividade cirúrgica com segurança tornou-se um objetivo imediato a cumprir. Esta etapa, que poderá ser mais longa do que se desejaria, necessita estar balizada por novas fronteiras (circuitos independentes; maior consumo de materiais e de tempo; aumento do número de profissionais alocados; capacitação aumentada da pessoa em situação perioperatória) e reforçada por princípios desde sempre presentes e fundamentais para a segurança de todos (prevenção e controlo de infeção; assepsia cirúrgica e progressiva; adesão de boas práticas e colaboração interdisciplinar). São estes aspetos que

SIGLAS

- ACS** – American College of Surgeons
- AESOP** – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
- AHA** – American Hospital Association
- AORN** – Association of periOperative Registered Nurses
- APCA** – Associação Portuguesa de Cirurgia do Ambulatório
- ASA** – American Society of Anesthesiologists
- BO** – Bloco Operatório
- CAR** – Clube de Anestesia Regional CoVid-19 - Coronavirus Disease 2019
- DGS** – Direção-Geral da Saúde
- DM** – Dispositivos Médicos
- DSG** – Dispositivos Supra-Glóticos
- EPI** – Equipamento de Proteção Individual
- EUA** – Estados Unidos da América
- MCDT** – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
- MeNTS** – Medically Necessary Time-Sensitive
- NVPO** – Náuseas e Vômitos Pós-Operatórios
- PBCI** – Proteções Básicas Controlo Infeção SMS - Short Message Service / Serviço de Mensagens Curtas
- SPA** – Sociedade Portuguesa de Anestesiologia
- SPCIR** – Sociedade Portuguesa de Cirurgia
- SPCMIN** – Sociedade Portuguesa de Cirurgia Minimamente Invasiva
- UCA** – Unidade Cirurgia Ambulatório
- UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos
- TET** – Tubo Endotraqueal
- TIC** – Tecnologias de Informação e Comunicação

a AESOP pretende incluir nestas orientações para a retoma da atividade cirúrgica eletiva na fase de desconfinamento (da pandemia de CoVid19).

Para a elaboração deste documento, consideraram-se adequadas as recomendações conjuntas de associações profissionais congêneres americanas (ACS, ASA, AORN, AHA) “Joint Statement: Roadmap for Resuming Elective Surgery after COVID-19 Pandemic”¹, como orientação para um modelo de governação estruturada e adaptável à realidade nacional, na reativação da atividade cirúrgica, bem como as “Recomendações Nacionais Retorno da Atividade Cirúrgica na Era Covid-19 - Cirurgia de Ambulatório”, documento que resultou do consenso de um grupo de trabalho alargado de sociedades científicas e associações profissionais que representam as várias disciplinas que intervêm nos cuidados cirúrgicos (APCA, AESOP, CAR, OM, SPCIR, SPA, SPCMIN, 2020)¹⁵.

1. PRINCÍPIOS PARA O PLANEAMENTO, ORGANIZAÇÃO E GESTÃO LOGÍSTICA EM TEMPO DE RETOMA CIRÚRGICA NA FASE DE DESCONFINAMENTO (COVID-19)

Em abril 2020, um grupo constituído pelas organizações representativas dos enfermeiros perioperatórios, cirurgiões, anesthesiologistas e administradores hospitalares dos EUA, publicaram uma declaração conjunta sobre a normalização da atividade cirúrgica eletiva, após o pico do surto pandémico de CoVid19. Afirmam que as organizações hospitalares devem preparar-se para reativar a atividade referida, com vista a que esse processo seja um contributo positivo para a saúde da população¹. Assim, deve ter-se em conta um conjunto de ações, a desenvolver no período prévio ao reinício da atividade e durante o período inicial de recomeço, para estabelecer um período de retoma de atividade faseado, de acordo com os seguintes princípios¹:

» Prioridade absoluta na segurança de doentes e profissionais de saúde;

» Definir a capacidade instalada a cada momento, para efeitos de retoma da atividade cirúrgica eletiva, tendo em conta os novos processos a implementar, as camas cirúrgicas, salas de operações, profissionais e suporte logístico disponíveis, baseada em indicadores de processo e resultado;

» Adequar o processo de produção cirúrgica, de forma a possibilitar uma resposta rápida e efetiva a potenciais surtos sucessivos de CoVid19;

» Utilizar ferramentas de trabalho que facilitem a verificação das condições disponíveis de forma sistemática (ex. listas de verificação);

» Os cuidados prestados devem manter o mesmo nível de qualidade e segurança, existente antes da pandemia CoVid19;

» Ter como meta do processo de retoma, o aumento gradual e a manutenção do direito fundamental de acesso aos cuidados cirúrgicos¹.

1.1. REATIVAÇÃO DA CIRURGIA ELETIVA

Para a realização de cirurgia eletiva, é prioritário a existência das seguintes condições¹:

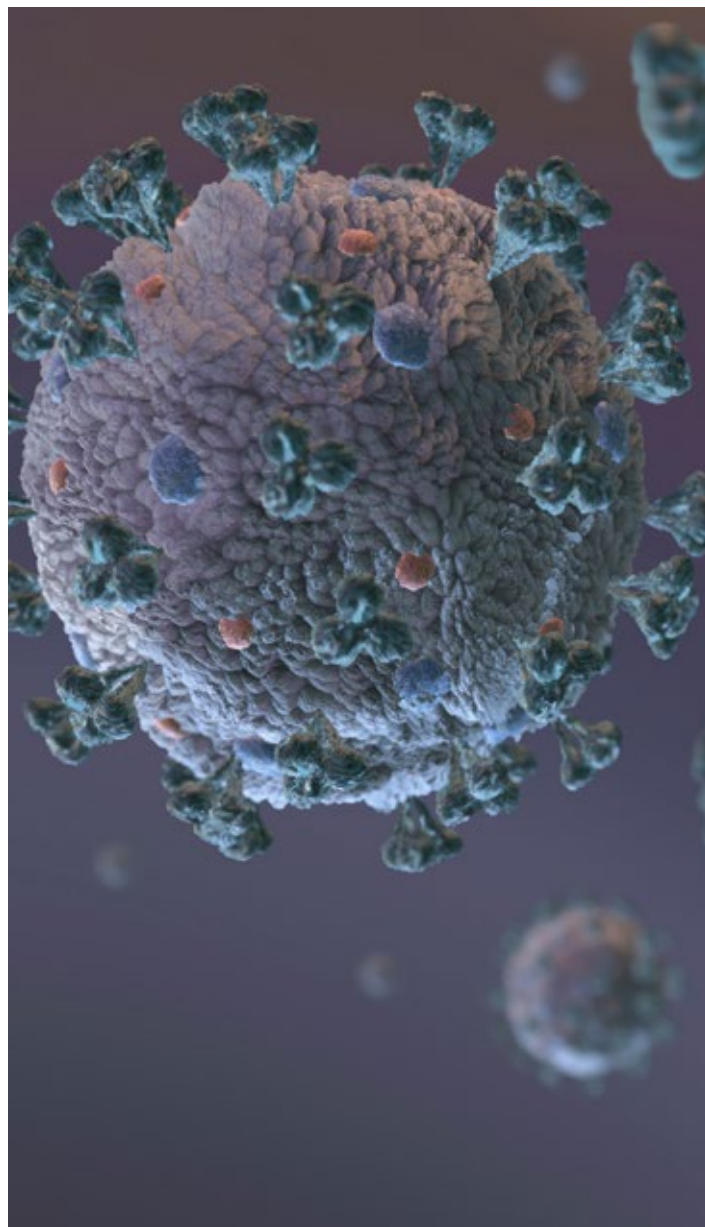
» Redução sustentada na taxa de novos casos de CoVid-19, pelo período mínimo de 14 dias;

» Existência apropriada de recursos para a atividade cirúrgica e para a possibilidade de um novo surto: salas de operações, número de camas cirúrgicas, camas de cuidados intensivos, profissionais treinados e em dotação adequada, EPI adequados e em quantidade suficiente, serviços de diagnóstico imagiológico e laboratorial, etc.;

» Plano estratégico e preventivo que possibilite a deteção célere e precoce da doença em utentes, nomeadamente através da realização de testes de despiste de SarsCov-2;³¹

» Existência de um plano de atividade cirúrgica adequado às necessidades dos utentes;

» Existência de orientações específicas contemplando as



5 fases dos cuidados cirúrgicos (pré-operatório; pré-operatório imediato; intraoperatório; pós-operatório e preparação para a alta);

» Deve estar estabelecido um grupo de decisores com autoridade para clarificar, interpretar e operacionalizar políticas, tomar decisões em tempo real ou definir e comunicar informação operacional - Comité / Grupo de governação clínica cirúrgica.

Comité / grupo de governação clínica

O modelo de governação deve assentar numa estrutura multidisciplinar coordenada localmente, constituída pelos representantes responsáveis da administração hospitalar, anesthesiologia, cirurgia, enfermagem perioperatória e PPCIRA, que defina, implemente e monitorize, de forma transparente e agilizada, os critérios de triagem da atividade cirúrgica eletiva¹⁴. Este grupo deverá ter as seguintes características:

Quadro 1 - Caracterização do comitê/grupo de governação clínica (Adaptado de Royal College of Surgeons, 2020)³⁸

COMITÉ / GRUPO DE GOVERNAÇÃO CLÍNICA	
Função	Governança em tempo real (órgão de decisão operacional)
Membros	Multidisciplinar (ex. anestesiológico, cirurgião, enfermeiro perioperatório, outros)
Frequência	Reuniões / briefings diários
Orientação da decisão por dados e indicadores	Indicadores de desempenho, indicadores de eficiência, taxa de utilização, dados epidemiológicos de CoVid19, eventos adversos (erros/acidentes, complicações), disponibilidade de recursos, etc.
Objetivos	<p>1. Responder às necessidades de tratamento cirúrgico dos doentes prioritários, cancelados e/ou adiados pela pandemia (aumentando gradualmente a utilização dos tempos operatórios disponíveis para a atividade cirúrgica necessária às várias especialidades, na cirurgia convencional e ambulatorial);</p> <p>2. Aumentar a colaboração entre especialidades (para melhorar a rentabilidade dos recursos partilhados / aumento da eficiência);</p> <p>3. Manter a separação do circuito perioperatório do doente CoVid-19 positivo ou suspeito (urgente / emergente) e garantir o circuito perioperatório normalizado para o doente eletivo e urgente não CoVid-19 (tendo em consideração as recomendações de separação de circuito do doente oncológico - norma DGS, 009/2020²³);</p> <p>4. Garantir o cumprimento dos pressupostos definidos para a utilização do Equipamento de Proteção Individual (EPI), de acordo com norma n.º 007/2020 da DGS²⁴ (com adaptação dos princípios ao contexto perioperatório).</p>

1.2. AGENDAMENTO DOS CASOS PRIORITÁRIOS PARA CIRURGIA ELETIVA

Devem ser estabelecidos, de forma multidisciplinar, os princípios e a estrutura lógica de priorização dos casos para a cirurgia eletiva. Este processo deve ser dinâmico (face a tendências epidemiológicas, alterações no diagnóstico CoVid-19, estratégias de tratamento), sensível (face aos recursos institucionais disponíveis, às prioridades clínicas e às necessidades dos utentes) e otimizado (dentro e entre especialidades cirúrgicas, processos de doença e ambiente da prática clínica)¹.

O agendamento cirúrgico deve ser baseado em princípios transparentes, para utentes e profissionais, de modo a reduzir conflitos, dilemas éticos e a facilitar o julgamento e decisão clínica compartilhados. Atendendo a que a priorização por especialidade cirúrgica não é a mais adequada e que a atividade cirúrgica deverá ir evoluindo tendo em consideração questões logísticas, clínicas e epidemiológicas, propõe-se alguns critérios a considerar:

Quadro 2 - Critérios para agendamento dos casos prioritários para cirurgia eletiva (Adaptado de ACS et al., 2020 e Royal College of Surgeons, 2020)^{1,38}

CRITÉRIOS A CONSIDERAR NO AGENDAMENTO DOS CASOS PRIORITÁRIOS PARA CIRURGIA ELETIVA	
1	Necessidades urgente e prioritárias de tratamento cirúrgico, cirurgias canceladas ou adiadas, lista de espera de cirurgia eletiva, doentes que aguardam transferência noutras unidades de saúde e novas propostas cirúrgicas;
2	Critérios de prioridade atendendo a fatores relacionados com o procedimento, patologia e doente (a utilização de ferramentas objetivas de quantificação de prioridades poderá ser uma mais valia, ex. MeNTS) ³⁷ ;
3	Definição objetiva de uma estratégia de reabertura por níveis/metapas e cronograma tendo sempre um olhar na evolução da pandemia, comunicada à comunidade profissional;
4	Avaliação e promoção do aumento gradual da disponibilidade de tempos cirúrgicos
5	Disponibilidade de EPI, adequados e em quantidade suficiente para fazer face ao aumento da produção ou aparecimento de novos casos COVID-19 (assegurar o treino dos profissionais e correta utilização dos mesmos);
6	Evolução da capacidade instalada (disponibilidade de profissionais, camas, vagas de cuidados intensivos, suporte logístico à produção e na cadeia de fornecimento).

2. EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) OBRIGATÓRIO PARA PROFISSIONAIS EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO E MEDIDAS DE SEGURANÇA GERAL

Cuidados a ter em conta para proteção dos profissionais de saúde e utentes:

» Deve estar definido qual o conjunto base de EPI a utilizar em contexto cirúrgico, para utentes não infetados, doentes suspeitos ou infetados (tendo em conta o risco dos procedimentos cirúrgicos / invasivos a efetuar) e os EPI a utilizar em atividades de elevado risco de produção de aerossóis;

» Deve ser monitorizado de forma sistemática o stock, cadeia de fornecimento e consumos de EPI (incluindo de proteção respiratória) de modo a garantir a atividade contínua por um período de 30 dias (utilizar sistema de apoio à gestão de stock e sistema de cálculo de consumos de EPI, ex. <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/healthcareus/ppe/calculator.html>)¹⁶;

» Deve estar estabelecida uma política de prevenção da disseminação da doença em ambiente intra-hospitalar, de acordo com as recomendações dos organismos técnicos de saúde pública e de prevenção e controlo de Infecção, que inclua a definição de utilização de EPI e máscaras pelos utentes, na fase de escalonamento do desconfinamento;¹

“A segurança e proteção dos profissionais adquire-se pela gestão das medidas de proteção relacionadas com o risco reconhecido dos procedimentos a executar”

» A segurança e proteção dos profissionais adquire-se pela gestão das medidas de proteção relacionadas com o risco reconhecido dos procedimentos a executar; face ao facto e considerando a forma natural de transmissão do SarsCov-2, no contexto perioperatório e na fase pandémica (ou em presença de surtos) serão implementadas medidas padrão de prevenção e controlo de infeção, acrescidas de medidas relacionadas com o modo de transmissão (gotículas e produção de aerossóis). Fora da fase de elevada prevalência, e considerando uma triagem pré-operatória de doença ativa, assume-se somente medidas padrão.

Utente – Considera-se para o utente, além de roupa limpa, a utilização do seguinte equipamento:

CIRCUITO PERIOPERATÓRIO	CARACTERÍSTICAS DO EPI
Utente- Circuito perioperatório (blocos operatórios, UCA, blocos de exames, imagiologia de intervenção e diagnóstico, MCDT, consultas, outros)	Máscara cirúrgica / máscara social – deve ser colocada nova máscara cirúrgica no hospital sempre que esta ultrapassar 4 h de utilização, não estiver garantida a condição de limpeza ou de integridade.

Profissionais de saúde – Considera-se para a prestação de cuidados perioperatórios ao utente cirúrgico, período de reativação da atividade, fase de mitigação CoVid-19 (pandemia ou surto), a utilização de fato de circulação (túnica e calça), calçado lavável e impermeável com a utilização dos seguintes EPI:

CIRCUITO DO DOENTE CIRÚRGICO	CARACTERÍSTICAS DO EPI
Equipa não estéril: Transporte, cuidados clínicos invasivos, período de recuperação, apoio à sala de operações e cuidados diretos ao doente	Bata - Bata não estéril, resistente a fluidos; Touca - integral de uso único; Máscara - FFP2 - de uso único, com adequado ajuste facial;* Proteção ocular - Escudo facial (preferencial para a área da anestesia – procedimentos de elevado risco) ou óculos com proteção lateral; Luvas não estéreis; Para os profissionais da equipa de anestesia dupla luva na manipulação da via aérea (primeiro par retirado após intubação/extubação).
Equipa estéril: Cuidados clínicos invasivos perioperatórios	Bata cirúrgica estéril reforçada – Impermeável, com abertura atrás, com punhos elásticos, que cubra até ao meio das pernas, com trespasse posterior e cinto com aperto lateral; Touca - integral de uso único; Máscara - FFP2, de uso único, com adequado ajuste facial;* Proteção ocular - Escudo facial; Dupla luva estéril, com indicador.
Higienização da sala de operações / unidade operatória	Bata impermeável - Com abertura atrás e trespasse posterior; Touca - uso único; Máscara cirúrgica impermeável; Proteção ocular - Escudo facial ou óculos com proteção lateral; Luvas menage - não esterilizadas.

* Proteção relacionada com o modo de transmissão natural da doença CoVid19 e na presença de procedimentos de elevado risco de produção de aerossóis. Os restantes EPI são equivalentes aos de qualquer doente em isolamento de contenção (precauções padrão); a roupa cirúrgica deve estar de acordo com a EN 13795

3. SISTEMATIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS PARA O PLANEAMENTO, ORGANIZAÇÃO E GESTÃO LOGÍSTICA PARA A RETOMA CIRÚRGICA NA FASE DE DESCONFINAMENTO (COVID-19)

As dimensões e os aspetos chave a ter em conta no processo de retoma cirúrgica, são apresentados nos seguintes quadros:

ASPETOS A CONSIDERAR ANTES DE INICIAR A RETOMA CIRÚRGICA

Tempo certo - Redução sustentada na taxa de novos casos de CoVid-19 (últimos 14 dias), para assegurar o número necessário de profissionais e instalações de apoio;³⁸

Protocolo de realização de testes de despiste de SarsCov-2 - claramente definido e sistemático para utentes;^{30,38}

EPI / Material de consumo clínico - a gestão logística hospitalar deve avaliar se detém os EPI e material de consumo clínico adequado e em número suficiente para a retoma cirúrgica e ter definido plano de ação na hipótese de novo surto de CoVid19. Devem estar claramente definidas as políticas de utilização dos EPI;³⁸

Prontidão do BO - Existência apropriada de número de camas, profissionais treinados e EPI adequados e em quantidade suficiente para a atividade cirúrgica e para a possibilidade de um novo surto;^{1,38}

Prontidão dos serviços interdependentes do BO - Avaliar a disponibilidade de colaboração com o BO dos serviços de apoio clínico (UCI, unidades de cuidados intermédios e serviços de internamento, patologia clínica, imagiologia, etc.) e logístico (ex. reprocessamento de DM, aquisições, distribuição) e se necessário considerar a contratação externa;^{1,30,38}

Criação do Comité/Grupo de governação clínica (multidisciplinar) - Para coordenação executiva, com vista a aumentar a eficiência e a segurança do processo de retoma cirúrgica. Assegura o respeito pelos aspetos-chave anteriormente referidos. Desenvolve uma liderança coesa e através de um processo de diálogo frequente (utilização das TIC, reuniões virtuais se necessário), avaliando o processo de retoma cirúrgica e a necessidade de implementar estratégias alternativas;^{1,38}

Prioridade no agendamento dos utentes - Devem ser estabelecidos, de forma multidisciplinar, os princípios e a estrutura lógica de priorização dos casos para a cirurgia eletiva;^{1,38}

Estabelecimento de uma rotina de higiene ambiental a empreender em todo o circuito de prestação de cuidados e equipamentos (ex. áreas gerais de trânsito de utilizadores, áreas pré-operatórias, salas de operações, salas de trabalho, salas de espera, áreas de recobro, enfermarias, cuidados intensivos, equipamento clínico, etc.) e a respetiva logística de apoio com recursos extra para responder às exigências advindas do contexto pandémico de CoVid-19;^{4,34}

Deve ser tida em conta a possibilidade de um novo surto de CoVid-19, assim o processo de gestão deve garantir que o sistema não fica sobrecarregado (capacidade instalada esgotada) e que é dinâmico na adaptação (capacidade de reação rápida à mudança).¹

RECONFIGURAÇÃO DOS SERVIÇOS E ADEQUAÇÃO DA CAPACIDADE HOSPITALAR, INSTALAÇÕES E LOGÍSTICA

A adequação das estruturas, recursos e processos que permitam o cumprimento das práticas recomendadas para bloco operatório relacionadas com a segurança do utente, prevenção e controlo de infeção;⁴

O reforço de higienização ambiental, de equipamentos e ventilação dos espaços, de acordo com orientações em vigor;^{4,26,34}

O cumprimento auditado de todos os procedimentos, das medidas de higienização e descontaminação do ambiente perioperatório recomendadas na abordagem de utente em contexto perioperatório com CoVid-19 (AESOP, abril 2020)¹⁴ (Anexo 1);

Garantia das condições para o cumprimento dos princípios de assepsia progressiva determinam o controlo, limitação do tráfego de profissionais, utentes, equipamentos e consumíveis das áreas mais sujas para as mais limpas, através do estabelecimento de barreiras e a circulação de ar em sentido inverso, através do controlo progressivo da pressão positiva;^{5,32}

Garantia da capacidade hospitalar e da disponibilidade dos serviços clínicos e não clínicos indispensáveis ao funcionamento do BO - salas operatórias / áreas de recobro (incluindo áreas alternativas transformadas no pico de crise pandémica), camas de cuidados intensivos e internamento (CoVid e não-CoVid), diagnóstico imagiológico e laboratorial, serviço de reprocessamento de DM, aprovisionamento e distribuição;^{1,30,38}

Definição do máximo de capacidade instalada esgotada, que determine a suspensão da atividade cirúrgica eletiva;¹

Alterações no horário de funcionamento do BO para aumentar a capacidade instalada e de produção - extensão do horário para cirurgia eletiva, redução do tempo de fecho do BO, aumento de tempo extra e horários não convencionais;³⁸

Planeamento de tempo acrescido para a intervenção cirúrgica e/ou permanência dos utentes no BO devido aos procedimentos de descontaminação ambiental, relacionados com a gestão do risco relacionado com o CoVid-19;³⁸

Gestão da cadeia de fornecimento / áreas de suporte - a retoma dos níveis normais de consumíveis cirúrgicos e implantes, deve estar restabelecida, em proporcionalidade com o volume de atividade cirúrgica e tendo em conta as especificidades associadas à situação de pandemia;¹

Garantia da capacidade disponível dos fornecedores assegurada e, se necessário, procura de novos fornecedores, bem como o suporte sinérgico dos fornecedores à reativação.¹

PRESERVAR E REFORÇAR O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Assegurar os EPI adequados para proteção de utentes e profissionais; ^{1,30,40}

Autoavaliação diária dos profissionais em funções com monitorização diária da temperatura, prévia à entrada de funções (em ambiente extra-hospitalar); ^{1,30,40}

Reforçar a higienização das mãos e manutenção do distanciamento social;³⁰

Estabelecer a existência de espaços de aprovisionamento de equipamento e de vestidário com condições mínimas de segurança para os profissionais de saúde, na colocação e remoção do fardamento hospitalar em segurança, cumprindo a condições de isolamento social, higiene das mãos e assepsia;^{2,29,32}

Disponibilizar fardamento e EPI de acordo com os princípios de circulação interna, assepsia progressiva e tipologia de procedimento; ^{4,5,8}

Avaliação dos riscos psicossociais e estado de desgaste físico / psíquico dos profissionais, considerando a sua experiência anterior em funções em unidade clínicas de tratamento de utentes CoVid19, e adequação da carga de trabalho aos resultados da avaliação, em estreita colaboração com o Serviço de Saúde Ocupacional;³⁰

Efetuar plano de alocação de profissionais para cobrir os tempos de atividade definidos e horas extra - este plano deve estar preparado para oscilações no número de profissionais disponíveis para a atividade cirúrgica devido a situações de fadiga, doença ou apoio social a descendentes/ascendentes ou outros (plano de contingência). Deve ter em atenção os níveis de stress e fadiga (riscos psicossociais), com especial atenção aos profissionais de retorno após infeção CoVid-19;³⁸

Aumentar temporariamente o número de profissionais para incrementar a capacidade de trabalho;³⁸

Assegurar e otimizar o funcionamento alargado dos serviços de apoio aos serviços clínicos, nomeadamente a logística de distribuição, reprocessamento de dispositivos médicos e o apoio administrativo de forma a aumentar a disponibilidade dos profissionais de saúde para os cuidados diretos ao utente e a prontidão da área de apoio clínico nomeadamente patologia clínica, diagnóstico imagiológico;^{1,38}

Promover uma relação de confiança e sinergia entre chefia / profissionais de forma a facilitar a flexibilidade do horário de trabalho;³⁸

Adaptar horários de trabalho recorrendo a desfasamento de afetação de salas operatórias para reduzir número de profissionais / utentes em simultâneo no BO, e diminuição dos contactos e deslocações dos recursos associados aos serviços de apoio;^{1,30,38}

Promover medidas de promoção da saúde mental para os profissionais de saúde com vista a minimizar efeitos de desgaste emocional e stress. Lidar com o stress e garantir o bem-estar emocional é tão importante nesta altura como a saúde física.⁴⁴

GARANTIR ELEVADOS NÍVEIS DE SEGURANÇA E QUALIDADE

Reforçar formação e treino sobre etiqueta respiratória, higiene das mãos e outras precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), de acordo com a Norma n.º 007/2019 da DGS 24, em vigor, a todos os profissionais de saúde, utentes e cuidadores;

Reforçar a formação e treino sobre as PBCI e monitorização da utilização adequada dos EPI, de acordo com Orientação n.º 007/2020 da DGS, e recomendações em vigor para o contexto perioperatório, aos profissionais de saúde;^{4,30}

Estabelecer / manter os programas de melhoria contínua da qualidade normalizados como forma de garantia de segurança, alta qualidade e valor para o utente: atualizar normas clínicas específicas, disseminar boas práticas, auditar regularmente;

Promover / manter programas de eficiência clínica tipificados por procedimentos (ex. ERAS, etc.);

Monitorizar eventos adversos e indicadores de qualidade clínica ajustados ao risco, avaliando os cuidados e os seus resultados.

4. CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS NA FASE DE DESCONFINAMENTO

PRÉ-OPERATÓRIO

Gestão eficiente da avaliação pré-operatória (ver ponto 5);

Promover a utilização de teleconsulta (NOC DGS 010/2015 de 15/06/2015);²¹

Manutenção de práticas de distanciamento social, nas áreas de espera;

Introduzir na gestão do processo a necessidade de cuidados continuados extra-hospitalares após a cirurgia;

Manter práticas de prevenção e controlo de infeção, de disseminação da doença no ambiente intra-hospitalar para os profissionais (ex. máscara cirúrgica sistemática no ambiente hospitalar, etc.);

Práticas de prevenção de disseminação da doença na comunidade (ex. higiene das mãos, distanciamento social e máscara para os utentes);

Capacitação da pessoa em situação perioperatória - A minha Lista de Verificação da Cirurgia em tempo de pandemia por COVID-19 (Anexo 2);⁶

Planeamento perioperatório - reunião diária das equipas para planeamento do plano operatório (briefing dos procedimentos anestésico e cirúrgico, cuidados pré e pós operatório, prescrições, informação ao utente, recuperação).

INTRAOPERATÓRIO

Existência de duplo circuito definido para utentes, profissionais de saúde, dispositivos médicos e resíduos hospitalares em blocos operatórios onde exista sala exclusivamente utilizada para utentes suspeitos, prováveis, contaminados ou infetados com CoVid-19;

Promover a higienização das mãos do utente antes da transferência para o ambiente perioperatório;

Durante a transferência de informação clínica do utente, também deve ser confirmado o resultado negativo do teste de rastreio ao SarsCov-2 (se efetuado) e o seu estado de saúde atual;

Manutenção dos procedimentos pré-cirúrgicos de verificação de segurança padrão;

Garantia da dotação segura de profissionais presentes nos procedimentos, sem excesso / ou aumento do risco;

Procedimento Anestésico - deverá ser considerada a técnica anestésica mais adequada e que garanta os melhores resultados clínicos. Mantém-se a recomendação de evitar manobras de ventilação potenciadoras da produção de aerossóis e gotículas. Destacam-se a manutenção dos seguintes comportamentos de proteção (salvo situações que a condição do doente não o permita): indução anestésica realizada apenas com o pessoal mínimo indispensável e de sequência rápida; pré-oxigenação do utente com a máscara cirúrgica colocada; recurso a proteção com plástico transparente ou equivalente durante a colocação, a manutenção e a retirada de próteses ventilatórias; verificação de selagem da via aérea e controlo apertado das pressões de ventilação e de "cuff"; utilização de videolaringoscopia; intubação feita com o tubo endotraqueal clampado; uso de dupla luva a descartar o primeiro par imediatamente após a intubação;^{8,18,23,30,40,41,44}

Cumprimento rigoroso de protocolos de profilaxia (principalmente de profilaxia antibiótica cirúrgica, profilaxia de NVPO e Dor), de modo a evitar re-intervenções, prolongamento do período de recuperação e alta tardia;

Procedimento Cirúrgico - deverão ser usadas as técnicas cirúrgicas mais adequadas a cada procedimento em consideração aos resultados clínicos. Nas situações potencialmente libertadoras de aerossóis, como a laparoscopia, técnicas vídeo assistidas e utilização de equipamentos geradores de aerossóis, utilizar sistemas de filtragem HEPA no insuflador e no circuito de exaustão de gás; utilização padronizada de sistema de aspiração do fumo cirúrgico em cirurgia invasiva e minimamente-invasiva;⁸

Manutenção da normotermia - manter procedimentos de gestão de normotermia perioperatória. Evitar a utilização de equipamentos de aquecimento de ar forçado (reduzir disseminação de aerossóis). Utilizar preferencialmente equipamentos de aquecimento por contato;⁸

Gestão dos DM - Manter as práticas habituais e recomendadas para bloco operatório. Reduzir ao essencial os equipamentos e dispositivos médicos a colocar na sala de operações e em contacto com os doentes (privilegiar o planeamento para otimizar este processo, evitando desperdícios);⁸

Higienização e descontaminação do ambiente perioperatório - deve manter-se o mesmo nível de rigor e prática dos procedimentos recomendados para limpeza e desinfecção de superfícies. A monitorização deve ser reforçada e apoiada por lista de verificação (Anexo 2). As portas das salas de operações e compartimentos das áreas restritas devem permanecer fechadas e deve ser verificada a desobstrução das grelhas de extração de ar.⁸

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO (RECOBRO)

Reduzir o tempo de permanência do utente no recobro (ou equivalente) - implementar protocolos de atuação na prestação de cuidados para aumentar a eficiência dos mesmos (ex. Protocolos de recobro rápido - prevenção de náuseas e vômitos, controlo da dor, etc.);¹

Aferir a dotação de utentes na unidade de recobro atendendo às suas características (estruturais/organizacionais) permitindo uma prestação de cuidados segura para utentes e profissionais no âmbito das medidas recomendadas para proteção contra o CoVid-19;

Higienização e descontaminação do ambiente da unidade de recobro do utente - deve manter-se o mesmo nível de rigor e prática dos procedimentos recomendados para limpeza e desinfecção de superfícies;

Gestão eficiente da informação pós-operatória (ver ponto 5).

PÓS-OPERATÓRIO TARDIO (ACOMPANHAMENTO APÓS A ALTA)

Diminuir o tempo de permanência do utente na instituição de saúde - deve-se promover a externalização hospitalar dos cuidados ao utente através de: hospitalização domiciliária, internamento em unidades de cuidados continuados ou cuidados continuados na comunidade e ambulatorização;¹

Gestão eficiente da informação pós-operatória (ver ponto 5).

5. COMUNICAÇÃO COM O UTENTE

Face à situação de pandemia criada pelo CoVid-19 os profissionais de saúde alteraram a forma de comunicar com os utentes, no sentido de os proteger de possíveis situações de risco, evitando contactos presenciais não essenciais. A comunicação estabelecida entre os utentes e as instituições de saúde, alterada durante o estado de emergência, deve ser redefinida durante a fase de desconfinamento e retoma da atividade cirúrgica, salvaguardando o direito dos utentes e a igualdade de acesso aos cuidados de saúde e à informação.

ASPETOS-CHAVE DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO COM OS UTENTES

Definição de uma política clara de comunicação com os utentes com esclarecimento sobre: priorização de procedimentos, política de testes SarsCov-2 nos utentes, aconselhamento sobre CoVid-19, segurança dos utentes que recebem cuidados nas instituições de saúde, e profissionais de saúde; utilização de EPI pelos profissionais e máscaras comunitárias/cirúrgicas pelos utentes; orientações sobre visita/accompanhamento de utentes; protocolos estabelecidos de informação à família e pessoas de referência (pré-estabelecidos); cuidados pós-alta e "follow-up"; diretrizes antecipadas de vontade;³⁰

Otimizar a utilização de teleconsulta e outros meios de comunicação com o utente (e-mail, telefone, SMS ou equivalente);^{12,21}

Investir / aperfeiçoar os aspetos técnicos (hardware/software) para a teleconsulta e documentação da informação necessária para minimizar os contactos presenciais não essenciais com o utente;

Planeamento sistemático em caso de contacto presencial e cumprimento estrito do seu horário.¹²

5.1. CONSULTA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

A consulta de enfermagem, constitui uma área de atuação do enfermeiro perioperatório e circunscreve-se no perioperatório, nomeadamente no pré-operatório tardio, pré-operatório imediato, pós-operatório imediato, pós-operatório tardio.

OBJETIVOS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Reunir os dados de apreciação inicial e de evolução da condição do cliente na experiência cirúrgica, fundamentais para a operacionalização do processo de diagnóstico e de tomada de decisão clínica;

Capacitar a pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica;

Melhorar o conhecimento da pessoa, na experiência cirúrgica, para prevenir complicações;

Promover o regresso à normalidade;

Assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem no perioperatório e após alta hospitalar;

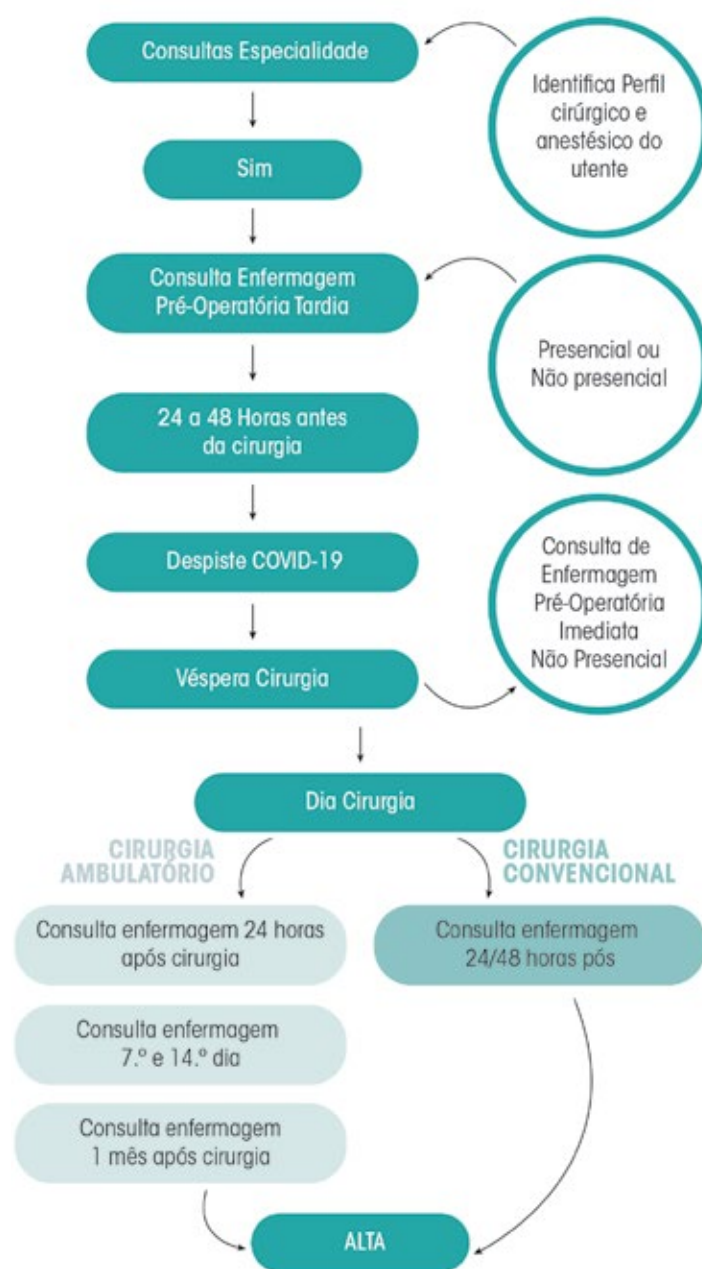
Monitorizar a evolução clínica do utente operado.

A consulta de enfermagem desenvolve-se num modelo presencial ou não presencial. As consultas não presenciais são realizadas por meio de teleconsulta de acordo com os recursos da instituição e dos utentes, em conformidade com a norma da DGS e os requisitos de registo da atividade aplicáveis. Se o utente não tiver perfil para consulta de enfermagem não presencial (sem potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de infeção; capacidade de autonomia comprometida; audição comprometida; comunicação verbal comprometida), esta deve ser dirigida ao prestador de cuidados, à mãe/pai ou equivalente. Independentemente do tipo de consulta, devem ser fornecidas todas as informações escritas relativas ao procedimento cirúrgico que irá realizar e às normas a seguir que se relacionam com a pandemia. Recomenda-se a utilização de ferramentas de apoio ao processo de aprendizagem: suportes multimédia, aplicações digitais, publicações informativas enviados por e-mail, mensagens de instruções tipo SMS. A situação de saúde atual face à pandemia pelo CoVid-19, pressupõe que se reduza ao máximo a vinda do utente ao Hospital (sendo o modelo a desenvolver para o futuro), pelo que a consulta de enfermagem não presencial representa o modelo a adotar para esse propósito e sempre que possível, promovendo o regresso à comunidade precocemente. Há necessidade de garantir a implementação sistemática de medidas de segurança neste modelo de cuidados, nomeadamente através da monitorização da evolução clínica dos utentes operados. O processo de cuidados inicia-se na consulta da especialidade cirúrgica, a qual define os critérios cirúrgicos e identifica o perfil do utente cirúrgico para regime convencional ou ambulatorio. Posteriormente, o utente é direcionado para uma consulta de enfermagem pré-operatória tardia (presencial ou não presencial). Nas 24 a 48 horas que precedem a cirurgia, o utente deve realizar rastreio considerado necessário face aos riscos em presença. A consulta de enfermagem pré-operatória

imediate não presencial é efetuada na véspera da cirurgia. A consulta de enfermagem pós-operatória não presencial, no regime de cirurgia ambulatorio, deve ser realizada nas 24 horas após a cirurgia e sempre que o utente apresente complicações pós-operatórias imediatas; no 7º e 14º dia após a cirurgia para despiste de sintomatologia de infeção por SARS-CoV-2 e/ou acompanhamento de sinais e sintomas e do tratamento à ferida e 1 mês após, para avaliação de complicações pós-operatórias tardias.³²

Em cirurgia convencional deve ser realizada nas 24 horas após a cirurgia para avaliar os cuidados perioperatórios.

As consultas perioperatórias de enfermagem no percurso do utente



Quadro 3 Fluxograma das consultas perioperatórias de enfermagem no percurso do utente

5.1.1. PROCESSO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

A. AVALIAÇÃO INICIAL E EVOLUÇÃO DA CONDIÇÃO DO UTEENTE

- a) Dados Gerais (Antecedentes pessoais: dados clínicos sugestivos de infecção; dados laboratoriais sugestivos de infecção; contactos com familiares ou conhecidos suspeitos ou positivos para SARS-CoV-2; contactos com pessoas com sintomas de infecção respiratória; medicação ambulatoria; critérios de conhecimento para utilização de ferramentas digitais)
- b) Sistema respiratório (Tosse, expetoração)
- c) Sistema gastro-intestinal (Eliminação intestinal - diarreia)
- d) Sistema regulador (Temperatura corporal)
- e) Sistema neuro-muscular (Consciência, comunicação verbal, mialgias)
- f) Sistema imunitário (Condições de risco: imunossupressão, procedimentos de risco)
- g) Percepção sensorial (Dor torácica, odinofagia, odinalgia; acuidade auditiva; acuidade visual, anósmia ou ageusia)
- h) Cognição (Orientação, organização do pensamento, memória)
- i) Emoção (Manifestações da ansiedade)
- j) Autocuidado (Compromisso; Capacidade de autonomia: autocuidado responsável - cumpre todas as indicações previstas no regime terapêutico cirúrgico de forma responsável, comportamento proactivo e positivo; autocuidado formalmente guiado - necessita de ser orientado, guiado no processo do saber e saber fazer, utiliza auxiliares de memória, comportamento passivo, acrítico; autocuidado negligenciado - cumpre de forma irregular, vontade de abandonar, desinteressado e negativo; autocuidado independente - orientado por crenças e valores pessoais, não adesão)
- k) Uso de Substâncias (tabaco, álcool, drogas, chás, medicação não convencional)

B. INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO:

Avaliar potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de infecção por Sars-CoV-2

- Capacidade cognitiva: S/N
 - (Orientação, organização do pensamento, memória)
- Consciencialização das mudanças no seu estado de saúde: S/N
- Força de vontade expressa na aprendizagem: S/N
- Envolvimento no processo de ensino/aprendizagem: S/N
 - (Procura informação; procura recursos; participa; negocia; utiliza ferramentas de comunicação digital como: redes sociais, internet, correio eletrónico, aplicações, etc.)

Avaliar conhecimento sobre prevenção de infecção por Sars-CoV-2

- Sinais de infecção
- Prevenção de infecção
- Prevenção da contaminação

C. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (CIPE®)

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de infecção por Sars-CoV-2

Conhecimento sobre prevenção de infecção por Sars-CoV-2

D. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Ensinar sobre prevenção de infecção por procedimento no pré-operatório

- Distanciamento social até a data da cirurgia
- Indicações para utilização de máscara e treino técnica de utilização
- Indicações e técnica de higienização das mãos
- Informar sobre as regras atuais do constrangimento de visitas/acompanhamento: permitir apenas a presença do familiar/prestador de cuidados no momento exato do ensino para alta; utilização de máscara e higienização das mãos
- Informar sobre regras atuais do constrangimento físico/ambiental (cumprimento rigoroso dos horários agendados)
- Orientar, de forma detalhada, para os percursos que terá de efetuar na instituição
- Identificar condições de risco para infecção (doença imunossupressora ou outras comorbilidades)

Ensinar sobre infecção por procedimento no pré-operatório

- Ensinar sobre colheita de espécimes para análise (exsudado nasofaríngeo)
- Informar sobre data e hora da colheita (24 a 48h antes)

Ensinar sobre prevenção de infecção por procedimento no pós-operatório

- Distanciamento social após alta
- Indicações para utilização de máscara e treino de técnica de utilização
- Indicações e técnica de higienização das mãos
- Ensinar sobre prevenção de complicações com consequente risco de retorno ao hospital (ferida cirúrgica, dor, quedas, etc.)

Ensinar sobre sinais de infecção por procedimento

- Febre superior a 37,5° C axilar ou 37,7° C timpânica
- Tosse
- Odinofagia ou odinalgia
- Sintomas respiratórios
- Diarreia aguda
- Mialgias
- Anósmia e/ou ageusia

Ensinar sobre cuidado de higiene doméstico por procedimento

- Higienização das superfícies de elevado contacto (pavimentos, maçanetas, computadores, etc.)
- Solutos adequados (detergente, lixívia, álcool)
- Arejamento da casa
- Cuidados com vestuário e calçado (exclusivo para uso doméstico / exterior)

Ensinar sobre autovigilância infecção por procedimento

- Monitorizar a temperatura corporal, 2 vezes ao dia
- Monitorizar sinais de infecção
- Contactos com familiares ou conhecidos suspeitos ou positivos para SARS-CoV-2
- Viagens recentes (áreas consideradas de alto risco para infecção (COVID-19))
- Contactos com pessoas com sintomas de infecção respiratória

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

1. ACS, ASA, AORN, AHA. (2020). Joint statement: Roadmap for resuming elective surgery after COVID-19 pandemic. Disponível em <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/roadmap-elective-surgery>
2. ACSS. (2011). Recomendações técnicas para bloco operatório. RT 05/2011. Disponível em http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_05-2011%20DOC%20COMP%20PDF.pdf
3. AEI. (2020). National Coronavirus response: A roadmap to reopening. Disponível em <https://www.aei.org/wp-content/uploads/2020/03/National-Coronavirus-Response-a-Road-Map-to-Recovering-2.pdf>
4. AESOP. (2013). Práticas recomendadas para bloco operatório (3ª ed.)
5. AESOP. (2006). Enfermagem perioperatória, da filosofia à prática dos cuidados. O Bloco Operatório/Departamento Cirúrgico, Cap.II, Lidel
6. AESOP. (2019). A minha lista de verificação da cirurgia. Disponível em <https://www.aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2020/03/Lista-de-Verificac%CC%A7a%CC%83o-da-Cirurgia-para-o-Cidada%CC%83o-AESOP-1.pdf>
7. AESOP. (2020). Recomendações para a abordagem de doente em contexto perioperatório suspeito, provável, contaminado ou infetado por SARS-CoV-2 (CoVid-19), V1, março. Disponível em <https://www.aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2020/03/RECOMENDACOES-PARA-OS-CUIDADOS-PERIOPERATO%CC%81RIOS-AO-DOENTE-SUSPEITO-PROVA%CC%81VEL-CONTAMINADO-OU-INFETADO.-AESOP-2020f.pdf>
8. AESOP. (2020). Recomendações para a abordagem de doente em contexto perioperatório suspeito, provável, contaminado ou infetado por SARS-CoV-2 (CoVid-19), versão 2, abril 2020. Disponível em <https://www.aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2020/04/recomendacoes-perioperatorias-covid19-versao2.pdf>
9. American College of Surgeons. (2020). COVID 19: Considerations for optimum surgeon protection before, during, and after operation. Disponível em <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/surgeon-protection>
10. American College of Surgeons Committee on Trauma. (2020). Maintaining trauma center access and care during the COVID-19 pandemic: Guidance document for trauma medical directors. Disponível em <https://www.facs.org/quality-programs/trauma/maintaining-access>
11. American College of Surgeons. (2020). COVID 19: Recommendations for management of elective surgical procedures. Disponível em <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-surgery>
12. AOMRC. (2020). Principles for reintroducing healthcare services COVID-19. Disponível em <https://www.aomrc.org.uk/reports-guidance/principles-for-reintroducing-healthcare-services-covid-19/>

13. AORN. (2020). Nurses' courage worth respect. Disponível em https://www.aorn.org/About-AORN/AORN-Newsroom/Periop-Today-Newsletter/2020/2020%20Articles/Nurses-Courage/?utm_source=Email&utm_medium=Newsletter&utm_content=04_22_2020&utm_campaign=Periop_Today

14. AORN (2020). Surviving the COVID-19 crisis. Disponível em <http://www.outpatientsurgery.net/surgical-facility-administration/infection-control/surviving-the-covid-19-crisis--04-20>

15. APCA, OM, AESOP, CAR, SPA, SCPIR, SPCMIN (2020). Recomendações nacionais: Retorno da atividade cirúrgica na era COVID-19. CIRURGIA DE AMBULATÓRIO. Disponível em <https://www.aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2020/05/APCA-RECOMENDAC%CC%A7O%CC%83ES-NACIONAIS-RETOMA-DA-CA.18.05.2020.pdf>

16. CDC. (2018). Guidance on personal protective equipment to be used by healthcare workers during management of patients with Ebola virus disease in U.S. hospitals, including procedures for putting on (donning) and removing (doffing). Disponível em <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/procedures-for-ppe.html>

17. CDC (2019). Center of Disease and Control Prevention: PreCoronavirus (COVID-19). Disponível em <https://www.cdc.gov/niosh/npptl/pdfs/PPE-Sequence-508.pdf>

18. Colégio de Anestesiologia. (2020). Recomendação do Colégio de Anestesiologia: Atividade cirúrgica em fase de mitigação da pandemia covid-19. Disponível em <https://ordemdosmedicos.pt/atividade-cirurgica-em-fase-de-mitigacao-da-pandemia-covid-19-recomendacao-anestesiologia/>

19. Colégio de Anestesiologia. (2020). Recomendação do Colégio de Anestesiologia: Covid para os anestesiolistas. Disponível em <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-para-os-anestesiolistas-vs2.13Mar20.pdf>

20. DGS. (2020). Norma 004/2020 de 23/03/2020 atualizada a 25/04/2020: Abordagem do doente com suspeita ou infeção por SARS-CoV-2. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042020-de-23032020-pdf.aspx>

21. DGS. (2015). Norma 010/2015 de 15/06/2015: Modelo de funcionamento das teleconsultas Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102015-de-15062015-pdf.aspx>

22. DGS. (2020). Norma 007/2020 de 29/03/2020: Prevenção e controlo de infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de proteção individual (EPI). Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>

23. DGS. (2020). Norma 009/2020 de 2/04/2020: COVID-19: Fase de mitigação reconfiguração dos cuidados de saúde na área da oncologia. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0092020-de-02042020-pdf.aspx>

- 24.** DGS. (2013). Norma de orientação clínica “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto”, atualizada em 18-12-2014. Disponível em: <https://nocs.pt/profilaxia-antibiotica-cirurgica-na-crianca-e-no-adulto/>
- 25.** DGS. (2020). Orientação n.º 002/2020, atualizada a 10/02/2020: Infecção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022020-de-25012020-pdf.aspx>
- 26.** DGS. (2020). Orientação n.º 014/2020 de 21/03/2020: Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19) - Limpeza e desinfecção de superfícies em estabelecimentos de atendimento ao público ou similares. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142020-de-21032020-pdf.aspx>
- 27.** DGS/Programa Nacional para a Saúde Mental. (2020). Ajudar os profissionais de saúde durante o surto de COVID-19. Disponível em <https://saudemental.covid19.min-saude.pt/ajuda-a-profissionais-de-saude/>
- 28.** Federation of European heating, ventilation and air conditioning associations. (2020). REHVA COVID-19 Guidance document. Disponível em https://www.rehva.eu/fileadmin/user_upload/REHVA_covid_guidance_document_2020-03-17_final.pdf
- 29.** FGI (ANSI/ASHRAE/ASHE) (2018). Guidelines for design and construction of hospitals. The Facility Guidelines Institute.
- 30.** Gilat, R., Haunschild, E.D., Tauro, T., & Cole, B. J. (2020). Recommendations to optimize the safety of elective surgical care while limiting the spread of COVID-19: Primum Non Nocere. *Arthroscopy, Sports Medicine, and Rehabilitation*, 2(3), e177-e183. doi:10.1016/j.asmr.2020.04.008
- 31.** Infectious Diseases Society of America. (2020). Guidelines on the Diagnosis of COVID-19. Disponível em <https://www.idsociety.org/COVID19guidelines/dx>
- 32.** Lee, C.C.M., Thampi, S., Lewin, B., Lim, T.J.D., Rippin, B., Wong, W.H., & Agrawa, R.V. (2020). Battling COVID-19: Critical care and perioperative healthcare resource management strategies in a tertiary academic medical center in Singapore. *Anaesthesia*, 75(7):861-871. doi: 10.1111/anae.15074
- 33.** Ministério da Saúde. (2015). Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios: Relatório final. Disponível em http://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf
- 34.** OMS. (2020). Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of COVID-19, Interim guidance. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/cleaning-and-disinfection-of-environmental-surfaces-in-the-context-of-covid-19>
- 35.** Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE®: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (versão 2015). Lusodidacta
- 36.** Philip W. H., Ho, Pak-Leung, & Hota, S.S. (2020). Outbreak of a new coronavirus: what anaesthetists should know. *British Journal of Anesthesia*, 124(5), 497-501. doi: 10.1016/j.bja.2020.02.008

ANEXOS:

Anexo 1

Lista de verificação das etapas de higienização e descontaminação do ambiente perioperatório: covid-19

Anexo 2

A minha lista de verificação da cirurgia em tempo de pandemia por covid-19

37. Prachand, V.N., Milner, R., Angelos, P., Posner, M.C., Fung, J.J., Agrawal, N., Jeevanandam, V., & Matthews J. B. (2020). Medically necessary, time-sensitive procedures: Scoring system to ethically and efficiently manage resource scarcity and provider risk during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American College of Surgeons*. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.011

38. RCS. (2020). Recovery of surgical services during and after COVID-19. Disponível em: <https://www.rcseng.ac.uk/coronavirus/recovery-of-surgical-services/>

39. SPA. (2020). Recomendações para dispositivos supraglóticos na pandemia COVID-19. Disponível em http://www.spanestesiologia.pt/webstspa/wp-content/uploads/2020/05/recomendaes-para-dispositivos-supraglticos.pdf?fbclid=IwAR2PoLEYSHrs16sDHIioGcQyXsNtSkQufEHJIKA7912g1aQm_E3CTM6lnIc

40. SPA. (2020). Via aérea doentes com suspeita ou infeção com COVID-19: Recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. Disponível em: <http://www.spanestesiologia.pt/webstspa/wp-content/uploads/2020/03/2020-spa-recomendacao-covid19-1.pdf>

41. Ti, L. K., Ang, L. S., Foong, T.W., & Ng, B. S. (2020). What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 67(6):756-758. doi: 10.1007/s12630-020-01617-4

42. Wong, J., Goh, Q. Y., Tan, Z., Lie, S. A., Tay Y. C., Ng, S. Y., & Soh, C. R. (2020). Preparing for a COVID-19 pandemic: a review of operating room outbreak response in a large tertiary hospital in Singapore. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 67(6):732-745. doi: 10.1007/s12630-020-01620-9

43. Wong, D.H.T., Tang, E.W.H., Njo, A., Chu, C.K.L., Chau, S.K.L., Chow, T.L., Lim, H.S., Fung, K.S.C., & Li, K.K.W. (2020). Risk stratification protocol to reduce consumption of personal protective equipment for emergency surgeries during COVID-19 pandemic. *Hong Kong Medical Journal*, 26(3):252-254. doi: 10.12809/hkmj208533

44. Zhejiang University School. (2020). Handbook of COVID-19: Prevention and treatment compiled according to clinical experience the first affiliated hospital. Disponível em [researchgate.net/publication/339998871_Handbook_of_COVID19_Prevention_and_Treatment](https://www.researchgate.net/publication/339998871_Handbook_of_COVID19_Prevention_and_Treatment)

ANEXO 1

LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS ETAPAS DE HIGIENIZAÇÃO E DESCONTAMINAÇÃO DO AMBIENTE PERIOPERATÓRIO: COVID-19

LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS ETAPAS DE HIGIENIZAÇÃO E DESCONTAMINAÇÃO DO AMBIENTE PERIOPERATÓRIO: CoVid-19

1. Sala em repouso (período de pausa) - aplicável somente a doente SARS-CoV - 2 + ou suspeito - (ver minutos in Quadro 4- Remoção de microrganismos contaminantes transmitidos pelo ar) ⁸
2. Remoção dos resíduos e material contaminado
Resíduos grupo III (risco biológico) - saco branco, espessura de 50 ou 70 microns
Sacos fechados no interior da sala com braçadeira de aperto
Acondicionar os sacos no interior do contentor rígido, sem forçar
Encaminhar de acordo com as normas em vigor na instituição
3. Remoção da roupa cirúrgica usada
Acondicionar e fechar o saco da roupa
Encaminhar de acordo com as normas em vigor na instituição
4. Higienização da sala de desinfecção
5. Higienização da antecâmara ou equivalente
6. Higienização da sala de operações

Anexo 1 - in AESOP (2020) – Recomendações para a abordagem de doente em contexto perioperatório suspeito, provável, contaminado ou por SARS-CoV-2 (CoVid-19), versão 2, abril 2020.¹⁴

ANEXO 2

A MINHA LISTA DE VERIFICAÇÃO DA CIRURGIA EM TEMPO DE PANDEMIA POR COVID-19

COM INFORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO CONTRIBUO PARA A MINHA SEGURANÇA E DOS OUTROS

O QUE FAZER?

Perguntar para estar informado e tomar decisões conscientes e seguras.

Estar atento e intervir em qualquer altura que tenha dúvidas.

Preencher uma Lista de Verificação para que nada esqueça ou falhe.

Esta lista de verificação é um instrumento de orientação para a preparação da minha cirurgia. Estão aqui as indicações mais importantes que me irão ajudar a procurar a informação necessária para tomar decisões e participar ativamente em todo o processo.

Sinalizar com os pontos que já conclui.

NAS CONSULTAS MÉDICAS E DE ENFERMAGEM:

Devo informar os profissionais de saúde sobre:

- As minhas alergias e doenças, incluindo se tenho condições de risco para a infeção COVID ou qualquer doença crónica, por exemplo: diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, respiratórias, imunossupressora;
- Contacto com pessoas doentes (incluindo infeção COVID);
- A medicação que estou a tomar, incluindo produtos naturais. Consumo de outras substâncias como tabaco, álcool e drogas;
- Cirurgias e anestésias anteriores e complicações que tenham ocorrido;
- Os exames de diagnóstico realizados e devo levar os resultados (análises, RX, TAC, ECO, ECG, ou outros);
- Se estou grávida, a amamentar.

Devo Perguntar:

Nota: Só devo dar o meu consentimento para a cirurgia quando estiver totalmente esclarecido/a e se concordar com o que foi proposto. Posso procurar uma segunda opinião antes de decidir e posso mudar a decisão em qualquer fase do processo.

- Tudo o que me preocupa e que não sei acerca da anestesia

e cirurgia: riscos, alternativas, vantagens e resultados previstos;

- Que exames complementares de diagnóstico devo fazer? Onde, em que data e hora vou fazer o teste laboratorial para SARS-CoV-2?
- Que medidas de segurança e proteção são adequadas e como as devo cumprir? (autovigilância de saúde, distanciamento social, utilização de máscara, higienização das mãos, etiqueta respiratória, higiene ambiental);
- Como decorrerão as consultas no pré e pós-operatório (presencial/ não presencial) Como posso aceder à informação? Que equipamentos devo ter?
- Que devo fazer se tiver dificuldades com as consultas ou tratamentos não presenciais por falta de recursos/equipamentos ou por dificuldades na sua utilização?
- Se há documentos que tenho de receber para ler, assinar e/ou para entregar antes da cirurgia (consentimentos ou outros). E como os vou receber?
- Que atividades e hábitos devo alterar antes da cirurgia (tabágicos ou outros);
- Que preparação devo fazer antes da cirurgia e quando devo começar o jejum;

- A que horas e dia devo chegar para a cirurgia de modo a não estar mais tempo que o necessário no hospital?
- Onde me devo dirigir e que circuito devo cumprir para manter o distanciamento de segurança e cumprir a separação para doentes covid positivos e negativos?
- Quantos dias vou estar internado (a)?
- Que objetos pessoais (mínimos) posso trazer para o hospital e o que não devo trazer?
- Se devo levar acompanhante e se pode ficar comigo? Se tiver necessidades especiais, limitação ou redução de autonomia (sensorial, cognitiva, mobilidade ou comunicação) posso ter acompanhante?
- A hora prevista da cirurgia, o tempo de duração e como vou ser posicionado?
- Se vai haver alguma alteração da técnica anestésica ou cirúrgica devido à pandemia?
- Como vão informar os meus familiares durante a cirurgia, o horário das visitas e o que podem levar durante o meu internamento;
- Se posso receber visitas durante o internamento ou se posso comunicar à distância com os familiares e amigos (telefone, videochamada)?
- Registrar contacto telefónico para onde ligar em caso de dúvida, se ficar doente (febre, tosse, dificuldade em respirar, dor a deglutir ou dor de garganta, diarreia aguda, dores musculares, náuseas, vômitos, constipação, outros) ou se alguma situação que impeça a comparência para a cirurgia, como doença inesperada do cuidador;
- Como se espera que seja a minha recuperação, que limitações ou alterações vou sentir e como as vou ultrapassar;
- O meu plano de reabilitação vai ser presencial ou à distância (telefónico ou por telemonitorização)? Que equipamento e materiais me vão fornecer e que apoios vou ter?

QUE CUIDADOS DEVO CUMPRIR EM TEMPO DE PANDEMIA POR COVID-19:

Conheço as principais formas de transmissão da COVID-19:

- Via de contacto direta: disseminação de gotículas respiratórias, produzidas quando uma pessoa infetada tosse, espirra ou fala, que podem ser inaladas ou pousar na boca, nariz ou olhos de pessoas que estão próximas;

- Via de contacto indireta: através de gotículas expelidas para superfícies, contacto das mãos com uma superfície ou objeto contaminado e, em seguida, com a sua própria boca, nariz ou olhos.

Cumpro os cuidados específicos de prevenção de infeção antes e depois da cirurgia:

- Vigio se surgem sintomas de infeção: febre, tosse, dificuldade em respirar, falta de ar, dor a deglutir ou dor de garganta, diarreia aguda, dores musculares, náuseas e vômitos.
- Mantenho o distanciamento social nos 15 dias antes da cirurgia e depois da cirurgia:
 - Saio apenas quando estritamente necessário;
 - Utilizo corretamente a máscara na presença de outras pessoas;
 - Mantenho o distanciamento social de 2 metros;
 - Evito contactos e espaços comuns em casa e no trabalho;
 - Não recebo visitas (uso o telefone ou a via digital);
 - Tenho um único cuidador (se aplicável);
 - Os meus contactos usam sempre máscara e cumprem a higienização das mãos.
- Alerto os profissionais de saúde se contactei com pessoas suspeitas ou positivas para SARS-CoV-2 ou com sintomas de infeção respiratória nos 14 dias antes da cirurgia;
- Lavo as mãos com frequência com água e sabão; se estiverem limpas, uso solução à base de álcool:
 - Após contacto com objetos e pessoas;
 - Ao chegar a casa;
 - Depois de arrumar as compras;
 - Depois de espirrar, tossir ou assoar-me;
 - Depois de utilizar as instalações sanitárias;
 - Antes e após consumir refeições.
- Cumpro a etiqueta respiratória:
 - Evito tossir ou espirrar para as mãos;
 - Tusso/espiro para o braço ou manga com cotovelo fletido ou cobrir com um lenço de papel descartável;
 - Uso lenços de papel descartáveis para me assoar, cuspir ou expetorar, que coloco de imediato no lixo e lavo as mãos;
 - Quando uso inadvertidamente as mãos para cobrir a boca ou o nariz, lavo-as ou desinfeto-as de imediato.
- Mantenho a higiene ambiental:
 - Desinfeto as superfícies de maior contacto da minha casa: mesas, interruptores, telefones, teclados, corrimões, maçanetas, comandos;
 - Arejo a minha casa;
 - Ao chegar a casa retiro o vestuário e calçado que uso no exterior.

Depois da cirurgia:

- Devo ter os cuidados com a ferida cirúrgica e cuidados de reabilitação indicados;
- Devo alertar de imediato o hospital por telefone ou videochamada se surgirem sinais de complicações;
- Devo comparecer às consultas presenciais marcadas.

NA VÉSPERA E DIA DA CIRURGIA:

Devo recordar:

- Início o jejum: Não como a partir das ____ h e não bebo a partir das ____ h;
- Cumpro as recomendações de preparação física;
- Tomo banho com o sabão recomendado e lavo os dentes, antes de deitar e repito no dia da cirurgia;
- Retiro próteses e adornos (piercings, brincos, anéis etc.). Tenho as unhas curtas, limpas e sem verniz, gel ou gelinho e não uso maquilhagem;
- Tomo a medicação prescrita na hora certa;
- Não devo rapar os pelos com gilete ou depilatório porque aumenta o risco de infeção.

NO INTERNAMENTO E BLOCO OPERATÓRIO:

Nota: Máscara colocada durante todo o circuito

Devo colaborar com os profissionais nas verificações de segurança cirúrgica confirmando

- A minha identificação: nome, data de nascimento, e se os dados da pulseira de identificação estão corretos;
- Que cirurgia está programada e se no meu corpo foi marcado o local da cirurgia no sítio certo;
- Se tenho alergias e se me é colocada uma pulseira de alerta;
- Se são transmitidas todas as informações importantes sobre mim e devo alertar se não forem referidos dados importante. Se vai ser administrado um antibiótico antes da incisão cirúrgica e se está prevista necessidade de transfusão sanguínea;
- Se me mantém aquecido/a e se colocam meias elásticas (se indicado).

No final da cirurgia, no recobro:

- Alerto o enfermeiro se sentir desconforto, dor, frio, calor, náuseas, vômitos, tonturas, dificuldade em respirar, a língua tipo cortiça ou qualquer sensação estranha ou de mau estar.

NO MOMENTO DA ALTA:

- Confirmo quando me vão contactar por telefone para consultas de vigilância e verifico se têm o meu número atualizado;
- Confirmo a data da 1ª consulta presencial pós – operatória, se tenho pontos de sutura e quando vão ser retirados;
- Confirmo o número de telefone para eu contactar em caso de dúvidas ou complicações;
- Confirmo que restrições devo cumprir e quando posso voltar à atividade normal;
- Confirmo quando posso voltar a tomar os meus medicamentos;
- Confirmo se tenho a documentação necessária impressa (nota de alta, atestado médico e comprovativo de presença do acompanhante).

DEVO EXIGIR AOS PROFISSIONAIS QUE:

- Assegurem a minha segurança e bem-estar;
- Estejam identificados;
- Tenham as mãos limpas sem adornos, com as unhas curtas e sem verniz, gel ou gelinho;
- Lavem as mãos ou utilizem solução alcoólica antes e depois de cuidarem de mim;
- Zelem pelo meu pudor e dignidade, mantendo-me sempre tapado/a e protegido/a;
- Guardem o sigilo sobre os meus dados clínicos;
- Me informem e consultem sobre os assuntos que me digam respeito.

AOS AMIGOS E FAMILIARES:

Nota: A presença de acompanhante e visitas durante o internamento poderá estar limitada, devendo ser cumpridas as recomendações da instituição.

Devo explicar que no hospital:

- Devem cumprir rigorosamente as regras estabelecidas;

- Só devem visitar-me se for permitido e se não estiverem doentes;
- Devem usar máscara;
- Devem lavar/desinfetar as mãos antes e depois de entrarem no meu quarto e de me tocarem;
- Devem manter o distanciamento dos outros doentes.

No Bloco Operatório estão sempre presentes os enfermeiros perioperatórios para cuidar de mim. O enfermeiro de anestesia, o enfermeiro circulante, o enfermeiro instrumentista e o enfermeiro de recobro pós-anestésico estarão disponíveis para me ouvir e acompanhar.

A AESOP espera que tenha uma experiência cirúrgica positiva e deseja uma boa recuperação!

PRÁTICA RECOMENDADA

edição AESOP

Protocolo de monitorização pré-operatória

Protocolo de monitorização intraoperatória

Protocolo de monitorização pós-operatória

Documentação de cuidados de enfermagem

Utilização de dispositivos de aquecimento

Aquecimento de fluidos

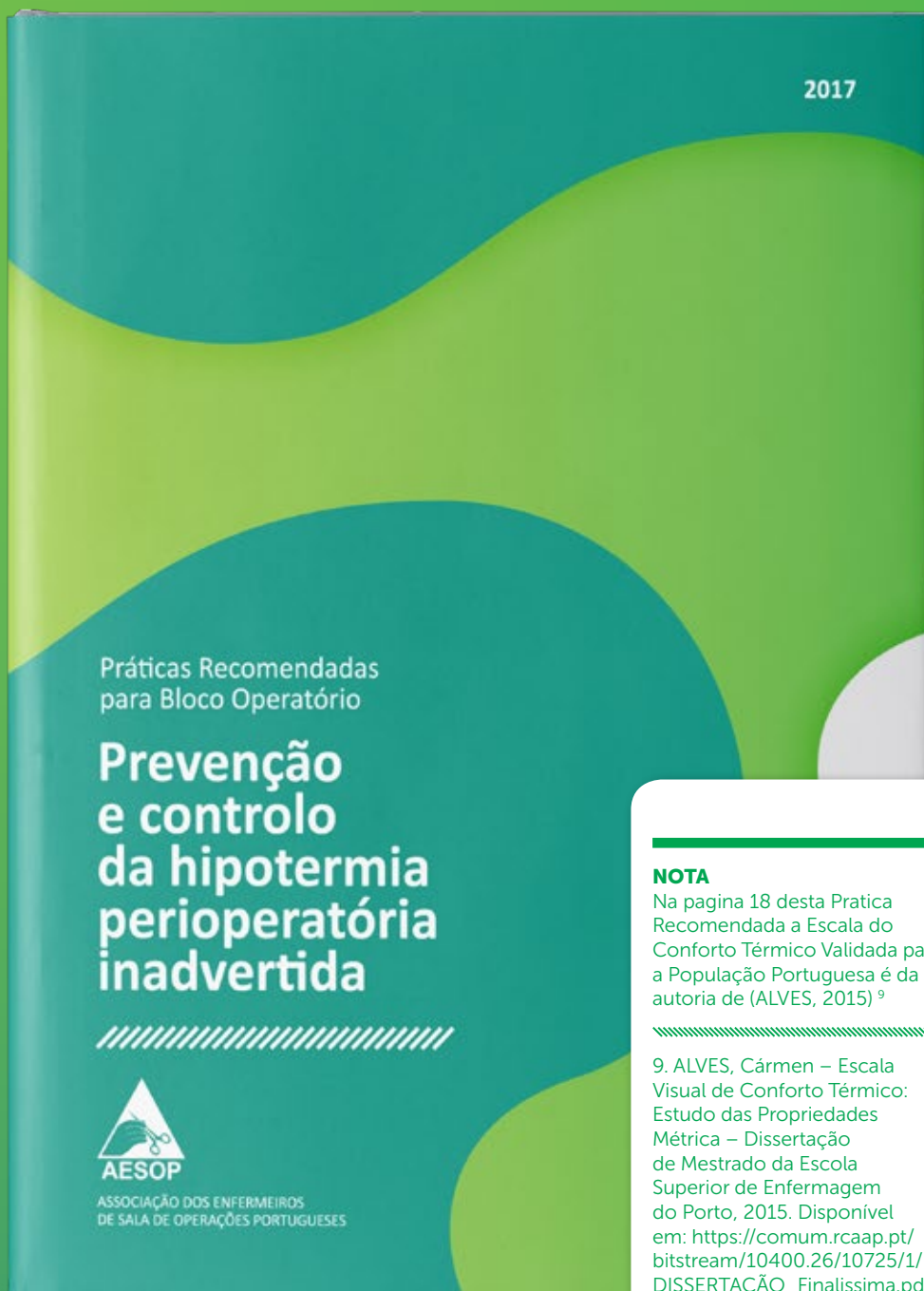
Rigor na avaliação da temperatura

Formação

Protocolos institucionais

Algoritmos de Atuação

Escala de avaliação de conforto térmico



NOTA

Na pagina 18 desta Prática Recomendada a Escala do Conforto Térmico Validada para a População Portuguesa é da autoria de (ALVES, 2015) ⁹

9. ALVES, Cármen – Escala Visual de Conforto Térmico: Estudo das Propriedades Métrica – Dissertação de Mestrado da Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10725/1/DISSERTAÇÃO_Finalíssima.pdf