

Rita Miguel Santos Gouveia Machado

Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido à Cirurgia da Tiróide: da Teoria à Prática

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade das Ciências da Saúde
Porto, 2009

Rita Miguel Santos Gouveia Machado

Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido à Cirurgia da Tiróide: da Teoria à Prática

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade das Ciências da Saúde
Porto, 2009

Rita Miguel Santos Gouveia Machado

Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido à Cirurgia da Tiróide: da Teoria à Prática

Assinatura:

Monografia apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau
de licenciada em Enfermagem.

*“O paciente não deixa a sua essência
humana na portaria do hospital, (...)
Traz consigo sua inteligência
normal e seus conhecimentos”*

(Autor desconhecido)

SUMÁRIO

O presente trabalho pretende ser um contributo para todos os que necessitem ou desejem conhecer toda a temática relacionada com as patologias da tiróide. Mais precisamente, no que se refere aos principais fenómenos e intervenções de Enfermagem, realizados pelos Enfermeiros.

Para tornar possível o conhecimento dos cuidados de Enfermagem realizados aos doentes submetidos à cirurgia da tiróide, no serviço de Cirurgia I da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, foi delineada uma investigação que teve por base um estudo descritivo e quantitativo com consulta dos processos clínicos informatizados dos respectivos doentes.

Neste estudo, o objectivo é conhecer as necessidades de cuidados mais frequentes nos doentes com patologia da tiróide, pelo que foram analisados os fenómenos de Enfermagem identificados e intervenções de Enfermagem realizadas.

A população que definiu a investigação realizada foi constituída por 77 doentes submetidos à cirurgia da tiróide, durante o ano de 2008.

Este estudo resulta da identificação e do tratamento de dados referentes a 77 doentes submetidos à cirurgia da tiróide, predominantemente do sexo feminino afectadas por patologia da tiróide. Constatou-se que a maioria sofreu de Carcinoma Papilar ou Bócio Multinodular.

Assim, realça-se que as principais necessidades de cuidados identificadas, durante o período em estudo, foram nas seguintes áreas: conhecimento, ferida cirúrgica, dor, autocuidado: higiene, levantar-se, autocuidado: uso do sanitário, hematoma, sensação, retenção urinária e eliminação intestinal. De forma a dar resposta a estes problemas/necessidades de cuidados, foram implementadas variadas intervenções de Enfermagem, maioritariamente no âmbito do observar, mas também na área do informar, executar, ensinar e atender.

AGRADECIMENTOS

Este é o espaço onde posso agradecer e demonstrar todo o meu respeito pelas pessoas que cruzaram o meu caminho enquanto eu conquistava o meu lugar na investigação.

Por isso, apenas desejo agradecer a três pessoas em especial...

Ao meu orientador, Enfermeiro Renato Pinto, por toda a sua disponibilidade, paciência, perseverança, dedicação e por todo o esforço que exigiu de mim durante a realização da monografia para o fim de curso, o meu sincero agradecimento.

À Catarina por ter estado sempre presente, por todo o apoio, compreensão e motivação que me proporcionou durante este longo percurso.

Por fim, ao meu irmão, Pedro, por todo o apoio e auxílio que me proporcionou para a construção deste trabalho de investigação.

A vocês, o meu muito obrigada!

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| SUMÁRIO | 6 |
| AGRADECIMENTOS | 7 |
| ÍNDICE | 8 |
| ÍNDICE QUADROS | 11 |
| ÍNDICE GRÁFICOS | 12 |
| GLOSSÁRIO | 13 |
| 0 - INTRODUÇÃO | 14 |
| I - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 17 |
| 1. Cirurgia | 17 |
| 1.1. O Doente Face à Cirurgia | 18 |
| 1.2. Classificação da Cirurgia | 19 |
| 2. O doente no Pré-operatório | 21 |
| 2.1. Pré-operatório Mediato..... | 22 |
| 2.2. Pré-operatório Imediato..... | 23 |
| 2.3. Avaliação Inicial..... | 23 |
| 3. O doente no Pós-operatório | 26 |
| 3.1. Pós-operatório Imediato | 27 |
| 3.2. Pós-operatório Tardio | 27 |
| 3.3. Complicações Pós-operatórias da Cirurgia à Tiróide | 28 |
| 3.4. Tratamento Pós-operatório | 28 |
| 4. Tiróide | 29 |
| 4.1. Anatomofisiologia | 29 |
| 4.2. Patologias da Tiróide | 30 |
| 4.2.1. Hipertiroidismo | 30 |
| 4.2.2. Hipotiroidismo | 32 |
| 4.2.3. Tiroidite | 33 |
| 4.2.4. Bócio | 34 |
| 4.2.5. Nódulo da Tiróide..... | 35 |
| 4.2.6. Carcinoma da Tiróide..... | 35 |
| 4.3. Tiroidectomia | 36 |
| 5. Cuidados de Enfermagem | 37 |

| | |
|--|-----------|
| 5.1. Pré-operatório | 37 |
| 5.2. Pós-operatório | 39 |
| 6. CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) | 41 |
| 7. SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) | 44 |
| II - METODOLOGIA..... | 46 |
| 8. Princípios Éticos | 46 |
| 9. Questão de Investigação | 47 |
| 10. Objectivos de Estudo | 47 |
| 11. Desenho de Investigação | 48 |
| 11.1. Tipo de Estudo | 48 |
| 11.2. População | 48 |
| 11.3. Instrumento de Colheita de Dados..... | 49 |
| 12. Tratamento e Análise dos Dados | 50 |
| III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS | 51 |
| DA ANÁLISE DO GRÁFICO 1, VERIFICA-SE QUE 17% (N=13) PERTENCEM AO GÉNERO MASCULINO E QUE 83% (N=64) PERTENCEM AO GÉNERO FEMININO. PODE-SE ENTÃO VERIFICAR, PELA ANÁLISE DE RESULTADOS QUE PREDOMINA O GÉNERO FEMININO NESTA POPULAÇÃO..... | 52 |
| IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 67 |
| V – CONCLUSÃO | 72 |
| VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 75 |
| VII - ANEXOS..... | 78 |
| Anexo I | 79 |
| Fenómenos de Enfermagem | 79 |
| Anexo II | 82 |
| Intervenções de Enfermagem | 82 |

ÍNDICE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Distribuição nominal da Idade dos Doentes de acordo com a Amostra | 50 |
| Quadro 2 - Distribuição nominal do Diagnóstico Médico dos Doentes segundo a Amostra | 52 |
| Quadro 3 - Distribuição Nominal da Duração do Internamento dos Doentes segundo a Amostra | 55 |
| Quadro 4 - Distribuição da Amostra de acordo com os Fenómenos de Enfermagem | 57 |
| Quadro 5 - Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem identificados de acordo com os Fenómenos de Enfermagem | 58 |
| Quadro 6 - Distribuição Nominal dos Grupos de Intervenções de Enfermagem | 60 |
| Quadro 7 - Distribuição Nominal das Intervenções de Enfermagem no âmbito do Observar | 61 |
| Quadro 8 - Distribuição Nominal das Intervenções de Enfermagem no âmbito do Gerir | 62 |
| Quadro 9 - Distribuição Nominal das Intervenções de Enfermagem no âmbito do Executar | 63 |
| Quadro 10 - Distribuição Nominal das Intervenções de Enfermagem no âmbito do Informar | 64 |
| Quadro 11 - Distribuição Nominal das Intervenções de Enfermagem no âmbito do Atender | 65 |

ÍNDICE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - Distribuição Percentual dos Doentes segundo o Género | 51 |
| Gráfico 2 - Distribuição Percentual dos Doentes de acordo com o Diagnóstico Médico | 52 |
| Gráfico 3 - Relação entre o Género e o Diagnóstico Médico | 53 |
| Gráfico 4 - Relação entre o Diagnóstico Médico, a Idade e o Género | 54 |
| Gráfico 5 - Distribuição da Amostra de acordo com a Duração do Internamento | 55 |
| Gráfico 6 - Distribuição da Amostra segundo a Idade e os Dias de Internamento | 56 |
| Gráfico 7 - Distribuição da Amostra de acordo com os Grupos de Intervenções de Enfermagem | 60 |

GLOSSÁRIO

BO – Bloco Operatório

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cit. in – Citado por

Et al. – Entre outros

Fa – Frequência Absoluta

Fr – Frequência relativa

ICN – Conselho Internacional das Enfermeiras

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

RAI – Terapêutica com Iodo Radioactivo

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

T3 – Triiodotironina ou Tiroxina

T4 – Tetraiodotironina

TRH – Hormona Libertadora de Tirotropina

TSH – Hormona Estimulante da Tiróide ou Tirotropina

ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

0 – INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa faz parte, como requisito final de avaliação, a elaboração e posterior dissertação de uma monografia cujo fim é aprofundar conhecimentos relativamente ao tema escolhido: Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido à Cirurgia da Tiróide.

No decorrer desta formação emergiram várias dúvidas em relação à área da cirurgia e aos cuidados realizados pelos Enfermeiros antes e após a mesma.

O problema que se deseja estudar encontra-se relacionado com os cuidados de Enfermagem ao doente submetido à cirurgia da tiróide, de modo a identificar os fenómenos de Enfermagem presentes, bem como as intervenções realizadas neste estudo.

“Sabemos que a cirurgia reduziu significativamente as doenças, e que seu processo é planejado e irá alterar os processos fisiológicos do corpo, na tentativa de diminuir ou eliminar a doença” (Santos, 2005, p. 17). Dentro da cirurgia, a área que suscitou mais interesse foi a cirurgia realizada à tiróide, devido à sua especificidade e complexidade em termos de cuidados de Enfermagem.

As principais razões que despoletaram a curiosidade e ambição desta investigação são as seguintes:

- A incidência crescente de hipertiroidismo, tais como outras causas, que obrigam os doentes a serem internados num hospital com o fim de serem submetidos à cirurgia da tiróide.
- O facto dos cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios serem vitais para a evolução da situação clínica do doente, incluindo as suas componentes: física, psicológica e espiritual.

No decurso desta investigação surgiram as seguintes questões:

- Quais as intervenções de Enfermagem realizadas aos doentes submetidos à cirurgia da tiróide, no serviço de Cirurgia I da ULSM, durante o ano de 2008?
- Quais os fenómenos de Enfermagem identificados aos doentes submetidos à cirurgia da tiróide, no serviço de Cirurgia I da ULSM, durante o ano de 2008?

A finalidade de obter respostas para a questão colocada levou à elaboração de objectivos que visam guiar toda a investigação e permitir um profundo conhecimento do tema em estudo.

Assim, pretende-se atingir os seguintes objectivos académicos:

- Aprofundar o conhecimento relativamente à cirurgia da tiróide, assim como, as patologias da tiróide;
- Contactar com metodologia científica;
- Aplicar metodologia científica.

A nível da consecução do trabalho, definiu-se os seguintes objectivos:

- Identificar as intervenções de Enfermagem realizadas pelos Enfermeiros aos doentes submetidos à cirurgia da tiróide;
- Identificar os fenómenos de Enfermagem realizados pelos Enfermeiros aos doentes submetidos à cirurgia da tiróide.

Este trabalho monográfico será do tipo descritivo, pois é o que mais se adequa à concretização dos objectivos propostos visto que, seguindo a opinião de Fortin, (1999, p. 163), “O estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”.

Para a recolha de dados que permitiu a realização desta investigação optou-se pela consulta dos processos clínicos dos doentes - através do SAPE - submetidos à cirurgia da tiróide, no serviço de Cirurgia I da ULSM, durante o ano de 2008. Tal recolha teve como fim conhecer as patologias mais frequentes e identificar os fenómenos e intervenções de Enfermagem realizadas pelos Enfermeiros aos doentes submetidos à cirurgia da tiróide.

Este trabalho de pesquisa encontra-se organizado em sete partes, conforme a seguinte descrição:

- Revisão bibliográfica que inclui breves conceitos de cirurgia, período pré-operatório e pós-operatório, as várias patologias da tiróide, a cirurgia da tiróide – indicações e técnica –, assim como, os cuidados a prestar durante o pré-operatório e o pós-operatório, definição de CIPE e SAPE.
- Metodologia que aborda os aspectos éticos, as questões de investigação, os objectivos de estudo e o desenho de investigação.
- Apresentação e análise dos dados recolhidos.
- Discussão dos resultados obtidos.
- Conclusão, na qual, são descritas as conclusões do trabalho.
- Referências bibliográficas que apoiam, desde o início, o desenvolvimento deste estudo.
- Anexos, onde constam todos os fenómenos e intervenções de Enfermagem identificados que são relevantes para a elaboração do trabalho científico.

I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. Cirurgia

Segundo Marek e Boehnlein (2003) cirurgia tem origem na palavra grega *Kheirourgia* - trabalho realizado manualmente - enquanto Ferreira (*cit. in* Utiyama *et al.*, 2007) acrescenta que esta provém do termo *chirurgia* em latim, definindo-se portanto, como o tratamento para os males do corpo através de recursos manuais.

“A cirurgia é essencialmente um método terapêutico, às vezes diagnóstico. (...) que o diferencia da terapêutica medicamentosa, não-invasiva. O trauma operatório representa maior ou menor risco de morbidade ou mortalidade, e por isso exigirá cuidados individualizados adicionais” (Utiyama *et al.*, 2007, p. 41).

Normalmente, a cirurgia é vista como uma ameaça à integridade corporal do indivíduo, que tem como objectivo tratar doenças ou lesões, em que é necessário uma adequação de ambiente, de pessoal e equipamentos específicos para cada região do corpo (Santos, 2005). Contudo, López e Cruz (1998) adicionam a ideia de que esta possibilita a eliminação ou delimitação da doença quando o tratamento clínico já não se revela eficaz.

“A cirurgia, através de técnicas manuais e instrumentais, procura remover focos de infecção, retirar órgãos doentes, restaurar funções alteradas no organismo e, mais recentemente, implantar próteses e aparelhos eletrônicos” (Gallucci *cit. in* Silva, Rodrigues e Cesaretti, 1997, p. 63).

Para Sorrentino (2001) o acto cirúrgico tem como objectivo a remoção de um órgão, de uma parte do corpo ou de um tumor, podendo ainda ser usado para correcção de tecido danificado, como método de diagnóstico, como meio de melhoramento estético e para o alívio de sintomas.

1.1. O Doente Face à Cirurgia

A terminologia *doente cirúrgico* surge após já ter sido realizada a avaliação inicial médica com conhecimento da história clínica, exames e com o estabelecimento do diagnóstico inicial (Santos, 2005). Já Pitrez e Pioner (2003) definem-no como aquele cujo tratamento implica um acto cirúrgico, o que vai representar, por si só, uma lesão quer orgânica quer psíquica.

Marek e Boehnlein (2003, p. 528) afirma que:

“A cirurgia é uma experiência muito especial para cada doente, dependente dos factores de ordem psicossocial e fisiológica, que estejam subjacentes. (...) é um factor de stress, que produz reacções de stress fisiológicas (respostas neuroendócrinas) e psicológicas (ansiedade, medo). É também um factor de stress social, a requerer adaptação da família e mudanças, temporárias ou prolongadas, de funções”.

O doente cirúrgico, normalmente, encontra-se emocionalmente fragilizado, pois irá defrontar-se com algo que desconhece. Assim, é vital que a equipa de Enfermagem, para além de todos os outros cuidados, mantenha o doente calmo e seguro (Soares, Gerelli e Amorim, 2007).

Dando seguimento ao referido, Sorrentino (2001) esclarece que o doente cirúrgico se encontra com medo, sendo por isso essencial, conseguir uma adequada preparação psicológica, de modo a que este sinta “ (...) calor humano, sensibilidade e cuidado” por parte dos profissionais de Enfermagem.

Assim, segundo a mesma autora, enunciam-se os medos mais frequentes com que o doente cirúrgico se depara durante o período pré-operatório:

- Medo do cancro;
- Medo da deformação do seu corpo no pós-operatório;
- Medo da incompetência técnica;
- Medo da dor no intra-operatório;
- Medo da morte;
- Medo da anestesia e seus efeitos;
- Medo da dor no pós-operatório;
- Medo de possíveis complicações no pós-operatório;
- Medo de ser reoperado;
- Medo da separação com a família.

Segundo Santos (2005), para além do medo, outros sentimentos nascem perante o desconhecimento do acto cirúrgico, tais como:

- Stress;
- Aumento do risco de infecção;
- Alteração da sua imagem corporal;
- Preocupação em relação à cicatrização;
- Dificuldade em alterar o estilo de vida pré-estabelecido;
- Possíveis consequências quanto à sua vida profissional, alterando o seu desempenho.

A autora supracitada afirma que o principal efeito negativo será o stress, pois este poderá alterar todo o estado psicológico e emocional do doente, provocando ansiedade e medo associado à dor e outras complicações.

1.2. Classificação da Cirurgia

Para Santos (2005) a cirurgia pode ser classificada em relação á:

- Gravidade;
- Urgência;
- Finalidade.

Esta autora considera que a classificação da cirurgia quanto à **gravidade** pode ser:

- **Grande Cirurgia** – utilizada para reconstruir ou alterar alguma parte corporal externa, implicando um alto risco físico para o doente;
- **Pequena Cirurgia** – empregada com o objectivo de modificar ou reconstruir pequenas partes corporais, apresentando apenas um pequeno risco para o doente.

Quanto à **urgência**, pode ser:

- **Cirurgia Electiva** – o doente pode aguardar por uma ocasião mais propícia para a realização da mesma;
- **Cirurgia de Urgência** – o doente apenas pode esperar entre 24 a 48 horas;
- **Cirurgia de Emergência** - deve ser realizada de imediato, tendo como objectivo salvar a vida do doente.

Quanto à **finalidade**, os procedimentos cirúrgicos podem ser classificados em:

- **Diagnóstica** – para confirmação ou elaboração de diagnóstico;
- **Ablativa** - consiste na remoção de uma parte do órgão;
- **Paliativa** - tende a visar o alívio, a diminuição da intensidade da doença ou a compensação dos distúrbios, de modo a aliviar a dor;
- **Reconstrutiva** - melhora a capacidade funcional ou reconstrói o tecido lesado;
- **Transplante** - substitui órgãos não funcionantes;
- **Construtiva** - repara a capacidade funcional perdida ou diminuída causada por malformações congénitas.

No entanto, para Pitrez e Pioner (2003) a cirurgia pode dividir-se em dois grupos:

- **Electiva** - há tempo suficiente para a confirmação do diagnóstico e avaliação sem evolução da patologia, normalmente, benigna;
- **Urgência**
 - **Urgência Absoluta** - existe risco iminente da integridade ou vida do doente;
 - **Urgência Relativa** - é possível esperar por uma avaliação e preparação indispensáveis, de modo a não colocar em risco a vida do doente.

“Para o profissional de enfermagem, a classificação das cirurgias é de extrema importância, pois partindo desta classificação, é que os cuidados de enfermagem serão estabelecidos pela enfermeira, e realizados em eficiência pelos profissionais” (Santos, 2005, p. 20).

Após classificação da cirurgia cresce a importância de a dividir por períodos.

Assim, Pitrez e Pioner (2003) consideram que o perioperatório compreende o tempo em que o doente toma o primeiro contacto com o médico cirurgião até lhe ser dada alta clínica definitiva.

Segundo Marek e Boehnlein (2003), o período perioperatório baseia-se em três fases:

- **Período pré-operatório** – inicia-se quando a intervenção cirúrgica é planeada e termina quando o doente é transferido para o bloco operatório, onde irá receber os cuidados adequados;
- **Período intra-operatório** – começa com a passagem do doente para a mesa do bloco operatório, persistindo até o doente ser encaminhado para a unidade de cuidados pós-anestésicos;
- **Período pós-operatório** – consiste no acolhimento do doente na unidade de cuidados pós-anestésicos e termina com a avaliação final do doente no hospital.

2. O doente no Pré-operatório

Segundo Santos (2005), a fase pré-operatória inicia-se a partir do momento que há indicação para cirurgia até ao momento em que o doente é transferido para o bloco operatório. Utiyama *et al.* (2007) têm uma ideia diferente, na medida em que referem que este período é definido como um intervalo de tempo entre o primeiro contacto e o momento da cirurgia, podendo variar de acordo com a patologia e situação clínica do doente.

Para Pitrez e Pioner (2003, p. 20), o pré-operatório “ (...) compreende o espaço de tempo que antecede o procedimento operatório. Tem início no momento em que o cirurgião e o paciente estabelecem o primeiro contato e estende-se até o instante em que o paciente é levado à mesa cirúrgica” e para Sorensen e Luckmann (1998, p. 1698) “O período pré-operatório tem início quando a cirurgia é planeada e termina quando o indivíduo é transferido para a mesa operatória, no bloco operatório (BO)”.

Pretendendo elucidar a importância à equipa de Enfermagem não só com o indivíduo, mas também com o que o rodeia, Sorensen e Luckmann (1998, p. 1701) relatam que “As enfermeiras ajudam o indivíduo, e quem o apoia, a adaptar-se às alterações e aos problemas potenciais ou actuais resultantes da cirurgia”, demonstrando as capacidades destes profissionais de saúde. López e Cruz (1998, p. 3-4) enobrecem dizendo que cabe aos Enfermeiros contribuir “ (...) de maneira favorável para infundir confiança e segurança, diminuindo a ansiedade e a angústia no paciente, satisfazendo as suas necessidades por meio de um cuidado integral de alta qualidade (...)”.

De acordo com Silva, Rodrigues e Cesaretti (1997), a equipa multidisciplinar deve unir esforços para:

- Proporcionar ao doente as melhores condições físicas e emocionais possíveis;
- Diminuir a sua ansiedade, de modo a minimizar o risco cirúrgico e a prevenir complicações pós-operatórias;
- Ensinar ao doente e família estratégias para uma recuperação mais rápida, aumentando assim, a sua autoconfiança e facilitando a prática do autocuidado no pós-operatório.

Ainda neste período, Santos (2005) distingue fase pré-operatória mediata e imediata.

2.1. Pré-operatório Mediato

Segundo Silva, Rodrigues e Cesaretti (1997, p. 139), o pré-operatório mediato “É o período de tempo que decorre desde a indicação da cirurgia até a véspera de sua realização, ou seja, vinte e quatro (24) horas antes do ato cirúrgico”. Para rematar Santos (2005) lembra que este tem como intuito coordenar factores positivos para o procedimento cirúrgico e estabilizar condições que podem interferir na recuperação do doente.

A mesma autora considera que existem duas preparações bastante importantes dentro desta fase:

- Preparação Psicoespiritual – explicar ao doente todo o procedimento que envolve a cirurgia, desde os exames antecedentes, até aos procedimentos.
 - Diminuir o medo quanto à anestesia, esclarecendo todas as dúvidas;
 - Diminuir o medo em relação à dor e à morte;
 - Explicar as rotinas pré-operatórias até ao momento da sua transferência para o bloco operatório, tentando tranquilizá-lo;
 - Manter o ambiente calmo e tranquilo;
 - Explicar as rotinas pós-operatórias e as primeiras sensações que poderão ocorrer;
 - Atender às necessidades dos familiares, esclarecendo as suas dúvidas.

- Preparação Física
 - Realizar exame físico aquando da admissão do doente, observando e registando “pontos” que podem desencadear negativamente a cirurgia;
 - Providenciar a preparação de exames complementares de diagnóstico;
 - Orientar o doente para a realização de exercícios respiratórios.

2.2. Pré-operatório Imediato

De acordo com Silva, Rodrigues e Cesaretti (1997, p. 139), o pré-operatório imediato “É o período de tempo que decorre desde a véspera da cirurgia até a chegada do paciente na Unidade de Centro Cirúrgico”. Santos (2005) acredita que este consiste na assistência pré-operatória prestada nas últimas 24 horas e imediatamente antes da cirurgia, terminando em regra, na hora da cirurgia.

2.3. Avaliação Inicial

“A avaliação inicial do doente, no período pré-operatório, começa pelo contacto inicial entre doente e enfermeiro, e continua por todo o período. Deve ser uma avaliação holística a reflectir as necessidades, fisiológicas, psicológicas, espirituais e sociais, do doente e de sua família ou pessoas significativas” (Marek e Boehnlein, 2003, p. 530).

Estes autores defendem que, durante a avaliação inicial, deve-se realizar a anamnese do doente, de modo a que seja possível identificar os factores que podem aumentar o risco cirúrgico ou desenvolver complicações pós-operatórias.

A avaliação pré-operatória consiste num exame realizado ao doente, cujo fim é detectar os factores de risco, adoptando-se posteriormente estratégias para evitar complicações antes da cirurgia. Este exame também possibilita ainda a identificação da relação risco-benefício, de modo a que se reflecta qual o melhor comportamento a adoptar com o doente (Utiyama *et al.*, 2007).

Para os mesmos autores, nesta avaliação é analisada pormenorizadamente a história clínica do doente, determinando-se o risco cirúrgico; identificando-se e controlando-se o seu estado de saúde; programando-se a realização de exames complementares de diagnósticos; definindo-se a terapêutica pré-anestésica e seus cuidados durante o intra-operatório; orientando-se e informando-se o doente acerca de todos os procedimentos, de modo a diminuir a sua ansiedade e, por fim, solicitando-se o preenchimento do consentimento informado.

O processo de Enfermagem inicia-se, durante o período pré-operatório, com a avaliação inicial após o indivíduo autorizar a intervenção cirúrgica, sendo que este “É um processo progressivo e ordenado que exige da enfermeira as capacidades necessárias para a obtenção de dados significativos e pertinentes face à intervenção cirúrgica” (Sorensen e Luckmann, 1998, p. 1705).

“Durante o período pré-operatório, devem colher-se dados subjectivos e objectivos do doente e das pessoas que o apoiam, pois permitem obter um conjunto de informações indispensáveis à formulação de diagnósticos de enfermagem, o desenvolvimento de um plano de cuidados peri-operatórios e avaliar as respostas da pessoa às intervenções de enfermagem durante o pós-operatório” (Sorensen e Luckmann, 1998, p. 1705).

Assim, segundo as mesmas autoras, a avaliação de Enfermagem pré-operatória consiste na entrevista de Enfermagem, no exame físico e na avaliação do risco cirúrgico.

A entrevista tem como objectivos a aquisição da história clínica e a avaliação das expectativas e conhecimentos do doente em relação à cirurgia. A história clínica compreende os antecedentes pessoais e familiares, a terapêutica, o abuso de substâncias e alergias (Sorensen e Luckmann, 1998).

“A história do paciente é três vezes mais capaz de diagnosticar do que o exame físico e onze vezes mais eficaz do que os exames laboratoriais. A combinação da história com o exame físico permite diagnosticar as doenças em 75 a 90% dos pacientes” (Utiyama *et al.*, 2007, p. 43).

Sorensen e Luckmann (1998, p. 1705) afirmam que ainda se podem colher outros dados, tais como:

- Ocupação;
- Preocupações financeiras;
- Sistemas de suporte;
- Necessidades espirituais;
- Hábitos pessoais;
- Crenças culturais;
- Estado mental;
- Nível de ansiedade.

Segundo Schwartz (1999), a avaliação inicial a realizar a um doente com patologia da tiróide baseia-se em quatro fases:

- **Anamnese** – consiste na interpretação dos vários sintomas que o doente possa apresentar e no estudo dos antecedentes familiares, possível exposição a irradiação ou deficiência de iodo;
- **Exames** – começam com a pesquisa de bócios na zona retroesternal e de sopros, seguindo-se a palpação do doente, de modo a avaliar o tamanho e consistência dos linfonódulos;
- **Citologia do Material de Aspiração** – consiste na aspiração de material através de uma agulha fina para posterior análise, com o fim de estabelecer um diagnóstico mais específico das variadas doenças da tiróide;
- **Provas de Função Tiroideia** – consiste na análise dos valores do TSH sérico, da T4 total, da T4 livre, da T3 total e da T3 livre, cujo objectivo é verificar se se encontram dentro dos parâmetros normais.

De acordo com Schwartz (1999, p. 788), os valores normais para as provas de função da tiróide são:

- TSH sérico – 0,15 a 4,2 mUI/l;
- T4 total – 55 a 150 nmol/l;
- T4 livre – 12 a 28 pmol/l;
- T3 total – 1,5 a 3,5 nmol/l;
- T3 livre – 3 a 9 pmol/l.

Para Arone e Philippi (2005), o diagnóstico depende da glândula que foi lesada, podendo-se assim, realizar:

- Radiografia com ou sem contraste, a fim de localizar possíveis tumores;
- Tomografia computadorizada, usada para o mesmo fim;
- Cintilografia, de modo a evidenciar um baixo ou alto nível de funcionamento das glândulas e a localizar tumores e abscessos;
- Exames laboratoriais específicos, tais como, dosagem de T3, T4 e de TSH, iodo ligado à proteína e captação do iodo radioactivo.

Já Rosa Santos (2006) revela que os principais estudos a realizar num doente nesta situação são:

- Testes de função da tiróide;
- Determinação da TSH, da T3 e da T4;
- Determinação da tireoglobulina e da calcitonina;
- Estudos da auto-imunidade;
- Testes de estimulação e supressão, tais como, teste de estimulação com TSH e ao TRH;
- Estudos com radioisótopos, determinando qual a capacidade da tiróide em fixar o iodo;
- Ecografia da tiróide, com o objectivo de informar sobre o quadro clínico da doença;
- Tomografia computadorizada e ressonância magnética nuclear, de modo a avaliar a extensão da doença;
- Citologia aspirativa com agulha fina, com o fim de estudar os nódulos tiroideus.

3. O doente no Pós-operatório

Para Pitrez e Pioner (2003, p. 22), o pós-operatório “Inicia no momento em que é feito o curativo cirúrgico e o paciente é removido da mesa cirúrgica e prolonga-se pelo tempo necessário à sua plena recuperação física, funcional e psíquica”. O período pós-operatório consiste na fase de recuperação, tendo início quando o doente é admitido na unidade de cuidados pós-anestésicos e término quando a cicatrização estiver concluída. Este processo pode demorar semanas ou meses (Sorensen e Luckmann, 1998).

“ (...) as enfermeiras, no serviço de cirurgia, mantêm a vigilância do utente e observam o aparecimento de complicações. Ajudam-no a recuperar os padrões normais de alimentação, eliminação e actividade e, para além disso, preparam, o indivíduo e aqueles que o apoiam, para a alta” (Sorensen e Luckmann, 1998, p. 1700).

De acordo com Possari (2004), este período divide-se em pós-operatório imediato e em pós-operatório tardio.

3.1. Pós-operatório Imediato

Para Possari (2004), o período pós-operatório imediato inicia-se desde que o doente tem alta da sala de recuperação pós-anestésica até as primeiras 48 horas após a cirurgia. Já Santos (2005) contrapõe que este mesmo período se enquadra nas primeiras 24 horas após a cirurgia.

De acordo com Possari (2004, p. 230), os cuidados de Enfermagem, no período pós-operatório, são fulcrais para a evolução clínica do doente, pois baseiam-se na prevenção e tratamento de possíveis complicações. Assim, o mesmo autor realça a importância do conhecimento dessas mesmas complicações, de modo a possibilitar uma “ (...) rápida convalescença, evita infecções hospitalares, poupa tempo, reduz gastos, preocupações ameniza a dor e aumenta a sobrevida do paciente”.

3.2. Pós-operatório Tardio

Para Possari (2004), o período pós-operatório tardio inicia-se a partir das primeiras 48 horas pós-operatórias até ao momento da alta do doente, enquanto Santos (2005) explica que consiste nos dias seguintes a partir do fim da cirurgia até ao momento da alta clínica do doente.

Segundo a linha de pensamento já referida, os Enfermeiros não devem só promover o conforto e bem-estar do doente, mas também “ (...) ter um amplo conhecimento das alterações fisiológicas induzidas pelo ato cirúrgico, estando apto a detectar precocemente alterações que possam comprometer a evolução deste (...)” (Possari, 2004, p. 231).

3.3. Complicações Pós-operatórias da Cirurgia à Tiróide

De acordo com Montenegro e Ferraz (*cit. in Utiyama et al., 2007*), este acto cirúrgico não se encontra associado à morbidade e requer uma baixa dose de analgesia, sendo por isso, iniciada a alimentação do doente no próprio dia da cirurgia.

Contudo, segundo o mesmo autor, pode haver algumas complicações pós-operatórias, tais como: lesão do nervo laríngeo inferior ou recorrente, provocando rouquidão; alteração funcional dos nervos, causando paralisia bilateral das cordas vocais que, posteriormente, poderá obstruir as vias respiratórias, sendo por isso, necessário realizar traqueostomia; diminuição da produção de hormonas paratiróides, podendo ocorrer hipocalcemia e consequentes parestesias.

Segundo Schwartz (1999, p. 799), as possíveis complicações que pode causar a tiroidectomia encontram-se a seguir citadas:

- **Lesão, temporária ou permanente, do nervo laríngeo recorrente** - provocando uma paralisia bilateral da cordas vocais, podendo comprometer as vias respiratórias;
- **Hipoparatiroidismo** – “(...) resulta da isquemia das paratireóides em consequência da ruptura do suprimento sanguíneo.”

3.4. Tratamento Pós-operatório

De acordo com Schwartz (1999), deve ser administrado tiroxina aos doentes tiroidectomizados, de modo a repor os níveis hormonais e a eliminar os níveis de TSH. Os níveis de tireoglobulina devem encontrar-se abaixo de 2ng/ml quando administrado tiroxina e inferiores a 3ng/ml quando não estiver a ser administrado tiroxina. Assim, sugere-se a possibilidade de doença metastática perante valores acima dos 3ng/ml.

“Nos doentes operados à tiróide devido a bócio, é importante realizar a *profilaxia de recidivas* com hormonas tiroideias, pois de contrário, na falta desta, os restos de tecido da tiróide podem dar origem a um novo bócio (bócio recidivante)” (Winsheim *cit. in* Schäffler e Menche, 2004, p. 318).

4. Tiróide

4.1. Anatomofisiologia

Tiróide deriva do termo grego “thyros” que se traduz por armadura – utilizada pelos guerreiros para se protegerem -, cujo nome dá forma a este mesmo órgão (Perlemuter *et al.*, 2001).

“A glândula tiroideia situa-se na face anterior do pescoço entre a pele e a laringe. Tem dois lóbulos, direito e esquerdo, cada um com cinco centímetros de comprimento, unidos na linha média. Pesa menos de 20 gramas” (Toft, 1999, p. 7). No entanto, Perlemuter *et al.* (2001) é da opinião que este órgão apresenta uma altura e largura de 6cm e uma espessura de 1,5cm.

De acordo com o mesmo autor, os seus lobos laterais prolongam-se desde a cartilagem da tiróide até ao 6º anel da traqueia, enquanto o istmo se estende desde o 2º até ao 4º anel traqueal. Relativamente a Arone e Philippi (1997), estes são opinião que a tiróide pesa cerca de 30 g e que apresenta dois lobos unidos pelo istmo.

Toft (1999) considera que a tiróide é bastante importante, pois controla o metabolismo ao mesmo tempo que assegura o correcto funcionamento das células do corpo humano. Também é responsável por libertar as hormonas tiroideias – hormona T3 (triiodotironina ou tiroxina) e T4 (tetraiodotironina) – e produzir uma hormona denominada calcitonina, cuja função é reduzir a concentração de cálcio.

Segundo Arone e Philippi (1997), as hormonas da tiróide estimulam as actividades metabólicas dos tecidos, tendo como principais funções o crescimento e o desenvolvimento, influenciando também os ciclos menstruais e a fertilidade.

4.2. Patologias da Tiróide

4.2.1. Hipertiroidismo

Segundo Toft (1999), o hipertiroidismo – ou tireotoxicose – é o resultado de uma excessiva produção das hormonas T3 e T4 pela tiróide que, em regra, afecta indivíduos do sexo feminino entre os 40 e os 50 anos.

Para Romeo, Zupan e Marek (2003, p. 1219), esta patologia tem como causas comuns:

- Doença de Graves - alteração auto-imune caracterizada pela presença de “ (...) bócio difuso, hipertiroidismo, oftalmopatia infiltrativa e dermopatia infiltrativa”;
- Bócio multinodular tóxico ou doença de Plummer - consiste numa alteração representada pela presença de vários nódulos na tiróide, sem base auto-imune.

Contudo, Rosa Santos (2006) afirma que o hipertiroidismo pode ser uma consequência de um bócio tóxico difuso – doença de Graves –, de um bócio nodular tóxico ou de um adenoma tóxico.

A presença de um único nódulo na tiróide com desenvolvimento lento e gradual denomina-se de adenoma tóxico. Este, normalmente, apresenta-se bem delineado e de consistência parenquimatosa. Ao contrário da Doença de Graves, os sintomas de hipertiroidismo encontram-se visíveis, não havendo exoftalmia – não há excesso da hormona tiroideia. Contudo, estão presentes episódios auto-imunes associados à causa dessa mesma doença (Rosa Santos, 2006).

Schwartz (1999) acrescenta que o hipertiroidismo também pode ser causado por Tempestade Tiroideia. Esta consiste num estado potencialmente fatal, podendo ser causada por infecções, trabalho de parto ou após terapêuticas com iodo. Os sintomas associados a este tipo de patologia incluem aumento da frequência cardíaca, hipertermia, alteração do estado de consciência, desidratação após vários episódios de náuseas e vômitos e, finalmente, pode induzir ao coma.

De acordo com Toft (1999, p. 14), o doente típico com hipertiroidismo apresenta os seguintes sintomas, dos quais apenas se salienta:

- Perda de peso;
- Intolerância ao calor;
- Irritabilidade;
- Palpitações;
- Dificuldade respiratória;
- Tremuras;
- Fraqueza muscular;
- Menstruação irregular;
- Pele prurida, cabelo enfraquecido, unhas quebradiças;
- Bócio.

Contudo, Utiyama *et al.* (2007) acrescentam a estes mesmos sintomas a agitação psicomotora, extremidades quentes e húmidas, sudorese excessiva, insónias e hiperdefecação. Enquanto Rosa Santos (2006) adiciona instabilidade emocional que pode levar a estados psicóticos, fadiga fácil, hiper-reflexia durante o exame neurológico, *flush* facial, mixedema pretibial, ginecomastia nos homens, aumento da libido, diminuição da fertilidade, fibrilhação auricular e insuficiência cardíaca congestiva.

Para Romeo, Zupan e Marek (2003), os doentes que sofrem de hipertiroidismo terão de realizar: terapia medicamentosa - inclui *tioamidas*, *iodatos*, *β -bloqueantes* e *antagonistas dos canais de cálcio* -, terapêutica com iodo radioactivo e/ou tratamento cirúrgico.

Terapêutica com Iodo Radioactivo – pode ser administrada em ambulatório, é mais segura para um vasto leque de doentes, permite uma melhoria da função da tiróide, podendo ser empregue em mulheres em idade fértil. Os sintomas de hipertiroidismo diminuem após 3 semanas, normalizando-se a função da tiróide após 6 meses. Esta terapêutica é eliminada após o fim do tratamento, sendo excretado pela urina, saliva, suor e fezes (Romeo, Zupan e Marek, 2003).

Tratamento Cirúrgico – apesar de já não ser o tratamento de eleição, a cirurgia inclui a remoção de um lobo (tiroidectomia parcial) ou a remoção total da glândula (tiroidectomia total).

“A vantagem da tiroidectomia parcial sobre o RAI é que a incidência de hipotiroidismo com a primeira é muito menor. No entanto, pode sobrevir, com o tempo, hipotiroidismo por hipotrofia do tecido remanescente” (Romeo, Zupan e Marek, 2003, p. 1225).

4.2.2. Hipotiroidismo

Segundo Toft (1999), o hipotiroidismo é definido como uma deficiência na produção de hormonas T3 e T4. O mesmo autor afirma que, esta patologia afecta 1% dos indivíduos, sobretudo mulheres de meia-idade e de idade avançada. Para Romeo, Zupan e Marek (2003), o hipotiroidismo pode ser causado por perda ou atrofia do tecido da tiróide, incapacidade de estimulação trófica ou por diversas alterações.

Rosa Santos (2006) acredita que esta patologia pode adquirir duas formas: as formas espontâneas e as formas secundárias. As primeiras podem resultar de uma aplasia folicular da tiróide ou da substituição desta por tecido não funcionante, enquanto as segundas resultam de uma diminuição na estimulação da tiróide, da sua destruição com iodo ou de uma tiroidectomia.

De acordo com Rosa Santos (2006, p. 287), o doente com hipotiroidismo apresenta os seguintes sintomas: sensibilidade ao frio, redução da sudorese, pele seca, fria e sem elasticidade, cabelo seco, voz rouca, “ (...) fraqueza muscular, mialgias e câibras. Pode haver astenia, alterações da personalidade, obstipação, e alterações menstruais. Há diminuição da libido (...) alterações da ovulação na mulher e uma oligospermia ou azoospermia no homem”. Também pode apresentar um aumento de peso, o rosto edemaciado, alterações da visão e dos reflexos e um aumento do tamanho do coração. Contudo, Toft (1999) acrescenta outros sintomas, tais como, bradicardia e alterações do sistema nervoso.

O diagnóstico é realizado através de estudos da função da tiróide - T4 livre sérica e teste de sensibilidade à TSH sérica (Romeo, Zupan e Marek, 2003). O mesmo autor afirma que esta pode ser tratada através de terapêutica ou de cirurgia, no caso de existirem bócios de grandes dimensões, enquanto Toft (1999), declara que a administração de tiroxina, cujo fim é regularizar os níveis de T4 e TSH no sangue, é escolhido como o tratamento de eleição.

“A evolução desta doença é tanto mais reservada, quanto mais precoce for o seu aparecimento. Por outro lado, a evolução é tanto melhor, quanto mais cedo for instituído o tratamento, ainda que as manifestações do foro neurológico tenham pouca ou nenhuma remissão” (Sérgio, Coutinho e Marques, 2004, p. 200).

4.2.3. Tiroidite

Tiroidite pode ser designada como uma inflamação na glândula da tiróide que, tanto pode ser aguda, como crónica (Rosa Santos, 2006).

Para Romeo, Zupan e Marek (2003), esta pode ser dividida em três tipos: aguda (Tiroidite Piogénica Aguda), sub-aguda (Tiroidite de Quervain) e crónica (Tiroidite de Hashimoto e Tiroidite de Riedel).

Segundo o mesmo autor, a Tiroidite Piogénica Aguda consiste numa forma rara resultante de uma infecção por microrganismos piogénicos. Os sintomas que a caracterizam incluem dor, hipertermia, disfagia e sensação de mal-estar, consistindo o tratamento em eliminar estes mesmos sintomas.

A Tiroidite de Quervain, também denominada de granulomatosa, tem uma origem viral. Em termos de sintomas, o doente apresenta um aumento difuso e progressivo da tiróide, provocando-lhe uma sensação de pressão no pescoço, dor à palpação e ligeira hipertermia. Esta é diagnosticada através de histologia e citologia, sendo o seu tratamento à base de corticosteróides, anti-inflamatórios e correcção da função tiroideia (Rosa Santos, 2006).

Para Romeo, Zupan e Marek (2003, p. 1234), a Tiroidite de Hashimoto, para além de ser uma doença auto-imune, é a forma mais frequente de tiroidite crónica. Esta caracteriza-se por uma infiltração de linfócitos e anticorpos anti-tiróide a nível da glândula, destruindo os seus folículos e fibrose, resultando assim, na diminuição dos níveis séricos de T4 e T3 e no

aumento da TSH. “A glândula tiróide encontra-se dura e lisa, move-se livremente e é, habitualmente, indolor. Ambos os lobos estão aumentados (...) Algumas pessoas podem ter disfagia ou sentir-se asfixiadas”. De acordo com Rosa Santos (2006), o diagnóstico é realizado através da determinação de anticorpos anti-tiróide e da citologia aspirativa, enquanto o tratamento baseia-se na cirurgia ou em doses supressivas da hormona, consoante haja compressão ou não.

Schwartz (1999) afirma que a Tiroidite de Riedel caracteriza-se por fibrose invasiva e densa que se pode propagar até aos tecidos adjacentes, podendo provocar hipotiroidismo. A sintomatologia mais frequente resulta em rouquidão, estridor e dispneia. O tratamento é realizado através da administração de esteróides, estando a cirurgia apenas indicada em situações de compressão.

4.2.4. Bócio

“O bócio refere-se a aumento da glândula tireóide em um paciente eutireóideo” (Schwartz, 1999, p. 792).

Segundo a Sociedade Americana para o Estudo dos Bócios (*cit. in* Pereira e Henriques, 2006), os bócios classificam-se em bócio difuso não tóxico, bócio multinodular não tóxico, bócio difuso tóxico e bócio nodular tóxico.

Para Schwartz (1999), o bócio pode ser causado por:

- Bócio familiar - defeito hereditário a nível das enzimas transmitido de forma autossómica recessiva;
- Bócio endémico – frequente nos habitantes dum determinado local;
- Bócio esporádico – quando não é possível identificar a causa para o aumento da tiróide.

De acordo com o mesmo autor, as manifestações clínicas são assintomáticas. No entanto, pode ocorrer a presença de massa com sensação de compressão a nível da região cervical, disfagia, dispneia devido à compressão da traqueia e dor súbita com irradiação devido à hemorragia.

Administra-se a hormona tiroideia com o objectivo de diminuir os níveis de TSH, estabilizando assim, o desenvolvimento do bócio. Contudo, pode-se realizar tratamento cirúrgico, dependendo nesta situação das próprias características, da suspeita de malignidade e de alterações cosméticas resultantes do bócio (Rosa Santos, 2006).

4.2.5. Nódulo da Tiróide

Para Rosa Santos (2006), esta patologia define-se como tumor de aspecto redondo na tiróide, sendo na maior parte das vezes de origem benigna.

“(…) cerca de 4% da população tem um nódulo tiroideu clinicamente palpável e destes cerca de 5% a 20% são carcinomas. A percentagem de nódulos tiroideus aumenta com a idade, sendo quatro vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens” (Rosa Santos, 2006, p. 291).

De acordo com o autor supracitado, o nódulo pode ser organizado em nódulo colide, adenoma folicular, nódulo maligno, quistos da tiróide.

Segundo Schwartz (1999), este caracteriza-se por um aumento rápido, dispneia, rouquidão e disfagia. O seu diagnóstico é comprovado através da aspiração com agulha fina para citologia e da realização das provas de função da tiróide, enquanto o seu tratamento é efectuado através de cirurgia.

4.2.6. Carcinoma da Tiróide

Segundo Romeo, Zupan e Marek (2003), a prevalência desta patologia é inferior quando comparada com os outros tipos de carcinoma, sendo que a maligna apresenta uma baixa percentagem.

Para Toft (1999), existem dois tipos de carcinoma da tiróide:

- Carcinoma papilar – atinge principalmente as crianças e mulheres jovens;
- Carcinoma folicular – predominante a partir dos 30 anos.

“No cancro papilar, o tumor tem papilas, enquanto no cancro folicular, apesar da aparência ser perfeitamente anormal, ainda existem estruturas que se assemelham aos folículos normais da tiróide” (Toft, 1999, p. 55).

De acordo com Romeo, Zupan e Marek (2003), o diagnóstico mais aceitável é a biopsia aspirativa, cujo objectivo é recolher uma amostra de tecido de tumores ou quistos, consistindo o tratamento na cirurgia, radioterapia, supressão hormonal e quimioterapia.

4.3. Tiroidectomia

Segundo Soares, Gerelli e Amorim (2007), a cirurgia à tiróide baseia-se na remoção, parcial ou total, da glândula tiróide.

Esta cirurgia encontra-se indicada nas seguintes situações: na presença de um tumor maligno, de incertezas acerca do diagnóstico, de hipertiroidismo ou de um bócio compressivo (Rosa Santos, 2006).

De acordo com Rosa Santos (2006, p. 304), a tiroidectomia é, normalmente, praticada com anestesia geral e com entubação endotraqueal. O doente é posicionado, de modo a ficar com o pescoço em hiperextensão e com o tronco “ (...) ligeiramente elevado de forma a diminuir a pressão venosa nas veias do pescoço e assim diminuir a hemorragia”. “A incisão cutânea é feita em colar cerca de 2 cm acima da fúrcula esternal, em geral aproveitando uma prega cutânea existente. (...) envolve a pele, o tecido celular subcutâneo e o músculo cuticular do pescoço, até à aponevrose cervical superficial (...)”.

“O retalho superior é rebatido para cima até à chanfradura da cartilagem tiroideia (...)” e “A aponevrose cervical é incisada na linha média desde a chanfradura tiroideia até ao limite do retalho inferior”. Assim, a tiróide torna-se visível quando há retracção para fora dos músculos pré-tiroideus, do esternotiroideu e do esterno-hioideu (Rosa Santos, 2006, p. 304).

Seguidamente, há a libertação da tiróide da fascia envolvente, a retracção interna do lobo e a laqueação das veias tiroideias médias. Há uma ligeira tracção do pólo superior, onde são dissecados os vasos tiroideus superiores, e a laqueação isolada da artéria e da veia tiroideia superior sobre a cápsula da tiróide, evitando-se assim, a lesão do nervo laríngeo superior.

Inicia-se a dissecação média e posterior da tiróide, ocorre a libertação da tiróide na região inferior e laqueia-se os vasos sobre a cápsula, de modo a conservar os tecidos justa-capsulares (Rosa Santos, 2006).

A seguir, laqueia-se os ramos da artéria tiroideia inferior, sendo a face posterior da glândula separada da face anterior da traqueia, onde se seccionam as aderências fibrosas que as unem, ressecando-se o istmo da tiroideia. Assim, e ainda segundo o mesmo autor, é colocado um dreno aspirativo após a revisão da hemostase, devendo-se inclinar o corpo do doente de modo a aumentar a pressão venosa, confirmando assim a hemostase (Rosa Santos, 2006).

Finalmente, segundo Rosa Santos (2006), é suturada a incisão da aponevrose superficial, o cuticular do pescoço e a pele, respectivamente.

5. Cuidados de Enfermagem

“Todos os pacientes antes, durante e após serem submetidos a intervenções cirúrgicas necessitam de cuidados que são comuns e outros específicos conforme o procedimento” (Soares, Gerelli e Amorim, 2004, p. 150).

5.1. Pré-operatório

De acordo com Romeo, Zupan e Marek (2003), os cuidados pré-operatórios a prestar ao doente que irá ser submetido a tiroidectomia são:

- Manter os níveis das hormonas da tiróide normais;
- Promover e manter o balanço electrolítico positivo;
- Gerir ambiente físico;
- Induzir o relaxamento através de procedimentos de Enfermagem;
- Informar sobre as rotinas do pré e pós-operatório;
- Ensinar a tossir eficazmente;
- Ensinar a mobilizar a cabeça e pescoço sem exercer pressão na ferida cirúrgica, durante o pós-operatório.

Para Santos (2005), existem alguns cuidados importantes durante esta fase, tais como:

- Orientar sobre os exercícios a realizar no pós-operatório;
- Trocar decúbitos no leito para activar a circulação;
- Orientar quanto ao jejum;
- Preparar a pele;
- Promover a higiene corporal;
- Administrar terapêutica anestésica;
- Registrar e confirmar todos os procedimentos realizados;
- Transportar o doente para o bloco operatório.

Segundo Sorensen e Luckmann (1998), os cuidados pré-operatórios a prestar na véspera da cirurgia são:

- Preparar a pele, o que inclui lavar e remover os pêlos da área e à volta do local cirúrgico;
- Preparar o tubo digestivo antes da cirurgia para reduzir náuseas e vômitos, aspiração de vômito, distensão gástrica ou oclusão intestinal;
- Avaliar a condição física do doente em relação à segurança anestésica;
- Promover o conforto, o repouso e o sono, proporcionando conforto físico e emocional e encorajando o doente a expressar as suas preocupações.

Para além destes, os mesmos autores referem os seguintes cuidados a prestar no dia da cirurgia são:

- Executar os cuidados da manhã, inclui avaliação e registo dos sinais vitais, higiene corporal, remoção de acessórios, óculos, roupa interior e esvaziamento da bexiga;
- Verificar se o consentimento se encontra assinado;
- Administrar a terapêutica pré-operatória;
- Analisar se a ficha de verificação pré-operatória e o processo estão em ordem;
- Proporcionar apoio ao doente e pessoas significativas;
- Providenciar o transporte para o bloco operatório;
- Preparar a unidade para a prestação de cuidados pós-operatórios.

De todos os cuidados citados por Soares, Gerelli e Amorim (2007), os que se salientam são:

- Administrar terapêutica com o fim de estabilizar os níveis das hormonas da tiróide e as taxas metabólicas;
- Manter a família informada sobre as fases entre o pré e o pós-operatório;
- Manter o ambiente o mais calmo possível, pois os doentes com hipertiroidismo tornam-se muito nervosos e irritados.

5.2. Pós-operatório

De todos os cuidados citados por Romeo, Zupan e Marek (2003, p. 1244), os que se salientam são:

- Controlar e comunicar sinais de complicações:
 - Lesão do nervo laríngeo; rouquidão; voz velada.
 - Hemorragia ou edema dos tecidos.
 - Deficiência em cálcio.
 - Crises de dificuldade respiratória.
- Assegurar cuidados de emergência:
 - Manter disponíveis os equipamentos de emergência para traqueostomia, de aspiração, de remoção dos pontos e Gluconato de Cálcio, via endovenosa.
- Proporcionar conforto:
 - Evitar tensão nos pontos da incisão operatória; encorajar o doente a apoiar a cabeça quando a pretender virar, colocando ambas as mãos na nuca.
 - Administrar os analgésicos prescritos, se necessário.
- Manter o estado nutricional:
 - Iniciar a dieta com alimentos moles logo que o doente a tolere (...).
 - Estimular uma dieta rica em hidratos de carbono e proteínas.
- Explicar ao doente:
 - Exercícios de mobilização para o pescoço quando a ferida estiver cicatrizada, para prevenir limitações permanentes da sua movimentação.
 - A necessidade da terapêutica de substituição da hormona tiroideia, para toda a vida, após uma tiroidectomia total.
 - A necessidade de cuidados de vigilância.

Santos (2005) defende que existem alguns cuidados básicos a realizar, dos quais se destaca:

- Observar o nível de consciência do doente;
- Encorajar o doente quanto à cirurgia realizada;
- Vigiar drenos, sondas, feridas cirúrgicas e infusões venosas;
- Observar e assistir o doente nas suas necessidades básicas afectadas.

A mesma autora defende que os cuidados de Enfermagem a prestar após tiroidectomia são:

- Manter o doente em posição semi-Fowler;
- Manter a cabeça apoiada;
- Realizar tratamento à ferida cirúrgica diariamente, registando as suas características;
- Observar sinais de insuficiência respiratória, administrando oxigénio se necessário;
- Preparar material de traqueostomia, para o caso de ser necessário;
- Observar e registar anormalidades que possam ocorrer.

De acordo com Pitrez e Pioner (2003), os cuidados pós-operatórios imediatos a realizar são:

- Elevar a cabeceira da cama a 30° para promover o retorno venoso e diminuir o edema;
- Remover os drenos aspirativos até ao quarto dia pós-operatório e quando a drenagem diária é inferior a 30 ml;
- Aplicar uma camada de pomada com antibiótico na ferida cirúrgica;
- Evitar manobras que possam aumentar a pressão venosa, de modo a promover hematomas.

De todos os cuidados citados por Soares, Gerelli e Amorim (2007), os que se salientam são:

- Posicionar o doente em semi-Fowler com a cabeça elevada e apoiada numa almofada;
- Iniciar a dieta, via oral, quando prescrita, preferindo a dieta líquida;
- Realizar tratamento à ferida cirúrgica com assepsia;
- Registar a evolução da ferida cirúrgica e comunicar a presença de dor, rubor, edema, hemorragia, secreção purulenta, odor ou necrose tecidual;
- Encorajar a comunicação do doente, nas primeiras horas;
- Assistir o doente na realização do primeiro levante, quando este se sentir bem.

Para Ferreira (*cit. in* Utiyama *et al.*, 2007), os cuidados pós-operatórios a ter com doente passam por interromper o jejum, iniciar a dieta precocemente, administrar a analgesia para diminuir desconforto e dor do doente, mobilizar precocemente e vigiar os drenos e catéteres, cumprindo as normas de assepsia.

6. CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)

Actualmente, a CIPE é uma classificação de Enfermagem que está a ser adoptada por todas as instituições de saúde. Para Martins *et al.* (2003, p. 43): “ (...) surge da necessidade de utilizar uma linguagem comum numa profissão cujo desempenho é cada vez mais exigente e preponderante no grau de saúde da população”.

A CIPE é então considerada um bom pretexto para criar momentos privilegiados de reflexão sobre as práticas de cuidados (Petronilho, 2003).

De acordo com o Conselho Internacional das Enfermeiras (ICN), a CIPE define-se como “ (...) uma classificação de fenómenos, intervenções e resultados a nível de enfermagem. Pretende ser uma matriz unificadora em que as taxonomias e classificações de enfermagem existentes se possam entrecruzar, de modo a permitir comparar dados em enfermagem” (CIPE/ICNP, 2000, p. XI).

CIPE/ICNP(2000) afirma que este programa tem como objectivos:

- Estabelecer uma linguagem comum para a prática de Enfermagem, de modo a melhorar a comunicação entre as Enfermeiras;
- Descrever os cuidados de Enfermagem a indivíduos de vários locais e instituições;
- Comparar os dados de Enfermagem entre populações, locais, áreas geográficas ou tempos diferentes;
- Demonstrar orientações sobre a prestação de tratamentos e cuidados de Enfermagem aos doentes, segundo os diagnósticos de Enfermagem;
- Incentivar a investigação em Enfermagem;
- Fornecer informação da prática de Enfermagem que possam influenciar as políticas de saúde.

Segundo o mesmo autor, a CIPE define-se como uma classificação de fenómenos, acções e resultados que descrevem a prática de Enfermagem, permitindo a avaliação das alterações apresentadas pelos doentes, bem como a definição de intervenções de Enfermagem relacionadas com as mesmas.

De acordo com a CIPE/ICNP (2000), esta centraliza-se sobre a prática dos Enfermeiros, pelo que define a Enfermagem como:

“ (...) parte integrante do sistema de cuidados de saúde, engloba a promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados a pessoas de todas as idades com doença mental ou deficiência, em todas as organizações de cuidados de saúde e noutros locais da comunidades. De entre a amplitude dos cuidados de saúde, o fenómeno que mais importa aos enfermeiros é a «resposta aos problemas de saúde reais ou potenciais» de indivíduos, famílias e grupos. As respostas humanas a estes problemas variam grandemente, desde reacções de recuperação da saúde perante episódios individuais de doença, ao desenvolvimento de políticas de promoção de saúde de uma população” (ICN *cit. in* CIPE/ICNP, 2000, p. XI-XII).

A CIPE/ICNP define-se como um meio de informação que permite a descrição da prática de Enfermagem através de dados dessa mesma prática nos sistemas de informação. Estes dados podem ter como fim a certificação da qualidade dos cuidados de Enfermagem (CIPE/ICNP, 2000).

A CIPE encontra-se classificada segundo fenómenos – algo relacionado com a saúde que pode ser importante para os cuidados de Enfermagem - e diagnósticos de Enfermagem, ou seja, “Designação atribuída por uma enfermeira à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem (...)” (CIPE/ICNP (2000, p. XIII).

O termo Diagnóstico de Enfermagem é utilizado como sendo o nome dado pelo Enfermeiro à decisão relativa ao fenómeno que representa o foco das intervenções de Enfermagem.

O Resultado de Enfermagem é a medição ou condição de diagnóstico de Enfermagem, num determinado momento, após uma intervenção de Enfermagem. Ou seja, os resultados de Enfermagem são o resultado de intervenções de Enfermagem, medido ao longo do tempo, sob a forma de mudanças efectuadas nos diagnósticos de Enfermagem.

O Resultado de Enfermagem deve estar estabelecido num determinado tempo, após ter sido realizada uma intervenção:

- Construção de intervenções de Enfermagem.

Assim, segundo a mesma autora, os fenómenos encontram-se divididos em sete eixos:

- A. Foco da Prática de Enfermagem** – área de atenção relevante para a Enfermagem. Exemplo: dor, autocuidado, conhecimento.
- B. Juízo** – opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de Enfermagem feita pelos Enfermeiros. Exemplo: interrompido, inadequado.
- C. Frequência** – número de vezes que um fenómeno de Enfermagem é repetido durante um determinado período de tempo. Exemplo: contínuo, raramente.
- D. Duração** – período de tempo ou instante que durou uma ocorrência. Exemplo: agudo, crónico.
- E. Topologia** – local do corpo em relação a um determinado ponto médio da área anatómica em que ocorre um fenómeno de Enfermagem. Exemplo: central, interno, posterior.
- F. Localização Anatómica** – orientação anatómica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção. Exemplo: abdómen, tórax.
- G. Probabilidade** – possibilidade de voltar a acontecer um fenómeno. Exemplo: risco, oportunidade.
- H. Portador** – sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção. Exemplo: família, comunidade.

É usada para representar:

- Diagnóstico de Enfermagem (estado do doente, problemas, necessidades, potencialidades);
- Intervenções de Enfermagem (ou ações de Enfermagem);
- Resultados de Enfermagem:
 - Construção de diagnósticos de Enfermagem e resultados de Enfermagem.

Um diagnóstico de enfermagem:

1. Deve incluir um termo do **Eixo do Foco da Prática de Enfermagem**.
2. Deve incluir um termo do **Eixo do Juízo** ou do **Eixo da Probabilidade**.

3. O recurso a termos provenientes de outros eixos para expandir ou reforçar o diagnóstico é opcional.
4. Somente um termo de cada eixo pode ser usado para a construção de um diagnóstico.
(CIPE/ICNP, 2000, p. XIV)

Para CIPE/ICNP (2000), as acções de Enfermagem dividem-se em 5 grupos, nomeadamente: observar, gerir, executar, atender e informar. Cada grupo inclui variadas nomenclaturas específicas que determina a origem da intervenção de Enfermagem.

- Observar – identificar, diagnosticar, vigiar e avaliar;
- Gerir – organizar, distribuir e coligir.
- Executar – limpar, arranjar, dar banho, cobrir, alimentar, posicionar, manipular, mobilizar, estimular, cortar, suturar, clampar, ventilar, preparar, preencher, inserir, instalar, remover e trocar;
- Atender – assistir, tratar, prevenir e relacionar;
- Informar – ensinar, orientar, descrever, entrevistar e explicar.

7. SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem)

O SAPE é um sistema de informação em Enfermagem em suporte informático. Foi desenvolvido com o objectivo de permitir a informatização dos registos de Enfermagem efectuados nas Unidades de Saúde e tendo como base a CIPE.

Para IGIF (*cit. in* Leal, 2006, p. 50):

“ O sistema pretende ser uma ferramenta de apoio à actividade diária do Enfermeiro, tendo por base a CIPE (...) visa o tratamento e a organização da informação processada na documentação de Enfermagem, tendo em vista a gestão do recurso informação, numa lógica de promoção da qualidade da assistência de Enfermagem”.

O desenvolvimento tecnológico sempre representou o produto de um esforço criativo empreendido pelo Homem para adaptar as condições ambientais às suas necessidades colmatar carências inerentes à sua condição humana.

Segundo Reix (*cit. in* Almeida, 2002, p. 72), um sistema de informação define-se “ (...) como um conjunto de elementos (humanos, materiais e logísticos) que permitem adquirir, tratar, memorizar e transmitir informação”.

Segundo Leal (2006, p. 51), muito se tem trabalhado para informatizar todo o processo clínico: “ (...) para maior segurança, para maior facilidade de recuperação e para que a sua utilização se torne mais rápida e eficaz e com menor esforço”.

Almeida (2002, p. 74) refere ainda que a aplicação das tecnologias de informação e comunicação pode assumir várias formas: “ (...) aumentar a troca directa de informação entre as pessoas; reduzir a necessidade de existirem intermediários nessa troca de informação; permitir o acesso à informação devidamente organizada (...)”.

De qualquer modo, os registos de Enfermagem, quer “ (...) sejam informatizados ou manuscritos, devem conter evidências de que os problemas ou diagnósticos do cliente foram identificados, do que a enfermeira fez para o prevenir (...)” Kleinbeck (*cit. in* Leal, 2006, p. 52).

Variados autores defendem que um dos principais objectivos das tecnologias de informação e de comunicação é o de tornar a informação facilmente acessível. Ramalhão (1996, p. 33) argumenta que “ (...) ao tornar a informação interna e externa disponível de forma mais rápida, a utilização de tecnologias de informação avançadas conduz a um aumento significativo da acessibilidade à informação”.

De acordo com Sousa (2006, p. 138):

“ A documentação em enfermagem sendo uma acção indirecta dos enfermeiros no âmbito dos cuidados de enfermagem, deveria observar os critérios de documentação mínima, consumir o menor tempo possível a processar informação e consequentemente libertar os profissionais para as acções directas de relação de cuidados”.

Segundo o estudo de Petronilho (2003, p. 20), os Sistemas de Informação de Enfermagem devem ter as seguintes características: “Fazer parte de um sistema mais amplo; utilizar um sistema de classificação de enfermagem. Devem ter espaço livre para a informação não classificada (...)”.

II - METODOLOGIA

8. Princípios Éticos

Segundo Fortin (1999, p. 114), a ética define-se como “ (...) o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”. “A Ética coloca problemas aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação” (Fortin, 1999, p. 113).

De acordo com a autora supracitada, são definidos cinco direitos fundamentais dos seres humanos:

- Direito à autodeterminação: defende que a pessoa tem o direito de decidir se quer ou não participar numa investigação, sendo capaz de definir o seu próprio destino.
- Direito à intimidade: refere-se à liberdade da pessoa em decidir sobre a extensão da informação a fornecer, determinando se aceita ou não a partilha das suas informações; o investigador deve garantir o anonimato e confidencialidade das mesmas.
- Direito ao anonimato e à confidencialidade: baseia-se na protecção dos dados individuais através de codificação, não podendo ser divulgados sem autorização dos participantes.
- Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo: fundamenta-se nas regras de protecção dos indivíduos contra inconvenientes capazes de os prejudicarem.
- Direito a um tratamento justo e leal: todo o indivíduo tem direito a receber um tratamento justo e igual, antes, durante e após a sua participação numa investigação.

9. Questão de Investigação

A formulação de questões é importante para um trabalho de investigação, pois orientam de modo a conseguir-se atingir os objectivos delineados.

Neste contexto e com a finalidade de orientar o presente estudo, definiu-se como questões de investigação:

- Quais as intervenções de Enfermagem realizadas aos doentes submetidos à cirurgia da tiróide, internados no serviço de Cirurgia I da ULSM, durante o ano de 2008?
- Quais os fenómenos de Enfermagem identificados aos doentes submetidos à cirurgia da tiróide, no serviço de Cirurgia I da ULSM, durante o ano de 2008?

“A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar” (Fortin, 1999, p. 101).

10. Objectivos de Estudo

Para Fortin (1999, p. 100), “O objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação”.

Desta forma, e tendo em atenção todos os aspectos que levaram a optar por este tema, definiu-se como objectivos:

- Identificar as intervenções de Enfermagem realizadas pelos Enfermeiros aos doentes submetidos à cirurgia da tiróide;
- Identificar os fenómenos de Enfermagem realizadas pelos Enfermeiros aos doentes submetidos à cirurgia da tiróide.

11. Desenho de Investigação

O desenho de investigação deste estudo é constituído pelos seguintes elementos: tipo de estudo, população e instrumento de colheita de dados. “O desenho é também um conjunto de directivas associadas ao tipo de estudo escolhido. (...) precisa a forma de colher e de analisar os dados para assegurar um controlo sobre as variáveis em estudo” (Fortin, 1999, p. 132).

11.1. Tipo de Estudo

Na elaboração deste estudo, optou-se por um estudo descritivo e quantitativo, pois Fortin (1999, p. 371), considera a investigação quantitativa como a “Investigação cuja finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente”.

“O estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta” (Fortin, 1999, p. 163).

11.2. População

Segundo Fortin (1999, p. 202), a população define-se como “ (...) uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. Os sujeitos do estudo são todos os doentes submetidos à cirurgia da tiróide, internados, no serviço de Cirurgia I da ULSM, durante o ano de 2008.

11.3. Instrumento de Colheita de Dados

Para a colheita de dados deste estudo de investigação optou-se pela consulta informática dos processos clínicos - através do SAPE - dos doentes submetidos à cirurgia da tiróide, no serviço de Cirurgia I da ULSM, durante o ano de 2008.

Foi solicitada autorização à ULSM para consulta dos registos no SAPE, bem como enviada uma grelha de informação pretendida. A grelha de informação é assim constituída:

1. Características sócio-demográficas da população:

1.1. Idade;

1.2. Género;

1.3. Data de admissão;

1.4. Data de alta;

1.5. Motivo de internamento.

2. Processo de Enfermagem:

2.1. Fenómenos e diagnósticos identificados com data de início e de termo;

2.2. Intervenções realizadas com data de início e de termo e frequência de realização.

12. Tratamento e Análise dos Dados

De acordo com Fortin (1999), a análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela média da variável.

Na apresentação dos resultados utilizar-se-á tabelas, gráficos e a sua respectiva descrição. A apresentação dos resultados será efectuada através de estatísticas, uma vez que se trata de um estudo descritivo. Os respectivos gráficos e tabelas também servem para caracterizar as relações entre duas ou mais variáveis.

No tratamento e análise quantitativa, procedeu-se à elaboração da estatística descritiva, em que se recorreu à determinação de medidas de tendência central (médias, mediana e modas) e de medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação). Utilizar-se-á o programa informático de análise estatística Excel - versão 2007.

Os resultados irão ser apresentados através de quadros e gráficos, sempre que tal se justifique e auxilie na interpretação dos dados recolhidos.

III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a recolha de dados e a análise documental aos registos efectuados no SAPE, serão apresentados e analisados, neste capítulo, os resultados obtidos da pesquisa informática dos processos clínicos de 77 doentes submetidos à cirurgia da tiróide, no serviço de Cirurgia I da ULSM, durante o ano de 2008.

Numa primeira fase será apresentada a caracterização da população em estudo, nomeadamente a idade, o género e o diagnóstico médico dos doentes submetidos à cirurgia da tiróide.

Quadro 1 – Distribuição nominal da Idade dos Doentes

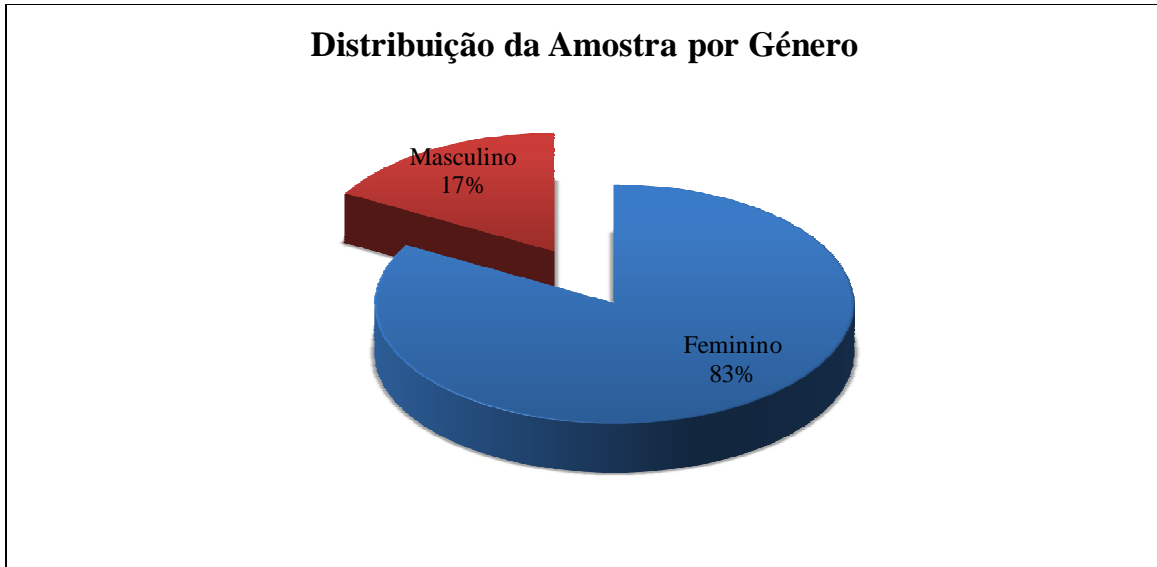
| | Moda | Média | Desvio Padrão | Mediana | Mínimo | Máximo | Variância |
|--------------|-------------|--------------|----------------------|----------------|---------------|---------------|------------------|
| Idade | 67 | 53,05 | 15,29 | 53 | 23 | 85 | 233,76 |

Da recolha de dados, pode-se verificar que a média das idades é 53,05195 anos, a moda de 67 anos, a mediana 53 anos e a idade mais baixa e mais alta de doentes submetidos à cirurgia da tiróide foi 23 e 85 anos, respectivamente.

O desvio padrão encontrado é de 15,28933, logo pode-se constatar a existência de uma dispersão dos valores em torno da média. A variância é 233,7635.

No seguinte gráfico será exposta a caracterização da população em estudo, segundo o género.

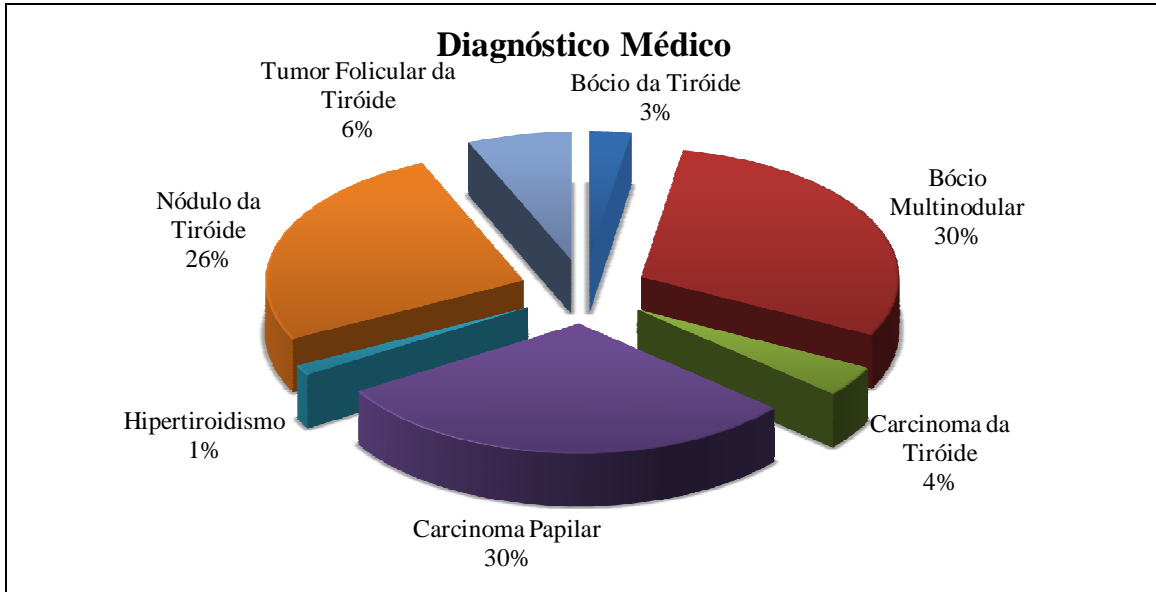
Gráfico 1 – Distribuição Percentual dos Doentes segundo o Género



Da análise do Gráfico 1, verifica-se que 17% (n=13) pertencem ao género masculino e que 83% (n=64) pertencem ao género feminino. Pode-se então verificar, pela análise de resultados que predomina o género feminino nesta população.

Posteriormente, será apresentada a caracterização da população em estudo, de acordo com o diagnóstico médico dos doentes submetidos à cirurgia da tiróide.

Gráfico 2 – Distribuição Percentual dos Doentes de acordo com o Diagnóstico Médico



Quadro 2 – Distribuição nominal do Diagnóstico Médico dos Doentes

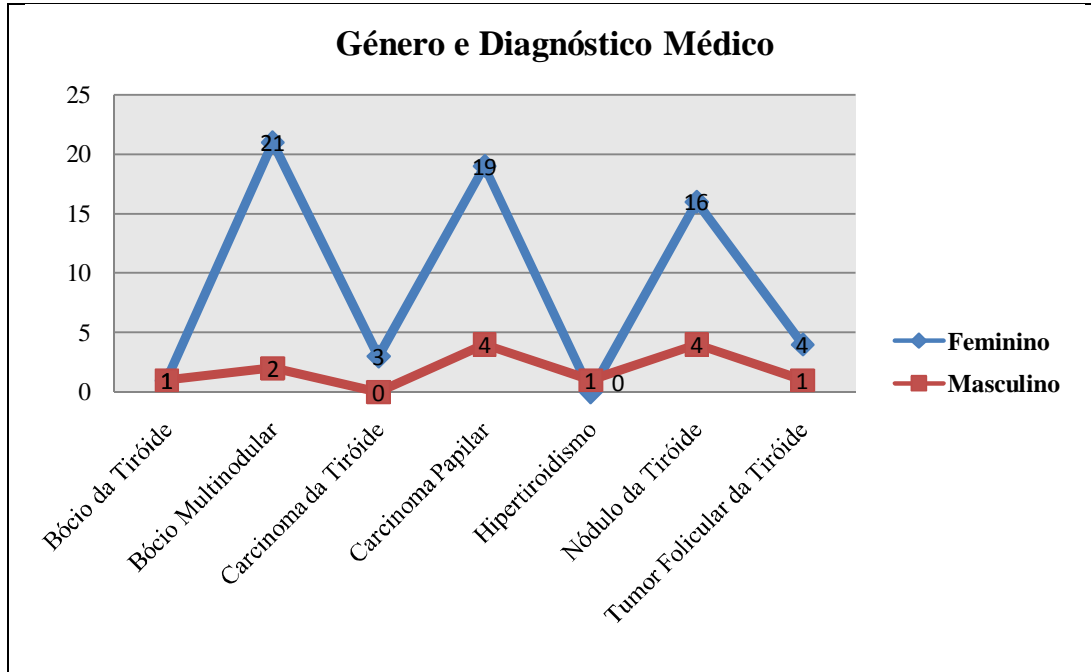
| Diagnóstico Médico | Fa | Fr | % Fr |
|----------------------------|-----------|-------------|-------------|
| Bócio Multinodular | 23 | 0,30 | 30% |
| Carcinoma Papilar | 23 | 0,30 | 30% |
| Nódulo da Tiróide | 20 | 0,26 | 26% |
| Tumor Folicular da Tiróide | 5 | 0,06 | 6% |
| Carcinoma da Tiróide | 3 | 0,04 | 4% |
| Bócio da Tiróide | 2 | 0,03 | 3% |
| Hipertiroidismo | 1 | 0,01 | 1% |
| Total | 77 | 1,00 | 100% |

O Carcinoma Papilar (Fa=23) e o Bócio Multinodular (Fa=23) foram os dois diagnósticos médicos mais frequentes. Observa-se que, seguidamente, surge o Nódulo da Tiróide com um total de 20 doentes. Com uma frequência absoluta relativamente mais baixa destaca-se o Tumor Folicular da Tiróide (Fa=5) e o Carcinoma da Tiróide (Fa=3).

Os diagnósticos médicos menos frequentes foram o Bócio da Tiróide (Fa=2) e o Hipertiroidismo (Fa=1).

Neste gráfico serão relacionadas duas vertentes, nomeadamente, o género e o diagnóstico médico.

Gráfico 3 – Relação entre o Género e o Diagnóstico Médico



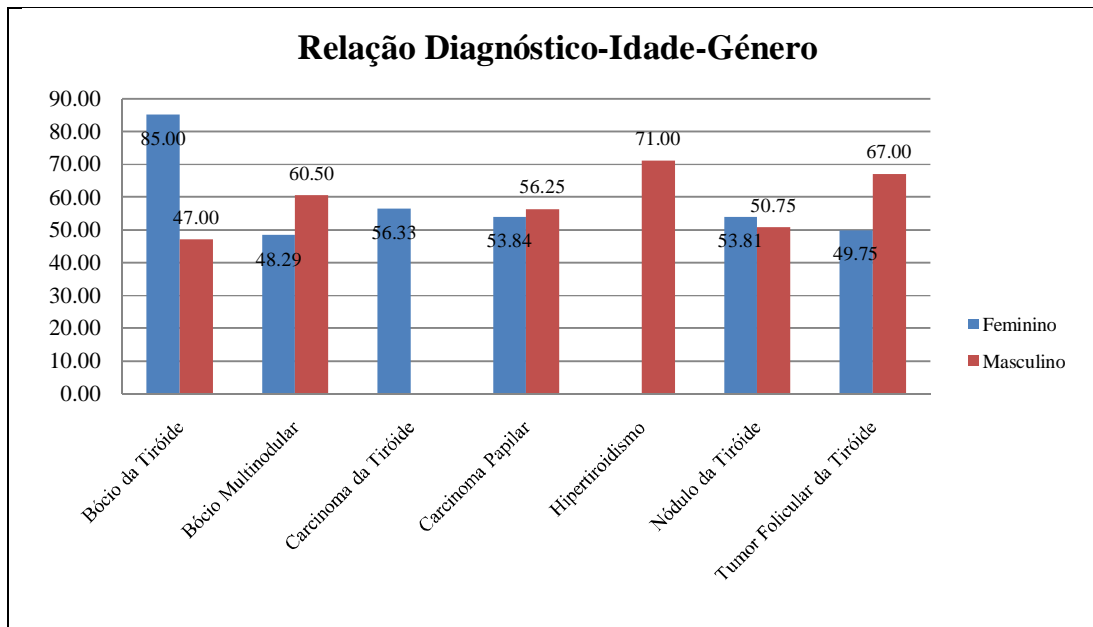
A partir do estudo deste gráfico pode-se verificar que o género feminino se evidencia em todas as patologias, excepto no Hipertiroidismo – diagnosticado somente num elemento do género masculino (Fa=1).

Os diagnósticos médicos com maior discrepância, quando comparado o género, são o Bócio Multinodular com 21 doentes do sexo feminino e 2 do sexo masculino; o Carcinoma Papilar com 19 mulheres e 4 homens; o Nódulo da Tiróide com uma frequência absoluta de 16 mulheres e 4 homens.

Com um valor menos significativo, encontra-se o Tumor Folicular da Tiróide (4 mulheres e 1 homem), o Bócio da Tiróide (1 doente em ambos os sexos) e o Carcinoma da Tiróide (3 mulheres).

Seguidamente, analisar-se-á o trinómio diagnóstico médico, idade e género da população estudada.

Gráfico 4 – Relação entre o Diagnóstico Médico, a Idade e o Género



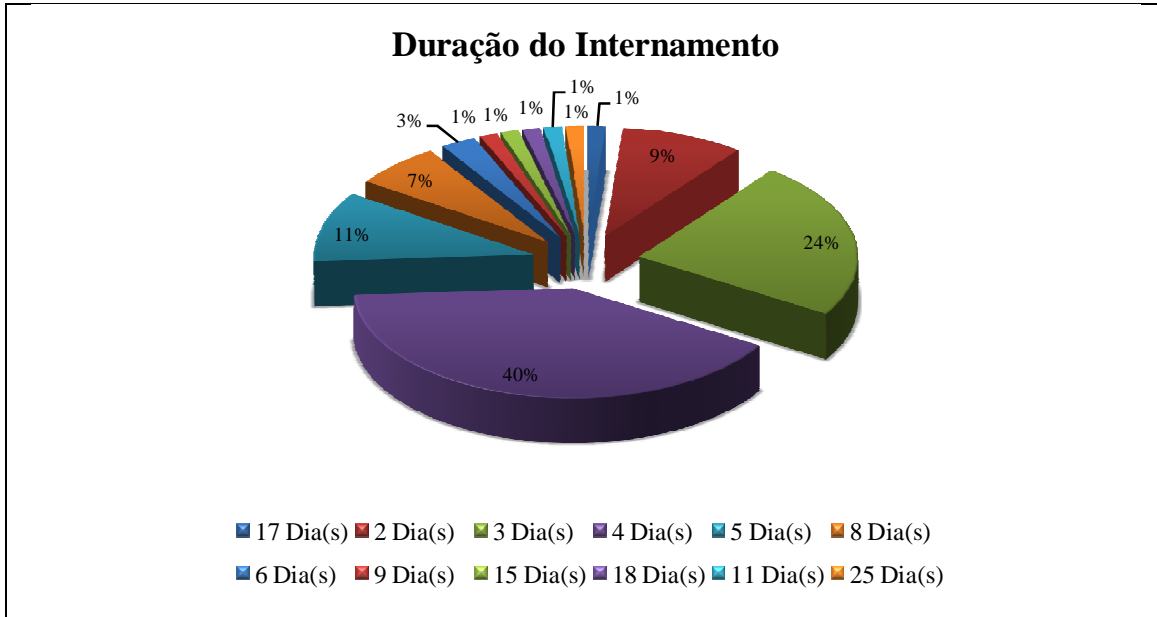
Através do gráfico 4 é possível reparar na diferença de idades entre ambos os sexos para as diversas patologias encontradas. Assim, tentar-se-á dividir a análise por sexos, de forma a tentar compreender melhor os valores em causa.

Relativamente ao sexo feminino, apura-se que a patologia do Bócio da Tiróide foi a que apresentou uma média de idade mais alta (85 anos). Com uma média mais distante obteve-se o Carcinoma da Tiróide (56,33 anos), seguindo-se o Carcinoma Papilar e o Nódulo da Tiróide com 53,84 e 53,81 anos, respectivamente. Para terminar, afere-se que o Tumor Folicular da Tiróide (49,75 anos) e o Bócio Multinodular (48,29 anos) são os que incidem mais precocemente nos indivíduos.

Quanto aos doentes do género masculino, determina-se que o Hipertiroidismo, apesar de só ter incidido num doente, é o que apresenta uma média de idade mais elevada (71 anos). Contendo valores ligeiramente mais baixos, encontra-se o Tumor Folicular da Tiróide e o Bócio Multinodular, cujas patologias afectam doentes com cerca de 67 e 60,50 anos. O Carcinoma Papilar, o Nódulo da Tiróide e o Bócio da Tiróide têm valores médios de idade de 56,25 anos, 59,75 anos e 47 anos.

Posteriormente será analisada a duração do internamento dos doentes submetidos à cirurgia da tiróide.

Gráfico 5 – Distribuição da População de acordo com a Duração do Internamento



Quadro 3 – Distribuição Nominal da Duração do Internamento dos Doentes

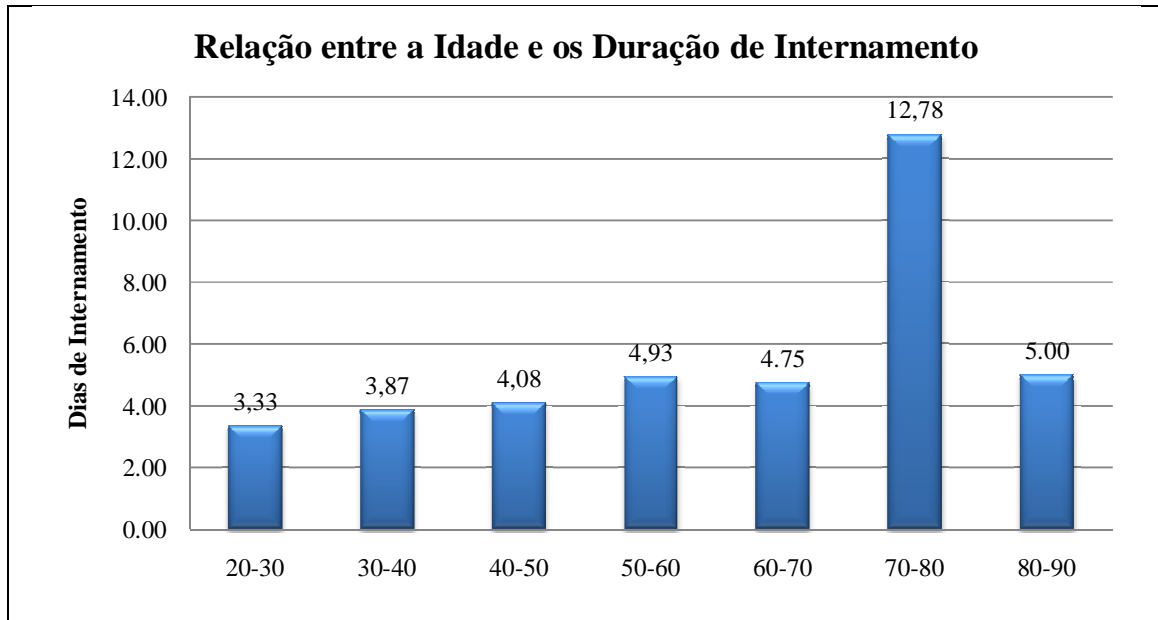
| | Moda | Média | Desvio Padrão | Mediana | Mínimo | Máximo | Variância |
|-----------------------------|-------------|--------------|----------------------|----------------|---------------|---------------|------------------|
| Dias de Internamento | 4 | 4,92 | 3,74 | 4 | 2 | 25 | 13,99 |

Depois de examinar a informação obtida sobre a duração do internamento, foi possível afirmar que, em regra, os doentes ficam hospitalizados 4 dias (40%).

Contudo, também se verifica permanências no serviço que oscilam entre os 2 e os 25 dias, isto é, 11% dos doentes estiveram hospitalizados 5 dias, enquanto 9% permaneceram 2 dias internados. Relativamente, aos restantes, pode-se averiguar que resultam de uma minoria: 7% para 8 dias de internamento, 3% para 6 dias de hospitalização e 1% para estadias entre 9 a 25 dias.

De acordo com o seguinte gráfico, será analisado o binómio idade e duração de internamento dos doentes submetidos à cirurgia da tiróide.

Gráfico 6 – Distribuição da População segundo a Idade e os Dias de Internamento



Esta investigação permite-nos observar a relação entre a idade do doente e o tempo que permaneceu no hospital.

Assim, pode-se concluir que os idosos entre os 70 e os 80 anos são os que mais permanecem no hospital (12,78 dias), seguindo-se os doentes incluídos no escalão 80-90 anos com uma média de 5 dias de hospitalização.

Imediatamente abaixo deste valor surge o escalão 50-60 anos com 4,93 dias, o 60-70 com 4,75 e, por fim, 40-50 com 4,08. Com uma média inferior à moda destaca-se a faixa etária entre 30-40 com 3,87 e no escalão mais jovem – dos 20 aos 30 anos – 3,33 dias.

A segunda fase da recolha de dados centrou-se nos cuidados de Enfermagem realizados aos 77 doentes internados. Para tal, analisou-se os registos efectuados com o objectivo de procurar quais os fenómenos de Enfermagem identificados e respectivas intervenções de Enfermagem realizadas. Os gráficos e tabelas seguintes mostram o resultado dessa análise.

Dos vários fenómenos de Enfermagem registados nos processos clínicos dos doentes apenas se destaca os 10 fenómenos mais identificados e seus diagnósticos de Enfermagem associados. Contudo, os fenómenos de Enfermagem identificados pelos Enfermeiros encontram-se todos descritos na íntegra no Anexo I.

Quadro 4 – Distribuição da População de acordo com os Fenómenos de Enfermagem identificados pelos Enfermeiros

| Fenómenos | Fa | Fr | % Fr |
|--------------------------------|-----------|-----------|-------------|
| Conhecimento | 74 | 0,96 | 96% |
| Ferida Cirúrgica | 73 | 0,95 | 95% |
| Dor | 70 | 0,91 | 91% |
| Auto Cuidado: Higiene | 68 | 0,88 | 88% |
| Levantar-se | 66 | 0,86 | 86% |
| Auto Cuidado: Uso do Sanitário | 65 | 0,84 | 84% |
| Hematoma | 57 | 0,74 | 74% |
| Sensação | 55 | 0,71 | 71% |
| Retenção Urinária | 47 | 0,61 | 61% |
| Eliminação Intestinal | 27 | 0,35 | 35% |

Os diagnósticos de Enfermagem construídos a partir dos fenómenos identificados anteriormente estão descritos no quadro seguinte.

Quadro 5 – Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem identificados de acordo com os Fenómenos de Enfermagem

| Fenómeno de Enfermagem | Diagnóstico de Enfermagem |
|-----------------------------------|--|
| Conhecimento | <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre pré-operatório não demonstrado; • Conhecimento sobre pré-operatório demonstrado; • Conhecimento sobre pós-operatório não demonstrado; • Conhecimento sobre pós-operatório demonstrado. |
| Ferida Cirúrgica | <ul style="list-style-type: none"> • Ferida cirúrgica presente na zona central do pescoço; • Ferida cirúrgica presente na parte inferior do pescoço; • Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica não demonstrado; • Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica demonstrado. |
| Dor | <ul style="list-style-type: none"> • Risco de dor; • Dor, em grau reduzido, no pescoço; • Dor, em grau moderado, no pescoço. |
| Auto Cuidado: Higiene | <ul style="list-style-type: none"> • Dependência no autocuidado: higiene, em grau reduzido; • Dependência no autocuidado: higiene, em grau moderado; • Dependência no autocuidado: higiene, em grau elevado; • Autocuidado: higiene não interrompido; • Autocuidado: higiene interrompido. |
| Levantar-se | <ul style="list-style-type: none"> • Dependência no levantar-se; • Levantar-se interrompido. |
| Auto Cuidado: Uso do Sanitário | <ul style="list-style-type: none"> • Dependência no autocuidado: uso do sanitário, em grau reduzido; • Dependência no autocuidado: uso do sanitário, em grau moderado; • Dependência no autocuidado: uso do sanitário, em grau elevado; • Autocuidado: uso do sanitário não interrompido; • Autocuidado: uso do sanitário interrompido. |

| | |
|-----------------------|--|
| Hematoma | <ul style="list-style-type: none"> • Risco de hematoma no pescoço; • Hematoma cervical presente. |
| Sensação | <ul style="list-style-type: none"> • Risco de alteração da sensação táctil. |
| Retenção Urinária | <ul style="list-style-type: none"> • Baixo risco de retenção urinária; • Conhecimento sobre sinais de retenção urinária demonstrado. |
| Eliminação Intestinal | <ul style="list-style-type: none"> • Risco de alteração da eliminação intestinal; • Eliminação intestinal comprometida. |

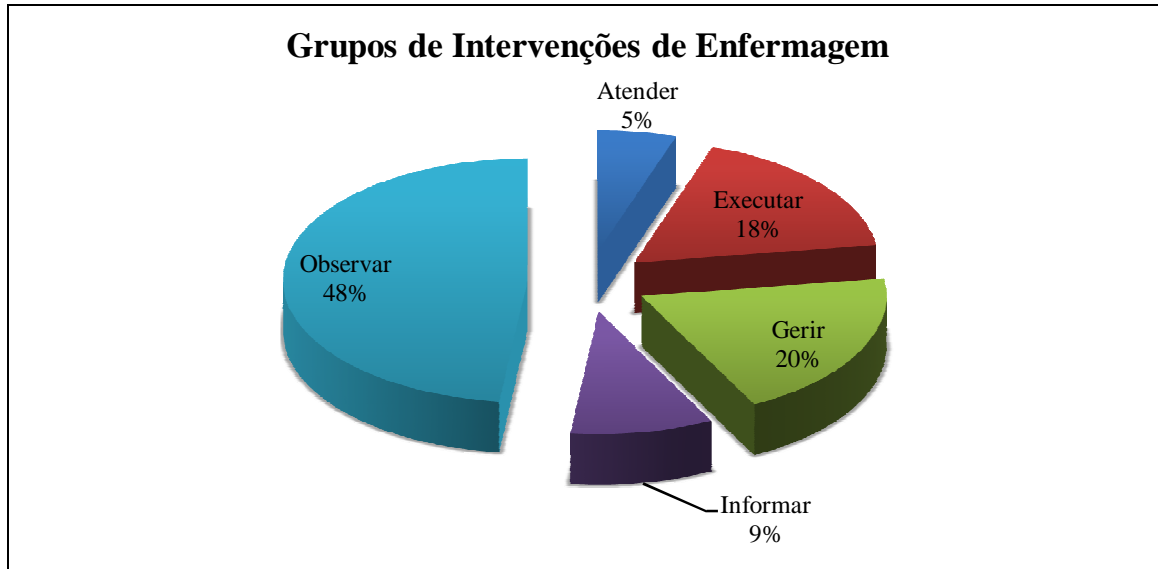
Pode-se constatar que o fenómeno de Enfermagem que apresentou maior frequência absoluta (Fa=74) foi o conhecimento, tendo sido registado em 96% dos doentes.

A 95% da população corresponde o fenómeno: ferida cirúrgica e a 91% a dor. Em 88% dos doentes foi diagnosticado o autocuidado: higiene; a 86% e a 84% foi registado o fenómeno levantar-se e autocuidado: uso do sanitário, respectivamente. O hematoma foi identificado, como problema, em 74% dos indivíduos, enquanto o fenómeno sensação ocorreu em 71% dos indivíduos.

Com uma ponderação de 61% está a retenção urinária. Por último, ocorre a necessidade de realizar intervenções de Enfermagem na área da eliminação intestinal em 35% da população.

No que se refere às intervenções realizadas para dar resposta às necessidades de cuidados identificados através dos fenómenos, as intervenções serão agrupadas segundo a classificação de acções de Enfermagem descrita na CIPE: *observar, gerir, executar, atender e informar*.

Gráfico 7 – Distribuição da População de acordo com os Grupos de Intervenções de Enfermagem



Quadro 6 – Distribuição Nominal dos Grupos de Intervenções de Enfermagem

| Intervenções | Fa | Fr | % Fr |
|--------------|-------------|-------------|-------------|
| Observar | 1520 | 0,48 | 48% |
| Gerir | 621 | 0,20 | 20% |
| Executar | 553 | 0,18 | 18% |
| Informar | 298 | 0,09 | 9% |
| Atender | 164 | 0,05 | 5% |
| Total | 3156 | 1,00 | 100% |

As intervenções realizadas incluem as do grupo observar em 48% dos doentes; seguidamente, encontra-se as do gerir com 20% dos registos e do executar em 18% da nossa população. Para 9% dos doentes foram adoptados cuidados de Enfermagem sobre o informar, enquanto somente 5% dos doentes foram sujeitos a acções de Enfermagem compreendidas no grupo do atender.

Para facilitar a análise e visualização da diversidade de intervenções de Enfermagem realizadas, destaca-se as 10 mais comuns no âmbito do observar. Contudo, as intervenções de Enfermagem realizadas encontram-se descritas na íntegra no Anexo II.

Quadro 7 – Distribuição Nominal das Intervenções de Enfermagem, no âmbito do Observar

| Intervenções no âmbito do Observar | Fa | Fr | % Fr |
|---|-----------|-----------|-------------|
| Monitorizar frequência cardíaca | 77 | 1,00 | 100% |
| Monitorizar temperatura corporal | 77 | 1,00 | 100% |
| Monitorizar tensão arterial | 77 | 1,00 | 100% |
| Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter | 74 | 0,96 | 96% |
| Vigiar dor | 73 | 0,95 | 95% |
| Vigiar penso da ferida | 73 | 0,95 | 95% |
| Monitorizar a dor através de escala de dor | 72 | 0,94 | 94% |
| Vigiar ferida cirúrgica | 61 | 0,79 | 79% |
| Vigiar hematoma | 61 | 0,79 | 79% |
| Monitorizar sedação | 59 | 0,77 | 77% |

Os dados obtidos convergem para o facto de a todos os doentes terem sido registadas intervenções de avaliação de sinais vitais, mais especificamente: monitorizar frequência cardíaca, monitorizar temperatura corporal e monitorizar tensão arterial com a mesma frequência absoluta (Fa=77). Logo de seguida surge vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter (Fa=74) em 96% dos doentes, e vigiar dor e vigiar penso da ferida (Fa=73) em 95% dos doentes.

As acções de Enfermagem menos frequentes foram monitorizar a dor através de escala de dor (Fa=72), vigiar ferida cirúrgica (Fa=61), vigiar hematoma (Fa=61) e monitorizar sedação (Fa=59).

No quadro seguinte realça-se os 10 cuidados de Enfermagem mais comuns no âmbito do gerir.

Quadro 8 – Distribuição Nominal das Intervenções de Enfermagem no âmbito do Gerir

| Intervenções no âmbito do Gerir | Fa | Fr | % Fr |
|--|-----------|-----------|-------------|
| Optimizar catéter venoso periférico | 74 | 0,96 | 96% |
| Gerir a analgesia | 60 | 0,78 | 78% |
| Providenciar arrastadeira / urinol | 57 | 0,74 | 74% |
| Interromper ingestão de alimentos | 45 | 0,58 | 58% |
| Incentivar auto cuidado: higiene | 44 | 0,57 | 57% |
| Organizar ida do doente para o bloco | 40 | 0,52 | 52% |
| Optimizar o dreno | 38 | 0,49 | 49% |
| Gerir higiene no pré-operatório | 34 | 0,44 | 44% |
| Optimizar o ambiente físico | 25 | 0,32 | 32% |
| Planear a dieta | 19 | 0,25 | 25% |

Verifica-se que o mais frequentemente registado foi optimizar catéter venoso periférico (Fa=74). Sucessivamente aparece gerir a analgesia (Fa=60), providenciar arrastadeira/urinol (Fa=57) e interromper ingestão de alimentos (Fa=45).

Prosseguindo com a análise, encontra-se incentivar autocuidado: higiene (Fa=44), organizar ida do doente para o bloco (Fa=40) e optimizar dreno (Fa=38). O gerir higiene no pré-operatório (Fa=34), optimizar o ambiente físico (Fa=25) e planear a dieta (Fa=19) são as intervenções menos realizadas no âmbito do gerir.

No quadro seguinte apresenta-se as 10 acções de Enfermagem mais comuns no âmbito do executar.

Quadro 9 – Distribuição Nominal das Intervenções de Enfermagem no âmbito do Executar

| Intervenções no âmbito do Executar | Fa | Fr | % Fr |
|---|-----------|-----------|-------------|
| Executar tratamento ao local de inserção do catéter | 73 | 0,95 | 95% |
| Executar tratamento à ferida cirúrgica | 61 | 0,79 | 79% |
| Inserir catéter venoso periférico | 60 | 0,78 | 78% |
| Executar técnica de 1º levante | 58 | 0,75 | 75% |
| Executar tratamento ao local de inserção do dreno | 32 | 0,42 | 42% |
| Remover catéter venoso periférico | 25 | 0,32 | 32% |
| Trocar catéter venoso periférico | 22 | 0,29 | 29% |
| Elevar a cabeceira da cama | 13 | 0,17 | 17% |
| Remover dreno | 12 | 0,16 | 16% |
| Aplicar meias elásticas | 11 | 0,14 | 14% |

A primeira intervenção de Enfermagem exibida, nesta área, é executar tratamento ao local de inserção do catéter (Fa=73). Posteriormente surgem executar tratamento á ferida cirúrgica (Fa=61) e inserir catéter venoso periférico (Fa=60).

No meio desta descrição desvenda-se o executar técnica de 1º levante (Fa=58), executar tratamento ao local de inserção do dreno (Fa=32) e remover catéter venoso periférico (Fa=25). Com menos importância está o trocar catéter venoso periférico (Fa=22), elevar a cabeceira da cama (Fa=13), remover dreno (Fa=12) e aplicar meias elásticas (Fa=11).

Seguidamente expõe-se as 10 intervenções de Enfermagem mais comuns no âmbito do informar.

Quadro 10 – Distribuição Nominal das Intervenções de Enfermagem no âmbito do Informar

| Intervenções no âmbito do Informar | Fa | Fr | % Fr |
|--|-----------|-----------|-------------|
| Ensinar a pessoa sobre o pós-operatório | 75 | 0,97 | 97% |
| Ensinar a pessoa sobre o pré-operatório | 71 | 0,92 | 92% |
| Informar sobre escala de avaliação de dor, no pré-operatório | 54 | 0,70 | 70% |
| Ensinar sobre complicações da ferida cirúrgica | 34 | 0,44 | 44% |
| Ensinar sobre sinais de retenção urinária | 12 | 0,16 | 16% |
| Educar sobre hábitos alimentares | 2 | 0,03 | 3% |
| Ensinar a pessoa sobre o exame a realizar | 2 | 0,03 | 3% |
| Ensinar sobre auto vigilância | 2 | 0,03 | 3% |
| Ensinar sobre complicações do excesso de peso | 2 | 0,03 | 3% |
| Ensinar a pessoa a posicionar-se | 1 | 0,01 | 1% |

As 3 primeiras acções desta relação são: ensinar a pessoa sobre o pós-operatório (Fa=75), ensinar a pessoa sobre o pré-operatório (Fa=71) e informar sobre escala de avaliação de dor, no pré-operatório (Fa=54).

Os valores deduzidos para ensinar sobre complicações da ferida cirúrgica e para ensinar sobre sinais de retenção urinária são Fa=34 e Fa=12, respectivamente.

Finalizando a pesquisa obteve-se com uma frequência absoluta de 2: educar sobre hábitos alimentares, ensinar a pessoa sobre o exame a realizar, ensinar sobre auto-vigilância e ensinar sobre complicações do excesso de peso. Com um único registo encontra-se o ensinar a pessoa a posicionar-se.

Este quadro irá anunciar os 10 cuidados de Enfermagem mais comuns no âmbito do atender.

Quadro 11 – Distribuição Nominal das Intervenções de Enfermagem no âmbito do Atender

| Intervenções no âmbito do Atender | Fa | Fr | % Fr |
|---|-----------|-----------|-------------|
| Assistir no auto cuidado: higiene | 55 | 0,71 | 71% |
| Assistir no auto cuidado: uso do sanitário | 41 | 0,53 | 53% |
| Encorajar a comunicação expressiva de emoções | 8 | 0,10 | 10% |
| Facilitar suporte familiar | 5 | 0,06 | 6% |
| Encorajar auto controlo: ansiedade | 4 | 0,05 | 5% |
| Assistir a pessoa a alimentar-se | 3 | 0,04 | 4% |
| Assistir a pessoa na transferência | 3 | 0,04 | 4% |
| Assistir a pessoa no posicionamento | 3 | 0,04 | 4% |
| Assistir no auto cuidado: vestuário | 3 | 0,04 | 4% |
| Encorajar o envolvimento da família | 2 | 0,03 | 3% |

As duas acções de Enfermagem mais predominantes nesta área são: assistir no autocuidado: higiene (Fa=55) e assistir no autocuidado: uso do sanitário (Fa=41).

Posteriormente, encontram-se encorajar a comunicação expressiva de emoções (Fa=8) e facilitar suporte familiar (Fa=5). As restantes intervenções apresentam Fa=4 (encorajar auto controlo: ansiedade), Fa=3 (assistir a pessoa a alimentar-se, assistir a pessoa na transferência, assistir a pessoa no posicionamento e assistir no autocuidado: vestuário) e Fa=2 (encorajar o envolvimento da família).

IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Uma das grandes inquietações como aluna de Enfermagem é perceber até que ponto existe adequação entre o que é referenciado, em termos teóricos, pelos diferentes autores, sobre uma determinada área de saúde e a sua aplicação prática no cuidado diário ao doente.

Para dar resposta a esta inquietação foi delineado um estudo que permitiu identificar, no contexto da prática diária de cuidados, quais as necessidades de cuidados identificados pelos Enfermeiros e quais as intervenções de Enfermagem relativamente ao doente submetido à cirurgia da tiróide.

A forma encontrada para recolher dados sobre as necessidades de cuidados e respectivas intervenções foi a análise aos registos efectuados pelos Enfermeiros. Assim, foram analisados os registos de 77 doentes que, durante o ano de 2008, foram submetidos à cirurgia da tiróide. Os dados recolhidos foram extraídos do sistema de informação SAPE, onde se consultou todos os fenómenos e intervenções de Enfermagem documentados pelos Enfermeiros.

Através da análise dos dados sócio-demográficos da população em estudo, constata-se que é composta maioritariamente por mulheres e que a média de idades é 53 anos. De acordo com Toft (1999) e Rosa Santos (2006), é possível verificar que, independentemente da patologia, são as mulheres que mais realizam tiroidectomia. Rosa Santos (2006) afirma que a probabilidade do aparecimento de Nódulo da Tiróide aumenta com a idade e é quatro vezes mais frequente nas mulheres. Toft (1999) refere que os problemas ao nível da tiróide, nomeadamente Hipertiroidismo, desenvolvem-se numa faixa etária entre os 40 e 50 anos enquanto outras patologias, tais como o Tumor Folicular da Tiróide, surgem em idades superiores a 37 anos.

Como é possível verificar, a duração do internamento foi variável – nalguns casos surgiram complicações –, sendo mais usual a permanência por 4 dias no hospital.

É de realçar que a hospitalização aumenta com o avançar da idade, o que é facilmente entendível dado o aumento das co-morbilidades associadas ao avançar da idade.

Relativamente aos cuidados de Enfermagem a realizar a um doente submetido a cirurgia da tiróide, os vários autores consultados valorizam diversos aspectos do cuidar.

Na construção da matriz teórica foram consultados vários autores que, de uma forma quase consensual, identificam os seguintes cuidados de Enfermagem, como importantes num doente submetido à cirurgia da tiróide.

Romeo, Zupan e Marek (2003) referem que é importante:

- Controlar e comunicar sinais de complicações, nomeadamente, a lesão do nervo laríngeo; hemorragia ou edema dos tecidos; deficiência em cálcio e crises de dificuldade respiratória.
- Proporcionar conforto, especificamente, evitar tensão nos pontos da incisão operatória; encorajar o doente a apoiar a cabeça quando a pretender virar e administrar os analgésicos prescritos, se necessário.
- Manter o estado nutricional, iniciando logo que possível dieta e estimular uma dieta rica em hidratos de carbono e proteínas.
- Explicar ao doente os exercícios de mobilização para o pescoço quando a ferida estiver cicatrizada, a necessidade da terapêutica de substituição da hormona tiroideia, para toda a vida, após uma tiroidectomia total e a necessidade de cuidados de vigilância.

Santos (2005, p. 26) defende que existem alguns cuidados básicos a realizar, dos quais destaca:

- Observar o nível de consciência do doente;
- Tranquilizar o doente quanto à cirurgia realizada;
- Estar atento aos drenos, sondas, tratamento de feridas cirúrgicas e infusão venosa;
- Observar e assistir o doente nas suas necessidades básicas afectadas.

Para Ferreira (*cit. in* Utiyama *et al.*, 2007), os cuidados pós-operatórios a ter com doente passam pela suspensão do jejum, introdução precoce da dieta, administração de analgesia para diminuir desconforto e dor do doente, mobilização precoce e vigilância de drenos e catéteres, cumprindo as normas de assepsia.

Em resumo pode-se constatar que os autores consideram importante a satisfação das necessidades humanas básicas, os cuidados à ferida, o alívio da dor e do desconforto, o cuidado com drenos e cateteres, a manutenção do estado nutricional, a vigilância de complicações e os ensinamentos.

Ao analisar os cuidados de Enfermagem realizados pelos Enfermeiros aos doentes submetidos à cirurgia da tiróide, verificou-se que, de uma forma geral, existe adequação no que diz respeito às intervenções preconizadas pelos diferentes autores consultados e àquelas que foram, efectivamente, realizadas na prática pelos Enfermeiros.

Na documentação dos cuidados realizados pelos Enfermeiros do serviço de cirurgia aparecem, com frequência, intervenções associadas a fenómenos/diagnósticos de Enfermagem nas áreas do autocuidado, na vigilância de complicações, no conforto, na dor, na ferida cirúrgica e ensinamentos, bem como, intervenções interdependentes associadas a catéteres e drenos.

Relativamente às necessidades de cuidados respeitantes à área do autocuidado, constata-se que na grande maioria dos doentes foram identificados fenómenos de autocuidado: higiene, levantar-se e uso de sanitário. As intervenções de Enfermagem documentadas evidenciam o auxílio e o incentivo a estes autocuidados, sendo as principais: assistir no autocuidado higiene, executar técnica de primeiro levante e providenciar aparadeira/urinol.

Os cuidados acerca da dor e conforto foram associados ao fenómeno de dor ao qual se articulam as intervenções de Enfermagem: gerir analgesia, informar sobre escala de avaliação de dor no pré-operatório e vigiar dor. Estas intervenções demonstram a gestão, o ensino e a vigilância a respeito deste fenómeno.

Em relação aos cuidados à ferida verifica-se que o fenómeno identificado foi ferida cirúrgica. As acções de Enfermagem registadas comprovam o ensino, a vigilância e a execução destes cuidados. As principais acções registadas foram: executar tratamento à ferida cirúrgica, vigiar ferida cirúrgica e vigiar penso da ferida.

Outra circunstância detectada prende-se com o facto de os Enfermeiros não terem registado a toda a população a intervenção de executar tratamento à ferida cirúrgica e ao dreno. Tal acontecimento pode ser devido a alguns doentes terem permanecido menos de 4 dias no hospital, não tendo por isso, necessitado de tratamento à mesma. Porém, não se exclui a hipótese de ter havido um erro informático por parte dos Enfermeiros.

Uma área onde parece que a documentação de cuidados é menos adequada é a área do controlo de complicações, já que nas intervenções de Enfermagem realizadas não são evidenciadas as vigilâncias específicas relativas à lesão do nervo laríngeo, às deficiências em cálcio e às crises de dificuldade respiratória.

Assim, as intervenções acerca da vigilância de complicações prendem-se no âmbito do observar pelo que as mais registadas foram: monitorizar sinais vitais, vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter e vigiar ferida cirúrgica. Tais cuidados evidenciam a prevenção de complicações, porém não especificam a vigilância da lesão do nervo laríngeo e deficiências de cálcio.

Relativamente às necessidades a respeito dos ensinamentos, constata-se que foi identificado o fenómeno de conhecimento. As intervenções de Enfermagem documentadas evidenciam o informar e os ensinamentos relativamente a este cuidado. As principais intervenções documentadas são: ensinar a pessoa sobre o pré e o pós-operatório e informar sobre a escala de avaliação de dor, no pré-operatório.

Quanto aos cuidados ao dreno afere-se que as acções de Enfermagem registadas comprovam a execução e a optimização destes cuidados. As principais acções registadas foram: executar tratamento ao local de inserção do dreno, optimizar e remover dreno. Contudo, é de notar que os cuidados ao dreno se encontram associados a atitudes terapêuticas.

Os cuidados acerca dos catéteres encontram-se articulados a atitudes terapêuticas, pelo que as intervenções de Enfermagem registadas comprovam a vigilância, a execução e a optimização dos mesmos. Assim, é de assinalar que as principais acções registadas foram: vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter, executar tratamento ao local de inserção do catéter e optimizar catéter venoso periférico.

A salientar as intervenções de Enfermagem mais documentadas pelos Enfermeiros no SAPE foram no âmbito do observar (quase 50%), o que denota uma preocupação evidente com a vigilância de complicações e avaliação sistemática da situação do doente. As intervenções no âmbito do gerir e executar representam pouco mais que um terço de todas as intervenções, o que evidencia a componente técnica dos cuidados de Enfermagem e a preocupação com a optimização do ambiente, equipamentos, ou seja, de todas as condições do doente. Importa, também, realçar o grande número de intervenções no âmbito do ensinar o que demonstra a importância dada por estes Enfermeiros à educação do doente.

Após a discussão de todos os dados recolhidos salienta-se o elevado número de alterações com que se deparam os doentes submetidos à cirurgia da tiróide e, que neste estudo, foram demonstradas e delimitadas.

Deve também ser realçado as intervenções de Enfermagem identificadas para cada grupo dos cuidados de Enfermagem que são prestados durante o internamento de doentes submetidos à cirurgia da tiróide e que são efectuados com o objectivo de dar resposta às necessidades próprias de cada indivíduo.

V – CONCLUSÃO

Este estudo foi iniciado através de uma evidência empírica sustentada pela vivência de contacto com doentes submetidos à cirurgia da tiróide – num ensino clínico – e, pelo interesse em contribuir para uma visão mais alargada do tema.

No fim desta investigação, sucedem-se algumas considerações finais, em relação à concretização dos objectivos, conclusões e resultados do estudo, metodologia, dificuldades e limitações na sua realização, sugestões, implicações para a Enfermagem e o que este pode vir a representar para futuras investigações.

A elaboração deste estudo de investigação teve por base a identificação dos fenómenos e intervenções de Enfermagem realizadas pelos Enfermeiros aos doentes submetidos à cirurgia da tiróide, no serviço de Cirurgia I da ULSM, durante o ano de 2008.

Os objectivos propostos foram: identificar as intervenções de Enfermagem realizadas pelos Enfermeiros aos doentes submetidos à cirurgia da tiróide e identificar os fenómenos de Enfermagem realizadas pelos Enfermeiros aos doentes submetidos à cirurgia da tiróide.

A população do estudo foi constituída por 77 doentes submetidos à cirurgia da tiróide.

Da análise documental efectuada aos cuidados de Enfermagem e fenómenos de Enfermagem registados no SAPE podemos constatar:

- A cirurgia da tiróide incide principalmente no sexo feminino.
- A idade de realização da cirurgia é, habitualmente, próximo dos 50 anos.
- Os diagnósticos médicos mais frequentes dos doentes submetidos à cirurgia da tiróide foram Carcinoma Papilar e Bócio Multinodular.
- Quanto à duração do internamento, em regra, os doentes ficaram hospitalizados 4 dias.
- As necessidades de cuidados de Enfermagem centraram-se principalmente nos fenómenos relacionados com o conhecimento, ferida cirúrgica, autocuidado: higiene, levantar-se, autocuidado: uso do sanitário, hematoma, sensação, retenção urinária e eliminação intestinal.
- As principais intervenções realizadas pelos Enfermeiros para dar resposta às necessidades de cuidados referidas anteriormente subdividem-se em 5 grupos: no âmbito do observar, gerir, executar, informar e atender.
- As intervenções de Enfermagem mais identificadas, no âmbito do observar, foram ao nível da monitorização dos sinais vitais; no âmbito do gerir encontrou-se a optimização do catéter venoso periférico; no grupo executar, a execução de tratamento ao local de inserção do catéter; no grupo do informar foram os ensinamentos à pessoa sobre o pós-operatório e por último, no âmbito do atender, encontrou-se a assistência no autocuidado: higiene.

Considerou-se que a metodologia utilizada foi a mais adequada, tendo em conta os objectivos propostos alcançar.

Finalmente, é importante referir as dificuldades sentidas aquando da elaboração deste estudo de investigação devido, nomeadamente, à escassez de tempo e à inexperiência no campo da investigação científica, bem como ao próprio tema em estudo. A dificuldade sentida na procura de bibliografia que sustentasse o estudo, assim como, a discussão dos resultados foi um obstáculo significativo na sua realização. Contudo, é de reconhecer que, apesar de ser o primeiro trabalho de investigação, ainda existem muitas arestas a limar.

Apesar da complexidade do tema abordado, ao concluir este estudo, considerou-se ter alcançado de forma positiva os objectivos propostos, bem como, contribuído para a investigação em Enfermagem.

Pode-se concluir que o aprofundar de conhecimentos permitiu um crescimento interior, a preparação no domínio da investigação e também a consciencialização sobre as alterações a nível endócrino.

Em função dos resultados obtidos, deixam-se algumas sugestões para futuros trabalhos de investigação, tais como: identificar quais os cuidados de Enfermagem que os Enfermeiros, de um serviço de cirurgia, consideram mais importantes na cirurgia da tiróide. Tal iria permitir a comparação dos dados obtidos nos dois estudos e a sua relação. Outra investigação pertinente seria realizar o presente estudo noutra instituição de saúde que não tivesse registos informatizados e comparar os resultados.

Todas estas sugestões têm como fim analisar a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, de modo a melhorá-los e a permitir maior adesão no tratamento, assim como, prevenção de futuras complicações.

Assim, conclui-se que um estudo desta natureza nunca se dá como terminado, podendo sempre apresentar uma nova abordagem que lhe dará continuidade.

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, F. (2002). *Organizações, Pessoas e Novas Tecnologias*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Arone, E.; Philippi, M. (2005). *Enfermagem Médico-cirúrgica Aplicada ao Sistema Endócrino*. 2ª Edição. São Paulo, Senac.
- Bolander, V. (1998). *Sorensen e Luckmann Enfermagem Fundamental – abordagem psicofisiológica*. 1ª Edição. Lisboa, Lusodidacta.
- Braunwald, E. *et al.* (2003). *Harrison Manual de Medicina*. 15ª Edição. Lisboa, McGraw-Hill.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Versão Beta*. Lisboa, Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 1ª Edição. Loures, Lusociência.
- Leal, M. T. (2006). *A CIPE e a Visibilidade de Enfermagem: Mitos e Realidades*. Loures, Lusociência.
- López, M., e Cruz, M. (1998). *Guias Práticos de Enfermagem: Centro Cirúrgico*. Rio de Janeiro, Editora McGraw-Hill.
- Marek, J. F.; Boehnlein, M. J. (2003). *In: Phipps, W. et al.. Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. Loures, Lusociência; p. 525-539.
- Martins, A. R. *et al.* (2003). A CIPE no Sistema de Informação e Comunicação de Enfermagem em Obstetrícia. *Revista Informar*, nº 30, Janeiro/Agosto, pp. 43-45.

- Pereira, C. A.; Henriques, J. (2006). *Cirurgia – Patologia e Clínica*. 2ª Edição. Madrid, McGraw-Hill Interamericana de Espanha.
- Perlemuter *et al.* (2001). *Anatomia e Fisiologia – para os Cuidados de Enfermagem*. 2ª Edição. Loures, Lusociência.
- Petronilho, F. (2003). S.I.E. – Reformulação/Implementação. *Revista Sinais Vitais*, nº 48, Maio, pp. 19-22.
- Phipps, W. *et al.* (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Edição. Loures, Lusociência.
- Pitrez, F.; Pioner, S. (2003). *Pré e Pós-operatório em Cirurgia Geral e Especializada*. Porto Alegre, Editora Artmed.
- Possari, J. (2004). *Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão*. 1ª Edição. São Paulo, Iátria.
- Ramalhão, M. (1996). Os Registos de Enfermagem na prática de Enfermagem. *Revista Divulgação*, nº 38, Abril, pp. 31-39.
- Romeo, J. H.; Zupan, K.; Marek, J. F. (2003). *In: Phipps, W. et al.. Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. Loures, Lusociência; p. 1219-1244.
- Rosa Santos, J. (2006). *In: Pereira, C. A.; Henriques, J.. Cirurgia – Patologia e Clínica*. Madrid, McGraw-Hill Interamericana de Espanha; p. 277-306.
- Santos, N. (2005). *Centro Cirúrgico e os Cuidados de Enfermagem*. 2ª Edição. São Paulo, Editora Iátria.
- Schaffler, A. e Menche, N. (2004). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem: Manual para Enfermeiros e outros Profissionais de Saúde*. Loures, Lusociência.
- Schwartz, S. (1999). *Princípios de Cirurgia: Compêndio*. 7ª Edição. Rio de Janeiro, McGraw-Hill.

- Sérgio, J.; Coutinho, I.; Marques, S. (2004). *Fundamentos de Patologia: para Técnicos de Saúde*. 2ª Edição. Loures, Lusociência.
- Silva, M.; Rodrigues, A.; Cesaretti, I. (1997). *Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico*. 2ª Edição. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária.
- Soares, M.; Gerelli, A.; Amorim, A. (2004). *Cuidados de Enfermagem ao Indivíduo Hospitalizado: Um livro para técnicos de Enfermagem*. Porto Alegre, Editora Artmed.
- Sorrentino, S. (2001). *Fundamentos para o Auxiliar de Enfermagem*. Porto Alegre, Artmed.
- Sousa, P. A. F. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde – um modelo explicativo*. 1ª Edição. Coimbra, Edição FORMASAU.
- Toft, A. (1999). *Doenças da Tiróide*. Porto, Editora Civilização.
- Utiyama, E. *et al.* (2007). *Propedêutica Cirúrgica*. 2ª Edição. Barueri, Manole.

VII - ANEXOS

Anexo I

Fenómenos de Enfermagem

| Fenómenos de Enfermagem | Fa | Fr | %Fr |
|--------------------------------|-----------|-----------|------------|
| Afasia | 1 | 0,01 | 1% |
| Alimentar-se | 7 | 0,09 | 9% |
| Ansiedade | 7 | 0,09 | 9% |
| Auto Cuidado: higiene | 68 | 0,88 | 88% |
| Auto Cuidado: uso do sanitário | 65 | 0,84 | 84% |
| Auto Cuidado: vestuário | 2 | 0,03 | 3% |
| Auto-vigilância | 2 | 0,03 | 3% |
| Comunicação | 1 | 0,01 | 1% |
| Comunicação Expressiva | 2 | 0,03 | 3% |
| Comunicação Receptiva | 1 | 0,01 | 1% |
| Conhecimento | 74 | 0,96 | 96% |
| Deambular | 2 | 0,03 | 3% |
| Deglutição | 2 | 0,03 | 3% |
| Dispneia | 3 | 0,04 | 4% |
| Dor | 70 | 0,91 | 91% |
| Eczema | 1 | 0,01 | 1% |
| Edema | 7 | 0,09 | 9% |
| Eliminação Intestinal | 27 | 0,35 | 35% |
| Eliminação Urinária | 3 | 0,04 | 4% |
| Emaciação | 1 | 0,01 | 1% |
| Equilíbrio Corporal | 1 | 0,01 | 1% |
| Expectorar | 3 | 0,04 | 4% |
| Fadiga Muscular | 2 | 0,03 | 3% |
| Ferida | 1 | 0,01 | 1% |
| Ferida Cirúrgica | 73 | 0,95 | 95% |
| Ferida Traumática | 2 | 0,03 | 3% |
| Hematoma | 57 | 0,74 | 74% |
| Hemorragia | 1 | 0,01 | 1% |
| Hipertensão | 18 | 0,23 | 23% |
| Infecção | 1 | 0,01 | 1% |
| Ingestão de Alimentos | 1 | 0,01 | 1% |

| | | | |
|--------------------------------|----|------|-----|
| Insónia | 2 | 0,03 | 3% |
| Levantar-se | 66 | 0,86 | 86% |
| Limpeza das Vias Aéreas | 1 | 0,01 | 1% |
| Maceração | 1 | 0,01 | 1% |
| Metabolismo | 1 | 0,01 | 1% |
| Metabolismo Energético | 5 | 0,06 | 6% |
| Mobilidade | 2 | 0,03 | 3% |
| Náusea | 5 | 0,06 | 6% |
| Obesidade | 2 | 0,03 | 3% |
| Obstipação | 1 | 0,01 | 1% |
| Parésia | 1 | 0,01 | 1% |
| Pele | 1 | 0,01 | 1% |
| Perda Sanguínea | 5 | 0,06 | 6% |
| Posicionar-se | 6 | 0,08 | 8% |
| Prurido | 1 | 0,01 | 1% |
| Queda | 1 | 0,01 | 1% |
| Retenção Urinária | 47 | 0,61 | 61% |
| Sensação | 55 | 0,71 | 71% |
| Sonolência | 1 | 0,01 | 1% |
| Stress por Mudança de Ambiente | 3 | 0,04 | 4% |
| Suporte | 1 | 0,01 | 1% |
| Tecido Cicatricial | 2 | 0,03 | 3% |
| Tegumento | 2 | 0,03 | 3% |
| Tossir | 1 | 0,01 | 1% |
| Transferir-se | 5 | 0,06 | 6% |
| Tristeza | 1 | 0,01 | 1% |
| Úlcera de Pressão | 4 | 0,05 | 5% |
| Visão | 1 | 0,01 | 1% |
| Vómito | 7 | 0,09 | 9% |

Anexo II

Intervenções de Enfermagem

| Intervenções de Enfermagem | Fa | Fr | % Fr |
|---|-----------|-----------|-------------|
| Advogar o uso de equipamento adaptativo | 1 | 0,01 | 1% |
| Alimentar a pessoa | 1 | 0,01 | 1% |
| Aliviar zona de pressão através de almofada | 1 | 0,01 | 1% |
| Aplicar colchão anti-úlceras de pressão | 1 | 0,01 | 1% |
| Aplicar creme | 6 | 0,08 | 8% |
| Aplicar meias elásticas | 11 | 0,14 | 14% |
| Aspirar secreções da cavidade oral | 1 | 0,01 | 1% |
| Assistir a pessoa a alimentar-se | 3 | 0,04 | 4% |
| Assistir a pessoa a lavar a boca | 1 | 0,01 | 1% |
| Assistir a pessoa ao deambular | 1 | 0,01 | 1% |
| Assistir a pessoa na transferência | 3 | 0,04 | 4% |
| Assistir a pessoa no posicionamento | 3 | 0,04 | 4% |
| Assistir no auto cuidado: higiene | 55 | 0,71 | 71% |
| Assistir no auto cuidado: uso do sanitário | 41 | 0,53 | 53% |
| Assistir no auto cuidado: vestuário | 3 | 0,04 | 4% |
| Avaliar suporte social | 2 | 0,03 | 3% |
| Colaborar na colocação de dreno | 1 | 0,01 | 1% |
| Cortar as unhas | 1 | 0,01 | 1% |
| Dar banho na cadeira | 1 | 0,01 | 1% |
| Dar banho na cama | 2 | 0,03 | 3% |
| Dar banho na maca-banheira | 1 | 0,01 | 1% |
| Dar banho no chuveiro | 9 | 0,12 | 12% |
| Educar sobre hábitos alimentares | 2 | 0,03 | 3% |
| Elevar a cabeceira da cama | 13 | 0,17 | 17% |
| Elevar as pernas | 1 | 0,01 | 1% |
| Encorajar a comunicação expressiva de emoções | 8 | 0,10 | 10% |
| Encorajar auto controlo: ansiedade | 4 | 0,05 | 5% |
| Encorajar o envolvimento da família | 2 | 0,03 | 3% |
| Ensinar a pessoa a posicionar-se | 1 | 0,01 | 1% |

| | | | |
|---|----|------|-----|
| Ensinar a pessoa sobre o exame a realizar | 2 | 0,03 | 3% |
| Ensinar a pessoa sobre o pós-operatório | 75 | 0,97 | 97% |
| Ensinar a pessoa sobre o pré-operatório | 71 | 0,92 | 92% |
| Ensinar sobre a relação entre auto - vigilância e prevenção de complicações | 1 | 0,01 | 1% |
| Ensinar sobre auto vigilância | 2 | 0,03 | 3% |
| Ensinar sobre complicações da ferida cirúrgica | 34 | 0,44 | 44% |
| Ensinar sobre complicações do excesso de peso | 2 | 0,03 | 3% |
| Ensinar sobre prevenção da perda sanguínea | 1 | 0,01 | 1% |
| Ensinar sobre prevenção de complicações da perda sanguínea | 1 | 0,01 | 1% |
| Ensinar sobre regime medicamentoso | 1 | 0,01 | 1% |
| Ensinar sobre sinais de retenção urinária | 12 | 0,16 | 16% |
| Escutar o doente | 8 | 0,10 | 10% |
| Estimular a eliminação urinária | 8 | 0,10 | 10% |
| Executar cinesiterapia respiratória | 2 | 0,03 | 3% |
| Executar inaloterapia através de inalador | 1 | 0,01 | 1% |
| Executar técnica de 1º levante | 58 | 0,75 | 75% |
| Executar técnica de posicionamento | 1 | 0,01 | 1% |
| Executar tratamento à ferida | 1 | 0,01 | 1% |
| Executar tratamento à ferida cirúrgica | 61 | 0,79 | 79% |
| Executar tratamento à ferida traumática | 2 | 0,03 | 3% |
| Executar tratamento à úlcera de pressão | 1 | 0,01 | 1% |
| Executar tratamento ao local de inserção do catéter | 73 | 0,95 | 95% |
| Executar tratamento ao local de inserção do dreno | 32 | 0,42 | 42% |
| Facilitar a comunicação expressiva de emoções | 1 | 0,01 | 1% |
| Facilitar suporte familiar | 5 | 0,06 | 6% |
| Gerir a analgesia | 60 | 0,78 | 78% |
| Gerir a comunicação | 4 | 0,05 | 5% |
| Gerir higiene no pré-operatório | 34 | 0,44 | 44% |
| Gerir o ambiente físico | 5 | 0,06 | 6% |

| | | | |
|---|----|------|-----|
| Gerir oxigenoterapia | 5 | 0,06 | 6% |
| Incentivar a comunicação | 2 | 0,03 | 3% |
| Incentivar a deambulação | 1 | 0,01 | 1% |
| Incentivar a pessoa a alimentar-se | 3 | 0,04 | 4% |
| Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos | 2 | 0,03 | 3% |
| Incentivar a pessoa a posicionar-se | 3 | 0,04 | 4% |
| Incentivar a pessoa a transferir-se | 3 | 0,04 | 4% |
| Incentivar auto controlo: dor | 13 | 0,17 | 17% |
| Incentivar auto cuidado: higiene | 44 | 0,57 | 57% |
| Incentivar auto vigilância | 1 | 0,01 | 1% |
| Incentivar o auto cuidado: uso do sanitário | 18 | 0,23 | 23% |
| Incentivar o auto cuidado: vestuário | 2 | 0,03 | 3% |
| Incentivar repouso | 1 | 0,01 | 1% |
| Informar sobre escala de avaliação de dor, no pré-operatório | 54 | 0,70 | 70% |
| Iniciar transfusão sanguínea segundo procedimento | 1 | 0,01 | 1% |
| Inserir catéter venoso periférico | 60 | 0,78 | 78% |
| Instruir a técnica de tosse | 1 | 0,01 | 1% |
| Interromper ingestão de alimentos | 45 | 0,58 | 58% |
| Lavar a boca | 2 | 0,03 | 3% |
| Lavar o períneo | 1 | 0,01 | 1% |
| Manter grades da cama | 2 | 0,03 | 3% |
| Manter meias elásticas | 3 | 0,04 | 4% |
| Manter repouso | 1 | 0,01 | 1% |
| Manter repouso na cama | 1 | 0,01 | 1% |
| Massajar partes do corpo | 4 | 0,05 | 5% |
| Monitorizar a consciência através da escala de Comas de Glasgow | 1 | 0,01 | 1% |
| Monitorizar a dor através de escala de dor | 72 | 0,94 | 94% |
| Monitorizar a SatO2 | 9 | 0,12 | 12% |
| Monitorizar altura corporal | 14 | 0,18 | 18% |

| | | | |
|--|----|------|------|
| Monitorizar bloqueio motor (escala de Bromage) | 1 | 0,01 | 1% |
| Monitorizar eliminação de líquido através do dreno | 37 | 0,48 | 48% |
| Monitorizar entrada e saída de líquidos | 6 | 0,08 | 8% |
| Monitorizar frequência cardíaca | 78 | 1,01 | 101% |
| Monitorizar frequência respiratória | 3 | 0,04 | 4% |
| Monitorizar glicemia capilar | 8 | 0,10 | 10% |
| Monitorizar índice de massa corporal (IMC) | 2 | 0,03 | 3% |
| Monitorizar o débito urinário | 2 | 0,03 | 3% |
| Monitorizar peso corporal | 52 | 0,68 | 68% |
| Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de Norton" | 4 | 0,05 | 5% |
| Monitorizar sedação | 59 | 0,77 | 77% |
| Monitorizar temperatura corporal | 78 | 1,01 | 101% |
| Monitorizar tensão arterial | 78 | 1,01 | 101% |
| Optimizar a comunicação | 3 | 0,04 | 4% |
| Optimizar a fralda | 3 | 0,04 | 4% |
| Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento | 1 | 0,01 | 1% |
| Optimizar catéter arterial | 1 | 0,01 | 1% |
| Optimizar catéter urinário | 2 | 0,03 | 3% |
| Optimizar catéter venoso periférico | 74 | 0,96 | 96% |
| Optimizar dreno torácico | 1 | 0,01 | 1% |
| Optimizar o ambiente físico | 25 | 0,32 | 32% |
| Optimizar o dreno | 38 | 0,49 | 49% |
| Optimizar o posicionamento | 1 | 0,01 | 1% |
| Organizar ida do doente para o bloco | 40 | 0,52 | 52% |
| Organizar o ambiente físico | 1 | 0,01 | 1% |
| Planear a dieta | 19 | 0,25 | 25% |
| Planear repouso | 1 | 0,01 | 1% |
| Posicionar a pessoa | 1 | 0,01 | 1% |
| Posicionar parte do corpo com edema | 1 | 0,01 | 1% |

| | | | |
|--|----|------|-----|
| Promover a adaptação a novos estilos de vida | 2 | 0,03 | 3% |
| Providenciar arrastadeira / urinol | 57 | 0,74 | 74% |
| Providenciar equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene | 1 | 0,01 | 1% |
| Referir ansiedade ao médico | 1 | 0,01 | 1% |
| Referir queda ao médico | 1 | 0,01 | 1% |
| Remover catéter urinário / algália | 1 | 0,01 | 1% |
| Remover catéter venoso periférico | 25 | 0,32 | 32% |
| Remover dreno | 12 | 0,16 | 16% |
| Remover material de sutura | 3 | 0,04 | 4% |
| Remover pêlos | 7 | 0,09 | 9% |
| Requerer serviço social | 1 | 0,01 | 1% |
| Restringir o sono durante o dia | 2 | 0,03 | 3% |
| Supervisar a pessoa a alimentar-se | 2 | 0,03 | 3% |
| Supervisar a deambulação | 3 | 0,04 | 4% |
| Supervisar a dieta | 17 | 0,22 | 22% |
| Supervisar o auto cuidado: higiene | 31 | 0,40 | 40% |
| Supervisar o auto cuidado: uso do sanitário | 3 | 0,04 | 4% |
| Supervisar o posicionamento | 2 | 0,03 | 3% |
| Supervisar pessoa no equilíbrio corporal de pé | 1 | 0,01 | 1% |
| Transferir a pessoa | 1 | 0,01 | 1% |
| Transferir a pessoa para a cama | 1 | 0,01 | 1% |
| Trocar frasco de drenagem | 10 | 0,13 | 13% |
| Trocar catéter venoso periférico | 22 | 0,29 | 29% |
| Trocar dispositivos de inaloterapia | 1 | 0,01 | 1% |
| Trocar dispositivos de oxigenoterapia | 1 | 0,01 | 1% |
| Trocar dispositivos de perfusão | 8 | 0,10 | 10% |
| Vigiar a acção do doente | 1 | 0,01 | 1% |
| Vigiar a eliminação de líquido através do dreno | 40 | 0,52 | 52% |
| Vigiar a eliminação intestinal | 31 | 0,40 | 40% |

| | | | |
|---|----|------|-----|
| Vigiar a eliminação urinária | 59 | 0,77 | 77% |
| Vigiar a expectoração | 3 | 0,04 | 4% |
| Vigiar a mobilidade | 3 | 0,04 | 4% |
| Vigiar a pele | 5 | 0,06 | 6% |
| Vigiar a refeição | 3 | 0,04 | 4% |
| Vigiar a respiração | 5 | 0,06 | 6% |
| Vigiar a sensação tátil | 56 | 0,73 | 73% |
| Vigiar a (s) úlcera (s) de pressão | 1 | 0,01 | 1% |
| Vigiar consciência | 1 | 0,01 | 1% |
| Vigiar dor | 73 | 0,95 | 95% |
| Vigiar edema | 8 | 0,10 | 10% |
| Vigiar extensão do edema | 2 | 0,03 | 3% |
| Vigiar ferida | 1 | 0,01 | 1% |
| Vigiar ferida cirúrgica | 61 | 0,79 | 79% |
| Vigiar ferida traumática | 2 | 0,03 | 3% |
| Vigiar hematoma | 61 | 0,79 | 79% |
| Vigiar membrana mucosa | 1 | 0,01 | 1% |
| Vigiar movimento muscular | 1 | 0,01 | 1% |
| Vigiar náusea | 7 | 0,09 | 9% |
| Vigiar o sono | 2 | 0,03 | 3% |
| Vigiar penso da ferida | 73 | 0,95 | 95% |
| Vigiar penso do dreno | 32 | 0,42 | 42% |
| Vigiar perda sanguínea | 4 | 0,05 | 5% |
| Vigiar queda | 1 | 0,01 | 1% |
| Vigiar reflexo de deglutição | 2 | 0,03 | 3% |
| Vigiar reflexo de tosse | 2 | 0,03 | 3% |
| Vigiar ritmo cardíaco através de monitor cardíaco | 4 | 0,05 | 5% |
| Vigiar secreções da cavidade nasal | 1 | 0,01 | 1% |
| Vigiar secreções da cavidade oral | 1 | 0,01 | 1% |
| Vigiar sinais de hemorragia | 2 | 0,03 | 3% |

| | | | |
|---|----|------|-----|
| Vigiar sinais de hiperglicemia | 6 | 0,08 | 8% |
| Vigiar sinais de hipoglicemia | 6 | 0,08 | 8% |
| Vigiar sinais de infecção | 2 | 0,03 | 3% |
| Vigiar sinais de retenção urinária | 46 | 0,60 | 60% |
| Vigiar sinais de úlcera de pressão | 3 | 0,04 | 4% |
| Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter | 74 | 0,96 | 96% |
| Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do dreno | 27 | 0,35 | 35% |
| Vigiar sinais/sintomas de uma reacção transfusional aguda | 1 | 0,01 | 1% |
| Vigiar vômito | 7 | 0,09 | 9% |