



**SANTA MARIA  
HEALTH SCHOOL**  
Escola Superior Saúde Santa Maria



# **Antissepsia da pele: Desenvolver Competências Especializadas em Enfermagem Perioperatória à Pessoa submetida a Intervenção Cirúrgica**

Márcia Miriam Pedrosa dos Santos

Relatório de estágio no âmbito do 2.º Mestrado Médico-Cirúrgica, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, orientado pela Professora Doutora Cristina Pestana, coorientado pela Professora Doutora Beatriz Edra, e apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Outubro de 2025

Porto



“Resiliência é continuar numa constante transformação diante de todas as pressões presentes. É o sentido master da resignificação”

Nilton Pereira



## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, expresso o meu próprio reconhecimento e gratidão pela curiosidade incessante, pela perseverança em melhorar 1% todos os dias, pelo compromisso de enfrentar e superar desafios, bem como pela capacidade de resiliência demonstrada ao longo desta transição. A valorização destas qualidades tornou possível superar obstáculos, confirmando que o desenvolvimento pessoal e profissional é, de facto, a chave para a excelência.

Em segundo lugar, quero agradecer profundamente ao meu Diogo do Couto por ser lar, amor, paz e companheiro em todas as horas, proporcionando-me segurança, apoio e serenidade.

Em terceiro lugar, agradeço à minha família, em especial ao meu pai, mãe e irmão, que desde sempre foram exemplos de vida e estrutura dos meus alicerces, sustentando-me de amor, apoio, autonomia e educação, inspirando sempre a minha caminhada.

Em quarto lugar, agradeço às minhas Professoras Doutoradas e Enfermeiras tutoras pela orientação, dedicação, exemplo e inspiração. Foram elementos facilitadores para o meu empoderamento a nível académico e pessoal, impulsionando-me para trilhar este caminho desafiante e de superação, alinhado com a prática baseada na evidência, no cuidado e na segurança da pessoa em situação perioperatória.

Em quinto lugar, quero agradecer aos meus colegas de mestrado pela união e companheirismo, que proporcionaram um verdadeiro ambiente colaborativo e integrado, essencial para a qualidade e harmonia dos cuidados de Enfermagem.

Em sexto lugar, agradeço a todos os meus colegas Enfermeiros e equipas multidisciplinares que cruzam ou cruzaram este meu percurso, pelo profissionalismo e colaboração. Foram símbolo de resistência, persistência e insistência diária no cuidado à população do Norte, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

Em último lugar, na expectativa de não me esquecer de ninguém, caríssimo leitor, agradeço profundamente a sua atenção e o tempo de leitura dedicado a este relatório. A sua leitura confere significado a este trabalho, constitui um estímulo para a melhoria contínua, partilha de reflexões, conhecimentos e contributos académicos.

Grata por esta jornada!



## CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSA	<i>Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia</i>
AESOP	Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
AORN	<i>Association of periOperative Registered Nurses</i>
ASA	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
BO	Bloco Operatório
CA	Cirurgia de Ambulatório
CHG	Gluconato de Clorohexidina
CP	Cirurgia Plástica e Reconstructiva
DGS	Direção Geral da Saúde
DR	Diário da República
EC	Ensino Clínico
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
ECTS	<i>The European Council for Theological Education</i>
EE	Enfermeiro Especialista
EORNA	<i>European Operating Room Nurses Association</i>
ESSSM	Escola Superior de Saúde de Santa Maria
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation</i>
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ILC	Infeção do Local Cirúrgico
ISBAR	Identificação, Situação Atual/Causa, Antecedentes/Anamnese, Avaliação, Recomendações
MEMC	Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
SAMR	Rastreamento de <i>Staphylococcus aureus</i> metilina resistente
UCA	Unidade de Cirurgia de Ambulatório
WHO	<i>World Health Organization</i>



## RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, do ano letivo 2024/2025, surge o presente relatório de estágio sobre a “Antissepsia da pele: Desenvolver Competências Especializadas em Enfermagem Perioperatória à Pessoa submetida a Intervenção Cirurgia”.

Este terá como principal objetivo evidenciar as competências comuns, específicas e de mestre, no contexto dos ensinamentos clínicos, com o intuito de obter o título de Mestre e Enfermeira Especialista nesta área.

O percurso formativo que sustenta esta aprendizagem encontra-se estruturado no plano de estudos da Escola, em unidades curriculares de índole teórica, teórico-prática e clínica, o que favoreceu a integração progressiva do conhecimento na prática clínica especializada.

A problemática da infecção do local cirúrgico (ILC) assume uma das complicações pós-operatórias mais comuns, destacando-se pela repercussão negativa e significativa na recuperação da pessoa, com impacto direto na família, na sociedade e nos sistemas de saúde. Apesar de multifatorial e complexa, a prevenção de ILC pode alcançar uma redução de 60% através da implementação de estratégias baseadas na evidência, de forma padronizada em todo o período perioperatório. Dentro dos cuidados, a seleção do antisséptico é um tema controverso, onde os resultados da preparação da pele são influenciados pelo tempo de exposição e o número de aplicações. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista no perioperatório desempenha um papel central na prevenção de ILC pela capacidade de implementar intervenções diferenciadas, orientadas para a qualidade e segurança dos cuidados.

Conclui-se que esta formação se traduz na construção de competências que potenciam a qualidade da prática clínica multidisciplinar e contribui para a consolidação de práticas baseadas na evidência, promovendo a excelência, a segurança e a melhoria contínua da qualidade de vida das pessoas.

**Palavras-chave:** Infecção da ferida cirúrgica, Antissepsia, Pele, Enfermagem perioperatória.



## ABSTRACT

Within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Perioperative Nursing Care, at the Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria, in consortium with the Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, during the 2024/2025, this internship report was developed on the topic "Skin Antisepsis: Developing Specialized Competencies in Perioperative Nursing Care for the Surgical Patient."

Its main objective is to demonstrate the common, specific, and master's-level competencies achieved in the context of clinical training, with the purpose of obtaining the title of Master and Specialist Nurse in this area.

The educational pathway that supports this learning process is structured in the School's curriculum through theoretical, theoretical-practical, and clinical units, which facilitated the progressive integration of knowledge into specialized clinical practice.

Surgical site infection (SSI) is one of the most common postoperative complications, standing out for its significant negative repercussions on patient recovery, with a direct impact on family, society, and healthcare systems. Despite being multifactorial and complex, SSI prevention can achieve a reduction of up to 60% through the standardized implementation of evidence-based strategies throughout the perioperative period. Among the factors of care, the selection of the antiseptic remains controversial, as the outcomes of skin preparation may be influenced by both exposure time and the number of applications. In this context, the Specialist Nurse in perioperative care plays a central role in SSI prevention, given their ability to implement differentiated interventions focused on the quality and safety of care.

It is concluded that this advanced training translates into the development of competencies that enhance the quality of multidisciplinary clinical practice and contribute to the consolidation of evidence-based practices, thereby promoting excellence, safety, and the continuous improvement of patients quality of life.

**Keywords:** Surgical Wound Infection, Antisepsis, Skin, Perioperative Nursing.



## SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS .....	
ÍNDICE DE TABELAS/ QUADROS.....	
INTRODUÇÃO.....	16
<b>1. ANTISSEPZIA DA PELE: ESTADO DA ARTE.....</b>	<b>18</b>
1.1. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	18
1.2. INFEÇÃO DO LOCAL CIRURGICO.....	21
1.3. ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR A INFEÇÃO DO LOCAL CIRURGICO.....	28
1.4. ANTISSEPZIA DA PELE .....	32
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DOS ENSINOS CLÍNICOS.....</b>	<b>39</b>
<b>3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA.....</b>	<b>48</b>
3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL .....	48
3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE.....	51
3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS .....	56
3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	58
<b>4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA.....</b>	<b>60</b>
4.1. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E RESPETIVA FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA.....	60
4.2. MAXIMIZAR A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E DA EQUIPA PLURIDISCIPLINAR, CONGRUENTE COM A CONSCIÊNCIA CIRÚRGICA .....	72
<b>5. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM .....</b>	<b>76</b>

<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>98</b>
ANEXO 1 – SEMINÁRIO.....	
ANEXO 2- PÓSTER “INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: MAPA CONCEPTUAL” E CERTIFICADO .....	
.....	
ANEXO 3 - PÓSTER "A PREVENÇÃO DO DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO NO IDOSO: O FUTURO HOJE" E CERTIFICADO.....	
ANEXO 4 – PÓSTER ANTISSEPSIA DA PELE NO INTRAOPERATÓRIO: PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA .....	
ANEXO 5 - COMUNICAÇÃO LIVRE: “EMPODERAMENTO DA PESSOA NO PERIOPERATÓRIO E A ENFERMAGEM DO FUTURO: ESTUDO DE CASO” E CERTIFICADO .....	
ANEXO 6 – RESUMO DA COMUNICAÇÃO LIVRE: “ARTE DE MARCAR A DIFERENÇA NA ANTISSEPSIA DA PELE NO INTRAOPERATÓRIO” .....	
ANEXO 7 - PLANO DE SESSÃO UCA: "FEIXES DE INTERVENÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DE LOCAL CIRÚRGICO: BANHO PRÉ-OPERATÓRIO E REGISTOS DE ENFERMAGEM NA UCA" .....	
ANEXO 8 - PLANO DE SESSÃO: ANTISSEPSIA DA PELE NO PERIOPERATÓRIO - 1ª SESSÃO.....	
ANEXO 9 - PLANO DE SESSÃO: ANTISSEPSIA DA PELE NO PERIOPERATÓRIO - 2ª SESSÃO.....	

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> <i>Teoria das Transições</i> .....	40
<b>Figura 2.</b> <i>Distribuição do número de cirurgias por especialidades no EC I</i> .....	61
<b>Figura 3.</b> <i>Distribuição do número de cirurgias na segunda parte do EC I</i> .....	65



## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> <i>Síntese dos Fatores de risco de ILC</i> .....	23
<b>Quadro 2.</b> <i>Critérios de identificação de ILC incisional superficial</i> .....	25
<b>Quadro 3.</b> <i>Critérios de identificação de ILC incisional profunda ou de órgão/ espaço</i> .....	26
<b>Quadro 4.</b> <i>Mnemónicas para identificar sinais de ILC</i> .....	27
<b>Quadro 5.</b> <i>Medidas recomendadas para diminuir a ILC</i> .....	29
<b>Quadro 5.</b> <i>Medidas recomendadas para diminuir a ILC (Continuação)</i> .....	30
<b>Quadro 5.</b> <i>Medidas recomendadas para diminuir a ILC (Continuação)</i> .....	31
<b>Quadro 6.</b> <i>Boas práticas para seleccionar o antisséptico de pele no intraoperatório</i> .....	35
<b>Quadro 7.</b> <i>Boas práticas para executar a antissepsia da pele no intraoperatório</i> .....	37



## INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, do ano letivo 2024/2025. Este relatório é orientado pela Professora Doutora Cristina Pestana, coorientado pela Professora Doutora Beatriz Edra, através da parceria entre a Escola Superior de Saúde Santa Maria (ESSSM) e a Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny.

A infeção do local cirúrgico (ILC) é uma das Infeções Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) mais comum, representando um enorme desafio na sua prevenção e gestão (*World Health Organization [WHO]*, 2018; Direção Geral da Saúde [DGS], 2022).

A prevenção da ILC é um processo multifatorial e complexo, porém estima-se que cerca de 60% das ILC podem ser evitáveis através da implementação de estratégias baseadas na evidência, de forma padronizada, em todo o período perioperatório (DGS, 2022).

O principal objetivo deste documento é revelar capacidade descritiva e crítico-reflexiva baseada na evidência para demonstrar o desenvolvimento e aquisição das competências comuns, específicas e de mestre desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos do MEMC, na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Através da apresentação e discussão pública deste relatório pretende-se obter o grau de Mestre e o título de Enfermeiro Especialista (EE) nesta área.

A metodologia adotada baseia-se no método descritivo, reflexivo e analítico, considerando as experiências vivenciadas durante os Ensinos Clínicos e o meu percurso profissional, respaldada pela evidência científica, interpretação crítica e análise aprofundada. Para sua concretização, serão analisados diversos documentos, incluindo *guidelines*, normas, regulamentos, artigos científicos e outros materiais relevantes, que fundamentam este relatório.

A compreensão das IACS é fundamental para os cuidados de Enfermagem, especialmente no perioperatório, onde a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados são prioridades. Esta é uma das temáticas abordadas no primeiro capítulo, dando ênfase à ILC, às suas medidas de prevenção e as boas práticas para a antisepsia da pele.

Depois de explorar os conceitos e evidência científica sobre a temática selecionada, o segundo capítulo será dedicado à caracterização do Ensino Clínico (EC) I: Cuidar na Sala Operatória, do EC II, Módulo 1: Cirurgia de Ambulatório (CA) e do Módulo 2: Bloco Operatório (BO) Especialidades, destacando a importância da formação contínua, da Teoria das Transições e o desenvolvimento de competências específicas no âmbito do mestrado.

No terceiro capítulo o foco recai na análise crítico reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE, vertidas no Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República (DR), que abrange o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da melhoria da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

O quarto capítulo reflete sobre a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, à Pessoa em Situação Perioperatória, presentes no Regulamento n.º 429/2018 do DR.

O capítulo final, pertencente ao Estágio com Relatório do Módulo 3, evidencia a aquisição de competências inerentes ao grau de Mestre, com ênfase à exploração científica para a excelência da prática clínica e para a promoção de cuidados de Enfermagem mais seguros e eficazes, evidenciando capacidade de reflexão crítica, inovação e resolução de problemas como a antissepsia da pele.

A pesquisa científica foi conduzida através de bases de dados como EBSCO, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal e PubMed, utilizando palavras-chave como *Surgical Wound Infection; Antisepsis; Skin; Perioperative Nursing*. Para a formatação e referências deste relatório, foram seguidas as orientações do Guia de Normas de Formatação de Dissertações de Mestrado da ESSSM e da Norma *American Psychological Association*, 7ª edição.

## 1. ANTISSEPZIA DA PELE: ESTADO DA ARTE

A constante evolução do conhecimento inerente à prevenção e gestão das IACS exige uma atualização contínua, considerando que esta problemática permanece atual e relevante na prática clínica. Entre as IACS, a ILC continua a assumir um particular destaque por constituir uma das complicações mais frequentes, cuja a prevenção se caracteriza por um processo multifatorial e complexo (DGS, 2022).

A literatura científica tem evidenciado maior taxa de adesão às medidas preventivas de ILC no pré-operatório, em contrapartida à menor adesão da implementação das recomendações nos outros momentos do perioperatório (Braga et al., 2021).

A presente revisão do estado da arte procura sintetizar a evolução do conhecimento sobre a antissepsia da pele, destacando marcos importantes que permitem compreender o estado atual do conhecimento, a sua evolução nos últimos anos e preparar terreno para pesquisas futuras (Sukhera, 2022).

Assim sendo, este capítulo inicia-se com a compreensão da problemática associada às IACS, migrando para a especificidade da ILC e as suas medidas de prevenção. Por fim, culmina na abordagem da importância de os Enfermeiros dominarem a antissepsia da pele com base na evidência científica para diminuir a incidência da ILC, maximizando a segurança cirúrgica.

### 1.1. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

As IACS são definidas como a infecção adquirida decorrente da prestação de cuidados de saúde, num ambiente hospitalar ou noutras unidades de saúde (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2017), podendo afetar não só os doentes, mas também os profissionais de saúde (DGS, 2019; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

Estas infeções representam um desafio para a segurança da pessoa e para a qualidade dos cuidados de saúde a nível mundial, com custos diretos e indiretos para a sociedade (Gonçalves & Carmo, 2022).

O Estudo de Prevalência de Infecção de 2016-2017, que incluiu vinte e oito países europeus, concluiu que cerca de 6,5% das pessoas apresentam pelo menos uma IACS, correspondendo a 3,8 milhões de pessoas afetadas por ano (ECDC, 2023).

Em Portugal, a taxa de prevalência de pelo menos uma IACS entre 2022-2023 foi de 11,6%, permanecendo elevada quando comparada com a média de 6.8% da União Europeia (ECDC, 2023).

A prevenção de IACS exige o compromisso diário da equipa pluridisciplinar, uma vez que a responsabilidade de prevenir este tipo de infeções é transversal a todos os profissionais e deve estar presente em qualquer contexto de prática clínica (ECDC, 2017).

Para maximizar a segurança da pessoa é imprescindível um esforço coordenado de todos os intervenientes, sustentado por uma abordagem integrada, sistémica, contínua e promotora de uma cultura de segurança, orientada para a melhoria contínua dos cuidados (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde).

Neste enquadramento, o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da WHO e o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021 – 2026 reforçam a centralidade da segurança da pessoa, estabelecendo-a como um princípio orientador essencial para todos os planos nacionais no âmbito da saúde (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde).

O PNSD 2021-2026 pretende consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, apelando à mobilização de intervenções de diferentes intervenientes da saúde, de acordo com cinco pilares, que abrange desde responsáveis governamentais a profissionais de saúde e, até mesmo, os utentes e seus familiares/cuidadores (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde).

Assim sendo, estes planos nacionais orientam a ação pública para a melhoria do estado de saúde da população, desenvolvendo diversos programas e projetos com vista à qualidade e segurança em saúde como o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Este programa constitui um dos pilares estruturantes das políticas de saúde, ao promover a redução de incidência das IACS em Portugal e, simultaneamente, contribui para otimizar a qualidade, a segurança e a sustentabilidade do sistema de saúde (Despacho n.º 10901/2022 do DR).

A importância deste programa manifesta-se não só na promoção do uso adequado dos antimicrobianos, mas também na sua estrutura organizacional integrada e

descentralizada, que garante a implementação e avaliação contínua das estratégias delineadas. Paralelamente, o PPCIRA evidencia o compromisso com a sensibilização da comunidade e dos profissionais de saúde para a prevenção das IACS, promovendo uma cultura de segurança em Portugal (Despacho n.º 10901/2022 do DR).

A partir deste programa emergiram iniciativas específicas como o projeto STOP Infecção Hospitalar, iniciado em 2015, com o objetivo de reduzir 50% da incidência de infecção associada à algaliação, ao cateter venoso central, à intubação e à ferida cirúrgica. Para concretizar esta meta, tornou-se necessário coordenar instituições, profissionais de saúde e a sociedade para implementar práticas de melhoria contínua dos cuidados (Despacho n.º 2757/2017 do DR).

Ao longo do tempo, esta iniciativa tem evoluído, expandindo a sua abrangência e incorporando a metodologia de melhoria contínua e inovação. A continuidade deste projeto, agora STOP Infecção Hospitalar 2.0, reflete o compromisso renovado com a segurança da pessoa, a sustentabilidade de recursos e a disseminação de soluções inovadoras num ambiente colaborativo (Despacho n.º 10901/2022 do DR).

Considerando o impacto desta problemática, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica assumem um papel determinante para orientar a prática profissional. Estes padrões promovem a reflexão crítica, a identificação do risco, o planeamento estratégico e a implementação das intervenções terapêuticas, bem como a avaliação contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2017).

A melhoria contínua da satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de Enfermagem e a segurança constituem dimensões essenciais que evidenciam o contributo das intervenções de Enfermagem, orientadas pelos Padrões de Qualidade na área da Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória. Estas intervenções representam um padrão de excelência do exercício profissional e traduzem-se na produção de indicadores que conferem visibilidade aos ganhos em saúde obtidos no contexto perioperatório (OE, 2017).

Os últimos indicadores obtidos em Portugal, apontam para a elevada incidência das IACS, nomeadamente a pneumonia associada à ventilação mecânica (27%), a infecção do trato urinário associada ao cateter urinário (23%) e a ILC (18%) (ECDC, 2023). Estes

dados evidenciam a necessidade de reforçar a sensibilização dos profissionais de saúde para esta problemática, assim como investir na implementação e monitorização das estratégias que minimizem a incidência ILC, as quais serão apresentadas de seguida.

## 1.2. INFEÇÃO DO LOCAL CIRURGICO

A ILC é conhecida como a terceira IACS mais frequente a nível mundial (ECDC, 2023). Em Portugal, à semelhança do que se verifica a nível mundial, este tipo de infeção tem contribuído para o aumento do tempo de internamento hospitalar, geralmente entre 7 e 11 dias, associado frequentemente à necessidade de procedimentos cirúrgicos adicionais e a custos acrescidos para o sistema de saúde, refletindo-se ainda no aumento da morbilidade e da mortalidade (DGS, 2022; Seidelman et al., 2023).

Esta problemática gera um impacto significativo e complexo a nível biológico, psicológico, espiritual, social e económico (McFarland et al., 2023).

O impacto biológico manifesta-se de forma multifacetada, traduzindo-se no aumento do tempo de internamento, no agravamento da morbilidade e no aumento do consumo de antibióticos. Tal situação intensifica a vulnerabilidade a outras IACS e potencia o aumento da resistência aos antimicrobianos, concorrendo para a necessidade de mais recursos terapêuticos, evidenciando a gravidade desta problemática, sobretudo nas pessoas idosas ou nas pessoas com infeções causadas por microorganismos multiresistentes (Totty et al., 2021; McFarland et al., 2023).

A dor intensa e o sofrimento persistente envolvem não só a recuperação física como também a recuperação psicológica e a experiência global do processo cirúrgico (Totty et al., 2021; McFarland et al., 2023). Tais implicações refletem-se na limitação da mobilidade, na capacidade para o autocuidado, na alteração da rotina diária e na presença de desconforto, ansiedade ou depressão (McFarland et al., 2023).

O impacto psicológico revela-se através do sofrimento emocional profundo desencadeado pelas limitações impostas pela ILC, fragilizando a autoestima da pessoa, que consequentemente gera insegurança e medo no processo de recuperação, evidenciando a necessidade de uma abordagem holística (Avsar et al., 2021; McFarland et al., 2023).

O domínio espiritual é identificado na literatura como o ponto de viragem na vivência desta problemática, levando a pessoa a reinterpretar a sua forma de ser e de viver, podendo ser sinónimo de fé e ressignificação desta vivência (Avsar et al., 2021; McFarland et al., 2023).

O isolamento decorrente da hospitalização prolongada, a perda de produtividade e a dependência funcional compromete os vínculos familiares e sociais, interferindo na qualidade de vida da pessoa e na reintegração na comunidade (Avsar et al., 2021; McFarland et al., 2023). Paralelamente, o aumento dos custos diretos e indiretos associados à ILC reforçam a pertinência da sua prevenção, considerando o impacto social e económico (Totty et al., 2021; Avsar et al., 2021; McFarland et al., 2023).

Apesar das repercussões associadas a esta temática, na literatura científica há falta de dados de larga escala que indiquem as complicações na Cirurgia Plástica Reconstructiva (CP) como a ILC. Nesta especialidade, a taxa de complicações permanece baixa, porém na microcirurgia eleva-se a incidência desta infeção, sendo necessário recorrer novamente à intervenção cirúrgica (Wan et al., 2020; Baker et al., 2022).

De acordo com resultados do Programa de Vigilância Epidemiológica de IACS 2015-2020, houve uma diminuição de 44,2% do registo de ILC, oscilando conforme o tipo de cirurgia. Contudo, verificou-se um aumento das taxas de ILC na Artroplastia de joelho, Artroplastia de anca, Cesariana e Laminectomia. Já, na Colecistectomia e na Cirurgia Colorretal houve uma diminuição da incidência desta infeção (DGS, 2022).

Importa recordar que, em 2019, a pandemia originada pela COVID-19 impôs um grande desafio à saúde mundial, dada a sua transmissibilidade e complexidade. Durante a pandemia foi reforçada a consciencialização sobre a importância de comportamentos preventivos de infeção, conduzindo a uma adesão mais rigorosa às precauções básicas do controlo de infeção (Fernandes & Martins, 2023). No entanto, em virtude da priorização ao combate desta pandemia, constata-se um declínio significativo dos registos e da vigilância epidemiológica das IACS, incluindo a ILC (Fernandes & Martins, 2023).

Esta situação poderá ter contribuído para uma taxa de ILC subestimada, considerando que esta infeção pode manifestar-se após a alta hospitalar e que, na maioria dos casos, não é devidamente registada (Habtie et al., 2025).

A prevalência e incidência desta infeção continuam a assumir taxas alarmantes (Habtie et al., 2025), oscilando entre 2% a 15%, dependendo de múltiplos fatores,

nomeadamente o tipo de intervenção cirúrgica, o contexto e o perfil de saúde da pessoa (Stryja et al., 2020; DGS, 2022). Os principais fatores de risco podem ser intrínsecos e extrínsecos à pessoa, modificáveis ou não modificáveis, conforme sistematizado no quadro um.

**Quadro 1.** Síntese dos Fatores de risco de ILC

Fatores de risco		Q	
<b>Intrínsecos</b>	Idade*; Sexo*;	NE	
	Estado nutricional (Desnutrição/ obesidade); Alterações da resposta imunitária (imunossupressão); Diabetes; Hábitos tabágicos ou alcoólicos;	A	
	Colonização microbiana (exemplo: <i>Staphylococcus aureus</i> nasal); Pré-existência de infeção;	M	
	Risco anestésico segundo a Classificação <i>American Society of Anesthesiologists</i> (ASA);	NE	
	<b>Extrínsecos</b>	Antissepsia da pele; Tricotomia; Profilaxia antibiótica; Duração da intervenção cirúrgica;	A
		Higienização das mãos da equipa cirúrgica; Transfusão de sangue; Esterilização dos dispositivos médicos;	M
Fardamento e equipamentos de proteção individual da equipa (Luvas); Técnica (laparoscopia/laparotomia, etc), tipo de especialidade; Gestão do ambiente cirúrgico: Ventilação, superfícies, movimento, assepsia, esterilização de equipamentos.		B	
Agente patogénico;		NE	
Tempo de internamento.		NE	
<b>Legenda: Q:</b> Qualidade da evidência: <b>A:</b> Alta; <b>M:</b> Moderada; <b>B:</b> Baixa. *Não modificáveis; <b>NE:</b> Não encontrado;			

**Fonte:** WHO, 2018; Soule, 2018; Bashaw e Keister, 2019; DGS, 2022; adaptada Calderwood et al., 2023; Bucataru et al., 2023; ECDC, 2025; Gouda, 2025.

A análise dos fatores de risco anteriormente identificados evidencia que a presença de ILC está diretamente relacionada não apenas com as características individuais da pessoa, mas também variam com as particularidades da cirurgia (Bucataru et al., 2023).

A título de exemplo, na cirurgia ortopédica, destaca-se a duração da cirurgia, a colocação de material protésico, o tipo de procedimento e as eventuais falhas no processo de esterilização. Já na cirurgia abdominal sobressaem como fatores de risco as intervenções de urgência, o grau de contaminação do local cirúrgico e o internamento prolongado (Bucataru et al., 2023).

Neste âmbito, importa realçar a cadeia epidemiológica de infecção, composta por seis etapas, que inclui o agente causal, o reservatório, a porta de saída, o modo de transmissão, a porta de entrada e o hospedeiro suscetível. Esta sequência explica o processo de transferência e disseminação do microrganismo para o novo hospedeiro. Assim sendo, a identificação da fonte do agente microbiano e do seu respetivo reservatório revela-se importante, pois será o local onde o microrganismo irá viver, metabolizar, crescer e se multiplicar (Bastos, 2023).

Grande parte dos microrganismos encontram-se naturalmente no próprio ser humano, colonizando diferentes locais como a pele, a nasofaringe e o intestino. Na pele, são mais frequentemente identificados microrganismos dos géneros *Staphylococci* e *Streptococci*, enquanto no intestino predominam a *Enterobacteriaceae*, *Enterococci* e *Clostridium* (Bastos, 2023).

As bactérias Gram-Positivas, como *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus* e *Clostridia*, habitam e colonizam a pele e as mucosas humanas (*Wounds International*, 2023).

Por sua vez, as bactérias Gram-Negativas, como a *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter*, *Escherichia coli* e *Bacteroides*, são geralmente provenientes da flora intestinal natural da pessoa, podendo colonizar a pele transitoriamente ou superfícies ambientais (*Wounds International*, 2023).

A contaminação microbiana pode ter etiologia na flora endógena, proveniente da própria pessoa, ou exógena, quando relacionada com o ambiente do BO, do material cirúrgico ou da equipa cirúrgica envolvida no procedimento (Gouda, 2025).

Esta realidade verifica-se na identificação de microrganismos isolados nas culturas da ferida da pessoa com ILC, sendo o *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulase-negativo*, *Enterococcus spp.*, *Escherichia coli*, *Acinetobacter spp* e *Pseudomonas aeruginosa* os mais frequentes (Gouda, 2025).

Estes microrganismos constituem agentes causais da ILC e, em alguns casos específicos como no *Staphylococcus aureus metilina* resistente (SAMR), pode apresentar multirresistências aos antibióticos, constituindo um desafio acrescido para a prevenção e gestão desta infeção (*Wounds International*, 2023; Gouda, 2025).

A ILC é definida como a infeção que surge na zona operada, podendo atingir desde o tecido cutâneo superficial até espaços ou órgãos, manifestando-se até trinta dias após a intervenção cirúrgica (WHO, 2018; DGS, 2022; ECDC, 2025), ou “até noventa dias no caso de infeção incisional profunda ou de órgão ou espaço, e/ou relacionada com implantes” (Vieira & Bastos, 2023, p.2).

Esta infeção pode ser classificada em três categorias, de acordo com a localização, o *timing* e a manifestação dos critérios de identificação específicos (ECDC, 2025), conforme sistematizado no quadro dois e no quadro três.

**Quadro 2.** Critérios de identificação de ILC incisional superficial

<b>Tipo de ILC</b>	<b>Localização</b>	<b>Timing</b>	<b>Critérios de identificação</b>
<b>A) Incisional superficial</b>	Afeta a pele e o tecido subcutâneo da ferida cirúrgica.	Até 30 dias	<p>A) Presença de drenagem purulenta com ou sem confirmação laboratorial do local da incisão;</p> <p>A) Presença de organismos isolados no líquido ou tecido proveniente da incisão superficial, colhido com técnica asséptica;</p> <p>A) Apresentar pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas de infeção: dor, hipersensibilidade, edema, rubor ou calor.</p>

**Fonte:** Sandy-Hodgetts et al. 2020; Bucataru et al., 2023; ECDC, 2025.

Esta classificação revela-se particularmente relevante, pois orienta a prática clínica na identificação precoce de ILC superficial, diferenciando-a da ILC profunda ou de órgãos/ espaços (ECDC, 2025), conforme apresentado no quadro três.

**Quadro 3.** Critérios de identificação de ILC incisional profunda ou de órgão/ espaço

<b>Tipo de ILC</b>	<b>Localização</b>	<b>Timing</b>	<b>Critérios de identificação</b>
<b>B) Incisional profunda</b>	Afeta a fáscia e os músculos subjacentes à incisão cirúrgica.	Dentro de 30 dias, sem implante ou	B); C) Drenagem purulenta;
			B);C) Presença de organismos isolados, colhido com técnica asséptica;
			B) Deiscência espontânea ou intencional (realizada pelo cirurgião) por apresentar pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: febre (superior a 38°C), dor ou sensibilidade localizada, exceto se a colheita for negativa.
<b>C) Órgão/ espaço</b>	Afeta qualquer estrutura anatómica abordada durante a intervenção cirúrgica, como órgãos e espaços	até 90 dias, se implante presente	B); C) Abscesso ou outro sinal de ILC, identificado através de exame direto, durante reintervenção ou através de exame complementar radiológico ou histopatológico.

**Fonte:** Sandy-Hodgetts et al. 2020; Bucataru et al., 2023; ECDC, 2025.

Não obstante do diagnóstico desta infecção ser clínico e da responsabilidade do Médico ou Cirurgião (Bucataru et al., 2023; ECDC, 2025), os Enfermeiros, no exercício quotidiano das suas funções, assumem um contributo fundamental ao apoiar esse processo, através da identificação precoce e da monitorizar a evolução da ferida, com recurso à escala RESVECH 2.0, aliada à comunicação eficaz com a equipa médica (Almeida et al., 2025).

A escala permite monitorizar parâmetros objetivos da evolução das feridas, através do tipo de ferida, o tamanho, profundidade, tipo de tecido, exsudado, sinais de inflamação/infecção e bordos (Almeida et al., 2025).

Além desta estratégia, os profissionais podem recorrer às mnemônicas NERDS, para infecções superficiais, e STONEES para as infecções mais profundas, permitindo identificar esta infecção se forem observados pelo menos três ou mais sinais de infecção, de acordo com o quadro quatro (Menoita, 2025).

**Quadro 4.** *Mnemônicas para identificar sinais de ILC*

<b>NERDS</b>	<b>STONEES</b>
<b>N:</b> Não cicatrização da ferida;	<b>S:</b> Aumento do tamanho;
<b>E:</b> Exsudado aumentado;	<b>T:</b> Temperatura aumentada;
<b>R:</b> Rubor e sangrante;	<b>O:</b> Osteomielite ou exposição óssea;
<b>D:</b> Detritos/ tecido desvitalizado;	<b>N:</b> Novas áreas de colapso, lesões satélites;
<b>S:</b> Odor.	<b>E:</b> Edema, Eritema;
	<b>E:</b> Exsudado aumentado;
	<b>S:</b> Odor.

**Fonte:** Menoita, 2025.

O Índice Básico de Risco de ILC utilizado pela Rede Nacional de Segurança em Saúde é uma ferramenta utilizada para estratificar o risco de ILC em diferentes tipos de cirurgias, baseando-se em três fatores de risco, que incluem a duração da cirurgia, a classificação do risco anestésico ASA e a classe de contaminação da ferida (*Wounds International*, 2023; ECDC, 2025).

Neste Índice cada um destes fatores de risco corresponde a um ponto, estratificando de zero a três, onde zero indica menor risco e três representa maior risco, permitindo avaliar e adequar a implementação de medidas direcionadas (*Wounds International*, 2023; ECDC, 2025).

Apesar dos avanços significativos das técnicas cirúrgicas e das medidas preventivas de ILC, estudos científicos revelam que os Enfermeiros ainda apresentam um baixo nível de conhecimentos sobre esta temática, o que reforça a necessidade de implementar estratégias educacionais eficazes, sistematizadas e padronizadas, capazes de minimizar a incidência desta infecção (Habtie et al., 2025).

Assim sendo, depois da compreensão dos diversos fatores de risco e da identificação das manifestações da ILC, torna-se necessário identificar e aplicar as principais medidas de prevenção desta infecção, contribuindo significativamente para um resultado cirúrgico positivo (Bucataru et al., 2023).

### 1.3. ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR A INFEÇÃO DO LOCAL CIRURGICO

O papel dos Enfermeiros no perioperatório é determinante na prevenção da ILC, sendo imprescindível que estes profissionais estejam devidamente capacitados e empoderados para implementar intervenções adequadas e baseadas na evidência, garantindo a segurança cirúrgica (Kang et al., 2023; Habtie et al., 2025).

Iniciando pela identificação precoce dos fatores de risco, torna-se evidente que a gestão dos fatores modificáveis contribui para a prevenção de ILC (DGS, 2022; Habtie et al., 2025), exigindo um olhar atento e a aplicação exímia do processo de Enfermagem.

Estima-se que cerca de 50% a 60% das ILC podem ser prevenidas ou minimizadas através da implementação de estratégias baseadas na evidência em todo o período perioperatório. Esta constatação reforça a responsabilidade dos profissionais, em particular dos Enfermeiros, na implementação e vigilância das estratégias que aumentam a segurança da pessoa (Berríos-Torres et al., 2017; DGS, 2022; Calderwood et al., 2023).

Contudo, a literatura científica revela divergências inerentes aos resultados e a eficácia das diversas intervenções que minimizam a ILC. Tal cenário torna imperativo a investigação rigorosa da qualidade da evidência disponível, para que os profissionais possam sustentar a prática clínica fundamentada e segura, garantindo maior fiabilidade na tomada de decisão (Lima et al., 2023).

O método GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*) oferece uma abordagem sistemática e transparente para classificar o grau de certeza da evidência científica, distinguindo quatro níveis de certeza, isto é, alto, moderado, baixo e muito baixo. Este método avalia ainda aspetos como avalia o risco de viés, a inconsistência, a diretividade, a imprecisão e o viés de publicação (WHO, 2018; Calderwood et al., 2023; Lima et al., 2023).

A força de recomendações varia de acordo com o equilíbrio entre o benefício e o malefício para a pessoa, do grau de certeza da evidência e as preferências da própria pessoa (WHO, 2018; Lima et al., 2023).

Este método permite equilibrar a escolha das medidas preventivas recomendadas para minimizar a incidência de ILC, que se distribuem-se ao longo dos três momentos do perioperatório, integrando medidas específicas em cada momento (DGS, 2022; Calderwood et al., 2023).

O quadro cinco apresenta as estratégias dirigidas desde o momento pré-operatório, até ao pós-operatório, segundo o método GRADE.

**Quadro 5.** Medidas recomendadas para diminuir a ILC.

	<b>Recomendação</b>	<b>Q</b>	<b>M</b>
<b>Banho pré-operatório</b>	Executar dois banhos com Gluconato de Cloro-hexidina (CHG) 2% a 4%, na noite anterior e duas horas antes da cirurgia, exceto quando contraindicado (DGS, 2022; Kang et al., 2023);	<b>A</b>	<b>PRÉ</b>
<b>Rastreio de SAMR</b>	Executar rastreio SAMR e, se o resultado for positivo, deve realizar-se a descolonização nas cirurgias de elevado risco de infeção (DGS, 2022; Kang et al., 2023; Calderwood et al., 2023);	<b>A</b>	<b>PRÉ</b>
<b>Tricotomia</b>	Executar apenas para situações em que é absolutamente necessário, realizando-se imediatamente antes da cirurgia, com recurso a uma máquina de corte único ou creme depilatório (DGS, 2022; Calderwood et al., 2023);	<b>M</b>	<b>PRÉ</b>
<b>Profilaxia antibiótica</b>	Administrar antibiótico 60 minutos antes da incisão cirúrgica, quando indicada (Norma da DGS 031/2013 de 31/12/2013 atualizada a 17/11/2022). Suspende a antibioterapia até 24h após início da cirurgia (DGS, 2022; Kang et al., 2023; Calderwood et al., 2023; ECDC, 2025; Habtie et al., 2025);	<b>A</b>	<b>PRÉ, INTRA E PÓS</b>
<b>Homeostasia</b>	Manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$ ) (DGS, 2022; Calderwood et al., 2023);	<b>A</b>	<b>PRÉ, INTRA E PÓS</b>
	Manter normoglicemia ( $\leq 180\text{-}150\text{mg/dl}$ ), inclusive nas primeiras 24 horas após cirurgia (DGS, 2022; Calderwood et al., 2023);	<b>A</b>	
	Manter saturação periférica de oxigénio adequada $\geq 95\%$ , para pessoas sem patologia respiratória (WHO, 2018; DGS, 2022);	<b>M</b>	
	Manter normovolemia e perfusão adequada (WHO, 2018; DGS, 2022);	<b>B</b>	

**Quadro 5. Medidas recomendadas para diminuir a ILC (Continuação)**

<b>Recomendação</b>		<b>Q</b>	<b>M</b>
<b>Antissepsia da pele</b>	Executar a antissepsia da pele com CHG a 2% em álcool a 70%, por fricção, exceto quando contraindicado, antes da incisão da pele e de acordo com as recomendações do fabricante (DGS, 2022; Calderwood et al., 2023);	<b>A</b>	<b>INTRA</b>
<b>Campo cirúrgico</b>	Assegurar a esterilidade do campo operatório (AESOP, 2013; DGS, 2022; Habtie et al., 2025);	<b>M</b>	<b>INTRA</b>
<b>Técnica asséptica</b>	Assegurar o cumprimento da técnica asséptica durante todo o tempo da intervenção cirúrgica (AESOP, 2013; DGS, 2022; Calderwood et al., 2023).	<b>M</b>	<b>INTRA</b> <b>E</b> <b>PÓS</b>
<b>Higiene das mãos</b>	Executar higiene das mãos; Na preparação pré-cirúrgica das mãos a equipa deve realizar com sabão antimicrobiano ou SABA, privilegiando um antisséptico com ação residual e antes de calçar as luvas estéreis (Norma da DGS) (DGS, 2022; Kang et al., 2023; Calderwood et al., 2023).	<b>M</b>	<b>PRÉ,</b> <b>INTRA</b> <b>E</b> <b>PÓS</b>
<b>Luvas estéreis</b>	Trocar de luvas estéreis, de acordo com protocolo definido, considerando a duração da cirurgia e transição de uma área contaminada para uma área mais limpa (WHO, 2018; DGS, 2022; NIHR GRHUGS, 2022).	<b>NR</b>	<b>INTRA</b>
<b>Ambiente</b>	Assegurar higienização do BO e manter o número mínimo de profissionais no BO; Manter segurança no reprocessamento dos instrumentos cirúrgicos/ dispositivos médicos; Assegurar dotações seguras; Assegurar o uso adequado da indumentária cirúrgica e dos equipamentos de proteção individual (AESOP, 2013; WHO, 2018; Calderwood et al., 2023; Habtie et al., 2025);	<b>M</b>	<b>PRÉ,</b> <b>INTRA</b> <b>E</b> <b>PÓS</b>

**Quadro 5. Medidas recomendadas para diminuir a ILC (Continuação)**

	<b>Recomendação</b>	<b>Q</b>	<b>M</b>
<b>Ferida cirúrgica eletiva</b>	Manter técnica asséptica na execução do tratamento da ferida cirúrgica (luvas estéreis/ Técnica <i>no touch</i> ) (DGS, 2022; Calderwood et al., 2023; Gouda, 2025; Hwang et al., 2025)	<b>M</b>	<b>PÓS</b>
	Manter o penso da ferida pelo menos 48 horas (DGS, 2022).	<b>MB</b>	
	Usar Terapia de Pressão Negativa, conforme indicação (Calderwood et al., 2023; Gouda, 2025).	<b>M</b>	
<b>Educação</b>	Educar o Cliente/ Família/ Cuidador sobre cuidados no período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório; Ensinar sobre o período pós-operatório (cuidados após alta e identificação dos primeiros sinais de infecção: dor, rubor, calor, edema e febre) (DGS, 2022; Calderwood et al., 2023).	<b>B</b>	<b>PRÉ, INTRA E PÓS</b>
<b>Legenda</b>	<b>Q:</b> Qualidade da evidência; <b>A:</b> Alta; <b>M:</b> Moderada; <b>B:</b> Baixa; <b>MB:</b> Muito Baixa.   <b>NR:</b> Não Resolvido.   <b>M:</b> Momento; <b>PRÉ:</b> Pré-operatório; <b>INTRA:</b> Intraoperatório; <b>PÓS:</b> Pós-operatório.		

Apesar da relevância destas medidas, a sua adesão no perioperatório continua a apresentar fragilidades. A literatura científica evidencia maior adesão a estas recomendações no pré-operatório, contrastando com a existência de lacunas significativas na adesão no intraoperatório e no pós-operatório, evidenciando a necessidade de reforçar as práticas nestes momentos perioperatórios (Braga et al., 2021).

Os cinco fatores determinantes que influenciam a adesão às recomendações para prevenir a ILC são o défice de conhecimento, a ausência de cuidados interdisciplinares colaborativos, a falta de vigilância epidemiológica, a perceção do impacto físico e psicológico da pessoa operada, assim como o facto das orientações se encontrarem desatualizadas ou pouco detalhadas (Braga et al., 2021; Humphrey et al., 2025).

Quanto maior o risco de ILC maior deverá ser a adesão às medidas preventivas anteriormente identificadas. Deste modo, importa capacitar as equipas cirúrgicas e adotar

*checklists* para validar o cumprimento das etapas de segurança no ambiente cirúrgico (Braga et al., 2021).

Para melhorar a execução das práticas sustentadas pela evidência científica, torna-se fundamental garantir a atualização contínua das diretrizes hospitalares, de modo a consolidar e a fortalecer a prática clínica no combate à ILC (Kang et al., 2023; Humphrey et al., 2025).

A padronização da evidência, aliada à integração dos conhecimentos interdisciplinar, constitui um elemento central para garantir maior consistência e qualidade no cuidado à pessoa (Kang et al., 2023; Humphrey et al., 2025).

A vigilância epidemiológica desta infecção e a participação ativa da pessoa ou familiar é igualmente uma estratégia chave para viabilizar a execução das recomendações (Humphrey et al., 2025).

Através da implementação destas medidas é possível não só favorecer a redução das taxas de ILC, mas também consolidar práticas mais seguras, colaborativas e sustentadas na evidência científica (Humphrey et al., 2025).

#### 1.4. ANTISSEPSIA DA PELE

Os antissépticos são agentes tópicos de largo espectro que apresentam capacidade de inibir ou eliminar rapidamente os microrganismos residentes e transitórios da flora (*Wounds International*, 2023; Almeida, 2025).

A antissepsia da pele constitui uma das estratégias indicadas para prevenir a ILC fortemente recomendada, com alta qualidade de evidência científica. No entanto, a seleção do antisséptico ideal no intraoperatório permanece em discussão, sobretudo entre a iodopovidona ou gluconato de clorexidina (CHG) alcoólico (Wade et al, 2021; Peristeri et al., 2023).

Estudos indicam que há sete vezes mais incidência de culturas positivas de microrganismos na pele preparada com produtos à base de iodopovidona, em comparação com o CHG alcoólico (Bashaw e Keister, 2019).

Na prática atual, os dois solutos mais frequentemente utilizados no intraoperatório são o CHG à base de álcool e a iodopovidona à base de água (Peristeri et al., 2023).

O CHG apresenta propriedades fungicidas e fungistáticas, demonstrando capacidade para neutralizar determinados vírus, destacando-se como um antisséptico de amplo espectro. Devido à maior afinidade deste antisséptico à parede celular das bactérias Gram-positivas, as concentrações mínimas inibitórias para essas bactérias tendem a ser mais baixas do que para as bactérias Gram-negativas (Aftab et al., 2023; Yang et al., 2024; Gouda, 2025).

A eficácia deste antisséptico pode ser ampliada quando combinada com álcool, pois provoca a lise celular das bactérias e desnatura as proteínas, revelando-se eficaz contra a *Mycobacterium tuberculosis*, enterococos resistentes à vancomicina e *S. aureus* resistente à meticilina (Gouda, 2025).

Por conseguinte, o CHG alcoólico tem demonstrado maior eficácia na prevenção da ILC (Bashaw e Keister, 2019; DGS, 2022; Peristeri et al., 2023; *Wounds International*, 2023; Yang et al., 2024). Este soluto pode ser duas vezes mais eficaz do que a iodopovina aquosa ou alcoólica, tanto em cirurgias limpas como em cirurgias limpas-contaminadas e contaminadas (Wade et al., 2021; Aftab et al., 2023).

A iodopovidona aquosa também é um antisséptico de amplo espectro, mas apresenta um mecanismo de ação distinto. Este antisséptico penetra-se através da parede celular, oxidando a cisteína e iodando os ácidos graxos insaturados e os aminoácidos, diminuindo a síntese proteica e danos na parede celular (Aftab et al., 2023; Gouda, 2025).

Este antisséptico é indicado quando há presença de bactérias Gram-positivas e Gram-negativas e, também de fungos e vírus (Gouda, 2025).

Os dois antissépticos apresentam espectros de ações semelhantes, contudo, o CHG com álcool apresenta um efeito superior, por não ser neutralizado pelo sangue ou por biomateriais ricos em proteína, o que lhe confere uma ação antisséptica mais prolongada, quando comparado com a iodopovidona aquosa (Wade et al., 2021; Peristeri et al., 2023; Gouda, 2025).

As soluções à base de álcool apresentam amplo espectro e efeito prolongado, permanecendo eficazes por mais de seis horas após aplicação (Jalalzadeh et al., 2022).

Apesar da eficácia demonstrada e das recomendações da WHO, do ECDC, do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e DGS sobre o uso de CHG alcoólico para minimizar o risco de ILC (Wade et al., 2021; DGS, 2022; Gouda, 2025), a

iodopovidona aquosa é o soluto amplamente utilizado por alguns profissionais (Wade et al., 2021).

A seleção do antisséptico aquoso justifica-se pelo risco de incêndio ou de queimaduras associadas à retenção inadequada da solução alcoólica em superfícies ou dispositivos médicos (Wade et al., 2021).

Estudos indicam que o CHG alcoólico reduz cerca de 50% do risco de ILC, quando comparado com a iodopovidona aquosa e o mesmo se verifica quando comparado a iodopovidona alcoólica, embora com maior incerteza (Widmer et al., 2024).

Igualmente, uma análise comparativa entre o CHG com álcool 70%, a iodopovidona com álcool 70% e a iodopovidona aquosa, revelou diferenças significativas tanto a nível da eficácia como no impacto económico (Deeming et al., 2024; Yang et al., 2024).

A antissepsia da pele com CHG alcoólico demonstra superioridade em relação à iodopovidona alcoólica (Yang et al., 2024), traduzindo-se em menos 8.0% ILC por cada mil pessoas, refletindo uma poupança líquida de 151.698 euros por mil pessoas (Deeming et al., 2024).

Em contrapartida, a antissepsia com iodopovidona aquosa apresentou comportamento distinto. Apesar de ter gerado uma poupança de 37.494 euros por mil pessoas, esteve associada a um aumento de 11.6% ILC por cada mil pessoas, quando comparada com a iodopovidona alcoólica (Deeming et al., 2024).

Estes dados corroboram as revisões sistemáticas e meta-análises, que reforçam a evidência da superioridade da eficácia do CHG alcoólico em comparação com a iodopovidona aquosa em diversas cirurgias (Yang et al., 2024).

Neste sentido, uma revisão sistemática e meta-análise comparativa da eficácia de diferentes antissépticos cutâneos para prevenir a ILC, concluiu que o nível global de evidência científica é considerado moderado, conforme avaliação pelo método GRADE (Jalalzadeh et al., 2022).

Importa destacar que a incidência de eventos adversos relacionados com ambos antissépticos é baixa (Jalalzadeh et al., 2022), estimando-se cerca de 1%. Contudo, a literatura não evidenciou diferenças significativas na taxa de reações cutâneas, tais como prurido, eritema, flictenas ou eczema, entre os dois antissépticos (Wade et al., 2021).

As principais reações cutâneas adversas identificadas com maior frequência ocorreu em pessoas expostas à antisepsia da pele com iodopovidona, o que contraria a crença popular (Wade et al., 2021; Widmer et al., 2024).

Relativamente a outros eventos adversos como queimaduras associadas ao álcool sob torniquetes ou incêndios não foram identificados (Widmer et al., 2024).

Estima-se que a substituição de solutos alcoólicos por aquosos, quando motivada pela necessidade de minimizar o risco de incêndio, apresenta pouco impacto económico, traduzindo-se numa redução modesta de aproximadamente 59 euros por mil cirurgias (Deeming et al., 2024).

Para minimizar este risco de complicações iatrogénicas associado às soluções alcoólicas é recomendado que os profissionais compreendam os elementos que constituem o triângulo do fogo (fonte de ignição, combustível, comburente) no BO, permitindo identificar o risco e antecipar a implementação de medidas de precaução (Hassayoune et al., 2024).

A escolha do antisséptico deve seguir as boas práticas do quadro seis e equilibrar a efetividade na prevenção de ILC com análise do custo-efetividade, incluindo as comorbilidades das pessoas (Deeming et al., 2024; Yang et al., 2024).

Tal importância justifica-se pela eficácia do resultado do antisséptico variar de acordo com o tempo de exposição, o número de aplicações e o modo de aplicação na pele, o que contribui muitas vezes para a ausência de um consenso na literatura sobre o antisséptico mais adequado (Widmer et al., 2024).

**Quadro 6.** *Boas práticas para selecionar o antisséptico de pele no intraoperatório*

<b>Recomendação</b>	<b>Especificidades/ Justificação</b>
<b>Selecionar o antisséptico adequado e respeitar as indicações do fabricante</b>	Considerar o local da intervenção, o tipo de antisséptico, o tempo de contacto recomendado, a ação residual, a concentração, a composição e a toxicidade do soluto.
	Verificar reações alérgicas antes de aplicar antisséptico para preveni-las e garantir o bem-estar da pessoa.
	Privilegiar antissépticos de cor para facilitar a visualização da cobertura total da pele.

**Fonte:** AESOP, 2013; *Association of periOperative Registered Nurses [AORN]*, 2021; *European Operating Room Nurses Association [EORNA]*, 2023.

A preparação da pele e a delimitação do campo operatório são etapas rotineiras muitas vezes negligenciadas, apesar de se configurarem barreiras à proliferação microbiana (Chitrambalam et al., 2025).

A sua inadequada execução compromete a antissepsia da pele, colocando em risco o sucesso cirúrgico e a segurança da pessoa (Chitrambalam et al., 2025).

O princípio da antissepsia foi consolidado por *Joseph Lister*, ao considerar que a infecção é um retrocesso na medicina, onde a antissepsia é a nossa defesa. Tal como um artista necessita de uma tela limpa para criar a sua obra-prima, os cirurgiões necessitam de um campo limpo para executar intervenções cirúrgicas bem-sucedidas (Chitrambalam et al., 2025).

Esta perspetiva histórica evidencia que o sucesso cirúrgico não se resume apenas à destreza técnica, mas também exige a integração de uma cultura de segurança e de antissepsia rigorosa (Chitrambalam et al., 2025).

Esta intervenção específica contribui para a minimizar o risco de ILC, contudo a evidência não permite inferir uma relação causal direta devido à complexidade multifatorial associada à ILC (Chitrambalam et al., 2025).

Não obstante, o impacto positivo da antissepsia da pele realizada por profissionais capacitados fortalece práticas mais conscientes, críticas e fundamentadas na evidência (Chitrambalam et al., 2025).

No intraoperatório, a execução da antissepsia do local cirúrgico exige a existência de protocolos padronizados e baseados na evidência científica, que orientem a prática clínica, garantindo a correta execução do procedimento (AESOP, 2013; Paone, 2023).

Para além de promover a uniformização e a segurança, a padronização desta prática evidencia a importância de os Enfermeiros dominarem as recomendações e técnicas associadas (AESOP, 2013; Link, 2022).

Este rigor na aplicação constitui um elemento determinante para a eficácia do procedimento, prevenção de complicações e a qualidade dos cuidados prestados (AESOP, 2013; Link, 2022).

Assim, para prevenir a contaminação cruzada e garantir o cumprimento rigoroso das normas de antissepsia da pele é recomendado proceder em conformidade com as boas práticas descritas no quadro sete (AESOP, 2013; AORN, 2021, Paone, 2023; EORNA, 2023; Hassayoune et al., 2024).

**Quadro 7. Boas práticas para executar a antissepsia da pele no intraoperatório**

<b>Recomendações</b>	<b>Especificidades/ Justificação</b>
<b>Executar higiene das mãos</b>	Reduz a transmissão de microrganismos exógenos, de acordo com a Norma n.º 007/2019.
<b>Usar luvas e material estéril</b>	Assegura barreira asséptica e previne a contaminação.
<b>Executar antissepsia por equipa cirúrgica treinada</b>	A qualificação da equipa cirúrgica reduz o risco de ILC, promovendo o sucesso do procedimento cirúrgico.
<b>Reunir o material</b>	Providenciar mesa individualizada, campos estéreis, luvas estéreis, taça para antisséptico/ próprio soluto, compressas esterilizadas e pinça esterilizada.
<b>Executar movimento circular</b>	Aplicar soluto friccionando suavemente a pele, da zona mais limpa para a mais suja, sem voltar à área desinfetada, e incluir uma zona alargada para minimizar o risco de contaminação do campo operatório.
<b>Esperar secagem completa</b>	Consultar recomendações do fabricante. Para o CHG alcoólico é recomendado esperar um a três minutos.
<b>Incluir precauções com solutos</b>	Remover o excesso do soluto e escorrência, pois a humidade favorece a proliferação de microrganismos. Durante a utilização de antissépticos com álcool, para minimizar complicações, além de garantir o tempo de secagem, deve-se evitar a acumulação da solução, usar bisturi elétrico na potência mínima e campos estéreis extra à volta do local cirúrgico durante a antissepsia, descartando-os logo após término do procedimento.
<b>Registar procedimento e soluto no processo clínico da pessoa</b>	Garante a rastreabilidade, reforça a qualidade e a segurança da pessoa.

**Fonte:** AESOP, 2013; DGS, 2019; AORN, 2021, Paone, 2023; EORNA,2023; Hassayoune et al., 2024.

Em resumo, as evidências científicas disponíveis, em consonância com as recomendações internacionais e nacionais, apontam que o CHG alcoólico é antisséptico

de excelência na prevenção a ILC, devido à sua elevada eficácia e à ausência de evidência na redução na resistência dos microrganismos ao longo do tempo (WHO, 2018; DGS, 2022; Aftab et al., 2023; Calderwood et al., 2023; Deeming et al., 2024; Yang et al., 2024; ECDC, 2025).

Deste modo, está sustentada a legitimidade e a segurança das recomendações mundiais em manter este soluto como primeira escolha para antissepsia da pele no intraoperatório (Aftab et al., 2023).

Não obstante, subsistem lacunas relevantes que justificam a necessidade de estudos comparativos complementares, que incluam as variáveis cruciais como o tempo, o número e o modo de aplicação dos antissépticos, em diferentes especialidades cirúrgicas.

A elaboração de revisões sistemáticas que incluam estas variáveis, aliada a estudos multicêntricos de larga escala, revelam-se essenciais para fortalecer a qualidade da evidência científica disponível.

Paralelamente, importa aprofundar as barreiras à adesão clínica e desenvolver estratégias inovadoras que promovam a uniformização e a atualização contínua da antissepsia da pele no intraoperatório, garantindo a melhoria global da qualidade dos cuidados de saúde.

## 2. CARACTERIZAÇÃO DOS ENSINOS CLÍNICOS

Num mundo em constante evolução e transformação tecnológica, os cuidados de Enfermagem devem acompanhar as mudanças, promovendo o equilíbrio entre as necessidades emergentes da pessoa, sem perder o foco na humanização dos cuidados de saúde (Nijkamp et al., 2023).

A Enfermagem, enquanto profissão e disciplina científica autónoma, exige uma formação sólida e abrangente que permite aos profissionais responderem às necessidades individuais das pessoas, proporcionando práticas seguras e baseadas na evidência científica (OE, 2021).

O ciclo de estudos do curso de MEMC, na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, reforça a importância do desenvolvimento profissional de Enfermagem e do conhecimento científico (OE, 2021).

Consequentemente, os EC emergem como uma etapa fulcral para que o futuro EE possa vivenciar a prática profissional, permitindo desenvolver e aprimorar conhecimentos, habilidades e competências específicas essenciais (OE, 2021; Silva et al., 2020).

A transição para a Enfermagem perioperatória, no 2.º ciclo de estudos, associa-se à edificação de um alto nível de conhecimento processual e de habilidades psicomotoras e interpessoais, fundamentais para facilitar o processo adaptativo do Enfermeiro estudante, promovendo uma transição saudável que não envolve apenas a aquisição técnica, mas também a transformação pessoal e o fortalecimento da identidade profissional (Meleis, 2010; OE, 2021; Nijkamp et al., 2023).

Paralelamente às transições vivenciada pelos Enfermeiros estudantes, a pessoa envolvida no ambiente perioperatório vivencia as suas próprias transições, em particular a transição saúde-doença (Zhan et al., 2022).

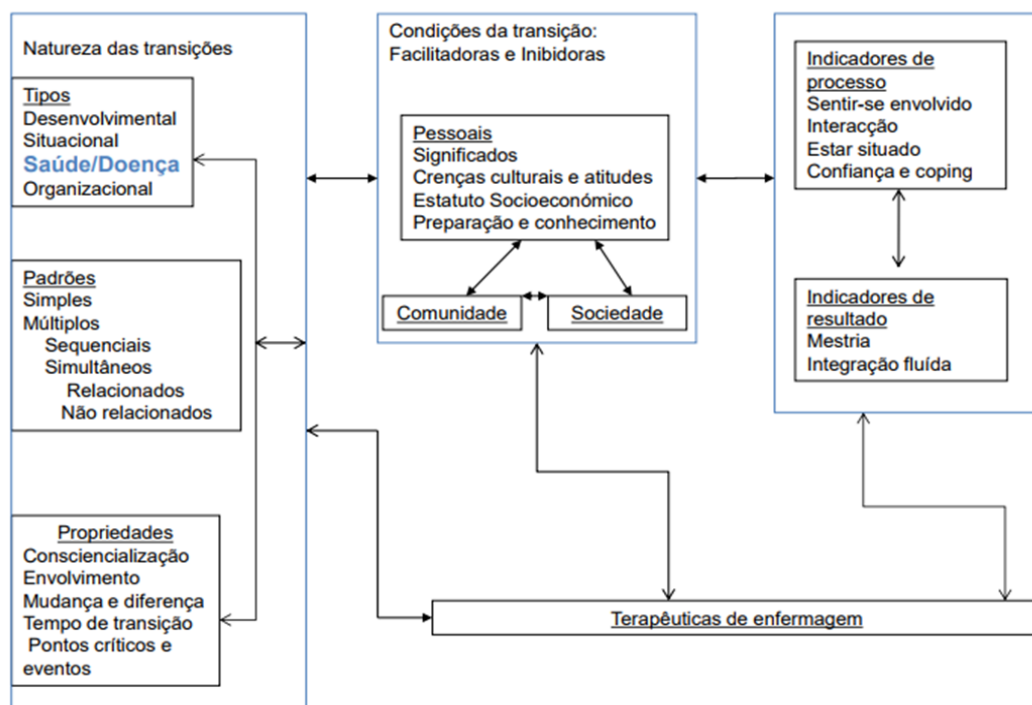
A autora da Teoria das Transições, define a transição como a passagem de um estado estável para outro estado. Este processo exige que a pessoa incorpore novos conhecimentos, comportamentos, mestria e redefinição da nova identidade (Meleis, 2010; Zhan et al., 2022).

Esta Teoria de médio alcance apresenta uma ampla aplicabilidade e inclui quatro componentes principais: a natureza das transições, as condições facilitadoras e inibidoras

da transição, os padrões de resposta e as intervenções de Enfermagem, esquematizadas na figura um (Meleis, 2010; Zhan et al., 2022).

**Figura 1.**

*Teoria das Transições*



**Fonte:** Adaptado e traduzido de Meleis, 2010, p.56; Santos et al., 2015.

A Teoria aborda quatro tipos de transição, designadamente desenvolvimental, situacional, organizacional e saúde-doença. O processo de transição é caracterizado pela sua singularidade individual, complexidade e dimensões multifacetadas que são influenciadas pela perceção da pessoa (Meleis, 2010; Santos et al., 2015; Zhan et al., 2022).

No perioperatório, esta teoria é aplicada à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica, abrangendo todas as fases de cuidado diagnóstico e terapêutico, contribuindo para a continuidade e a cooperação de cuidados. O processo colaborativo neste período permite avaliar, planear, implementar, coordenar, monitorizar e reavaliar as necessidades individuais, através da comunicação eficaz entre a pessoa e a articulação dos recursos disponíveis (Zhan et al., 2022).

Neste contexto, a pessoa vivencia processos de transição singulares, entre os quais se destaca a transição saúde-doença, que implica mudanças significativas na condição de saúde e impactos biopsicossociais que podem bloquear a adaptação da pessoa ou família

à nova realidade (Zhan et al., 2022).

Esta transição exige que os Enfermeiros tenham um papel facilitador da transição, que promovam uma experiência de cuidado personalizado e individual, o conforto, o equilíbrio e a recuperação da pessoa. Para isso, é necessário planear e implementar intervenções que assegurem a continuidade e a qualidade dos cuidados ao longo do processo de recuperação ou reabilitação, até à alta efetiva (Zhan et al., 2022).

Com o intuito de potenciar os cuidados de Enfermagem e em conformidade com a estrutura do MEMC, definida pela OE, foram realizados três EC denominados por EC I: Cuidar na Sala Operatória, EC II: Módulo 1 na CA e Módulo 2: Bloco operatório (BO) Especialidades.

O EC I decorreu entre 18 de novembro de 2024 e 27 fevereiro de 2025, representando um total de 405 horas e 15 ECTS (*The European Council for Theological Education*). O número total de horas traduziu-se em 138 horas de trabalho individual, 30 horas de orientação tutorial, 7 horas de seminário e 230 horas de estágio num BO central, num Hospital Central no Porto.

Este hospital assume o propósito de prestar cuidados de saúde de elevada qualidade, pautados pela competência, excelência, rigor profissional, investigação e inovação, sustentando o princípio da humanização dos cuidados. Além disso, pretende destacar-se como referência nacional e internacional na oferta de cuidados de saúde públicos, através do crescimento sustentável, inovação e diferenciação, com o intuito de garantir o bem-estar da população da sua área geográfica.

O BO central deste hospital é composto por treze salas operatórias, sendo três destas localizadas em diferentes pisos, uma unidade de acolhimento por cada sala operatória, uma unidade de reprocessamento de dispositivos médicos, um armazém para equipamentos técnicos, um armazém de materiais consumíveis, um laboratório de anatomia patológica, uma copa para funcionários, gabinetes, vestiários e quartos de banho.

As cirurgias eletivas realizadas neste serviço, direcionadas para os adultos e os idosos, abrangem várias especialidades como: Ortopedia, Urologia, Cirurgia Geral, Obesidade, Senologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vasculuar, Ginecologia e Dor Crónica.

A atividade de Colheita de Órgãos e de Transplantes coordenada pelo Gabinete

de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação deste hospital ocorre neste BO central. Este gabinete é responsável por todo o processo, desde a identificação do dador até ao transplante, envolvendo diversas etapas complexas que requerem a coordenação das equipas especializadas, a preservação e o transporte adequado de órgãos, bem como a garantia da compatibilidade do recetor, de acordo com o Sistema Nacional de lista de espera.

Atualmente, realizam transplantes a partir de dadores com paragem cardiorespiratória o que exige maior coordenação, rapidez, eficiência e precisão na execução do procedimento cirúrgico, reforçando a posição do hospital como centro de referência e excelência nesta área.

A sala 11, situada no piso oito, está destinada à cirurgia robótica utilizada pela Urologia, Cirurgia Geral, Ginecológica e Ortopedia.

A expansão da cirurgia robótica traz inovação e avanços nos equipamentos médicos. As principais vantagens da cirurgia robótica são a maior precisão cirúrgica, o menor desconforto, a redução do tempo de internamento hospitalar e o menor tempo de recuperação, o que melhora os resultados da pessoa e diminui a pressão sobre os recursos de saúde (Handa et al., 2024).

Esta técnica minimamente invasiva traz benefícios não só para as pessoas operadas, assim como para o sistema de saúde ao diminuir os riscos, ao reduzir a necessidade de transfusões de sangue, ao reduzir o perigo de IACS e permitindo a execução de cirurgia remota via sistemas robóticos, aumentando o acesso a cuidados especializados, reduzindo diferenças regionais e promovendo a justiça na saúde pública (Handa et al., 2024).

Dada a complexidade deste serviço é exigida a articulação específica entre equipas pluriprofissionais altamente qualificadas e o domínio da tecnologia de ponta, adequada a cada intervenção cirúrgica.

Esta complexidade exige também uma gestão sistematizada de riscos e recursos, bem como o planeamento eficiente dos cuidados, incorporando as recomendações nacionais e internacionais diariamente, para garantir a segurança cirúrgica.

Durante a fase intraoperatória, os Enfermeiros desempenham funções específicas como Enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista (Benze & Groah, 2021; Regulamento n.º 429/2018 do DR).

Este é o rácio de Enfermeiros apresentado por cada sala operatória, garantindo o suporte necessário à pessoa, à segurança e à eficácia do BO. Estes Enfermeiros atuam em colaboração estreita com o cirurgião principal, o cirurgião assistente, o anestesista, o assistente operacional e, em situações específicas, com os técnicos auxiliares de diagnóstico, garantindo um ambiente integrado e coordenado para prestar cuidados de excelência.

Globalmente, as pessoas operadas neste BO são provenientes dos serviços de internamento. Após a conclusão da intervenção cirúrgica e anestésica, são acompanhadas pelo anestesista e pelo Enfermeiro de anestesia, sendo transferidas para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, onde iniciam o pós-operatório imediato, garantindo a monitorização contínua, estabilidade clínica e a continuidade do plano de cuidados.

Este primeiro EC representou um marco importante no meu percurso académico enquanto futura EE, dada a minha inexperiência no contexto intraoperatório, proporcionando a oportunidade de fazer a translação do conhecimento teórico-prático apreendido no âmbito do mestrado para a prática clínica.

Ao longo destes meses, pude acompanhar de perto a preparação e a rotina da equipa cirúrgica multiprofissional, desenvolvendo habilidades e competências.

A minha intervenção focou-se na prestação de cuidados autónomos e interdependentes à pessoa, família ou pessoa significativa em situação perioperatória, em particular nas diversas especialidades cirúrgicas deste serviço, na maximização da segurança cirúrgica e na colaboração ativa interprofissional para a implementação do plano de cuidados, com o objetivo de ser um elemento facilitador da transição saúde-doença da pessoa.

O Módulo 1, na Unidade de Cirurgia de Ambulatório, decorreu desde o dia três até ao dia 28 de março de 2025, representando um total de 95 horas e 3,5 ECTS. O número total de horas traduziu-se em 33 horas de trabalho individual, 6 horas de orientação tutorial e 56 horas de estágio na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), num Hospital central igualmente no norte de Portugal, numa unidade satélite, com modelo autónomo de funcionamento.

As principais especialidades cirúrgicas neste EC foram a Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Ortopedia, Urologia, Ginecologia, Otorrinolaringologia, Estomatologia e Neurocirurgia.

A CA é caracterizada como a intervenção cirúrgica eletiva realizada no BO “..., sob anestesia geral, loco-regional, local ou sedação realizada em instalações próprias ou integrada em bloco operatório convencional, com segurança e de acordo com as *leges artis*, em regime de admissão e alta do doente num período inferior a 24 horas.” (Portaria n.º 97/2024/1. p.2).

A legislação portuguesa, nomeadamente a Portaria n.º 97/2024/1, o Despacho n.º 25832/2007, o Despacho n.º 30114/2008, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 159-A/2008 e o Decreto de Lei n.º 13/2009, organiza, regula a estrutura, os requisitos e o funcionamento da UCA, bem como promove a cirurgia de ambulatório como alternativa à cirurgia tradicional (Portaria n.º 97/2024/1; Decreto-Lei n.º 13/2009 do Ministério da Saúde; Despacho n.º 25832/2007 do Ministério da Saúde; Resolução do Conselho de Ministros n.º 159-A/2008).

Dadas as vantagens de CA em relação à cirurgia tradicional, na UCA a pessoa passa por quatro etapas, ou seja, pelo pré-operatório, intraoperatório, pós-operatório e *Follow-up* (Neves & Coutinho, 2019; Cruz, 2024).

Para implementar estas etapas, além dos recursos humanos, as infraestruturas devem incluir espaços adequados e organizados. Estas incluem um espaço de admissão que abrange o secretariado, a sala de espera, o vestiário e a sala de preparação.

A unidade também está equipada com gabinetes para a consulta de Anestesia e Enfermagem (Consulta pré-operatória e *Follow-up*), BO equipado, unidades de recobro pós-operatório com capacidade de recuperação imediata e pernoita. A garantia de circuitos próprios e demarcados permite otimizar a circulação de pessoas e materiais, garantindo a eficiência e humanização dos cuidados prestados nesta unidade.

No caso particular da UCA deste EC II, verifica-se o cumprimento da legislação vigente e a excelência dos cuidados prestados nesta instituição, sendo reconhecida e certificada num nível BOM, em 2023, pelo modelo internacional *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia - ACSA/DGS*.

Neste EC, vivenciei a importância do EE em todo o perioperatório, destacando que o sucesso da intervenção se inicia na estruturação adequada e no planeamento pré-operatório. A continuidade e excelência dos cuidados durante o intraoperatório e o pós-operatório, associados ao trabalho em equipa multidisciplinar são determinantes para o sucesso da transição da pessoa, influenciando significativamente a qualidade de vida da

pessoa, família e sociedade.

A experiência do estágio na UCA revelou-se altamente enriquecedora, não só pelo contacto com todas as fases do perioperatório, como também pela demonstração da multiplicidade de vantagens promovidas por este modelo, beneficiando simultaneamente a pessoa, os profissionais e a sociedade (Cruz, 2024).

Neste contexto particular, os profissionais ensinam, capacitam e empoderam todos os intervenientes no processo de transição, em particular a pessoa operada, que tem oportunidade de recuperação ou reabilitação no seu ambiente familiar. Tal situação, promove uma integração socioprofissional mais rápida, mantendo o acompanhamento pelos profissionais de saúde através do *Follow-up*.

O modelo de gestão por objetivos e responsabilização pelos resultados tem-se demonstrado eficaz na promoção de maior satisfação entre as pessoas operadas, elevando os níveis da qualidade e satisfação dos profissionais de saúde, além da otimização da eficiência operacional. Destaca-se, ainda, como motor para o reconhecimento do mérito e o desenvolvimento da melhoria contínua, alinhando as equipas cirúrgicas e o compromisso institucional (Cruz, 2024).

As experiências adquiridas permitiram o desenvolvimento profissional no perioperatório, estimulado pela autonomia, pelo pensamento crítico e a tomada de decisão fundamentada na evidência científica, possibilitando a implementação de uma abordagem individualizada, centrada nas necessidades da pessoa, da família ou pessoa significativa, em particular na CA.

O último EC II do Módulo 2 decorreu entre o dia um de abril de 2025 até ao dia 13 de junho 2025, totalizando 500 horas e 18,5 ECTS. O número total de horas repartiu-se em 170 horas de trabalho individual, 40 horas de orientação tutorial e 290 horas de estágio na sala da CP do BO central do hospital referido no EC I.

A escolha desta especialidade justifica-se pela oportunidade de acompanhar a pessoa integralmente em todo o perioperatório, uma vez que trabalho há quatro anos no internamento da CP. Deste modo, tive oportunidade de prestar um cuidado contínuo, individualizado e holístico no momento pré, intra e pós-operatório.

Os principais procedimentos cirúrgicos realizados nesta especialidade incluem intervenções reconstrutivas como a cirurgia mamária com retalhos, enxertos de pele para plastia de zonas queimadas, reconstrução de feridas malignas, plastia de feridas crónicas,

como as úlceras por pressão, entre outros exemplos.

No âmbito das cirurgias eletivas estéticas, destacam-se a lipoaspiração, mamoplastia de aumento, mastopexia, blefaroplastia e dermolipectomias abdominais, braços e coxas.

Nesta especialidade da CP, o internamento constitui o primeiro contacto da pessoa com a equipa de Enfermagem, onde é estabelecida uma relação inicial, o acolhimento e a preparação pré-operatória.

Atualmente, e infelizmente, devido à falta de recursos humanos, não existe um contacto prévio sistemático com a equipa de Enfermagem do intraoperatório. Esta visita é fundamental para estes Enfermeiros poderem também participar na preparação e acolhimento da pessoa, através do esclarecimento de dúvidas, da transmissão de informações, da transmissão de segurança e da redução da ansiedade da pessoa ou família, promovendo um cuidado mais humanizado e criando uma ponte importante para o intraoperatório menos desconhecido.

Existem autores que identificam que a visita pré-operatória constitui uma intervenção fundamental, proporcionando benefícios para a pessoa e para a equipa, através da exponenciação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos (Mendes et al., 2021).

No intraoperatório, o Enfermeiro de anestesia inicia o primeiro contacto, onde acolhe, prepara o material necessário para a indução anestésica, garante o conforto, a segurança e a monitorização contínua durante todo o procedimento (AESOP, 2013; Benze & Groah, 2021).

A Enfermeira circulante realiza a verificação prévia da sala, garantindo que todos os equipamentos e materiais estão disponíveis, adequados e esterilizados. Além disso, também coordena a gestão da sala operatória, assegura a implantação da lista de verificação de segurança cirúrgica, monitoriza a sala, apoia a equipa cirúrgica para prevenir eventuais erros e riscos, contribuindo para o sucesso, segurança e qualidade da intervenção cirúrgica (AESOP, 2013; Benze & Groah, 2021).

A Enfermeira instrumentista coopera diretamente com os cirurgiões, organizando, gerindo e controlando a instrumentação cirúrgica, antecipando as necessidades dos cirurgiões durante o procedimento cirúrgico, promovendo também um ambiente eficaz e seguro (AESOP, 2013; Benze & Groah, 2021).

Tal como noutras salas operatórias, os equipamentos e as infraestruturas procuram assegurar as condições ideais de segurança, a prevenção de infeções e o conforto térmico.

O sistema de fluxo laminar, a iluminação adequada, a mesa cirúrgica, os equipamentos completos para procedimentos cirúrgicos, os monitores, os equipamentos anestésicos, o material de emergência, bisturi elétrico com aspiração de fumos, entre outros elementos, estão presentes e são essenciais para um ambiente cirúrgico adequado e seguro.

No término do intraoperatório, a pessoa é transferida para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésica, integrando a recuperação segura e confortável até que reúna as condições otimizadas e necessárias para retomar ao internamento da CP.

Partindo do meu percurso profissional e das vivências na prática clínica, a ILC foi um dos meus focos de atenção de Enfermagem. Este interesse levou à identificação dos riscos e necessidades da pessoa, à elaboração de diagnóstico de Enfermagem, ao planeamento e implementação de intervenção, onde posteriormente foram avaliadas a eficácia das intervenções.

Diante dos desafios emergentes e a complexidade do ambiente perioperatório, tornou-se vital desenvolver competências específicas que habilitem os Enfermeiros a assumir responsabilidades ampliadas, tomar decisões mais complexas e proporcionar cuidados mais eficazes e seguros baseados na evidência científica (Lopes et al., 2018; OE, 2021; Regulamento n.º 429/2018 do DR).

Partindo destas premissas, o ensino superior assume um papel fundamental na formação de Enfermeiros capazes de responderem às necessidades das pessoas e contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória (OE, 2021). Partindo do programa do MEMC, passo a apresentar as competências comuns desenvolvidas e adquiridas neste percurso formativo.

### **3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA**

Os cuidados de saúde, inclusive os cuidados de Enfermagem, assumem extrema importância e exigência técnica e científica, onde a diferenciação e a especialização abrangem a generalidade das profissões em saúde (Regulamento n.º 140/2019 do DR).

No âmbito do MEMC, é exigido aos Enfermeiros o aperfeiçoamento de competências transversais e comuns. Estas competências são aplicáveis a todos os contextos de cuidados de saúde, envolvendo diversas dimensões como a educação da pessoa, família e pessoa significativa, a orientação, o aconselhamento, a liderança, a capacidade para descodificar, disseminar e investigar, com o intuito de melhorar continuamente e inovar as práticas de Enfermagem (Regulamento n.º 140/2019 do DR).

Para tal, o EE deve evidenciar quatro domínios, entre eles a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 do DR).

#### **3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL**

O primeiro domínio engloba o desenvolvimento de práticas profissionais, respeitando as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional com o propósito de respeitar os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019 do DR).

A consciência cirúrgica é

um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável (Regulamento n.º 429/2018 do DR, p.19366).

Assumir esta consciência implicou uma vigilância ativa, bem como uma tomada

de decisão, responsabilidade e compromisso constante com a segurança, dignidade, privacidade, confidencialidade e direitos da pessoa, através de um compromisso contínuo com a nossa profissão.

A implementação de intervenções baseadas na evidência, orientadas pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017), permitiram garantir a satisfação da pessoa/ família, promover a saúde, prevenir complicações, maximizar a segurança, assegurar o bem-estar, readaptação funcional e a autonomia para o autocuidado.

O cumprimento dos princípios éticos, legais e deontológicos foram assegurados em conformidade com o Regulamento n.º 429/2018 e o Regulamento n.º 140/2019, ambos publicados no DR, bem como em observância à Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* [UNESCO], 2006), à Lei n.º 15/2014 do DR, e à demais legislação vigente aplicável ao contexto perioperatório nos três EC.

Para garantir a integridade e a qualidade da prática profissional, também recorri ao Código Deontológico dos Enfermeiros, reconhecido como um instrumento legal que estabelece os direitos, deveres, princípios, infrações e penalidades relacionados com a conduta profissional (OE, 2015), para orientar a tomada de decisão e avaliação crítica, dos indicadores de processo e de resultado decorrentes das decisões tomadas.

Complementarmente, para aprofundar essa reflexão, adotei o ciclo de *Gibbs*, um modelo teórico que requer uma escrita critico-reflexiva, composto por seis etapas, descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano da ação (Peter L., 2016).

A escrita critico reflexiva, fundamentada na evidência científica, foi guiada pelo ciclo de *Gibbs*, o que permitiu compreender a importância da gestão de recursos e equipamentos no quotidiano do EE, consolidar boas práticas e demonstrar capacidade de liderança na tomada de decisão.

O desenvolvimento da sensibilidade ética expressa-se na capacidade de identificar dilemas éticos, assim como na compreensão das necessidades emocionais em situações de vulnerabilidade, respondendo com responsabilidade e empatia às necessidades da pessoa e família (Nazari et al., 2025; Johnston, 2025).

Esta competência manifestou-se através de comportamentos de cuidado, aliados à comunicação eficaz e terapêutica, contribuindo significativamente para a prestação de

cuidados de qualidade, seguros e éticos.

Aprofundar esta sensibilidade, no intraoperatório, foi fundamental para combinar as capacidades cognitivas, emocionais e relacionais que orientaram a tomada de decisão. Com base nas intervenções intencionais pautadas pela empatia, escuta ativa, respeito, compaixão e aceitação, promovi um ambiente acolhedor e seguro no BO (Nazari et al., 2025).

A título de exemplo, com a aplicação de um lençol quente sob o corpo da pessoa, após transferência para a mesa cirúrgica, promovi o desenvolvimento das capacidades anteriormente mencionadas, articulando a consciência cirúrgica com a transformação da comunicação não verbal num instrumento de humanização dos cuidados.

No momento de entrada no BO, a transferência para a mesa operatória é marcada por emoções negativas, como por exemplo o medo, ansiedade, vergonha e nervosismo, expressas no rosto, na postura e no silêncio de quem observa e tenta assimilar tudo o que se passa à sua volta.

Dada a observação da transformação da emoção presente, através do processo de Enfermagem e da simples intervenção intencional anteriormente referida, consegui obter sorrisos, gestão emocional, relaxamento corporal, privacidade, dignidade, colaboração no posicionamento e agradecimentos.

Desta forma, o momento de transição do pré-operatório para o intraoperatório transformou-se num ambiente mais confortável e seguro, demonstrando que os profissionais se encontram comprometidos em cuidar da vulnerabilidade de quem, num ato de coragem silenciosa, aceitou de forma livre e esclarecida ser operada, confiando na equipa multidisciplinar.

O respeito e o desenvolvimento de uma atmosfera de cuidado foram habilidades éticas essenciais no BO. O trabalho de equipa harmonioso transmitiu cuidado, dignidade e segurança à pessoa, sendo a comunicação a ferramenta vital para garantir a segurança e o bom funcionamento da equipa (Hanssen et al., 2020).

Além dos exemplos apresentados, globalmente, as minhas intervenções foram orientadas pelo respeito à dignidade humana, à vida, à autodeterminação, aos princípios éticos, aos direitos da pessoa e família, assim como ao bem-estar e à segurança dos cuidados em todos os EC.

Deste modo, o ambiente perioperatório complexo estimulou o desenvolvimento

desta competência comum e a minha postura crítico-reflexiva durante os EC.

### 3.2.DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

O segundo domínio, a melhoria contínua da qualidade é um eixo motriz que permite o EE dinamizar o desenvolvimento e suporte da melhoria dos cuidados prestados, permitindo-o acompanhar os avanços tecnológicos e superar os desafios no quotidiano com base na evidência científica e nos padrões de qualidade do EE (OE, 2017; Regulamento n.º 140/2019 do DR).

No contexto perioperatório em que os cuidados de saúde são prestados pela equipa interdisciplinar é fundamental que os enfermeiros possuam qualidades humanas, excelentes competências interpessoais e sociais, bem como capacidade de liderança e de comunicação eficaz (Salazar, 2022).

Deste modo, a comunicação representa uma ferramenta vital e transversal a todos os momentos no perioperatório para garantir a segurança e o bom funcionamento da equipa (Hanssen et al., 2020). Aliada a esta ferramenta, importa manter o compromisso com os mais altos padrões de qualidade e segurança, contribuindo para a manutenção das respostas fisiológicas, a redução dos riscos e maximização da segurança e da qualidade cirúrgica (Van Wickin, 2020; Benze & Groah, 2021).

Nesse sentido, procurei continuamente e gradualmente ao longo dos EC desenvolver uma prática baseada na evidência, orientada por normas, *guidelines* e protocolos nacionais e internacionais, reconhecendo que esta abordagem foi essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Desenvolver o meu conhecimento nesta especialidade e partilhá-lo com a equipa recetiva e curiosa pela transformação permitiu-me não só melhorar a minha prática de cuidados, bem como fomentar reflexões críticas baseadas na evidência e, consequentemente, fortalecer a cultura de aprendizagem mútua.

Com a ampliação exponencial dos conhecimentos e habilidades desenvolvidas ao longo dos EC, articulados com a Teoria das Transições e o processo de Enfermagem, tive oportunidade de desenvolver ações de partilha e de formação com o intuito de mobilizar, avaliar, orientar, planear e liderar processos de melhoria contínua (Ramos et al., 2025).

Durante o EC I, identifiquei a possibilidade de melhorar a gestão de recursos

materiais, nomeadamente os soros de fluidoterapia no pré-operatório.

Através da reflexão pautada no ciclo de *Gibb*, partilhei com a equipa e com a chefia os benefícios juntamente com a proposta para ajustar o protocolo de fluidoterapia. Esses ajustes incluem o planeamento da hidratação via oral, conforme recomendado na literatura, a substituição do soro glicosado a 5% pelo soro de cloreto de sódio a 0.9%, exceto quando indicado optar pelo soro glicosado a 5%, e a aplicação da rede tubular elástica somente no pós-operatório.

Esta proposta permitiu garantir a segurança da pessoa, melhorar a gestão dos recursos disponíveis e minimizar desperdícios, promovendo a sustentabilidade ambiental e económica do hospital.

Considerando que a minha primeira experiência de estágio se desenvolveu maioritariamente no intraoperatório e minha atividade profissional se desenvolve no internamento cirúrgico, os objetivos planeados para EC II, no Módulo 1, foram orientados no sentido de percorrer todo o perioperatório da UCA.

Na primeira semana do Módulo 1, identifiquei que existia oportunidade de melhoria nos registos de Enfermagem e na entrega da segunda esponja com CHG 2% a 4%, na consulta presencial pré-operatória da CA.

Para compreender as principais barreiras à adesão destas duas práticas, elaborei um questionário no *Google Forms* e apliquei-o à equipa de Enfermagem.

Numa amostra de 23 Enfermeiros desta UCA, a principal barreira identificada à adesão aos dois banhos com CHG foi o desconhecimento na Norma da DGS, relativamente aos “Feixes de Intervenção”, correspondendo a 30,4%.

Outras barreiras incluíram a inexistência desta intervenção padronizada no serviço (26,1%), considerarem um banho suficiente (21,7%), a Norma estar desatualizada no serviço (13%), a inexistência de vigilância epidemiológica no serviço (4,3%) e não haver *stock* suficiente de CHG no serviço (4,3%).

Em relação aos registos de Enfermagem na consulta presencial pré-operatória da CA a principal barreira identificada foi a falta de padronização nesta consulta, correspondendo a 65,2%.

As restantes barreiras identificadas incluíram a ausência de formação no Sclínico (13%), a perceção de que o registo é redundante com o de outros profissionais (8,7%), a falta de tempo (4,3%) e não considerarem relevante esse registo (8,7%).

O ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) ou de *Deming* foi a ferramenta de gestão selecionada e útil para orientar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, fortalecer a capacidade do trabalho em equipa, aumentar a satisfação da pessoa cuidada, melhorar a eficiência dos cuidados e a reputação hospitalar (Pan & Duan, 2022).

Posto isto, com recurso ao ciclo PDCA planeie o “Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem na unidade de cirurgia de ambulatório: Consulta presencial pré-operatória”, com o objetivo de obter uma adesão à documentação das intervenções de Enfermagem igual ou superior a 85% do conhecimento e capacidades da pessoa no processo clínico (Sclínico), e ainda, obter uma adesão igual ou superior a 85% dos dois banhos no pré-operatório.

Neste âmbito, planeei o plano de sessão, a apresentação *PowerPoint* para a formação direcionada à equipa de Enfermagem, a folha de presença e o questionário de avaliação da ação de formação.

No dia 28 de março de 2025, dado a cumprimento exímio do cronograma estabelecido no início deste EC tive a oportunidade de implementar e avaliar a ação de formação.

A partir deste dia, ficou aprovado pela Enfermeira Gestora da CA, o início da entrega das duas esponjas com CHG e o registo do foco conhecimento na consulta presencial pré-operatória. A EE tutora, em articulação com a chefia e restante equipa, assumiu o compromisso de garantir a continuidade do projeto, assegurando a implementação e monitorização das medidas definidas.

A formação e o treino regular dos Enfermeiros são extremamente importantes neste domínio da qualidade, porém é necessário uma monitorização contínua e *feedback* (Shin e Kim, 2024).

Devido ao curto período de tempo deste EC, não foi possível quantificar os resultados. Contudo, ficou estabelecido no projeto uma avaliação a curto prazo para outubro de 2025, estimando-se um aumento mensal de 10% a 15% nas duas intervenções.

No momento de auditoria ao serviço será realizada a avaliação a longo prazo, momento em que se espera ter alcançado os objetivos, dando a continuidade do projeto através da partilha e divulgação dos indicadores, reconhecendo o seu sucesso na melhoria dos cuidados prestados nesta UCA.

Este projeto de melhoria contínua prevê, para além de garantir a conformidade com as orientações nacionais e internacionais sobre a prevenção de ILC, também se destina a promover a valorização dos registos e das intervenções de Enfermagem, bem como evidenciar o papel central dos EE no perioperatório, nomeadamente na orientação, planeamento e liderança da segurança, da eficiência e da qualidade dos cuidados prestados.

No último EC, durante a observação do intraoperatório da especialidade da CP, constatei na primeira semana, através do instrumento de auditoria clínica interna da Norma Clínica 020/2025 (DGS, 2022, p.22-23), a utilização frequentemente a iodopovidona aquosa a 10% como antisséptico, em detrimento do CHG a 2% em álcool.

Comparativamente a outras especialidades cirúrgicas observadas no primeiro EC, o CHG alcoólico foi o antisséptico frequentemente utilizado devido à eficácia comprovada na diminuição de ILC e ação prolongada (Wade et al., 2021).

Relativamente à prevenção de ILC, a literatura identifica que há maior adesão às medidas preventivas no pré-operatório, existindo mais lacunas na adesão da implementação das recomendações inerentes ao intraoperatório e pós-operatório (Braga et al., 2021), o que também se corrobora na experiência vivenciada no perioperatório da CA e na prática diária no internamento da CP.

O desconhecimento e a inexistência de um marcador de pele resistente à CHG alcoólico no serviço de CP foram as principais barreiras identificadas à adesão a este soluto.

Atendendo aos recentes avanços, a indústria passou a disponibilizar um marcador de pele dez vezes mais resistente ao CHG alcoólico (Viscot Medical, 2024).

Nesse contexto, foi estabelecido contacto com uma marca já comercializada na instituição, o que viabilizou a gestão deste recurso, bem como a obtenção de amostras deste marcador específico, ainda pouco divulgado em Portugal.

O facto da marca já se encontrar disponível na instituição constituiu um fator facilitador para garantir o cumprimento de normas legais e administrativas decorrentes do Código dos Contratos Públicos e demais legislação aplicável neste domínio, culminando na aprovação do produto pela Diretora do BO central.

Para introduzir este marcador específico e o CHG alcoólico na CP comecei por elaborar um póster para sensibilizar a equipa e, posteriormente, com objetivo de capacitar

a equipa cirúrgica, planeei uma ação de formação sobre a antissepsia da pele.

No mês de junho de 2025 foi possível implementar e avaliar a ação de formação, superando os objetivos inicialmente definidos no meu projeto de autoformação do EE, potenciando a minha capacidade de melhoria contínua nesta especialidade.

Esta formação contemplou a revisão das intervenções para prevenir a ILC, recomendadas a nível nacional e internacional, a comparação de dois solutos antissépticos, as boas práticas para aplicação dos solutos, a existência do marcador resistente ao CHG alcoólico e a importância do registo adequado das intervenções para a produção de indicadores fiáveis, permitindo monitorizar práticas, divulgar resultados e fornecer um feedback aos profissionais e gestores sobre a eficácia e adesão das medidas que promovem a melhoria contínua.

Face aos resultados da primeira ação de formação multidisciplinar da CP, surgiu a proposta de replicar a sessão a todos os Enfermeiros do intraoperatório, exigindo a adaptação do plano de sessão e da apresentação.

Depois das ações de formação e ultrapassar as barreiras identificadas, no dia nove de junho de 2025, a CP iniciou o primeiro uso de CHG alcoólico como antisséptico no intraoperatório, sem intercorrências, e globalmente o *feedback* foi positivo.

As implicações para a pessoa operada só serão possíveis avaliar posteriormente, mas com esta melhoria espero ter sido um elemento facilitador na diminuição da ILC, trazendo mais segurança, qualidade e inovação para esta especialidade cirúrgica.

Note-se que, o registo da solução antisséptica utilizado no intraoperatório continua a ser realizado na folha de registos de Enfermagem do BO central, podendo ser um elemento dificultador da monitorização e da comparação da frequência de utilização do CHG alcoólico. Acresce que, aliada a esta dificuldade, ainda é necessário consultar o processo físico e individual de cada pessoa operada para obter indicadores concretos.

Como sugestão, considero pertinente a integração desta intervenção, bem como o registo do antisséptico utilizado, diretamente no Sclínico, de modo a facilitar a monitorização e garantir a fiabilidade na colheita dos dados, permitindo a produção de indicadores passíveis de quantificar a melhoria da qualidade e potenciando a sua utilização na investigação.

### 3.3.DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

O terceiro domínio, refere-se à gestão dos cuidados de Enfermagem, envolvendo a organização eficiente do trabalho em equipa e a coordenação integrada com a equipa de saúde pluridisciplinar. Esta competência exige que o EE adapte a sua liderança e a gestão dos recursos disponíveis, em conformidade com as necessidades específicas, sempre com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019 do DR).

Particularmente, o EC I e III permitiram confirmar que o BO é simultaneamente uma das principais fontes de rendimento hospitalar e ao mesmo tempo uma das maiores fontes de despesa, o que o torna particularmente sensível em termos de eficiência. Deste modo, a gestão mais adequada torna-se a chave crítica para o sucesso hospitalar, exigindo um equilíbrio entre a qualidade dos cuidados e a otimização dos recursos disponíveis, bem como a contenção de custos (Gomes et al., 2020).

Os enfermeiros que trabalham no BO integram diversas atividades, muitas vezes vertidas nos cuidados indiretos, num ambiente altamente complexo e exigente. A gestão dos cuidados de Enfermagem no perioperatório permite assegurar a qualidade, a segurança, a eficiência do BO e, ainda, a gestão de situações de crise, numa perspetiva sistémica de contínua pluridisciplinaridade (Gomes et al., 2020).

Neste âmbito desenvolvi competências de planeamento, organização, proatividade e visão estratégica. Estas competências permitiram-me priorizar as necessidades identificadas, dar continuidade ao plano de cuidados, otimizar o processo de cuidados, gerir recursos e articular-me com a equipa multidisciplinar em todos os EC.

A comunicação clara, completa, atempada e eficaz para com a equipa interdisciplinar garantiu a coordenação das intervenções interdependentes. Igualmente, permitiu desenvolver a capacidade de delegar tarefas e transferência de cuidados ao longo do perioperatório.

A padronização da técnica ISBAR (I-Identificação, S-Situação Atual/Causa, B-Antecedentes/ Anamnese, A-Avaliação, R-Recomendações) na CA permitiu uma passagem de informações essenciais de forma estruturada e rápida, promovendo o pensamento crítico para tomar decisões rápidas e seguras, minimizando os eventos adversos. Desde o primeiro EC, recorri e partilhei esta técnica, que aplico

consistentemente à minha prática diária, confirmando a sua eficácia na melhoria da comunicação e na continuidade de cuidados seguros.

Na transição de cuidados de saúde recorri a outras estratégias facilitadoras da comunicação, como por exemplo, o preenchimento de *checklist* e a documentação das intervenções no SClínico.

Estas estratégias comunicacionais permitiram negociar, delegar cuidados e identificar a necessidade de referenciação para outros profissionais ou especialidades.

A oportunidade de integrar algumas vezes na equipa de colheita de órgãos permitiu-me, inicialmente no EC I, observar atentamente os cuidados e a dinâmica entre especialidades neste contexto altamente especializado. Posteriormente, no EC II/ Módulo 2, nesta especialidade tive a oportunidade de intervir como Enfermeira circulante, o que constituiu um desafio altamente pertinente para o meu desenvolvimento, dada a complexidade e exigência deste tipo de intervenção.

A colheita e a preparação dos órgãos para transplante exigem uma gestão precisa e articulada de recursos humanos, materiais e tecnológicos, convocando competências de organização, liderança, pensamento crítico e tomada de decisão célere neste contexto.

Estas experiências permitiram-me não só aprimorar competências essenciais como a comunicação assertiva, mas também liderar a coordenação interprofissional, fundamental para garantir a gestão eficiente de recursos, tal como a fluidez e a segurança cirúrgica durante o procedimento.

Também, a gestão eficaz dos dispositivos médicos no perioperatório exigiu um equilíbrio entre tecnologia, capacitação de equipas e boas práticas operacionais, sendo evidenciadas através da prevenção de complicações, da introdução da inovação, da gestão de recursos e do trabalho em equipa rumo à eficiência, segurança e qualidade dos cuidados prestados.

O simples ato, intrínseco à minha prática de cuidados, de repor material, controlar validade, preparar o material, gerir empréstimos, assim como manter os materiais e equipamentos arrumados nos locais habituais, contribuiu diretamente para a eficiência dos processos. Assim sendo, garanti o acesso imediato aos recursos necessários, diminuí os desperdícios e minimizei o risco de falhas ou atrasos nos cuidados.

Os momentos de aprendizagem e consolidação deste domínio, nos três EC, permitiram a adequação de recursos às situações e aos contextos distintos, e, ainda, a partilha de conhecimentos e experiências.

### 3.4.DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

No quarto domínio, o EE fortalece a sua prática clínica com autoconhecimento e habilidades essenciais para estabelecer relações terapêuticas e multiprofissionais. Este fundamenta a sua *praxis* clínica no conhecimento válido e atualizado, mas também assume um papel facilitador nos processos de aprendizagem e intervenção ativa na investigação (Regulamento n.º 140/2019 do DR).

O meu percurso de aprendizagem contínuo e autónomo foi marcado pelo meu compromisso tanto com a pessoa e a família no contexto perioperatório, assim como com a profissão, reconhecendo que o autoconhecimento e a assertividade são fundamentais neste ambiente caracterizado pela especificidade e pela exigência técnico-científica emocional.

A partir das minhas necessidades formativas procurei e analisei diversos documentos, como normas, Decretos-Lei e artigos orientados para a prática baseada na evidência, promovendo uma prática fundamentada e atualizada, em consonância com esta competência.

A gestão de tempo, o planeamento de objetivos SMART: Específicos, Mensuráveis, Atingíveis, Relevante e Temporalmente oportuno (Johnston, 2025), a elaboração de cronogramas para cada EC e a construção de um diagrama de *Gantt* foram ferramentas que contribuíram para a minha organização, planeamento, gestão de atividades e superação de objetivos em cada EC. Deste modo, aprimorei as minhas aprendizagens de forma sistemática e eficiente.

Os momentos de reflexão e avaliação com todas as EE tutoras e as professoras foram importantes para consolidar aprendizagens, identificar oportunidades de melhoria e ajustar estratégias, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo neste processo de transição para o EE do contexto perioperatório.

Ao reconhecer gradualmente as minhas necessidades de aprendizagem, os meus limites e emoções, consegui estabelecer relações terapêuticas e multiprofissionais mais consistentes, promovendo um ambiente de trabalho saudável e colaborativo, mesmo em situações adversas.

No âmbito deste domínio, a formação contínua permitiu-me alicerçar o processo de tomada de decisão e adequar as intervenções, sendo possível partilhar conhecimento com a equipa multidisciplinar.

A título de exemplo implementei ações de formação em serviço e participei na publicação de pósteres científicos em Congressos. Nas Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronésia, tive a oportunidade de apresentar uma comunicação livre intitulada por “Empoderamento da Pessoa no Perioperatório e a Enfermagem do Futuro: Estudo de Caso”, assumindo um papel ativo no campo da investigação.

A construção da minha identidade profissional enquanto futura EE, no contexto perioperatório foi potenciado pela procura de experiências enriquecedoras, pela perseverança, pela superação de objetivos, aliada ao suporte familiar, ao acompanhamento atento das orientadoras, ao apoio dos colegas de equipa do meu serviço, bem como pela colaboração interdisciplinar vivenciada com todos os elementos.

Em resumo, todos os EC revelaram-se essenciais e complementares, possibilitando o desenvolvimento progressivo e a integração das competências comuns do EE, com destaque para o cumprimento das normas deontológicas, o aprofundamento de aprendizagens pessoais e profissionais, bem como a melhoria contínua e a gestão de cuidados no contexto perioperatório.

#### **4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA**

Nesta área de especialização, o foco do cuidado é dirigido à pessoa, família ou pessoa significativa que vivenciam transições de saúde/doença que necessitam, escolhem e aceitam ser submetidas a procedimentos anestésicos e cirúrgicos (Regulamento n.º 429/2018 do DR).

Estes cuidados abrangem as fases do pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, com o objetivo de melhorar o estado de saúde da pessoa ou melhorar a qualidade de vida, apesar do estado de vulnerabilidade e de riscos a que se submetem (Regulamento n.º 429/2018 do DR).

Dado este contexto, ao EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, acresce duas competências específicas, nomeadamente o cuidar da “pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa” e o maximizar a “segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica” (Regulamento n.º 429/2018 do DR, p.19360), que lhe permite prestar cuidados diferenciados.

##### **4.1.CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E RESPETIVA FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA**

O cuidado holístico protege, promove e preserva a humanidade (Meleis, 2010; Oliveira et al., 2020). Nesse sentido, o cuidado de Enfermagem é um processo dinâmico que requer a construção de uma relação de ajuda e de confiança (Oliveira et al., 2020).

O cuidado à pessoa em situação perioperatória foi enriquecido pela minha experiência profissional no internamento cirúrgico, sendo este percurso continuamente desenvolvido e aprimorado ao longo do mestrado.

Desenvolver esta competência específica implicou dominar três unidades de competências. A capacitação da pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica, a promoção de cuidados à pessoa em situação perioperatória e o desenvolvimento de intervenções de Enfermagem numa perspetiva interprofissional

(Regulamento n.º 429/2018 do DR) permitiram aprofundar o cuidado específico do EE, nos três EC, onde irei apresentar sucintamente a sua consolidação progressiva.

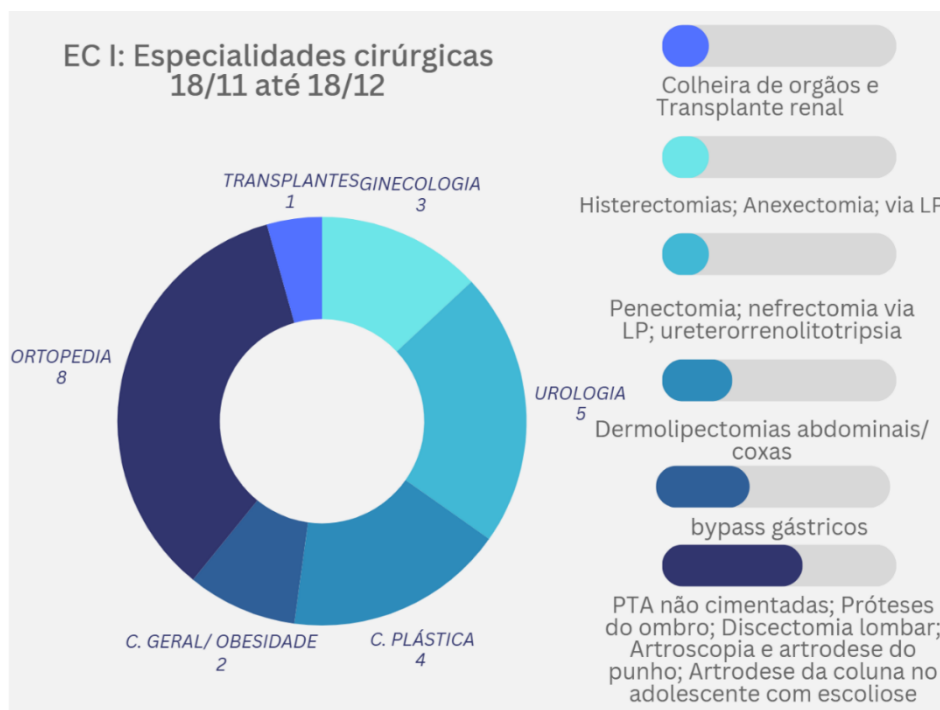
O primeiro EC decorreu no momento intraoperatório, onde o Enfermeiro desenvolve a sua atividade profissional, prestando cuidados de qualidade à pessoa como Enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista (Benze & Groah, 2021; Regulamento n.º 429/2018 do DR).

Partindo da premissa que, neste contexto específico, é exigido ao Enfermeiro um conhecimento especializado sobre orientações e normas de cuidados relacionados com a cirurgia, a anestesia, os procedimentos invasivos, os equipamentos cirúrgicos e os instrumentais, sem esquecer a prevenção de riscos e a segurança da pessoa (Salazar, 2022), tive a necessidade de organizar e planear o meu trajeto de aprendizagem.

Para tal, dada a minha inexperiência prática no intraoperatório, iniciei o cuidar da pessoa, família e pessoa significativa nas diversas especialidades cirúrgicas como Enfermeira de anestesia, durante um mês, de acordo com a figura dois elaborada.

**Figura 2.**

*Distribuição do número de cirurgias por especialidades no EC I*



O Enfermeiro de anestesia desempenha uma intervenção importante na equipa cirúrgica, em estreita colaboração com o anestesiológico, tendo competências e conhecimentos especializados, que o habilitam na administração de fármacos, na

abordagem da via aérea, na avaliação, na interpretação e na intervenção em situações de complicações ou emergências anestésicas (Benze & Groah, 2021).

O meu processo de aprendizagem foi significativamente enriquecido pela contribuição ativa das equipas cirúrgicas, o que possibilitou compreender através da observação, leitura e reflexão crítica, as intervenções inerentes ao Enfermeiro de anestesia.

Gradualmente, considerando a minha dedicação e envolvimento por esta área, permitiram-me praticar assim como o treinar as suas habilidades e competências, fortalecendo a minha preparação e capacitação profissional, sob supervisão clínica.

No pré-operatório está recomendada uma avaliação global do perfil de saúde da pessoa, contemplando os antecedentes pessoais, a medicação habitual, as terapias habituais, o estado clínico atual e as alergias. Com base nesta avaliação e de acordo com a classificação do risco clínico, devem ser solicitados os meios complementares ao diagnóstico (Norma nº 029/2013 da DGS).

Quanto maior o risco clínico, mais exames complementares serão necessários para garantir o planeamento e a segurança da pessoa (Norma nº 029/2013 da DGS).

Ademais, importa cumprir e verificar alguns requisitos, tais como o consentimento informado por escrito, o tempo de jejum, a última medicação e a preparação da pele pré-operatória (WHO, 2009).

Na prática clínica, verifica-se o cumprimento de todos os pré-requisitos, expressando um cuidado ético, onde o cumprimento das recomendações legais e normativas constituem uma dimensão essencial para refletir o compromisso com a segurança da pessoa, respeitando a sua dignidade, a sua autodeterminação e os seus direitos.

Através da validação das *checklists* do carro de anestesia e da *checklist* da pré-operatória, verifiquei os pré-requisitos necessários para iniciar o procedimento anestésico e cirúrgico com segurança. Estas ferramentas de verificação têm demonstrado um impacto positivo na redução de riscos e na promoção da continuidade dos cuidados seguros (Andrade et al., 2025).

Não obstante a anestesia geral balanceada ser a estratégia mais comumente utilizada, a anestesia e analgesia multimodal constituem vantagens na medida em que maximizam o efeito desejado, com menos efeitos secundários (Brown et al., 2018;

Valente et al., 2025). Junto das equipas pluridisciplinares tive a oportunidade de refletir sobre os benefícios da anestesia e analgesia multimodal, uma vez que já uma prática adotada.

O procedimento anestésico constitui um momento de risco e de elevada vulnerabilidade para a pessoa operada por diversos motivos. Dependendo do tipo de anestesia, os principais riscos podem incluir hipóxia, aspiração, hipotensão ou hipertensão, taquicardia ou bradicardia, hipotermia, *delirium*, reações ou interações farmacológicas que são um potencial risco de vida (WHO, 2009; Apfelbaum et al., 2022; Aldecoa et al., 2024).

Perante os diversos riscos procurei promover cuidados centrados nas necessidades de cada pessoa, recorrendo frequentemente ao processo de Enfermagem e à evidência científica.

A avaliação e a monitorização contínua permitiram garantir a estabilidade clínica, assim como antecipar situações de impossibilidade e de instabilidade. A leitura dinâmica dos parâmetros clínicos aliada ao conhecimento necessário para desempenhar o papel do Enfermeiro de anestesia, assim como o domínio da farmacocinética e farmacodinâmica foram essenciais para prevenir e gerir riscos.

Neste contexto, atuar como Enfermeira de anestesia implicou não só a vigilância ativa e multidimensional, mas também implicou gerir a comunicação, cooperar com a equipa, cuidar da pessoa, prevenir erros, gerir riscos, gerir via aérea e suporte ventilatório, assegurar material, administrar fármacos e hemoderivados, gerir dor, assim como prevenir náuseas, vômitos e *delirium* pós-operatório (WHO, 2009; Benze & Groah, 2021; Apfelbaum et al., 2022; Aldecoa et al., 2024).

Os registos de Enfermagem foram documentados em suporte de papel e transmitidos oralmente, garantindo a continuidade dos cuidados. Para tal, assegurei a continuidade da monitorização contínua, da gestão da dor, da administração de medicamentos, a identificação da presença de dispositivos, de pensos cirúrgicos, bem como as recomendações necessárias para assegurar o bem-estar da pessoa.

Os registos eletrónicos de Enfermagem são uma prática atual, impulsionada pelo avanço tecnológico na saúde, que permite partilhar informações inerentes cuidados perioperatórios e garantir a sua qualidade dos mesmos (Moura e Mota, 2024).

Contudo, no intraoperatório, a documentação ainda é predominantemente realizada em suporte de papel. Esta realidade aliada às particularidades do BO e ao ritmo acelerado, impõe um desafio frequente aos EE, que devem garantir a precisão, completude e tempestividade dos registos, sem comprometer a segurança dos cuidados.

A documentação eletrónica dos registos dos três enfermeiros do intraoperatório é vital para traduzir o desempenho profissional e contribuir para a investigação científica, sustentando a prática baseada na evidência e a melhoria contínua (Moura e Mota, 2024).

A transição para o papel de Enfermeira circulante e instrumentista voltou-me a tirar da nova área de conforto enquanto Enfermeira de anestesia.

O Enfermeiro circulante colabora com toda a equipa intraoperatória, utilizando o processo de Enfermagem para fornecer, coordenar e documentar os cuidados à pessoa submetida ao procedimento cirúrgico. Este supervisiona e avalia todas as atividades que decorrem dentro do BO, bem como executa diretrizes e intervenções imediatas em situações urgentes ou emergentes (Benze & Groah, 2021).

Este Enfermeiro atua de forma complementar e integrada com o Enfermeiro instrumentista (Benze & Groah, 2021).

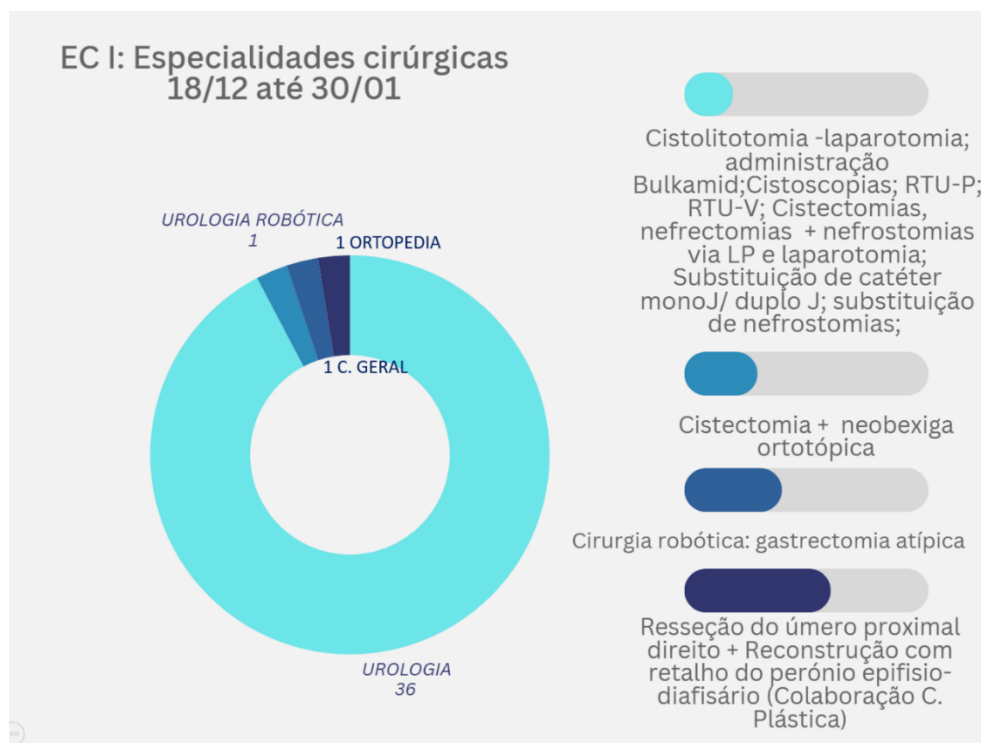
O Enfermeiro instrumentista domina o cuidado e manuseio de instrumentos e tecidos, sob o campo estéril, com o uso de técnicas assépticas. Este conhece o procedimento, antecipando as necessidades do cirurgião a nível de instrumentos cirúrgicos e equipamentos médicos necessários para cada procedimento (Benze & Groah, 2021).

No sentido de otimizar a minha aprendizagem e a segurança cirúrgica, juntamente com a tutora deste EC, decidiu-se focar estas intervenções numa especialidade cirúrgica, elegendo a urologia, devido à variedade de experiências e de procedimentos.

Durante esta especialidade, aprofundei não só as competências destes Enfermeiros, mas também as particularidades da urologia, da sala operatória, dos materiais e dos equipamentos. Além disso, aprofundei o conhecimento científico e técnico inerente aos procedimentos cirúrgicos, os quais foram representados graficamente na figura três.

**Figura 3.**

Distribuição do número de cirurgias na segunda parte do EC I



Também, tive oportunidade de aplicar e treinar as competências como Enfermeira circulante. Este papel permitiu-me trabalhar com toda a equipa intraoperatória, fornecer, preparar, colaborar, coordenar e documentar os cuidados de Enfermagem procedimento (Benze & Groah, 2021).

No desenvolvimento de competências como Enfermeira instrumentista, tive a oportunidade de instrumentar procedimentos cirúrgicos como a Ressecção Transuretral da bexiga e da próstata. Progressivamente, fui capaz de identificar, reunir e preparar os instrumentos e materiais necessários, aplicar os campos estéreis, reconhecer os tecidos presentes, assegurar a técnica asséptica, antecipar as necessidades do Urologista, tendo em conta as fases do procedimento e treinar o passe dos instrumentos cirúrgicos.

Nesta especialidade, os procedimentos eletivos sem anestesia, como substituição de cateteres monoJ ou duploJ permitiram obter um *feedback* dos ganhos em saúde, das dificuldades sentidas no domicílio, bem como reformular o plano de cuidados, adaptando as intervenções no pós-operatório, como os ensinamentos à pessoa, à família ou à pessoa significativa.

A elaboração de um estudo de caso da pessoa submetida a abdominoplastia possibilitou-me, por um lado, documentar os cuidados de Enfermagem com base na evidência científica, na Teoria das Transições e no processo de Enfermagem, em conformidade com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Por outro lado, proporcionou o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e possibilitou a ampliação dos cuidados prestados no intraoperatório, evidenciando a minha visão holística na abordagem à pessoa e à família.

Neste estudo de caso, a comunicação eficaz, caracterizada pela escuta ativa, empatia e clareza, foi fundamental para estabelecer um vínculo de confiança e compreender as necessidades individuais da pessoa e da pessoa significativa (Oliveira et al., 2020).

Estas experiências permitiram desenvolver esta competência específica nos diversos contextos do BO, promovendo a qualidade de vida, com base no respeito pela sua autonomia, individualização dos cuidados e numa perspetiva humanizada e segura em todas as especialidades cirúrgicas.

No segundo EC, na UCA, vivenciei todos os momentos do perioperatório, iniciando o meu percurso pelo pré-operatório acompanhada pela EE tutora.

No pré-operatório, a consulta de Enfermagem realizada pelo EE, inicia-se com uma avaliação inicial detalhada, incluindo informações básicas da pessoa, a avaliação psicológica, emocional, fisiológica, preparação física e, ainda, a avaliação do apoio familiar e da necessidade de acompanhamento na comunidade ou de equipamentos (Cruz et al., 2022; Bai et al., 2024).

Neste momento a educação para a saúde e a instrução sobre os procedimentos de admissão na UCA, contribuem para a diminuição do medo, do *stress* e da ansiedade. Igualmente, aumenta a consciencialização, a capacidade de preparação da pessoa, a satisfação e a redução da incidência do cancelamento da cirurgia (Lopes et al., 2022; Bai et al., 2024).

A Teoria das Transições permitiu-me desenvolver intervenções eficazes, orientadas para atender às necessidades específicas de cada pessoa, enquanto iniciava a sua reorientação e a redefinição do modo de ser e estar no mundo (Meleis, 2010; Zhan et al., 2022).

Deste modo, preparei a pessoa para potenciais alterações na rotina, no autocuidado

e na autoimagem decorrente do procedimento cirúrgico, planeando cuidados que incluíssem o conhecimento, a instrução e o treino para a capacitação, autogestão e recuperação no seu ambiente familiar.

A entrega de folhetos informativos específicos para cada cirurgia e sobre o perioperatório da UCA, facilitou a compreensão dos ensinamentos, assegurando a confiança e a segurança da pessoa e família neste sistema de saúde.

Estes materiais informativos, também permitiram a revisão de informações essenciais, empoderando a pessoa a participar de forma ativa no seu processo de preparação e recuperação, aumentando as probabilidades do êxito da cirurgia (Cruz et al., 2022).

O contacto telefónico de 72 horas antes da cirurgia e o acolhimento no dia da intervenção cirúrgica revelaram-se essenciais para esclarecer dúvidas, rever orientações específicas, confirmar a preparação clínica e identificar possíveis riscos, promovendo uma cultura de segurança, o cumprimento das recomendações legais inerentes ao consentimento informado e o conforto da pessoa (Benze & Groah, 2021; Andrade et al., 2025).

Durante o intraoperatório deste EC, pude consolidar as funções do Enfermeiro de anestesia, principalmente nas abordagens anestésicas locorregional e anestesia geral multimodal, em conformidade com as boas práticas e protocolos vigentes, que favorecem uma recuperação mais célere e segura, possibilitando altas precoces (Benze & Groah, 2021).

Neste âmbito, procurei assumir continuamente o papel de elemento facilitador da transição no intraoperatório ao acolher, comunicar, monitorizar, preparar o ambiente e fornecer suporte emocional durante todo o processo anestésico, com o intuito de fortalecer a confiança e a tranquilidade. Também garanti a continuidade de cuidados para o pós-operatório, articulando informações relevantes que potenciam resultados positivos na recuperação.

No recobro I, que é um recobro imediato (Neves e Coutinho, 2019), recebi a responsabilidade e toda a informação pertinente para dar continuidade aos cuidados, através da técnica ISBAR, permitindo-me acolher, monitorizar, observar, identificar precocemente possíveis complicações e cuidar da pessoa operada.

No recobro II, que é um recobro intermédio (Neves e Coutinho, 2019), dei continuidade aos cuidados necessários e, atendendo aos critérios para alta da UCA, realizei em tempo oportuno a educação para a saúde, a promoção da autonomia e a preparação para a alta hospitalar, juntamente com a pessoa, família ou pessoa significativa.

A fase do recobro III, que corresponde à vigilância realizada após a alta hospitalar (Neves e Coutinho, 2019), por via telefónica, procurei compreender os indicadores de processo da readaptação à nova condição de saúde, identificando os fatores facilitadores ou inibidores face a esta transição. Este contacto permitiu-me ainda identificar possíveis complicações e, se necessário, referenciar para uma reavaliação médica.

Através do contacto de *Follow-up* assegurei que, a recuperação estava a decorrer favoravelmente e identifiquei se a pessoa ou família apresentavam sinais de mestria e integração fluída neste processo de transição (Meleis, 2010; Neves e Coutinho, 2019).

O acompanhamento da pessoa e família foi fundamental para assegurar a recuperação contínua e segura. Estudos demonstram que o apoio emocional por parte dos profissionais de saúde, familiares e amigos contribui para superar as dificuldades e o desconforto pós-cirúrgico (Thoen et al., 2024).

Salienta-se que, nos EC o cuidado é centrado na pessoa adulta e idosa, pelo que necessitei de adaptar as intervenções de Enfermagem ao grupo vulnerável. Na nossa sociedade, o envelhecimento evidencia diversas comorbilidades, reforçando a necessidade de adaptação das intervenções, caso contrário, o sentimento de abandono poderia afetar negativamente a recuperação do idoso (Thoen et al., 2024; Johnston, 2025).

A realização deste EC proporcionou a translação do conhecimento teórico para a prática clínica na UCA. Durante este estágio, tive a oportunidade de observar, acompanhar e intervir na preparação e no acompanhamento da pessoa e da sua família numa CA, além de integrar-me na rotina da equipa cirúrgica multiprofissional, aprofundando o desenvolvimento de habilidades e competências.

O terceiro EC realizado no intraoperatório da CP, permitiu-me durante três meses conhecer e vivenciar em profundidade esta especialidade, constituindo um ganho significativo para a qualidade dos meus cuidados perioperatórios.

Esta familiaridade contribuiu para antecipar necessidades, compreender os tempos cirúrgicos, prever riscos específicos e adaptar as intervenções de forma individualizada,

baseada na evidência científica.

Desta forma, corrobora-se a necessidade dos Enfermeiros perioperatórios investirem na aprendizagem contínua, na capacidade de esclarecimento e síntese de informações. A aquisição de novo conhecimento adicional pode ser sustentado por diversas fontes do saber e melhoradas com a prática baseada na evidência (Benze & Groah, 2021).

A integração do saber do intraoperatório reforçou a continuidade de cuidados, a reflexão crítica interprofissional e a relação terapêutica. O contacto direto no pré-operatório e no pós-operatório com a pessoa e a família foi importante para estabelecer uma relação de confiança, identificar necessidades, apostar na educação, diminuir a ansiedade e fortalecer emocionalmente ambos para o processo cirúrgico (Mendes et al., 2021), reforçando a importância da visita ao internamento cirúrgico.

Este EC constituiu uma etapa determinante no meu desenvolvimento profissional, pois desafiou-me a superar-me pessoalmente e profissionalmente, transformando a minha prática de cuidados.

Para além da aquisição de novas competências técnico-científicas, emergiu a importância de potenciar as habilidades relacionais e comunicacionais neste contexto intraoperatório, fundamentais para assegurar a eficácia do trabalho em equipa e a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2021).

Deste modo, foi possível criar um ambiente colaborativo e interprofissional que constituiu um eixo fundamental para a prevenção de ILC, particularmente na CP. A evidência indica que a prática colaborativa estruturada e efetiva das equipas cirúrgicas, anestésicas e de Enfermagem promove a complementaridade das intervenções, diminui erros e melhora a gestão de riscos (Agustina et al., 2025).

A partilha de saberes e a corresponsabilização no processo de tomada de decisão fortaleceram o trabalho da equipa e incentivou a adequação das estratégias coletivas para responder às necessidades da pessoa, como também minimizar o risco de ILC (Bulcão et al., 2025).

Apesar de várias práticas apresentarem alto nível de evidência para minimizar esta infeção, a sua adesão global ainda é insuficiente (Braga et al., 2021; Joubert et al., 2025), o que se verifica também na CP deste hospital.

Ao diminuir a dissonância cognitiva da equipa cirúrgica através da partilha de conhecimentos e da formação no contexto perioperatório, tornou-se evidente que este é caminho certo para continuar a fortalecer a capacitação, a supervisão e a cultura de segurança (Joubert et al., 2025).

O envolvimento dos gestores e dos profissionais de saúde comprometidos com objetivos comuns possibilita a superação da fragmentação do trabalho, transformando-o num compromisso coletivo pautado pela equidade, solidariedade e justiça social. Tal compromisso contribui para a consolidação dos serviços de saúde mais humanos, inclusivos e sustentáveis, mesmo em cenários adversos (Bulcão et al., 2025).

A inovação da formação multidisciplinar na CP permitiu capacitar a equipa perioperatória e fomentar a complementaridade das intervenções baseadas na evidência, potenciando o cuidado à pessoa.

A vivência de situações inesperadas exigiu um pensamento crítico, uma tomada de decisão rápida e um sentido de responsabilidade acrescido, o que me levou a reconhecer a importância da vigilância contínua e da gestão rigorosa dos cuidados. Este percurso permitiu-me, ainda, refletir sobre o impacto direto da minha intervenção na capacitação da equipa e na segurança da pessoa, contribuindo para consolidar não só a minha identidade profissional, mas também promover uma prática mais consciente, autónoma e sustentada na evidência científica.

Considerando que, nos EC anteriores consolidei as competências essenciais do enfermeiro de anestesia, foi possível direcionar gradualmente a minha aprendizagem para outras áreas do bloco operatório, em particular na CP.

Consequentemente, ao longo da prática clínica fui aprimorando, de forma progressiva e estruturada, as competências inerentes às funções do Enfermeiro circulante e instrumentista.

Como Enfermeira circulante verifiquei frequentemente as condições de segurança, cuidei de pessoas em situação perioperatória, tal como geri o ambiente e a equipa perioperatória.

Garantir o posicionamento cirúrgico adequado exigiu um olhar crítico e focado na promoção do conforto da pessoa, assim como na mitigação de lesões, como as úlceras por pressão (EORNA, 2023). O posicionamento transcende o domínio técnico,

configurando-se num componente inalienável da segurança e da qualidade dos cuidados (AESOP, 2013; Benze & Groah, 2021).

No perioperatório, a avaliação do risco de úlcera por pressão apresenta divergências entre a Escala de Braden e a Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico – ELPO (Guimarães, 2022).

Embora a primeira escala seja amplamente padronizada e preconizada pela DGS, a Escala ELPO destina-se especificamente a adultos e idosos no contexto cirúrgico, integrando na sua avaliação fatores como o posicionamento cirúrgico, o tipo de anestesia, a superfície de suporte, a posição dos membros e as comorbilidades da pessoa (Lopes et al., 2016; Guimarães, 2022).

A monitorização de lesões decorrentes do posicionamento, com recurso à Escala ELPO-PT, constitui uma ferramenta valiosa na prevenção de úlceras por pressão, dor e lesões nervosas, uma vez que contribui para a identificação precoce das pessoas com maior risco e, conseqüentemente, permite aos Enfermeiros adequarem as suas intervenções diferenciadas (Guimarães, 2022).

Além de voltar a implementar intervenções associadas às funções do Enfermeiro circulante, instrumentei procedimentos cirúrgicos como o *lipofilling*, em mulheres que necessitaram de correções após reconstruções da mama e abdominoplastia, sob supervisão clínica e com equipas permeáveis, facilitando o meu processo de aprendizagem.

A colaboração e interação entre os Enfermeiros e os demais profissionais de saúde são essenciais para o sucesso de qualquer procedimento cirúrgico (Benze & Groah, 2021).

Nesse contexto, os Enfermeiros devem possuir qualidades humanas, excelentes habilidades interpessoais e sociais, para atuarem de forma integrada na equipa, liderando a comunicação (Salazar, 2022).

Por isso, em todos os EC, o cuidado à pessoa em situação perioperatória foi desenvolvido numa perspetiva pluridisciplinar, promovendo a articulação complementar entre diversos saberes e a construção de uma prática segura, reflexiva, centrada nas necessidades singulares da pessoa e família.

A partilha de experiências, o apoio mútuo, o suporte familiar, a equipa e o *feedback* positivo permitiram trabalhar a minha própria melhoria contínua, alcançando

resultados cada vez mais favoráveis, comprometidos com a excelência e a vontade de marcar favoravelmente a transição da pessoa.

#### 4.2. MAXIMIZAR A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E DA EQUIPA PLURIDISCIPLINAR, CONGRUENTE COM A CONSCIÊNCIA CIRÚRGICA

No ambiente perioperatório complexo e dinâmico, os Enfermeiros desempenham um papel fundamental ao cuidar da pessoa, garantindo o cuidado bem-sucedido em todos os momentos e em condições de segurança (Holmes et al., 2019; Oliveira et al., 2024).

Este cuidado reveste-se de extrema importância, pois a segurança da pessoa é frequentemente ameaçada pelos riscos, eventos adversos e erros (Oliveira et al., 2024; Arnal-Velasco et al., 2025).

O EE neste âmbito deve demonstrar “consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório”, liderar “o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatório” e promover “a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório” (Regulamento n.º 429/2018 do DR, p.19367-19368).

Assegurar o domínio destas três unidades de competência traduziu-se na reflexão e na implementação de práticas seguras, fundamentadas, integradas e colaborativas ao longo de toda a experiência cirúrgica, que serão espelhadas neste subcapítulo.

No pré-operatório é importante garantir desde o início a correta identificação da pessoa. No intraoperatório, a equipa deve minimizar os riscos e distrações que possam comprometer o cuidado à pessoa. E, no pós-operatório, importa dar continuidade à monitorização da pessoa, assegurar a qualidade e a continuidade de cuidados para o internamento ou para o domicílio (Oliveira et al., 2024).

A maximização da segurança da pessoa e equipa pluridisciplinar exigiu não só o domínio técnico dos procedimentos, mas também o domínio científico específico, com especial atenção ao cumprimento de protocolos de segurança, nomeadamente a Lista de Verificação Cirúrgica, a verificação dos materiais, a antissepsia, a monitorização contínua da pessoa em situação de vulnerabilidade, a prevenção de complicações e eventos adversos (AESOP, 2013; Benze & Groah, 2021; Oliveira et al., 2024).

O elevado nível de vigilância, identificação, prevenção e gestão de risco, congruente com a consciência cirúrgica fizeram parte da minha atuação. O planeamento e implementação de intervenções, baseadas na evidência e na Teoria das Transições, permitiram uma atuação oportuna, estruturada e colaborativa.

O respeito e o desenvolvimento de uma atmosfera de cuidado são habilidades éticas essenciais no intraoperatório. Assim sendo, o trabalho de equipa harmonioso transmite cuidado, dignidade e segurança à pessoa, sendo a comunicação a ferramenta vital para garantir a segurança e o bom funcionamento da equipa (Hanssen et al., 2020).

Os conflitos identificados no BO, na sua globalidade, resultam da ausência de comunicação assertiva e clara, falta de esclarecimento, opiniões divergentes ou validação de informações.

Nesse contexto, mais uma vez, a comunicação foi a ferramenta basilar para a manutenção do ambiente cirúrgico saudável e produtivo, garantindo a cooperação entre profissionais (Oliveira et al., 2024; Andrade et al., 2025).

Através do *briefing* e *debriefing* é possível contribuir para a mitigação de mal-entendidos, promover a confiança mútua, melhorar o clima da equipa e a cultura de segurança (Schaap et al., 2021; Benze & Groah, 2021).

Na transição de cuidados de saúde recorri a estratégias facilitadoras da comunicação, como o preenchimento de *checklist*, a documentação das intervenções no SClinico e a passagem de informação com recurso à técnica ISBAR. Assim, a comunicação foi gerida para que fosse oportuna, clara e objetiva, promovendo a coordenação das ações e otimização dos cuidados (Benze & Groah, 2021).

Liderar a prevenção de complicações, como a ILC, implicou a incorporação dos “Feixes de Intervenções” recomendados (DGS, 2022), orientações internacionais e sensibilização da equipa para aumentar a adesão das medidas preventivas. Esta prática promoveu uma cultura de vigilância e responsabilidade partilhada, abordada nas ações de formação por mim elaboradas e implementadas.

A intervenção direcionada para esta problemática surgiu porque a ILC continua a ser um evento adverso grave que compromete a recuperação da pessoa e a sua qualidade de vida, sendo responsável pelo aumento do tempo do internamento hospitalar, da morbilidade e da mortalidade (Braga et al., 2021).

Por conseguinte, as ações de formação intituladas por “Feixes de Intervenções para a Prevenção de ILC: Banho pré-operatório e Registos de Enfermagem na UCA” (Anexo 7) e “Antissepsia da pele no perioperatório” (Anexo 8 e 9) permitiram-me ser um agente de mudança nos EC.

A identificação inequívoca de fármacos, a validação verbal na preparação e na administração, bem como a preparação minuciosa do material necessário para os procedimentos anestésicos, inclusive os materiais necessários de primeira intervenção para situações de impossibilidade permitiram implementar medidas de segurança, maximizando a segurança anestésica (Arnal-Velasco et al., 2025).

A preparação do ambiente incluiu a gestão adequada da iluminação, da temperatura da sala, da ventilação, de equipamentos, do bisturi elétrico com sistema de aspiração de fumos e a integração de práticas rigorosas de organização e higienização da sala, para obter um ambiente controlado e essencial para o sucesso da transição da pessoa (AESOP, 2013; EORNA, 2023).

Ao assegurar condições de segurança adequadas para os profissionais validei a existência de equipamentos de proteção individual, de protetores de chumbo para blindagem radiológica e geri o ambiente, assegurando dotações seguras do início ao fim do procedimento e do perioperatório (AESOP, 2013; Benze & Groah, 2021; EORNA, 2023).

O pensamento crítico-reflexivo baseado na evidência permitiu-me compreender que a segurança e o bem-estar de todos os profissionais são um requisito legal. Além disso, é um fator estruturante na promoção do ambiente cirúrgico seguro, eficiente e sustentável. É, deste modo, fulcral verificar as condições de segurança tanto para a equipa como para a pessoa, prevenindo ou minimizando os riscos decorrentes do ambiente perioperatório.

Promover a gestão e o controlo de dispositivos requiere uma seleção, manutenção e utilização correta (AESOP, 2013; EORNA, 2023). Pelo que, durante a instrumentação e circulação, tive o cuidado de estudar os novos instrumentos, equipamentos, elaborar listas do material necessário, reportar falhas do material inadequado, proceder à verificação da validade, a esterilidade e gestão de tecidos, entre outros exemplos.

Ao introduzir o CHG alcoólico e o marcador resistente a este antisséptico na CP, partilhei as recomendações do fabricante e as estratégias para prevenir riscos associados

à inadequada utilização.

Os protocolos *Enhanced Recovery After Surgery Society*, conhecidos por protocolos ERAS, disponibilizam planos de cuidados transformadores que apoiam os profissionais na redução de opioides, complicações e duração do tempo de internamento, melhorando os resultados e a segurança das pessoas (Wishahi et al., 2024).

Apesar dos benefícios identificados na literatura, verifica-se uma baixa adesão ao protocolo ERAS na CP, nomeadamente em procedimentos cirúrgicos como reconstruções mamárias, craniofaciais e de cabeça-pescoço. As intervenções com menor adesão, incluem a manutenção da normotermia, a gestão de fluidos e a monitorização pós-alta (Uhlman et al., 2025).

Partindo da experiência vivenciada e consolidada pelo perioperatório, a minha intervenção fomentou a reflexão sobre a necessidade de formação contínua da equipa perioperatória, adotando planos transformadores que otimizam os resultados clínicos.

Deste modo, a formação contínua da equipa multidisciplinar revelou-se uma boa prática para fortalecer o desempenho individual e coletivo, contribuindo para melhorar a capacidade de adaptação às mudanças e às barreiras, garantindo um cuidado de excelência (Mohammed et al., 2021; Spaulding et al., 2021; Gilbert et al., 2023; Oliveira et al., 2024).

## 5. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O ensino superior sofreu uma transformação significativa na mudança de paradigma do seu modelo pedagógico, prevista no Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, que instituiu a transição de um sistema centrado na transmissão de conhecimentos para um sistema orientado, para o autodesenvolvimento de competências do estudante (OE, 2021).

Esta mudança pretende aproximar o processo formativo alargado do constante aumento de complexidade e exigência dos cuidados prestados, sendo o MEMC fundamental para o desenvolvimento de competências especializadas (OE, 2021).

No MEMC o grau de mestre numa determinada especialidade é conferido aos Enfermeiros que obtiveram aprovação a todas as unidades curriculares do curso de mestrado e da aprovação da defesa pública da dissertação, relatório de estágio ou do trabalho de projeto (Decreto-Lei n.º 65/2018 do DR; OE, 2021).

O grau de mestre assume uma relevância inegável na formação dos Enfermeiros, proporcionando-lhes uma visão holística, pensamento crítico e competências específicas e aprofundadas na prática clínica, essenciais no avanço dos cuidados de saúde e de melhoria contínua no contexto atual.

Para tal, importa dominar e demonstrar competências técnico-científicas avançadas, liderança, comunicação terapêutica, reflexão crítica, trabalho em equipa pluridisciplinar, formação contínua, supervisão, capacidade de resolução de situações complexas e tomada de decisão fundamentada na evidência científica (Decreto-Lei n.º 65/2018 do DR; OE, 2021).

Ademais, deve cultivar uma conduta ética rigorosa e comportamentos profissionais adequados, assim como a produção e publicação de trabalhos científicos relevantes, garantindo o compromisso com a investigação e a inovação em Enfermagem (Decreto-Lei n.º 65/2018 do DR; OE, 2021).

O percurso vivenciado neste mestrado permitiu-me aprofundar e consolidar conhecimentos adquiridos na licenciatura de Enfermagem, orientando-os para uma prática clínica diferenciada e fundamentada na evidência científica, no contexto perioperatório.

Os cuidados especializados prestados nos EC forneceram a compreensão profunda e dinâmica da intervenção do EE no perioperatório, contribuindo significativamente para o desenvolvimento de aprendizagens, assim como para a consolidação de conhecimentos e competências específicas, essenciais para a tomada de decisão autónoma, segura e eticamente responsável, em consonância com os pressupostos do Regulamento n.º 464/2022 da ESSSM e do Decreto-Lei n.º 65/2018 do DR.

Nos três EC foram elaborados cronogramas e planeados os objetivos gerais e específicos. Para cada estágio, redigi um relatório que incluía a descrição detalhada das experiências vivenciadas, acompanhadas pelo pensamento crítico-reflexivo fundamentado na evidência científica.

Esta metodologia promoveu uma aprendizagem autónoma, ativa e estruturada, que propiciou a vivência ampliada de experiências práticas, sustentadas pelo raciocínio clínico fundamentado e pela consciência cirúrgica, sem perder o foco na pessoa, na família ou na pessoa significativa neste contexto.

O ambiente cirúrgico, caracterizado pela multidisciplinariedade, pela complexidade tecnológica e imprevisibilidade (Nijkamp et al., 2023), incentivou o desenvolvimento de uma postura crítica e proativa, fortalecendo a competência de identificação e resolução de problemas de forma colaborativa, fundamentada, criativa e segura.

Este contexto contribuiu para adaptar-me continuamente às exigências do BO, lidando com situações complexas e revolucionando respostas adequadas aos novos problemas, em situações não familiares com a minha prática clínica diária no internamento cirúrgico, revelando-se um ambiente oportuno para desenvolver competências inerentes ao grau de mestre (Regulamento n.º 464/2022 da ESSSM; Decreto-Lei n.º 65/2018 do DR).

Para evidenciar a capacidade de comunicar as minhas conclusões, conhecimentos e raciocínios participei em congressos, apresentando pósteres e comunicações livres, assim como outros exemplos que irei explorar de seguida (Regulamento n.º 464/2022 da ESSSM).

Em fevereiro de 2025, na ESSSM, participei num seminário (Anexo 1) com a duração de sete horas, que contou com a apresentação parcial do estudo de caso elaborado sobre a intervenção do EE no pré-operatório à pessoa submetida a abdominoplastia. Este

momento possibilitou, ainda, a partilha e a reflexão sobre o caso clínico real fundamentado na evidência, constituindo-se uma experiência fundamental para fortalecer o desenvolvimento da minha identidade profissional neste âmbito.

O Ciclo de *Gibbs* foi uma das ferramentas utilizadas para aprofundar o processo reflexivo estruturado, crítico e autónomo. Baseado em seis etapas, esta ferramenta permitiu organizar de forma sistemática as vivências no contexto perioperatório, facilitando a identificação de aspetos positivos e negativos dos cuidados prestados. Tal abordagem favoreceu a reflexão fundamentada, possibilitando a tomada de decisões e a adaptação da prática de cuidados.

O projeto de melhoria contínua elaborado para a consulta pré-operatória da CA, com base no ciclo PDCA, demonstrou a capacidade de identificar problemas, planear e implementar intervenções de Enfermagem, bem como monitorizar resultados e promover a otimização dos cuidados prestados.

Ao longo deste processo, evidenciei capacidade de liderança, apoio, educação, tomada de decisão fundamentada na evidência científica, adaptação às necessidades, promoção da segurança e qualidade no cuidado à pessoa em situação perioperatória, gerindo recursos e cooperando com a equipa pluridisciplinar (Regulamento n.º 429/2018 do DR; Ramos et al., 2025).

Durante o mestrado tive a oportunidade de elaborar pósteres, em grupo, intitulados por “Intervenções do Enfermeiro Especialista no contexto perioperatório: Mapa conceptual” (Anexo 2) e a “A prevenção do *delirium* pós-operatório no idoso: O futuro hoje” (Anexo 3).

Através da apresentação destes pósteres em congressos científicos, divulguei graficamente e sucintamente os resultados do conhecimento científico para um determinado público-alvo. Também geri a comunicação clara e assertiva, durante cinco a sete minutos, promovendo a partilha de conhecimentos sobre as temáticas através desta ferramenta visual (Barker & Phillips, 2021; Wood & Mowery, 2022).

Em Cabo Verde, para dar continuidade ao intercâmbio técnico científico apresentei uma comunicação livre, elaborada em grupo, sobre o empoderamento da pessoa submetida a laringectomia total (Anexo 5). Esta experiência nas jornadas académicas promoveu a investigação, a partilha de conhecimento e o desenvolvimento de competências de mestre além-fronteiras (Decreto-Lei n.º 65/2018 do DR).

Em novembro de 2025, no Congresso da Associação Portuguesa de Tratamento de Ferida, apresentarei outra comunicação livre intitulada por “Arte de marcar a diferença na antisepsia da pele no intraoperatório”, cujo o resumo se encontra no anexo seis, com o objetivo de evidenciar a intervenção do EE na implementação de prática baseada na evidência para prevenir a ILC através da antisepsia da pele no intraoperatório.

Estas experiências demonstram a minha exigência para transmitir e partilhar conhecimentos de forma clara e sem ambiguidades, reforçando a minha intervenção enquanto futura Mestre (Regulamento n.º 464/2022 da ESSSM).

No último EC foi elaborado um Projeto de Autoformação estruturado em cinco fases, ou seja, a fase exploratória, o planeamento, a implementação, a avaliação e a otimização (Suto & Nakayama, 2025).

A elaboração deste Projeto viabilizou, mais uma vez, assumir a responsabilização pelo próprio processo de aprendizagem na CP, promovendo a autonomia, responsabilidade e motivação para o desenvolvimento contínuo, de acordo com a curiosidade, as capacidades e os interesses (Wong et al., 2021).

Deste modo, pude identificar, planear, analisar, consolidar, refletir e autoavaliar o meu percurso de desenvolvimento na construção de uma nova identidade profissional, transferindo-a para a minha prática clínica no internamento desta especialidade.

Saliente-se que, a decisão de iniciar, em março de 2024, o MEMC nos primeiros cinco anos da minha carreira como Enfermeira constitui uma expressão clara da minha determinação e capacidade de adaptação face aos desafios diários, evidenciando também capacidade de cumprir objetivos e delinear estratégias.

Este compromisso precoce com a formação especializada reforçou a minha postura proativa face à aprendizagem contínua, mantendo a minha presença e participação nos congressos científicos, *webinars* e formações que reforçaram o meu percurso profissional.

Este mestrado contribuiu, assim, significativamente para a aprendizagem contínua e autodeterminada, reafirmando a minha mestria com o processo dinâmico de conhecimento, melhoria contínua, responsabilidade ética e excelência profissional.

A elaboração deste relatório de estágio final implicou a articulação entre conhecimentos teóricos sólidos e competências técnico-científicas, humanas e

relacionais, ao longo do percurso de transição para o EE, no âmbito do MEMC (Regulamento n.º 464/2022 da ESSSM).

De forma progressiva, o pensamento crítico, autocrítico e reflexivo, aliado à investigação estruturada (Decreto-Lei n.º 65/2018 do DR), integrou-se no meu quotidiano levando a transformações positivas na qualidade dos cuidados prestados.

Ao tomar consciência da minha própria transição, envolvi-me de forma proativa no processo de desenvolvimento de competências, consolidando o desenvolvimento de uma profissional dotada de competências comuns, específicas e de mestre.

Por fim, em agosto de 2025, aproximando-se uma etapa final deste MEMC, a decisão de complementar esta formação académica com o Programa Life MBA da Seekers revelou-se fundamental para o desenvolvimento de outras *skills* fundamentais para o equilíbrio das competências pessoais, profissionais e sociais.

Este autoinvestimento integra o autoconhecimento, a gestão da saúde, o fortalecimento de relações interpessoais, a potenciação da carreira profissional e a gestão financeira eficaz. Estes aspetos reforçam a procura do equilíbrio entre a excelência e a sustentabilidade pessoal, evidenciando que a manutenção do estado de equilíbrio individual potencia a capacidade de resiliência. Isto, por sua vez, reflete a capacidade de ser um elemento facilitador e agente de resignificação do processo de transição da pessoa, família, ou pessoa significativa em situação perioperatória.

## CONCLUSÃO

O presente relatório e os EC realizados representaram um marco significativo no meu percurso acadêmico, proporcionando a translação do conhecimento teórico-prático para o contexto real e o desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre.

A reflexão crítica sobre as vivências no perioperatório evidenciou o meu crescimento pessoal e profissional, demonstrando as competências necessárias para tornar-me uma EE mais qualificada nos cuidados pré-operatórios, intraoperatórios e pós-operatórios.

A consciência cirúrgica, a melhoria contínua, a gestão de cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, aliadas à prática baseada na evidência científica e à integração da Teoria das Transições, fortaleceu os cuidados individualizados e holísticos centrados na pessoa, na família ou na pessoa significativa. Este cuidado possibilitou a maximização da qualidade e da segurança cirúrgica na prática clínica, especialmente na prevenção de ILC.

A capacidade de reflexão crítica, inovação e resolução de problemas é essencial para a implementação de boas práticas de antissepsia da pele, fundamentada na evidência científica, impacta significativamente a segurança, a recuperação e a vida da pessoa operada, aliada às restantes recomendações nacionais e internacionais para prevenir complicações.

A seleção do antisséptico ideal deve equilibrar o custo-efetividade, inclusive as particularidades da pessoa. A antissepsia adequada com CHG alcoólico e a utilização de marcadores de pele resistentes a este soluto constituem um avanço simples e de alto impacto na vida da pessoa.

Ressalta-se, ainda, a importância da formação contínua dos profissionais de saúde e a implementação rigorosa de protocolos para prevenir a ILC, alinhados com a prática baseada na evidência. Estas ações marcam positivamente a qualidade dos cuidados, a segurança e a recuperação da pessoa em situação perioperatória.

Recomenda-se a elaboração de estudos de larga escala que aprimorem a qualidade da evidência científica e identifiquem as barreiras à adesão clínica, bem como explorem estratégias inovadoras no contexto da antissepsia da pele no intraoperatório.

Assim, as competências de mestre ficaram consolidadas, demonstrando um elevado nível de conhecimento e habilidades na resolução de problemas, bem como o compromisso contínuo pela aprendizagem autónoma, com recurso a várias ferramentas identificadas neste relatório. A responsabilidade na tomada de decisão fundamentada e sustentada na investigação permitiu enfrentar os desafios diários e emergentes no contexto perioperatório.

O processo de aprendizagem revelou fatores facilitadores como o planeamento, o apoio familiar, as estratégias de *coping* e a variedade de experiências proporcionadas pelas EE tutoras, equipas cirúrgicas e docentes.

Dentro das principais limitações, destacam-se o curto período de tempo dos EC, que dificultou a gestão do equilíbrio pessoal, profissional e académico, e a escassez de evidência científica sobre a antisepsia da pele no intraoperatório da CP, tornando necessário globalizar a revisão narrativa da literatura.

Globalmente, os objetivos planeados foram alcançados, espelhando sumariamente neste relatório o meu percurso de aquisição de conhecimentos, habilidades e competências necessárias para criar a minha nova identidade profissional.

Diante do exposto, esta experiência abriu as portas para o desenvolvimento das bases necessárias para me tornar numa EE competente e comprometida com a excelência dos cuidados, através da pesquisa e disseminação do conhecimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aftab, R., Dodhia, V. H., Jeanes, C., & Wade, R. G. (2023). Bacterial sensitivity to chlorhexidine and povidone-iodine antiseptics over time: a systematic review and meta-analysis of human-derived data. *Scientific reports*, *13*(1), 347. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-26658-1>.
- Agustina, E., Dradjat, R. S., Wardhani, V., & Putra, K. R. (2025). Determinants of interprofessional collaboration in surgery: A scoping review. *Journal of education and health promotion*, *14*, 318. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_1541\\_24](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1541_24)
- Aldecoa, C., Bettelli, G., Bilotta, F., Sanders, R. D., Aceto, P., Audisio, R., Cherubini, A., Cunningham, C., Dabrowski, W., Forookhi, A., Gitti, N., Immonen, K., Kehlet, H., Koch, S., Kotfis, K., Latronico, N., MacLulich, A. M. J., Mevorach, L., Mueller, A., Neuner, B., ... Spies, C. D. (2024). Update of the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium in adult patients. *European journal of anaesthesiology*, *41*(2), 81–108. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001876>.
- Almeida, A.; Moura, A.; Ferreira, A; Magalhães, S. Material de Penso de Ação Terapêutica para a Gestão da Inflamação e da Infecção. *Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas 2025*. ISBN 978-989-53418-9-4.
- Andrade, G., Pereira, S., Mota, L., & Príncipe, F. (2025). Nursing communication in the context of outpatient surgery: scoping review. *Millenium - Revista de Educação, Tecnologias e Saúde*, *2* (16), e37389. <https://doi.org/10.29352/mill0216e.37389>.
- Apfelbaum, J. L., Hagberg, C. A., Connis, R. T., Abdelmalak, B. B., Agarkar, M., Dutton, R. P., Fiadjoe, J. E., Greif, R., Klock, P. A., Mercier, D., Myatra, S. N., O'Sullivan, E. P., Rosenblatt, W. H., Sorbello, M., & Tung, A. (2022). 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*, *136*(1), 31–81. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004002>.
- Arnal-Velasco, D., Martinez-Nicolas, I., Fabregas, N., Bartakke, A., Calsbeek, H., Emond, Y., Groene, O., León, I., Žaludek, A., Nunes, A. B., Orrego, C., Pölluste, K., Rodriguez, A., Sanduende, Y., Schäfer, W., Silva-García, J., Soria, V., Sousa,

- P., Valli, C., Voshaar, M., ... SAFEST Advisory group (2025). Multidisciplinary, evidence-based, patient-centred perioperative patient safety recommendations: a European consensus study<sup>☆</sup>. *British journal of anaesthesia*, 135(3), 723–736. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2025.04.047>
- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP] (2013). *Práticas Recomendadas para o Bloco operatório*. Espaço Gráfico, Lda. 3ª edição.
- Association of periOperative Registered Nurses [AORN]. (2021). Guideline Quick View: Patient Skin Antisepsis. *AORN journal*, 113(6), 667–672. <https://doi.org/10.1002/aorn.13432>.
- Avsar, P., Patton, D., Ousey, K., Blackburn, J., O'Connor, T., & Moore, Z. (2021). The Impact of Surgical Site Infection on Health-related Quality of Life: A Systematic Review. *Wound management & prevention*, 67(6), 10–19.
- Bai, L., Huang, Y., Huang, C., & Tan, X. (2024). Impact of Comprehensive Preoperative Assessments on Gynecological Ambulatory Surgery Outcomes in a Chinese Hospital. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 30, e945771. <https://doi.org/10.12659/MSM.945771>.
- Baker, N. F., Brown, O., Hart, A. M., Danko, D., Stewart, C. M., & Thompson, P. W. (2022). Preventing Infection in Implant-based Breast Reconstruction: Evaluating the Evidence for Common Practices and Standardized Protocols. *Plastic and reconstructive surgery. Global open*, 10(3), e4208. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000004208>.
- Barker, E., & Phillips, V. (2021). Creating conference posters: Structure, form and content. *Journal of perioperative practice*, 31(7-8), 296–299. <https://doi.org/10.1177/1750458921996254>.
- Bashaw, M. A., & Keister, K. J. (2019). Perioperative Strategies for Surgical Site Infection Prevention. *AORN journal*, 109(1), 68–78. <https://doi.org/10.1002/aorn.12451>.
- Bastos, C. (2023). Cadeia epidemiológica da infecção. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*. <https://doi.org/10.48684/7CMT-DY13>.
- Benze, C., Spruce, L., & Groah, L. (2021). Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice. *AORN*. [https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee\\_1-](https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee_1-)

- Berrios-Torres, S. I., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R., Reinke, C. E., Morgan, S., Solomkin, J. S., Mazuski, J. E., Dellinger, E. P., Itani, K. M. F., Berbari, E. F., Segreti, J., Parvizi, J., Blanchard, J., Allen, G., Kluytmans, J. A. J. W., Donlan, R., Schechter, W. P., ... Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2017). Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA surgery*, *152*(8), 784–791. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0904>.
- Braga Calegari, I., Guimarães Raponi, MB, Pacheco, FA, Barichello, E., Haas, VJ, & Barbosa, MH (2021). Adesão às medidas de prevenção de infecção de sítio cirúrgico no perioperatório: estudo de coorte. *Revista Enfermagem da UERJ*, *29*, 1–9. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.62347>.
- Brown, E. N., Pavone, K. J., & Naranjo, M. (2018). Multimodal General Anesthesia: Theory and Practice. *Anesthesia and analgesia*, *127*(5), 1246–1258. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003668>.
- Bucataru, A., Balasoiu, M., Ghenea, A. E., Zlatian, O. M., Vulcanescu, D. D., Horhat, F. G., Bagiu, I. C., Sorop, V. B., Sorop, M. I., Oprisoni, A., Boeriu, E., & Mogoanta, S. S. (2023). Factors Contributing to Surgical Site Infections: A Comprehensive Systematic Review of Etiology and Risk Factors. *Clinics and practice*, *14*(1), 52–68. <https://doi.org/10.3390/clinpract14010006>.
- Bulcão, C., Santos, L., Peduzzi, M., Prado, C., & Amado, C. (2025). Colaboração interprofissional em tempos de pandemia: Possibilidades e desafios no âmbito da gestão do trabalho. *Interface–Comunicação, Saúde, Educação*, *29*, e240133. <https://doi.org/10.1590/interface.240133>.
- Calderwood, M. S., Anderson, D. J., Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Garcia-Houchins, S., Maragakis, L. L., Nyquist, A. C., Perkins, K. M., Preas, M. A., Saiman, L., Schaffzin, J. K., Schweizer, M., Yokoe, D. S., & Kaye, K. S. (2023). Strategies to prevent surgical site infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, *44*(5), 695–720. <https://doi.org/10.1017/ice.2023.67>.
- Chitrambalam, T. G., Suresh, A., George, N. M., & Aristotle, S. (2025). Development and impact of a structured training module for surgical painting and draping

- among interns. *Infection prevention in practice*, 7(2), 100439. <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2025.100439>.
- Cruz, C. S. R., Baixinho, C. L., Bernardes, R. A., & Ferreira, Ó. R. (2022). Nursing Interventions for Head and Neck Cancer Patients That Promote Embrace in the Operating Room/Surgery Unit: A Near-Empty Scoping Review. *Nursing Reports*, 12(4), 912–921. <https://doi.org/10.3390/nursrep12040088>.
- Cruz, R. (2024). The New Challenges for Nursing in Ambulatory Surgery. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(16), e39338. <https://doi.org/10.29352/mill0216e.39338>.
- Decreto-Lei n.º 13/2009 do Ministério da Saúde. Diário da República: I.ª série, n.º 7 (12 de janeiro.). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/13-2009>.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 do Diário da República: I Série. N.º 157 (16 de agosto) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>.
- Deeming, S., Dolja-Gore, X., Gani, J., Carroll, R., Lott, N., Attia, J., Reeves, P., & Smith, S. R. (2024). Optimal antiseptic skin preparation agents for minimizing surgical site infection following surgery: cost and cost-effectiveness analysis. *BJS open*, 8(1), zrad160. <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrad160>.
- Despacho n.º 10901/2022 do Diário da República (2022). DR: II série, n.º 142 (8 setembro). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>.
- Despacho n.º 10901/2022 do Diário da República. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Diário da República: II série, n.º 174 (8 de setembro).93- 99 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>.
- Despacho n.º 25832/2007 do Ministério da Saúde. Diário da República, II.ª série, n.º 218 (13 de novembro). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/25832-2007>.
- Despacho n.º 2757/2017 do Diário da República, Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e das Resistências Antimicrobianas, Diário da República: II série, n.º 66 (3 abril). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2757-2017-106803138>.
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), Diário da República: II Série, n.º 187 (24

- setembro).<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma nº 007/2019 de 16/10/2019. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2022). Norma n.º 020/2015 atualizada a 17/11/2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção do Infeção de Local Cirúrgico. Disponível em: [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_020\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_inf\\_local\\_cirurgico.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf).
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2021). Infeções e Resistências a Antimicrobianos. <https://www.dgs.pt/programa-deprevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022). Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do Programa Prioritário PPCIRA, 2021. *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt>.
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2023) Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2016-2017. Stockholm: *European Centre for Disease Prevention and Control*.
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2017). Surveillance of surgical site infections and prevention indicators in European hospitals - HAI-Net SSI protocol. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/>.
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2023). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2022-2023: Portugal country report. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-2022-2023>.
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2025). Protocol for the surveillance of surgical site infections and prevention indicators in European hospitals – HAI-Net SSI protocol, version 2.3. Stockholm: *ECDC*. ISBN: 978-92-9498-786-0.

- European Operating Room Nurses Association [EORNA]. (2023). Best Practice for perioperative care. *EORNA*, 3ªEd. ISBN: 9789082370904.
- Fernandes, D. A., & Martins, M. D. da S. (2023). Análise dos fatores da infecção do local cirúrgico em doentes submetidos a cirurgia ortopédica major. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(2), 1–11. <https://doi.org/10.12707/RVI22101>.
- Gilbert, J. H. V., Girard, M. A., Grymonpre, R. E., Mahler, C., & Maxwell, B. (2023). The applicability of interprofessional education for collaborative people-centered practice and care to health plans and workforce issues: A thematic global case review. *Education for health*, 36(2), 67–75. [https://doi.org/10.4103/efh.efh\\_459\\_21](https://doi.org/10.4103/efh.efh_459_21).
- Gomes, J. A., Martins, M. M., Tronchin, D., & Fernandes, C. S. (2020). Percepção dos enfermeiros sobre a qualidade em saúde no bloco operatório. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), e19053. Doi:10.12707/RIV19053.
- Gonçalves, Sónia & Carmo, Tânia. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2746. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>.
- Gouda, Nawal. (2025). Surgical Site Infection. *Journal of Pioneering Medical Sciences*, 14 (3), 21 -33. <https://doi.org/10.47310/jpms2025140303>.
- Guimarães, A. (2022). Adaptação Cultural e Validação da Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico. [Master's thesis], Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2787>.
- Habtie, T. E., Feleke, S. F., Terefe, A. B., Alamaw, A. W., & Abate, M. D. (2025). Nurses' knowledge and its determinants in surgical site infection prevention: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 20(1), e0317887. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0317887>.
- Handa, A., Gaidhane, A., & Choudhari, S. G. (2024). Role of Robotic-Assisted Surgery in Public Health: Its Advantages and Challenges. *Cureus*, 16(6), e62958. <https://doi.org/10.7759/cureus.62958>.
- Hanssen, I., Smith Jacobsen, I. L., & Skråmm, S. H. (2020). Non-technical skills in operating room nursing: Ethical aspects. *Nursing ethics*, 27(5), 1364–1372. <https://doi.org/10.1177/0969733020914376>.

- Hassayoune, N., Saidi, I., Lenne, A., Hans, N., Ciarafoni, D., Jennes, S., & Cambier, N. (2024). Intraoperative iatrogenic thermal burn: case report and review of operating room fire prevention measures. *Annals of burns and fire disasters*, 37(4), 300–304.
- Holmes, T., Vifladt, A., & Ballangrud, R. (2019). A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing. *Nursing open*, 7(2), 571–580. <https://doi.org/10.1002/nop2.422>.
- Humphrey, E., Burston, A., McInnes, E., Cheng, H., Musgrave-Takeda, M., & Wan, C. S. (2025). Clinicians' and Patients' Experiences and Perceptions on the Prevention and Management of Surgical Site Infections: A Mixed-Methods Systematic Review. *Journal of clinical nursing*, 34(1), 24–48. <https://doi.org/10.1111/jocn.17443>.
- Hwang, R., Crook, D. L., Allan, C. S., & Sarkar, S. (2025). A network meta-analysis of the timing of wound dressing removal. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 107(4), 235–241. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2023.0083>
- Jalalzadeh, H., Groenen, H., Buis, D. R., Dreissen, Y. E., Goosen, J. H., Ijpma, F. F., van der Laan, M. J., Schaad, R. R., Segers, P., van der Zwet, W. C., Griekspoor, M., Harmsen, W. J., Wolfhagen, N., & Boermeester, M. A. (2022). Efficacy of different preoperative skin antiseptics on the incidence of surgical site infections: a systematic review, GRADE assessment, and network meta-analysis. *The Lancet. Microbe*, 3(10), e762–e771. [https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(22\)00187-2](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(22)00187-2).
- Johnston, M. (2025). Perioperative models of care. *Medicine*, 53 (1), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2024.10.011>.
- Joubert, D., Boloré, S., Baroni, C., Hans, A., Wasser, A., Kivrak, S., Murat-Ringot, A., & Dussart, C. (2025). Interdisciplinary Strategies to Reduce Surgical Infectious Risk in the Operating Theater: Protocol for Scoping Review. *JMIR Publications*:14:e67660. doi: 10.2196/67660 PMID: 39938079.
- Kang, M., Andrew, M. E., Farishta, A., Oltmann, S. C., & Sreeramoju, P. V. (2023). Best Practices and a Business Case for Surgical Site Infection Prevention. *AORN journal*, 117(5), 277–290. <https://doi.org/10.1002/aorn.13912>.

- Lima, P., Chu, X., Gordon, G., Tangamornsuksan, W. (2023) Certainty of evidence, why?. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 49(4), e20230167. <https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20230167>.
- Link, T. (2022). Guidelines in Practice: Preoperative Patient Skin Antisepsis. *AORN Journal*, 115(2), 156–166. <https://doi.org/10.1002/aorn.13605>.
- Lopes, M., Haas V., Dantas R., Oliveira C., & Galvão C. (2016). Escala de Avaliação de Risco para Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 24: e2704. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>.
- Lopes, E. C. R., Cerqueira, M. M. A., e Rocha, M. do C. de J. (2022). As vantagens da consulta de enfermagem presencial à pessoa submetida a cirurgia ambulatoria. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(1), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21149>.
- Lopes, M. Gomes, S. e Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *INESCTEC*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidados-especializadosenfermagem\\_inesctecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidados-especializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf).
- McFarland, A. M., Manoukian, S., Mason, H., & Reilly, J. S. (2023). Impact of surgical-site infection on health utility values: a meta-analysis. *The British journal of surgery*, 110(8), 942–949. <https://doi.org/10.1093/bjs/znad144>
- Meleis, A.I. (2010) Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. *Springer Publishing Company*, New York.
- Mendes, L. F., Silva, R. M. C., Oliveira, A. C. S., & Santos, A. E. (2021). Visita pré-operatória de enfermagem: benefícios percebidos por pacientes cirúrgicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4), e20201153. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100040008>.
- Menoita, E. C. (2025). *Gestão de feridas complexas* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Mohammed, C. A., Anand, R., & Saleena Ummer, V. (2021). Interprofessional Education (IPE): A framework for introducing teamwork and collaboration in health professions curriculum. *Medical journal, Armed Forces India*, 77(Suppl 1), S16–S21. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2021.01.012>.

- Moura, C. L. C., & Mota, L. A. N. (2024). Registos eletrónicos de saúde realizados pelos enfermeiros no cuidado à pessoa em situação perioperatória. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(3), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RVI23.128.33551>.
- Nazari, A. M., Bakhtiari-Dovvombaygi, H., Borhani, F., Abbaszadeh, A., Gholami, M., & Bakhshalizadeh Rashti, S. (2025). The relationship between ethical sensitivity, caring behavior and quality of care in nurses: A systematic review. *BMC nursing*, 24(1), 329. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02916-1>.
- Neves, Jelena & Coutinho, João. (2019). MANUAL DE BOAS PRÁTICAS EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO. *Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte: Departamento de Cirurgia*, 3.<sup>a</sup> edição.
- NIHR Global Research Health Unit on Global Surgery [NIHR GRHUGS] (2022). Routine sterile glove and instrument change at the time of abdominal wound closure to prevent surgical site infection (ChEETAh): a pragmatic, cluster-randomised trial in seven low-income and middle-income countries. *Lancet*, 400 (10365), 1767–1776. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01884-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01884-0).
- Nijkamp, N., Calleja, P., & Sahay, A. (2023). Transition support arrangements to support new graduate & novice nurses entry into perioperative nursing: A scoping review. *Heliyon*, 10(1), e23316. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e23316>.
- Norma nº 029/2013 da Direção Geral da Saúde, atualizada a 24/04/2015. Avaliação pré-anestésica para procedimentos eletivos. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2013/12/31/avaliacao-pre-anestesica-para-procedimentos-eletivos/>.
- Oliveira, G. P., Durães, B. A., Fernandes, P. K. L., Soares, C. M., Pereira, D. F., Almeida, M. A., & Maia, L. F. S. (2020). Humanização da assistência de Enfermagem no perioperatório e o avanço tecnológico. *Revista Científica de Enfermagem*, 10(31), 165-173. <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/301/305>.
- Oliveira, W. R., Oliveira, S. R., Anunciação, T. P. C., Marconato, E. L., Sales, S. C. C. M., Corrêa, O. M. S., & Zampieri, T. N. P. (2024). Segurança do paciente no centro cirúrgico: revisão de literatura. *Revista FT Ciências da Saúde*, 29(141). <https://doi.org/10.69849/revistaft/cs10202412311032>.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. NORPRINT. ISBN 978-989-8444-30-1. 34.

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2021). Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título de Enfermeiro Especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>.
- Pan, N., Luo, Y. Y., & Duan, Q. X. (2022). The Influence of PDCA Cycle Management Mode on the Enthusiasm, Efficiency, and Teamwork Ability of Nurses. *BioMed research international*, 9352735. <https://doi.org/10.1155/2022/9352735>.
- Paone, J. (2023, maio 16). Refine Your Skin Prepping Protocol. *Outpatient Surgery Magazine*. <https://www.aorn.org/outpatient-surgery/article/refine-your-skinprepping-protocol>.
- Peristeri, D. V., Nour, H. M., Ahsan, A., Abogabal, S., Singh, K. K., & Sajid, M. S. (2023). Alcohol-Containing Versus Aqueous-Based Solutions for Skin Preparation in Abdominal Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Journal of surgical research*, 291, 734–741. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.06.011>.
- Peter, Lia (2016). Using Gibbs Reflective Cycle. *NPTC Group of Colleges*, 156 (1), 1-5. [https://moodle.nptcgroup.ac.uk/pluginfile.php/1113942/mod\\_resource/content/1/USING-GIBBS-REFLECTIVE-CYCLE-IN-COURSEWORK-DEC-2016-P-LIA.pdf](https://moodle.nptcgroup.ac.uk/pluginfile.php/1113942/mod_resource/content/1/USING-GIBBS-REFLECTIVE-CYCLE-IN-COURSEWORK-DEC-2016-P-LIA.pdf).

- Portaria n.º 97/2024/1, do Ministério da Defesa Nacional, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde, Diário da República: I Série, n.º 51(12 Março).
- Ramos, O., Gomes, J., Jesus, Élvio, & Araújo, B. (2025). Comportamentos e estratégias em liderança clínica em enfermagem: revisão de escopo. *Millenium - Revista de Educação, Tecnologias e Saúde*, 2 (26), e37839. <https://doi.org/10.29352/mill0226.37839>
- Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: 2ª série, N.º 26, (6 de fevereiro). Pp. 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Regulamento n.º 429/2018 do Diário da República. Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República*: 2.ª série, N.º 135 (16 de julho). pp. 19359-19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe//429-2018-115698617>.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 159-A/2008. Diário da República n.º 202/2008, 1º Suplemento, Série I de 2008-10-17, (17 de outubro) p. 7458-(2) a 7458-(2). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/159-a-2008-658628>.
- Salazar Maya ÁM. (2022). Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. *Invest Educ Enferm*, 40(2):e02. doi: 10.17533/udea.iee.v40n2e02. PMID: 36264690; PMCID: PMC9714984.
- Sandy-Hodgetts et al. (2020). International best practice recommendatios for the early identification and prevention of surgical wound complications. London: *Wounds International*. [www. Woundsinternational.com](http://www.Woundsinternational.com).
- Santos, Eduardo; Marcelino, Lígia; Abrantes, Luís; Marques, Célia; Correia, Ricardo; Coutinho, Emília & Azevedo, Irene (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 49 (jun/dez). 153-171.
- Schaap, M., Hanskamp-Sebregts, M., Merckx, T. M. A. W., Heideveld-Chevalking, A. A. J., & Meijerink, J. W. J. H. J. (2021). Long-term effects of perioperative briefing and debriefing on team climate: A mixed-method evaluation study. *International journal of clinical practice*, 75(3), e13689. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13689>.

- Seidelman, J. L., Mantyh, C. R., & Anderson, D. J. (2023). Surgical Site Infection Prevention: A Review. *JAMA*, 329(3), 244–252. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.24075>.
- Shin, J., & Kim, N. Y. (2024). Importance-Performance Analysis of Patient-Safety Nursing in the Operating Room: A Cross-Sectional Study. *Risk management and healthcare policy*, 17, 715–725. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S450340>.
- Silva, R. M., Fernandes, J. D., Maurício, M. D., Silva, L. S., Silva, G. T., & Cordeiro, A. L. (2020). Motivations for the transitional experience of students in the nursing specialization degree. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20021. doi:10.12707/RV20021.
- Soule, B. M. (2018). Evidence-based principles and practices for preventing surgical site infections. *Joint Commission International*. [https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI\\_SSI\\_Toolkit.pdf](https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_SSI_Toolkit.pdf)
- Spaulding, E. M., Marvel, F. A., Jacob, E., Rahman, A., Hansen, B. R., Hanyok, L. A., Martin, S. S., & Han, H. R. (2021). Interprofessional education and collaboration among healthcare students and professionals: a systematic review and call for action. *Journal of interprofessional care*, 35(4), 612–621. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1697214>.
- Stryja, J., Sandy-Hodgetts, K., Collier, M., Moser, C., Ousey, K., Probst, S., Wilson, J., & Xuereb, D. (2020). Prevention and management across health-care sectors. *Journal of Wound Care*, 29 (Sup 2b), S1–S72. <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.sup2b.s1>.
- Sukhera J. (2022). Narrative Reviews: Flexible, Rigorous, and Practical. *Journal of graduate medical education*, 14(4), 414–417. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00480.1>.
- Suto, S. & Nakayama, T. (2025). Development of a learning needs assessment tool for perioperative nurses: A methodological study. *Nurse Education Today*, 148, 106621. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106621>.
- Thoen, C. W., Saele, M., Strandberg, R. B., Eide, P. H., & Kinn, L. G. (2024). Patients' experiences of day surgery and recovery: A meta-ethnography. *Nursing open*, 11(1), e2055. <https://doi.org/10.1002/nop2.2055>.

- Totty, J. P., Moss, J. W. E., Barker, E., Mealing, S. J., Posnett, J. W., Chetter, I. C., & Smith, G. E. (2021). The impact of surgical site infection on hospitalisation, treatment costs, and health-related quality of life after vascular surgery. *International wound journal*, *18*(3), 261–268. <https://doi.org/10.1111/iwj.13526>.
- Uhlman, K., Behroozian, T., Lewandowski, N., Yuan, M., Kim, P., Hatchell, A., Voineskos, S., Temple-Oberle, C., & Thoma, A. (2025). Quality of plastic surgery Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) studies: A systematic review. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*, *101*, 106–118. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2024.11.063>.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (2006). *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>.
- Valente, RF, Xavier, C., Carmona, C., Costa, G., Resendes, H., Neves, I., ... Fonseca, S. (2025). Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Dor Aguda 2024. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*: *33* (4). <https://doi.org/10.25751/rspa.39406>.
- Van Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, *18*, 100083. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>.
- Vieira, F., & Bastos, C. (2023). Contextualização da infeção do local cirúrgico. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*. <https://doi.org/10.48684/NG9Z-X279>.
- Viscot Medical. (2024). ViXL® Prep Resistant Ink. [https://www.viscot.com/media/documents/IFU/Directions%20For%20Use%20Surgical%20Markers%20\(XL%20Ink\).pdf](https://www.viscot.com/media/documents/IFU/Directions%20For%20Use%20Surgical%20Markers%20(XL%20Ink).pdf).
- Wade, R. G., Burr, N. E., McCauley, G., Bourke, G., & Efthimiou, O. (2021). The Comparative Efficacy of Chlorhexidine Gluconate and Povidone-iodine Antiseptics for the Prevention of Infection in Clean Surgery: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Annals of surgery*, *274*(6), e481–e488. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004076>.
- Wan, M., Zhang, J. X., Ding, Y., Jin, Y., Bedford, J., Nagarajan, M., Bucevska, M., Courtemanche, D. J., & Arneja, J. S. (2020). High-Risk Plastic Surgery: An

- Analysis of 108,303 Cases From the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program (ACS NSQIP). *Plastic surgery*, 28(1), 57–66. <https://doi.org/10.1177/2292550319880921>.
- Widmer AF, Atkinson A, Kuster SP, et al. (2024). Povidone Iodine vs Chlorhexidine Gluconate in Alcohol for Preoperative Skin Antisepsis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 332(7), 541–549. doi:10.1001/jama.2024.8531.
- Wishahi, M., Kamal, N. M., & Hedaya, M. S. (2024). Enhanced recovery after surgery: Progress in adapted pathways for implementation in standard and emerging surgical settings. *World journal of clinical cases*, 12(25), 5636–5641. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v12.i25.5636>.
- Wong, F, Tang, A e Cheng, W (2021). Factors associated with self-directed learning among undergraduate nursing students: A systematic review, *Nurse Education Today*, 104, 104998. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104998>.
- Wood, Elyssa & Mowery, Bernice. (2022). Creating a conference poster: Out with the old and in with the new, moving from the traditional to the improved modern poster format. *Pediatric Nursing*, 50(1), 619-622. <https://doi.org/10.1111/nicc.12822>.
- World Health Organization [WHO] (2009). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Versão Portuguesa. Direção Geral da Saúde. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>.
- World Health Organization [WHO]. (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection, second Editions. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-155047-5.
- Wounds International. (2023). SSI Surveillance: Promoting a seamless patient journey from surgery to community. Wounds International, London. [https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/2023/06/ESS22\\_BPS\\_SSI-Surveillance\\_WINT-web.pdf](https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/2023/06/ESS22_BPS_SSI-Surveillance_WINT-web.pdf).
- Yang, Q., Sun, J., Yang, Z., Rastogi, S., Liu, Y. F., & Zhao, B. B. (2024). Evaluation of the efficacy of chlorhexidine-alcohol vs. aqueous/alcoholic iodine solutions for the prevention of surgical site infections: a systematic review and meta-analysis. *International journal of surgery*, 110(11), 7353–7366. <https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000002024>.

Zhan L., He Y., Liu Q., Pei M., Yu L. & Liu X. (2022). Progress in the application of Meleis transition theory in the nursing field. *Nursing Communications*, 6, e2022016, 1-5. Doi: 10.53388/IN2022016.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 – SEMINÁRIO

### SEMINÁRIO

# CUIDAR NA SALA OPERATÓRIA: COMPETÊNCIAS E DESAFIOS NA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

27 FEVEREIRO 2025

### 14H30 | Abertura

### 15H00 | Abordagens e Práticas de Enfermagem Perioperatória: Uma experiência académica

Moderador: Enf. Especialista Eduardo Serra

*A abordagem do enfermeiro especialista no pré-operatório*

- *Mirian Santos, Estudante de Mestrado*

*Segurança e Bem-Estar na Sala Operatória: O enfermeiro na gestão de cuidados*

- *Ana Guedes, Estudante de Mestrado*

*O cuidado especializado no Pós-Operatório Imediato*

- *Isabel Moreira, Estudante de Mestrado*

### 17H00 | A Vivência Cirúrgica na Perspetiva do Cliente/Família

Moderadora: Enf. Especialista em perioperatório Andreia Cardoso

*Participantes: Testemunho de Utente e Família*

*Comentadores:*

- *Enf.ª Isabel Miranda*
- *Cirurgião*
- *Prof.ª Maria do Céu Barbieri*

### 18H30 | Encerramento & Reflexão Final

FORMAÇÃO SANTA MARIA

#SAÚDEDEFUTURO

# ANEXO 2- PÓSTER “INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: MAPA CONCEPTUAL” E CERTIFICADO

I CONGRESSO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA DE BRAGA

**ACHEP**  
ASSOCIAÇÃO DA CIÊNCIA AO HUMANISMO DOS ENFERMEIROS DE PERIOPERATÓRIO



## INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: MAPA CONCEPTUAL

Miriam Santos<sup>1,5</sup> (2023106578@santamariasaude.edu.pt); Isabel Moreira<sup>2,5</sup>; Sónia Canela<sup>2,5</sup>; Sónia Oliveira<sup>1,5</sup>; M. Luísa Santos<sup>4</sup>

1. ULS São João | 2. ULS Gaia/Espinho | 4. Professora Adjunta na ESESJC e ESSSM | 5. Estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior Saúde Santa Maria/Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

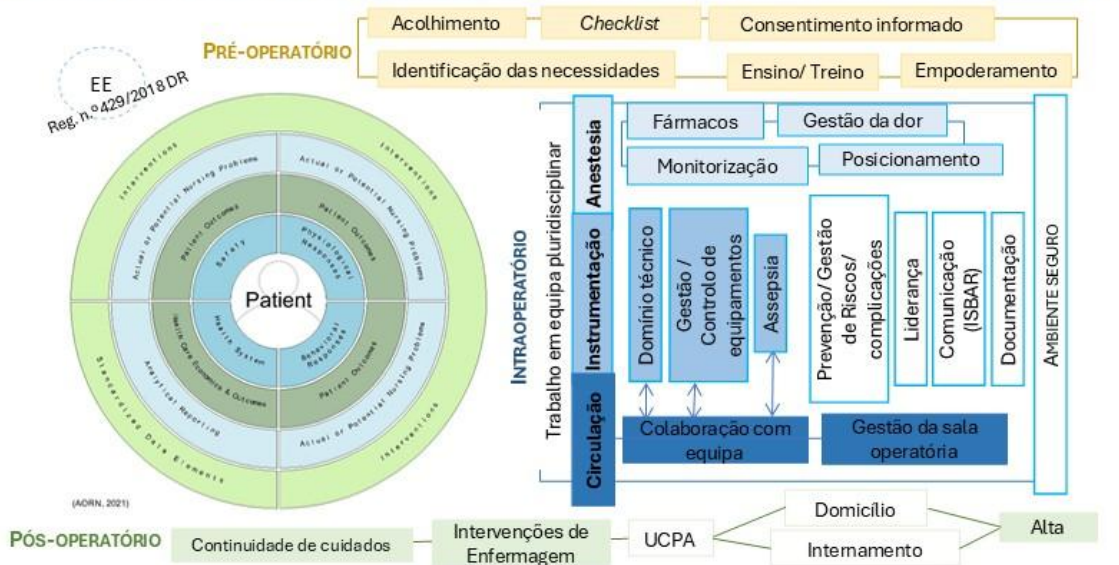
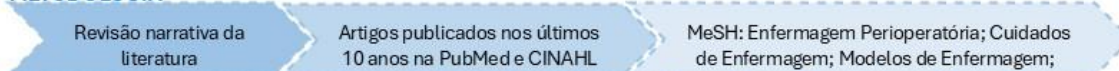
### INTRODUÇÃO

O Enfermeiro Especialista (EE) desempenha um papel crucial num contexto complexo e especializado, fundamental para garantir a segurança e o bem-estar das pessoas durante o perioperatório. O Modelo Perioperatório Centrado no Doente (MPD) da *Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)*, destaca-se como um referencial para estruturar as boas práticas do EE e enfatiza o foco na pessoa/família interconectado com cinco eixos principais: avaliação pré-operatória, preparação cirúrgica, assistência intraoperatória, recuperação pós-anestésica e educação em saúde. O mapa conceitual, como instrumento didático facilitador da aprendizagem, procura esquematizar, relacionar e hierarquizar um conjunto de preposições que forma o conceito, que proporcionará a identificação das principais intervenções e responsabilidades do EE neste contexto.

### OBJETIVO

Identificar as intervenções do EE em Enfermagem perioperatória segundo o MPD, com recurso a um mapa conceitual.

### METODOLOGIA



### CONCLUSÃO

O mapa conceitual elaborado é uma ferramenta valiosa para organizar e visualizar os principais conceitos relacionados com as intervenções do EE neste ambiente assistencial. O EE é essencial para a segurança e a eficácia dos cuidados cirúrgicos. A valorização deste profissional e o investimento na sua formação contínua são fundamentais para promover uma prática perioperatória segura, eficiente e centrada na pessoa/família. O MPD alicerça a adaptação das práticas de enfermagem perioperatória às necessidades específicas da pessoa/família, permitindo uma prestação de cuidados individualizada de qualidade.

### REFERÊNCIAS



ACHEP  
ASSOCIAÇÃO DA CIÊNCIA E HUMANISMO  
DOS ENFERMEIROS DE PERIOPERATÓRIO

I CONGRESSO  
DE ENFERMAGEM  
PERIOPERATÓRIA  
DE BRAGA

# CERTIFICADO

Certifica-se que:

**Miriam Santos; Isabel Moreira; Sónia Canela; Sónia Oliveira; M.Luís Santos**

Participou como **Coautor e Apresentador** do **Póster** intitulado:  
**"INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: MAPA CONCEPTUAL"**

no I Congresso de Enfermagem Perioperatória de Braga — "Perioperatório em Perspetiva - No Limiar do Futuro"  
nos dias 20 e 21 de Fevereiro de 2025, com a duração de 16 horas\* no Forum Braga.

Braga, 21 de Fevereiro de 2025

*Maria Manuela Veloso*



\*conferem Créditos da Ordem dos Enfermeiros

# ANEXO 3 - PÓSTER "A PREVENÇÃO DO DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO NO IDOSO: O FUTURO HOJE" E CERTIFICADO

I CONGRESSO  
DE ENFERMAGEM  
PERIOPERATÓRIA  
DE BRAGA

ACHEP  
ASSOCIAÇÃO DA CIÊNCIA AO HUMANISMO  
DOS ENFERMEIROS DE PERIOPERATÓRIO



## A PREVENÇÃO DO DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO NO IDOSO: O FUTURO HOJE

Miriam Santos<sup>1, 5</sup>; (2023106578@santamariasaude.edu.pt); Carla Barros<sup>2, 5</sup>; Isabel Moreira<sup>2, 5</sup>; Sónia Caneta<sup>2, 5</sup>; Sónia Oliveira<sup>1, 5</sup>; M. Luísa Santos<sup>4</sup>

1. ULS São João | 2. ULS Santo António | 3. ULS Gaia/Espinho | 4. Professora Adjunta na ESFSJC e ESSSM | 5. Estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior Saúde Santa Maria/Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

### INTRODUÇÃO

O *delirium* pós-operatório (DPO) tem um impacto significativo nos cuidados de saúde, com uma incidência de 37% e 46% nos serviços cirúrgicos.

#### DEFINIÇÃO

O DPO é uma síndrome neuropsiquiátrica comum em idosos submetidos a intervenções cirúrgicas, caracterizada por alterações agudas na atenção, cognição e percepção, resultando em desorientação, confusão e, por vezes, agitação.



#### FATORES DE RISCO

- Idade avançada
- Comorbilidades
- Cirurgias de longa duração
- Uso de múltiplos fármacos e polifarmácia
- Internamento prolongado
- Imobilidade e défices visuais

#### DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de DPO exige observação clínica e uso de ferramentas validadas, como o *Confusion Assessment Method* (CAM). O CAM avalia 4 características principais:

▶ Início agudo e o curso flutuante

▶ Desatenção

▶ Pensamento desorganizado

▶ Alteração da consciência

A presença das duas primeiras características, mais uma das duas últimas, sugere *delirium*.

### OBJETIVO

Identificar estratégias eficazes para a prevenção do DPO em idosos, destacando o papel do enfermeiro especialista (EE) na implementação de intervenções.

### METODOLOGIA

Revisão narrativa da literatura  
Artigos publicados (2014-2024) na PubMed e na CINAHL

**Palavras-chave:** Elder; Delirium; Perioperative Care e Nursing Care

### RESULTADOS

RISCO DE DELIRIUM NO PERÍODO  
PÓS-OPERATÓRIO

-Avaliar *delirium* com recurso a instrumento de avaliação [CAM]

- Identificar fatores de risco de DPO;
- Elaborar protocolo de prevenção do DPO;
- Aplicar protocolo de prevenção do DPO;
- Gerir comunicação;
- Gerir segurança ambiental;
- Incentivar apoio da família;
- Administrar medicação;
- Gerir medicação;
- Referenciar para médico;



### CONCLUSÃO

A formação contínua dos EE e a implementação de protocolos para a prevenção do DPO são fundamentais para reduzir complicações e promover uma recuperação segura e eficaz.

#### REFERÊNCIAS





Certifica-se que:

**Miriam Santos Carla Barros; Isabel Moreira; Sónia Canela; Sónia Oliveira; M. Luísa Santos**

Participou como **Coautor e Apresentador** do **Póster** intitulado:  
**"A PREVENÇÃO DO DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO NO IDOSO: O FUTURO HOJE"**

no I Congresso de Enfermagem Perioperatória de Braga — "Perioperatório em Perspetiva - No Limiar do Futuro"  
nos dias 20 e 21 de Fevereiro de 2025, com a duração de 16 horas\* no Forum Braga.

Braga, 21 de Fevereiro de 2025

*Maria Manuel Veloso*



\*conferem Créditos da Ordem dos Enfermeiros

# ANEXO 4 – PÓSTER ANTISSEPSIA DA PELE NO INTRAOPERATÓRIO: PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

## ANTISSEPSIA DA PELE NO INTRAOPERATÓRIO: PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

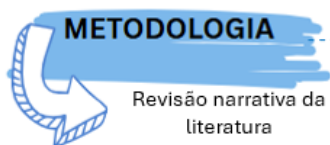
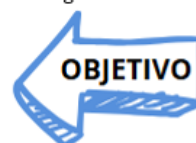
Miriam Santos

Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior Saúde Santa Maria/Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny



A infecção do local cirúrgico (ILC) é uma das infecções associada aos cuidados de saúde mais comum, aumentando os custos, a morbidade e a mortalidade (1,3). Apesar da sua prevenção ser complexa, estima-se que cerca de metade das ILC podem ser diminuídas com estratégias padronizadas baseadas na evidência, no perioperatório (1,2,3).

- Identificar qual o antisséptico mais eficaz para preparar a pele no intraoperatório para prevenir a ILC.



Revisão narrativa da literatura

Análise de diretrizes de boas práticas e artigos publicados na Pubmed e EBSCO, nos últimos 5 anos

*MeSH Terms: Infections; Surgical Wound; Chlorhexidine; Povidone-iodine;*



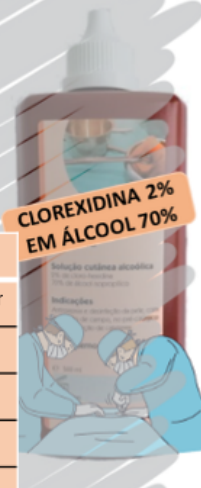
RESULTADOS

DISCUSSÃO

A literatura também demonstra que a seleção do soluto antisséptico adequado é uma das estratégias para prevenir a ILC (1,2,4).

O Gluconato de Clorexidina (CHG) à base de álcool e a iodopovidona à base de água são os dois antissépticos frequentemente utilizados (4).

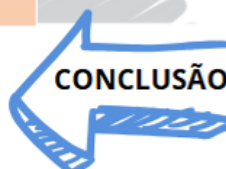
O CHG à base de álcool tem-se demonstrado mais eficaz na prevenção da ILC (1) pois não é neutralizado pelo sangue, ou biomateriais ricos em proteína e apresenta uma ação bactericida mais prolongada, quando comparado com a iodopovidona (4,5).



Média	<b>AÇÃO BACTERICIDA</b>	Prolongada
Oxidação	<b>MECANISMO</b>	Disrupção da membrana celular
Média	<b>SECAGEM</b>	Rápida
Ampla	<b>ESPECTRO</b>	Ampla
5 minutos	<b>TEMPO DE CONTACTO</b>	1-3 minutos
+ Reações cutâneas	<b>EVENTOS ADVERSOS</b>	- Eventos adversos

Apesar da controvérsia sobre esta temática, a literatura e as boas práticas convergem para a recomendação do CHG com álcool como o antisséptico de primeira linha para diminuir a ILC.

Ao empoderar a equipa multidisciplinar sobre práticas baseadas na evidência contribui-se significativamente para a melhoria contínua dos cuidados de saúde.



- Direção Geral da Saúde. (2022). Norma n.º 520/2015 atualizada a 17/11/2022 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico. <https://normas.dgs.gov.pt/normas/infecao-520-2015-atualizada-17-11-2022-nas-af-local-cirurgico/>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2022). Protocol for the surveillance of surgical-site infections and prevention indicators in European hospitals, version 2.3. Stockholm: ECDC. doi: 10.2900/5002297.
- Mengatta, D. A., Alamu, A., Abdulkadir, A. A., Mohammed Hussein, A., Ahmad, F., Mohammed, B., & Musa, I. (2023). Global Incidence of Surgical Site Infection Among Patients: Systematic Review and Meta-Analysis. Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing, 49, 465630221102649. <https://doi.org/10.1177/08980101221102649>
- Prasad, D. V., Nisar, H. R., Akhtar, A., Abogabal, S., Singh, S. K., & Saito, M. S. (2022). Alcohol-Containing Versus Aqueous-Based Solutions for Skin Preparation in Abdominal Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. The Journal of surgical research, 251, 734–741. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2022.06.011>
- Wade, R. G., Burr, N. E., McCauley, G., Bourke, G., & El-Hinnou, O. (2012). The Comparative Efficacy of Chlorhexidine Gluconate and Povidone-iodine Antiseptics for the Prevention of Infection in Clean Surgery: A Systematic Review and Network Meta-analysis. Annals of surgery, 255(5), e481–e489. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e318246142c>

# ANEXO 5 - COMUNICAÇÃO LIVRE: “EMPODERAMENTO DA PESSOA NO PERIOPERATÓRIO E A ENFERMAGEM DO FUTURO: ESTUDO DE CASO” E CERTIFICADO

**IV JEM** JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMAGEM DA MACARONÉSIA  
ENFERMERÍA DE LA MACARONESIA

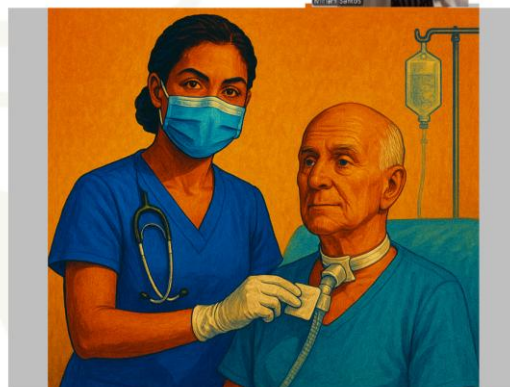
**ES** Escola Superior de Enfermagem  
**S. José de Cluny**

**US** UNIVERSIDADE DE SANTIAGO



## O EMPODERAMENTO NO PERIOPERATÓRIO E A ENFERMAGEM DO FUTURO: ESTUDO DE CASO

Miriam Santos 1. 5. ; Carla Barros 2. 5.;  
Isabel Moreira 3. 5.; Sónia Canela 3. 5.;  
Sónia Oliveira 1. 5.; Noélia Pimenta 4



1. ULS São João | 2. ULS Santo António | 3. ULS Gaia/Espinho | 4. Professora Adjunta na ESESJC e ESSSM | 5. Estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior Saúde Santa Maria/Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

Verifique o código de autenticação 18484762.81471863.6.8.84847628147186368 em <https://www.even3.com.br/documentos>



**IV JEM** JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMAGEM DA MACARONÉSIA  
ENFERMERÍA DE LA MACARONESIA

## CERTIFICADO

Certificamos que **Márcia Miriam Pedrosa Dos Santos**, participou nas atividades das **Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronésia 2024-2025**, realizadas nos dias 28, 29 e 30 do mês de maio de 2025, na Universidade de Santiago - Cabo Verde.

Ilha de Santiago, maio de 2025

Marcília Fernandes

**Chefe do Departamento de Ciências da Saúde,  
Ambiente e Tecnologias**

Cilliavini Varela

**Comissão Organizadora das IV Jornadas  
Académicas de Enfermagem da Macaronésia**

**ULPDC**  
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

**FCS**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESS**  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
UNIVERSIDADE DOS AÇORES

**ES** Escola Superior de Enfermagem  
**S. José de Cluny**

**US** UNIVERSIDADE DE SANTIAGO

## ANEXO 6 – RESUMO DA COMUNICAÇÃO LIVRE: “ARTE DE MARCAR A DIFERENÇA NA ANTISSEPSIA DA PELE NO INTROPERATÓRIO”

### ARTE DE MARCAR A DIFERENÇA NA ANTISSEPSIA DA PELE NO INTRAOPERATÓRIO

**Autores:** Miriam Santos (Portugal)<sup>1,2</sup>; Cristina Pestana (Portugal)<sup>3</sup>; Beatriz Edra (Portugal)<sup>4</sup>

Filiações: 1 - ULS São João; 2 - Estudante do Mestrado Médico-Cirúrgica, ramo pessoa em situação perioperatória, na Escola Superior Saúde Santa Maria/Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; 3 - ESESJC - Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; 4 - ESSSM - Escola Superior Saúde Santa Maria

**Palavras-chave:** Surgical Wound Infection; Antisepsis; Skin; Perioperative Nursing.

#### INTRODUÇÃO

A infecção do local cirúrgico (ILC) permanece uma complicação frequente associada aos cuidados de saúde, com consequências significativas na qualidade de vida da pessoa e com impacto direto no aumento dos custos, da morbidade e da mortalidade a nível mundial. A sua prevenção é um processo multifatorial e complexo, porém estima-se que cerca de 60% das ILC podem ser minimizadas através da implementação padronizada de práticas baseadas na evidência (PBE) durante o período perioperatório. O Enfermeiro Especialista (EE) assume um papel essencial no cuidado à pessoa, família e pessoa significativa, maximizando a segurança cirúrgica. Assim, o EE promove a implementação de estratégias que minimizam o risco de ILC, nomeadamente a antissepsia da pele no intraoperatório. Contudo, apesar desta estratégia ser uma das intervenções fortemente recomendada, com alta qualidade de evidência, a seleção e adesão ao antisséptico ideal, como o gluconato de clorexidina (CHG) a 2% em álcool a 70%, continua a constituir um desafio, face às discrepâncias existentes e às barreiras identificadas na prática clínica.

**OBJETIVO:** Evidenciar a intervenção do EE na implementação de PBE para prevenir a ILC através da antissepsia da pele no intraoperatório

#### METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

A revisão narrativa da literatura foi realizada através da pesquisa nas bases de dados EBSCO e PubMed, abrangendo artigos publicados entre 2020-2025, em inglês. Não foram encontrados artigos realizados em Portugal neste período de tempo, evidenciando uma lacuna no desenvolvimento de evidência científica no nosso país. Os artigos incluídos abordam a antissepsia da pele no intraoperatório como estratégia para minimizar a ILC, destacando a importância da PBE refletida nas intervenções de Enfermagem para maximizar a segurança cirúrgica.

#### RESULTADOS

A seleção do antisséptico deve equilibrar a efetividade na prevenção de ILC, o custo, as comorbilidades da pessoa e as indicações para aplicação. Na prática atual, os dois solutos mais frequentemente utilizados no intraoperatório para antissepsia da pele são o CHG alcoólico e a iodopovidona aquosa. O CHG alcoólico é o antisséptico de primeira linha devido à elevada eficácia, por não ser neutralizado pelo sangue, nem por biomateriais ricos em proteína, mantendo a sua ação antisséptica mais prolongada, quando comparado com a iodopovidona aquosa. O tempo de exposição, o número e o modo de aplicação influenciam os resultados da antissepsia da pele, constatando-se a falta de padronização desses fatores nos ensaios clínicos anteriores. Deste modo, a seleção, a aplicação correta, o respeito pelo tempo de secagem e a padronização de protocolo institucionais emergem como fatores determinantes para prevenir a ILC. Recentemente, a indústria passou a disponibilizar um marcador de pele dez vezes mais resistente ao CHG alcoólico, para superar mais uma barreira à adesão a este soluto no intraoperatório. O empoderamento dos profissionais de saúde, inclusive dos enfermeiros, sobre a PBE é um elemento-chave na maximização da segurança e na transição saudável da pessoa com ferida cirúrgica.

## CONCLUSÕES

A antissepsia com CHG alcoólico e a utilização de marcadores de pele resistentes a este soluto constituem um avanço simples e de alto impacto na vida da pessoa. Ressalta-se, ainda, a importância da formação contínua dos profissionais de saúde e a implementação rigorosa de protocolos para prevenir a ILC, alinhados com a PBE. Estas ações marcam positivamente a qualidade dos cuidados, a segurança e a recuperação da pessoa em situação perioperatória. Para concluir, torna-se fundamental desenvolver estudos de larga escala, em Portugal, que aprofundem a evidência científica e identifiquem as barreiras à adesão clínica, bem como explorem estratégias inovadoras no contexto da antissepsia da pele no intraoperatório.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- European Centre for Disease Prevention and Control. [ECDC]. (2025). Protocol for the surveillance of surgical site infections and prevention indicators in European hospitals, version 2.3. Stockholm: ECDC. doi: 10.2900/5093297.
- Habtie, T. E., Feleke, S. F., Terefe, A. B., Alamaw, A. W., & Abate, M. D. (2025). Nurses' knowledge and its determinants in surgical site infection prevention: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 20(1), e0317887. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0317887>.
- Peristeri, D. V., Nour, H. M., Ahsan, A., Abogabal, S., Singh, K. K., & Sajid, M. S. (2023). Alcohol-Containing Versus Aqueous-Based Solutions for Skin Preparation in Abdominal Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Journal of surgical research*, 291, 734–741. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.06.011>.
- Calderwood, M. S., Anderson, D. J., Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Garcia-Houchins, S., Maragakis, L. L., Nyquist, A. C., Perkins, K. M., Preas, M. A., Saiman, L., Schaffzin, J. K., Schweizer, M., Yokoe, D. S., & Kaye, K. S. (2023). Strategies to prevent surgical site infections in acute-care hospitals: 2022

---

Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 44(5), 695–720.  
<https://doi.org/10.1017/ice.2023.67>.

Viscot Medical. (2024). ViXL® Prep Resistant Ink.  
[https://www.viscot.com/media/documents/IFU/Directions%20For%20Use%20Surgical%20Markers%20\(XL%20Ink\).pdf](https://www.viscot.com/media/documents/IFU/Directions%20For%20Use%20Surgical%20Markers%20(XL%20Ink).pdf).

Widmer AF, Atkinson A, Kuster SP, et al. (2024). Povidone Iodine vs Chlorhexidine Gluconate in Alcohol for Preoperative Skin Antisepsis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*.332(7):541–549.  
doi:10.1001/jama.2024.8531.

Regulamento n.º 429/2018 do Diário da República. Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República*: 2.ª série, N.º 135 (16 de julho). pp. 19359-19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe//429-2018-115698617>.

---

ANEXO 7 - PLANO DE SESSÃO UCA: "FEIXES DE INTERVENÇÕES PARA A  
PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DE LOCAL CIRÚRGICO: BANHO PRÉ-  
OPERATÓRIO E REGISTOS DE ENFERMAGEM NA UCA"

**Dados de Identificação**

<i>Ação de Formação:</i>	<b>FEIXES DE INTERVENÇÕES NA PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DE LOCAL CIRÚRGICO: BANHO PRÉ- OPERATÓRIO E REGISTOS DE ENFERMAGEM NA UCA</b>		
<i>Formadores:</i>	Enf. <sup>a</sup> Miriam Santos	Duração:	30 Minutos
<i>Data:</i>	28/03/2025 às 8h15	Nº da Ação:	1
<i>Público-alvo</i>	Enfermeiros da UCA		

**Objetivos**

*Objetivos  
Gerais da  
Sessão:*

- Promover a reflexão face aos problemas concretos das IACS;
- Melhorar conhecimentos sobre medidas preventivas de ILC;
- Aumentar a adesão igual ou superior a 85% dos 2 banhos no pré-operatório.
- Aumentar a documentação igual ou superior a 85% do conhecimento e capacidades da pessoa no processo clínico (*Sclínico*), na consulta presencial pré-operatória de Enfermagem.

*Objetivos  
Específicos  
da Sessão:*

- Compreender a importância de diminuir as IACS, nomeadamente a ILC;
- Compreender a definição e fatores de risco de ILC;
- Identificar as principais recomendações para prevenir a ILC (banho pré-operatório, antibioterapia, tricotomia e monitorização da temperatura e glicemia capilar);
- Refletir sobre importância de adotar o segundo banho pré-operatório, como uma das intervenções para prevenir ILC na UCA;
- Uniformizar a documentação da intervenção de Enfermagem na plataforma informática (*Sclínico*): documentar os dois banhos pré-operatórios.
- Compreender a importância dos registos de Enfermagem;

**Desenvolvimento da Sessão**

<i>Etapas da sessão</i>	Conteúdos Programáticos	Actividades Didácticas	Métodos e Técnica Pedagógica	Material / Equipamentos	Tempo
<b>Introdução</b>	-Apresentação do Formador e Formandos; -Apresentação oral do tema/conteúdos e objetivos da Sessão;	Dinâmica inicial de Grupo		-Folha de presença	2 min.
	-Definição e prevalência de IACS; -Definição e fatores de risco de ILC; - <i>Guidelines</i> Internacionais e Nacionais de prevenção de ILC; -Identificar as recomendações para prevenir a ILC em relação ao banho pré-operatório, antibioterapia, tricotomia e monitorização da temperatura e glicemia capilar; -Discussão da importância de adotar o segundo banho pré-operatório; -Importância dos registos de Enfermagem; -Identificar as intervenções de Enfermagem ( <i>Sclínico</i> ) inerentes ao conhecimento da pessoa, no pré-operatório; -Registar as intervenções de Enfermagem ( <i>Sclínico</i> ) no pré-operatório;	Exposição de conteúdos teóricos;	- Método Expositivo;	Portátil;  Projetor multimédia	20 min.
<b>Conclusão</b>	-Síntese das principais ideias; -Esclarecimento de dúvidas. -Questionário de avaliação da ação de formação.	Questões de grupo; Questionário	- Método Interrogativo		8 min.

**ANEXO 8 - PLANO DE SESSÃO: ANTISSEPSIA DA PELE NO PERIOPERATÓRIO - 1ª SESSÃO**

A presente ação de formação contará com um *Welcome coffee*, às 8:45h, para acolher todos os formandos e minimizar atrasos no cronograma.

**Dados de Identificação**

<i>Ação de Formação:</i>	<b>ANTISSEPSIA DA PELE NO PERIOPERATÓRIO</b>		
<i>Formadores:</i>	Enf. <sup>a</sup> Miriam Santos	Duração:	15 Minutos
<i>Data:</i>	06/06/2025 às 9h	Nº da Ação:	1
<i>Público-alvo</i>	Médicos e Enfermeiros		
<b>Objetivos</b>			
<i>Objetivos Gerais da Sessão:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a reflexão dos profissionais de saúde para a importância de adotar práticas baseadas na evidência associadas à antissepsia da pele no perioperatório, como estratégia para prevenir a ILC e maximizar a segurança da pessoa.</li> </ul>		
<i>Objetivos Específicos da Sessão:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refletir sobre dois casos clínicos com ILC após cirurgia plástica;</li> <li>Partilhar as atuais práticas baseadas na evidência (PBE) sobre a prevenção da ILC no perioperatório;</li> <li>Identificar principais diferenças entre dois solutos utilizados antissepsia da pele.</li> <li>Apresentar e demonstrar utilização do marcador resistente ao CHG alcoólico.</li> </ul>		

**Desenvolvimento da Sessão**

<i>Etapas da</i>	Conteúdos Programáticos	Actividades Didácticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Materiais/ Equipamentos	Tempo
<i>Introdução</i>	- Apresentação do Formador; -Apresentação oral do tema/conteúdos e objetivos da Sessão;	Dinâmica inicial de Grupo	- Método Expositivo;	-Folha de presença;	1 min.
<i>Desenvolvi</i>	-Análise de dois casos clínicos com ILC após cirurgia plástica;			- Portátil;	8 min.

	<p>-Identificação dos “Feixes de Intervenções” e PBE para prevenir a ILC no perioperatório;</p> <p>-Análise de dois solutos (Iodopovidona aquosa e CHG alcoólico) para antisepsia da pele no intraoperatório.</p> <p>-Identificação de perspetivas para o futuro: Uso do marcador resistente</p>	<p>Exposição de conteúdos teóricos;</p> <p>Demonstração</p>	<p>- Técnica prática: demonstração</p> <p>- Método Interrogativo</p>	<p>- Projetor multimédia ;</p> <p>- Marcador resistente;</p> <p>- Compressas;</p> <p>- CHG alcoólico;</p>	
<i>Conclusão</i>	<p>- Síntese das principais ideias;</p> <p>- Esclarecimento de dúvidas.</p> <p>- Questionário de avaliação da ação de formação.</p>	<p>Questões de grupo</p> <p>Questionário</p>		<p>- QR CODE - Questionário Google forms</p>	1+5min.

**ANEXO 9 - PLANO DE SESSÃO: ANTISSEPSIA DA PELE NO PERIOPERATÓRIO - 2ª SESSÃO**

A presente ação de formação contará com um *Welcome coffee*, às 8:00h, para acolher todos os formandos e minimizar atrasos no cronograma.

**Dados de Identificação**

<i>Ação de Formação:</i>	<b>ANTISSEPSIA DA PELE NO PERIOPERATÓRIO</b>		
<i>Formadores:</i>	Enf. <sup>a</sup> Miriam Santos	<i>Duração:</i>	15 Minutos
<i>Data:</i>	13/06/2025 às 8h05	<i>Nº da Ação:</i>	2
<i>Público-alvo</i>	Enfermeiros do intraoperatório do Bloco Central		
<b>Objetivos</b>			
<i>Objetivos Gerais da Sessão:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a reflexão dos profissionais de saúde para a importância de adotar práticas baseadas na evidência associadas à antissepsia da pele no perioperatório, como estratégia para prevenir a ILC e maximizar a segurança da pessoa.</li> </ul>		
<i>Objetivos Específicos da Sessão:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilhar as atuais práticas baseadas na evidência sobre a prevenção da ILC no perioperatório;</li> <li>• Identificar principais diferenças entre dois solutos utilizados antissepsia da pele;</li> <li>• Partilhar a existência de um marcador resistente ao CHG alcoólico e o seu manual de instruções;</li> <li>• Demonstrar utilização do marcador.</li> </ul>		

**Desenvolvimento da Sessão**

<i>Etapas da sessão</i>	Conteúdos Programáticos	Actividades Didácticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Materiais/ Equipamentos	Tempo Previsto
<i>Introdução</i>	- Apresentação do Formador;	Dinâmica inicial de Grupo		-Folha de presença;	1 min.
	-Apresentação oral do tema/conteúdos e objetivos da Sessão;				
<i>Desenvolvim ento</i>	-Identificação dos “Feixes de Intervenções” e PBE	Exposição de conteúdos teóricos;		- Portátil; -Projektor multimédia;	8 min.

**Conclusão**

<p>para prevenir a ILC no perioperatório; -Análise de dois solutos (Iodopovidona e CHG alcoólico) para antissepsia da pele no intraoperatório. -Identificação de perspectivas para o futuro – Uso do marcador resistente</p>	<p>Demonstração</p>	<p>- Método Expositivo;  - Técnica prática: demonstração</p> <p>-Método Interrogativo</p>	<p>-Marcador resistente; -Compressas; CHG alcoólico;  - QR CODE - Questionário <i>Google forms</i></p>	
<p>- Síntese das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas. -Questionário de avaliação da ação de formação.</p>	<p>Questões de grupo; Questionário</p>			<p>1+5min.</p>

