

PEDRO COSTA

**INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA
EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA: MANUSEAMENTO DE IMPLANTES**



2024



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA: MANUSEAMENTO DE
IMPLANTES

Pedro Gonçalo Paixão Costa

fevereiro, 2024

Porto



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA: MANUSEAMENTO DE IMPLANTES

Pedro Gonçalo Paixão Costa

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória orientado pela Professora Doutora Márcia Lúcia Sousa Dias Alves e apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria / Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

fevereiro, 2024

Porto

“Proud OR Nurses – our future”

(EORNA, 2024)

DEDICATÓRIA

À minha querida esposa Carina.

Ao meu pequeno Tomás.

A família é o mais importante. Foram e são, sem dúvida, o alicerce.

AGRADECIMENTOS

O presente relatório é o culminar de uma jornada de desenvolvimento pessoal, académico e profissional, mas igualmente de dificuldades e sacrifícios. Tal percurso só foi possível devido ao apoio de entidades e pessoas que me acompanharam neste processo, motivo pelo qual quero agradecer:

À Escola Superior de Saúde Santa Maria e à Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, pela sua excelência no ensino;

À Exma. Professora Doutora Beatriz Edra e Exmo. Professor Daniel Cunha, pela dedicação, exigência, empenho e apoio ao longo deste percurso;

À Exma. Professora Doutora Márcia Alves pelo acompanhamento, rigor e orientação durante esta última etapa;

À Enf.^a Chefe, Enf. Eduarda Pinheiro, por toda a compreensão e esforço na elaboração do horário laboral, que possibilitou a minha frequência neste mestrado;

Às Exmas. Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica Andreia Leite e Dora Nunes, por todo o compromisso e partilha de conhecimentos durante o acompanhamento dos ensinamentos clínicos da UCA e BO, respetivamente;

A toda a equipa da UCA e BO, pela disponibilidade, receção e vontade de ajudar ativamente o meu processo de aprendizagem;

À minha família, pelo apoio incondicional.

A todos, o meu sincero Obrigado.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

a.C. – Antes de Cristo

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

AORN – *Association of periOperative Registered Nurses*

ASA - *American Society of Anesthesiology*

BO – Bloco Operatório

BOC – Bloco Operatório Central

DCPC - Dor Crónica Pós-Cirúrgica

DGS – Direção Geral da Saúde

DM - Diabetes Mellitus

EORNA – *European Operation Room Nurses Association*

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

IASP - *International Association for the Study of Pain*

ILC – Infeção do Local Cirúrgico

IMC – Índice de Massa Corporal

JCI - *Joint Commission International*

LASA - Lool-Alike Sound-Alike

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAMSD – Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente

PCA - *Patient Controlled Analgesia*

PCEA- *Patient Controlled Epidural Analgesia*

PNSD 2021-2026 – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos

Antimicrobianos

RAM – Resistência aos Antimicrobianos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RPA – Registo Português de Artroplastias

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPLINTS - *Scrub Practitioners' List of Intra-operative Non-Technical Skills*

SpO2 - Saturação Periférica de Oxigénio

SPOT – Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia

UC – Unidade Curricular

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

RESUMO

O presente relatório enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Saúde Santa Maria / Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, tendo como objetivo principal relatar a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de cuidado à Pessoa em Situação Perioperatória, assim como as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Os ensinamentos clínicos decorreram numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório e num Bloco Operatório Central, sendo descrita ao longo do relatório, de forma crítica e refletiva, as vivências e experiências que contribuíram para a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista neste contexto perioperatório.

Como referencial teórico à prestação de cuidados no contexto da prática clínica especializada foi escolhida a Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis.

Do mesmo modo, irá igualmente ser abordada a temática desenvolvida durante os estágios acerca da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória no que respeita ao manuseamento de implantes cirúrgicos, particularmente em cirurgia de artroplastia da anca e do joelho, realizando uma revisão integrativa da literatura, no sentido de apresentar o estado da arte acerca do manuseamento de implantes e da intervenção, nomeadamente do enfermeiro especialista na função de enfermeiro instrumentista no que respeita ao controlo e prevenção da infeção do local cirúrgico.

Deste relatório irá resultar a evidência de que foram adquiridas e aperfeiçoadas competências especializadas essenciais para uma prestação de cuidados especializados de qualidade e segurança à pessoa em situação perioperatória, assim como competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Perioperatório; Competências; Infeção; Implantes.

ABSTRACT

This report falls within the scope of the Master's Course in Medical-Surgical Nursing in the area of specialization of Nursing for People in Perioperative Situations of the Escola Superior de Saúde Santa Maria / Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, having as the main objective the acquisition of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing when caring for people in Perioperative Situations, as well as the skills of a Master in Medical-Surgical Nursing.

The clinical placements took place in an Outpatient Surgery Unit and in a Central Operating Room, being portrayed throughout the report, in a critical and reflective way, the experiences that contributed to the acquisition of common and specific skills of specialist nurses in this perioperative context.

As a theoretical framework for the provision of care in the context of specialized clinical practice, it was chosen the Transitions Theory developed by Afaf Meleis.

Likewise, the subject developed during the internships regarding the intervention of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing – Nursing for People in a Perioperative Situation will also be addressed with regard to the handling of surgical implants, particularly in knee and hip arthroplasty surgery, carrying out an integrative review of the literature, in order to present the state of the art on the handling of implants and its intervention, namely of the specialist nurse in the role of instrumentalist nurse to control and prevent infection in the surgical site.

This report provides evidence that essential specialized skills for delivering quality and safe care to individuals in a perioperative situation have been acquired and enhanced, along with the mastery of skills expected from a Medical-Surgical Nursing Master.

KEYWORDS: Nursing; Perioperative; Skills; Infection; Implants.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 – EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	18
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO: TEORIA DAS TRANSIÇÕES – AFAF MELEIS.....	22
3 – LOCAIS DE ESTÁGIO: REFLEXO DE UM PERCURSO	28
3.1 – UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO.....	28
3.2 – BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL	31
4 – SEGURANÇA NO MANUSEAMENTO DE IMPLANTES	35
4.1 - A PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA	37
4.2 – INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO	45
5 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	51
5.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	52
5.1.1 – Responsabilidade profissional, ética e legal	53
5.1.2 – Melhoria contínua da qualidade	58
5.1.3 – Gestão de cuidados	62
5.1.4 – Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	66
5.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	68
5.2.1 – Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	70
5.2.2 – Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	76
5.3 – INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO	83
5.3.1 - Atuação do Enfermeiro Instrumentista: Prevenção ILC's.....	87
6 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	97

CONCLUSÃO.....	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
APÊNCICES	i
APÊNDICE I – PLANO SUPERVISIVO	ii
APÊNDICE II – AVALIAÇÃO INTERCALAR	iii
APÊNDICE III – CRONOGRAMA	ix
APÊNDICE IV – “PASSAPORTE ORTOPÉDICO DO UTENTE”	x
APÊNDICE V – FORMAÇÃO “MANUSEAMENTO DE IMPLANTES”	xiii

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema representativo da Teoria das Transições.....	24
Figura 2 – Manuseio de implante cirúrgico utilizando técnica <i>no touch</i>	92

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição do diagnóstico pré-operatório associado a todas as revisões precoces da anca, 2012-2021 (N=3.912)	38
Gráfico 2 – Distribuição do diagnóstico pré-operatório associado a revisões precoces do joelho, 2012-2021 (N=2.493)	40
Gráfico 3 – Percentagem de intervenções de artroplastias de revisão do joelho devido ao diagnóstico pré-operatório de infecção, 2012-2021 (N=30.491)	40
Gráfico 4 – Distribuição etária das pessoas submetidas a artroplastia da anca. - 2013 N= 4.440	41
Gráfico 5 – Distribuição do diagnóstico pré-operatório associado a revisões de artroplastias da anca – 2013. N= 638	42
Gráfico 6 – Distribuição etária das pessoas submetidas a artroplastia do joelho - 2013. N= 4.234	42
Gráfico 7 – Distribuição do diagnóstico pré-operatório associado a revisões de artroplastias do joelho - 2013. N= 272	43
Gráfico 8 – Diagrama de Grantt	70

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Idade média das pessoas submetidas a artroplastia do joelho, 2012-2021 (N=1.495.965)	39
Tabela 2 – Distribuição do intervalo de tempo entre as intervenções de artroplastia primárias do joelho e revisão precoce, 2012-2021	39

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio representa o culminar de um percurso académico iniciado em 2022, no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, na Escola Superior de Saúde Santa Maria, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, cuja sua apresentação e discussão pública, diante de um júri, visa a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Segundo o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização no Cuidado à Pessoa em Situação Perioperatória, está previsto um ensino clínico durante o segundo semestre, denominado por “Cuidar em Sala Operatória”, antecedendo os dois ensinamentos clínicos da unidade curricular do terceiro semestre “Estágio com Relatório”.

Contudo, o estágio “Cuidar em Sala Operatória” foi realizado através de equivalência formativa, uma vez ter realizado o curso pós-graduado de Instrumentação Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde Santa Maria, que continha no plano de estudos um estágio equivalente a esta unidade curricular.

Assim, os estágios da unidade curricular “Estágio com Relatório” foram realizados na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital A, tendo realizado posteriormente o estágio de opção no Bloco Operatório Central do Hospital B.

Durante o estágio de especialidade cirúrgica, no Hospital B, além das competências especializadas previstas, foi desenvolvida uma área de interesse específica acerca da intervenção do enfermeiro especialista, relacionada com o manuseamento de implantes cirúrgicos aquando na função de enfermeiro instrumentista integrado numa equipa multidisciplinar, sendo, deste modo, uma das temáticas explanadas ao longo do relatório.

O relatório, estando dividido em seis capítulos, os capítulos um e dois contextualizam a evolução histórica da enfermagem perioperatória, umbilicalmente ligada à história dos blocos operatórios e à evolução da microbiologia, assim como o referencial teórico à prestação de cuidados realizados durante os ensinamentos clínicos, tendo sido desenvolvida a Teoria das Transições da autoria de Afaf Meleis, uma vez que se enquadra nos locais onde decorreram as minhas práticas clínicas e no contexto da pessoa em situação perioperatória, respetivamente.

Ainda, no capítulo seguinte é realizada uma contextualização dos locais onde tive oportunidade de desenvolver competências especializadas durante a prática clínica, caracterizando os locais e relatando, de forma descritiva e reflexiva, todo o percurso realizado ao longo dos ensinamentos clínicos, descrevendo a forma como se desenvolveu toda a planificação e execução dos estágios.

De seguida, irá ser desenvolvida a problemática acerca do tema escolhido no presente relatório, descrevendo o estado da arte acerca da temática da segurança no manuseamento de implantes, particularmente na pessoa submetida a artroplastia da anca e joelho, relacionando com a infeção do local cirúrgico e demonstrando a relevância do tema para uma prestação de cuidados especializados segura e de qualidade.

Por fim, os últimos dois capítulos são referentes à aquisição de competências comuns e específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória ao longo do processo de aprendizagem, assim como as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, descrevendo e relacionando com as experiências vivenciadas ao longo da prática clínica. Todavia, de forma a concretizar a temática do capítulo anterior, irá ser aglutinado um subcapítulo ao capítulo da aquisição de competências do enfermeiro especialista, desenvolvendo a intervenção especializada do enfermeiro perioperatório, particularmente na função de instrumentista, de forma a dar resposta à problemática abordada anteriormente, com o objetivo de maximizar a qualidade e segurança na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Deste modo, este Relatório de Estágio, com o título “INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA: MANUSEAMENTO DE IMPLANTES”, pretende demonstrar não só a minha evolução e aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no cuidado à Pessoa em Situação Perioperatória, mas também destacar a aquisição de competências de Mestre, através de um relato crítico e reflexivo do percurso realizado ao longo do processo de aprendizagem.

Por último, este relatório foi elaborado de acordo com o documento das normas orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos da Escola Superior de Saúde Santa Maria.

1 – EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Os blocos operatórios nem sempre foram como os conhecemos hoje. A sua história está umbilicalmente ligada à história da cirurgia e da higiene hospitalar (AESOP, 2006).

A época de ouro da microbiologia, iniciada em 1857 com o desenvolvimento de estudos de Pasteur acerca da fermentação e da refutação da geração espontânea, descobrindo o papel essencial que as leveduras têm no processo de fermentação e relacionando a atividade de um microrganismo com as mudanças físicas e químicas numa matéria orgânica, alertou a comunidade científica acerca da possibilidade dos microrganismos terem relações semelhantes com os animais e/ou plantas, podendo assim causar doenças (Tortora et al., 2017).

Mais tarde, Florence Nightingale, após estar presente na prestação de cuidados de enfermagem durante a guerra na Crimeia, desenvolve e publica o seu trabalho, *Notes on Nursing* em 1859, destacando o foco no ambiente cirúrgico e revelando a sua preocupação do ambiente da pessoa na sua recuperação, relacionando o ambiente com controlo da infeção, bem como demonstrando graficamente a importância da aplicação de medidas sanitárias básicas no exercício de enfermagem, induzindo assim teorias acerca da propagação da infeção (AESOP, 2006; Costa et al., 2009; Kruse & Henriqueta, 2006).

Contudo, foi Robert Koch, em 1876, que estabeleceu as etapas experimentais para relacionar diretamente um microrganismo a uma doença específica, desenvolvendo a teoria do germe da doença, convicto que seria possível microrganismos invisíveis passassem pelo ar e afetassem plantas e/ou animais, bem como permanecessem em superfícies de forma a contaminar outras pessoas. Gradualmente, a comunidade científica foi recolhendo informações que corroborariam esta teoria (Tortora et al., 2017).

Deste modo, a evolução da comunidade científica a nível microbiológico e as teorias desenvolvidas por Florence Nightingale, com o foco no ambiente cirúrgico, a preocupação sobre a propagação da infeção relacionada com o isolamento da pessoa e as teorias e normas de sanitização e higienização dos hospitais, permitiu que se começasse a atribuir real importância à necessidade de isolamento da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica, sendo elaborado o primeiro tratado de Higiene Hospitalar em 1907, enumerando as primeiras normas escritas acerca da necessidade do controlo de infeção (AESOP, 2006).

Assim, dando a esterilização a vapor os primeiros passos no ano de 1886 (AESOP, 2006), é a partir de 1889 que Carolina Hampton, enfermeira chefe do bloco operatório do *Johns Hopkins Hospital*, começa a utilizar luvas durante a cirurgia devido a um problema pessoal de pele, sendo um procedimento progressivamente normalizado a partir de 1893, tendo um impacto importante na redução das taxas de infeção da época (Lee, 2020; Sam, 2020).

Todavia, é após o ano de 1900 que emergem as primeiras normas, tais como lavagem das mãos por parte do cirurgião para preparação dos instrumentos cirúrgicos e da pessoa, utilização de luvas para a cirurgia em 1905, utilização de bata para o enfermeiro a desempenhar a função de enfermeiro instrumentista em 1907 e recomendação de utilização de máscara cirúrgica e cobertura dos cabelos no ano de 1914 (AESOP, 2006).

No ano 1949 surge a primeira associação internacional de enfermeiros de salas de operações, a *American Association of Operating Room Nurses* (AORN), com o objetivo de partilha de conhecimentos na área perioperatória e enuncia o conceito de enfermagem perioperatória, sendo um acontecimento fulcral para a evolução da enfermagem perioperatória (AESOP, 2006).

Em Portugal, apesar da formação dos enfermeiros em salas de operações ter surgido pela primeira vez em 1940, integrado no Curso de Enfermagem da Escola Técnica de Enfermeiras e em 1947 terem sido normalizados os programas das escolas de enfermagem com a disciplina “Técnica de Sala de Operações”, a disciplina deixou de ser obrigatória após uma reforma no ensino de enfermagem em 1970, regendo-se até aos anos 80 por um modelo biomédico, onde a pessoa era apenas um utente para tratar e a sua atividade era vista como extremamente tecnicista (AESOP, 2006).

Em consequência, a falta de formação específica resultava num exercício profissional com reduzida autonomia, tradicionalmente assente em saberes passados de forma oral e com fraca fundamentação científica (AESOP, 2022).

Assim, os enfermeiros portugueses sentiram a necessidade de centralizar o seu foco de cuidado na pessoa em contexto perioperatório, sendo fundada a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) em 1986, tendo como missão principal a melhoria dos cuidados no bloco operatório, a formação contínua e a prática baseada na evidência científica, estabelecendo ainda que o modelo de cuidados que

defende que a pessoa é o principal alvo dos seus cuidados e é para a pessoa que os cuidados devem ser planeados, executados e avaliados (AESOP, 2006).

No seguimento, em 1998, através do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, constitui-se a Ordem dos Enfermeiros (OE), respondendo assim a um imperativo da sociedade portuguesa, vindo ser constituída uma associação profissional de direito público, que promova a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, assegurando o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem.

No que diz respeito à formação, em 1999 foi criado o curso de Licenciatura em Enfermagem através do Decreto-Lei n.º 353/99, de três de setembro, passando todas as escolas a conferir o grau académico de licenciado e a fazer formação pós-graduada, ao invés do grau de bacharel em vigor anteriormente. Deste modo é determinado que o curso de enfermagem passará a ser lecionado durante quatro anos, passando a tutela das Escolas de Enfermagem para o Ministério da Educação e, mais tarde, para o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, através do Decreto-Lei n.º 99/2001 de 28 de Março.

A especialidade em Enfermagem Perioperatória foi aprovada no dia sete de maio de 2015, aquando da Assembleia Extraordinária da Ordem dos Enfermeiros, sendo posteriormente, no ano 2017, desenvolvidos e aprovados os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica em diversas áreas de especialidade em enfermagem, entre as quais na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

No ano seguinte, foi publicado o Regulamento n.º 429/2018, descrevendo as competências específicas do enfermeiro especialista em diversas áreas de especialidade em enfermagem, entre as quais na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, sendo publicado em Diário da República, 2.ª Série – N.º 135 – 16 de Julho de 2018.

Mais recente, em 2020 e 2021, são publicados três despachos (Despacho n.º 10960/2020,09/11; Despacho n.º 11688/2020,25/11; Despacho n.º 9813/2021,08/10) em Diário da República, referindo a estrutura curricular e o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica em três áreas de especialização, entre as quais a Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Assim, pode-se afirmar que começa uma nova era da enfermagem perioperatória em Portugal.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO: TEORIA DAS TRANSIÇÕES – AFAF MELEIS

O Bloco Operatório tem, de algum modo, um carácter ambivalente, isto é, se por um lado é visto como um local onde a pessoa vai recuperar a sua saúde, sendo um local de esperança para a pessoa e sua família, por outro lado, por ser um serviço fechado e um local rodeado de misticismo, é visto como um espaço assustador, estando relacionado com a perda de consciência, procedimentos invasivos e sensações dolorosas (AESOP, 2006; Esteves, 2019).

Segundo Esteves (2019), a entrada no Bloco Operatório provoca sentimentos negativos à pessoa e sua família, tais como medo, ansiedade e angústia, não só por ser um espaço desconhecido, mas por tudo aquilo a que a pessoa vai ser sujeita.

Com efeito, a pessoa que irá ser submetida a cuidados em contexto perioperatório transportará consigo todos os seus medos e inseguranças, mas também todos os problemas que lhe são próprios e específicos, uma vez que durante um período de tempo indefinido, sentirá uma ameaça à sua integridade e identidade que implica alterações nos seus hábitos de vida, autocontrolo e autonomia, podendo ainda desencadear alterações significativas a nível emocional, afetivo, profissional, económico, entre outros (Esteves, 2019; Souza et al., 2015).

De acordo com Souza et al. (2005), a pessoa deverá ser alvo de uma prestação de cuidados individualizados pelos enfermeiros na vertente que se orienta para o tratamento médico-cirúrgico, através do conhecimento científico, e igualmente na vertente que diz respeito à sensibilidade ou à capacidade de cuidar da pessoa em contexto perioperatório.

A enfermagem perioperatória apresenta assim, uma abordagem holística multidisciplinar, devendo reconhecer e definir o plano de cuidados mais adequado à pessoa durante todo o período perioperatório, para além de procurar estar sempre presente, transmitindo-lhe confiança e segurança, de forma a diminuir todos os seus sentimentos negativos de medo, ansiedade e angústia (Esteves, 2019).

Reconhecendo que a transição saúde/doença é potenciadora, por si só, de *stress*, com todas as suas implicações e que esta é vivenciada não só pela pessoa em situação perioperatória, mas igualmente pela sua família/pessoa significativa, sobressai o conceito de transição, desenvolvido por Afaf Meleis e presente na sua Teoria de Médio Alcance.

A transição é assumida como uma área de atenção dos enfermeiros quando esta interfere com a saúde, ou quando as respostas ao processo de transição são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde (Chick & Meleis, 1986).

Meleis (2010) define transição como sendo a passagem de um estado bastante estável para outro igualmente estável, sendo um processo desencadeado por uma mudança. Segundo o mesmo autor, as transições são ainda caracterizadas por diferentes estágios dinâmicos, marcos e pontos de viragem, podendo ser definidas através de processos e/ou resultados terminais, sinalizando as transições como conceito central dos cuidados de enfermagem, uma vez que os enfermeiros investem grande parte do seu tempo laboral a cuidar de pessoas que passam, pelo menos, por uma ou mais mudanças que afetam o seu estado de saúde/doença, sendo igualmente os profissionais de saúde que prestam cuidados mais próximos à pessoa antes, durante e após os processos de transição.

No mesmo sentido, a evolução da ciência e da tecnologia, as políticas de segurança e o aumento dos custos hospitalares potenciam as altas hospitalares precoces, tendo a pessoa de realizar a sua recuperação no domicílio, sendo que quando a pessoa e família/pessoa significativa não são corretamente cuidadas neste processo de transição, tende a existir complicações e readmissões hospitalares (Meleis, 2010).

Assim, a pessoa deve ser perspectivada como um indivíduo com necessidades próprias que, em constante interação com o meio ambiente envolvente, detém capacidades inatas para se adaptar a possíveis alterações que possam surgir, mas que devido a uma situação de vulnerabilidade, pode vir a experimentar um desequilíbrio (Meleis, 2011).

De acordo com Meleis et al. (2000), os enfermeiros desempenham um papel importante, sendo um profissional de saúde que visa facilitar e estimular para a promoção da qualidade de vida da pessoa, atuando de forma a facilitar a vivência das suas próprias transições de forma saudável, partindo da sua correta e atempada identificação, através do desenvolvimento de um plano de cuidados, com o objetivo de atingir o restabelecimento do equilíbrio e bem-estar da pessoa e sua família.

Os processos de transição são únicos, singulares e de elevada complexidade, capazes de gerar significados de acordo com a perceção individual da pessoa (Meleis et al., 2000).

Segundo os mesmos autores, esta teoria permite aos enfermeiros compreender de forma pormenorizada o processo de transição de forma a procederem à sua melhor prática, descrevendo a natureza das transições (tipo, padrão e propriedades), condições facilitadoras e inibidoras e padrões de resposta (indicadores de processo e resultado) e intervenções de enfermagem (Figura 1).

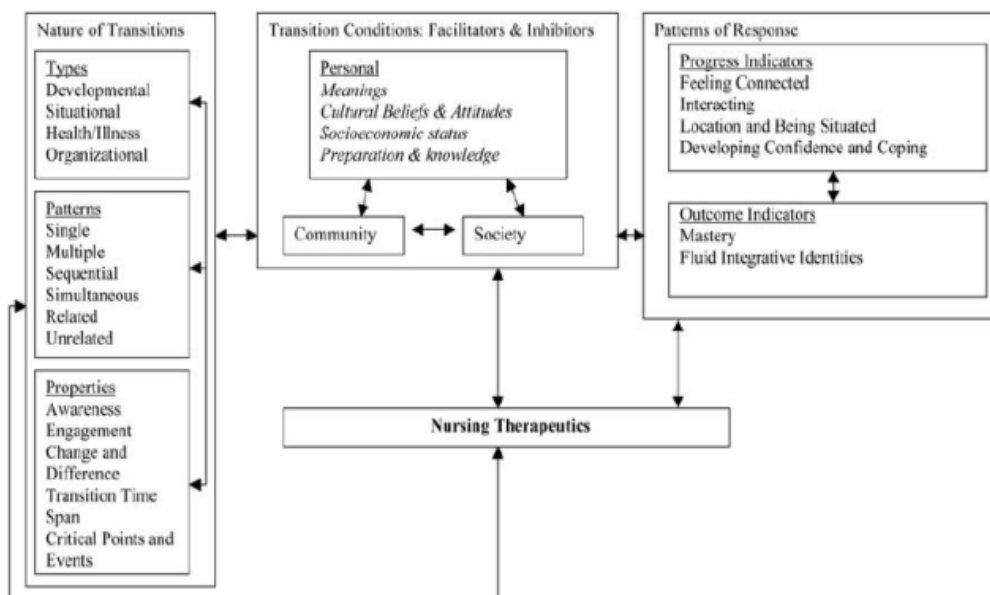


Figura 1- Esquema representativo da Teoria das Transições (Meleis et al., 2000)

No desenvolvimento da Teoria de Médio Alcance, Meleis (2010) descreve os problemas potenciais que as pessoas se poderão deparar por não estarem preparadas para a transição, denominando de Incapacidade para o Papel, e por descrever a Recuperação do Papel como objetivo da intervenção de enfermagem.

Assim, a autora define Incapacidade para o Papel como qualquer dificuldade no conhecimento ou desenvolvimento do papel, manifestando-se habitualmente quando se assumem novos papéis, seja um papel de risco, de recuperação, de pai, de prestador de cuidados, entre outros. Contudo, relata que a intervenção de enfermagem é verificada na Recuperação do Papel, sendo definida como qualquer processo onde a Incapacidade para o Papel é identificada como presente ou potencial e são utilizadas estratégias enquanto preventivas, quando antecipam uma transição, ou terapêuticas quando a Incapacidade para o Papel é manifestada.

Inicialmente, Meleis et al. (2000) dividem a Teoria em três eixos: natureza das transições, condições facilitadoras e inibidoras e padrões de resposta.

Em relação à natureza das transições, estas podem ser analisadas de acordo com o seu tipo, padrão e as suas propriedades (Meleis, 2010).

Segundo Meleis e Trangenstein (1994), a natureza da transição saúde/doença está umbilicalmente relacionada com uma mudança no desempenho de um papel, consequência de alteração da condição de saúde, seja o agravamento do estado da condição de saúde, seja a passagem de um estado saudável para uma doença aguda ou crónica.

A natureza da transição desenvolvimental pode-se associar com as etapas de desenvolvimento ao longo do ciclo vital, sejam estas individuais ou familiares, relacionando as várias etapas etárias que as pessoas vão passando ao longo da vida (infância, adolescência ou envelhecimento) com os potenciais problemas ou alterações de saúde que possam ocorrer naturalmente em cada uma delas (Meleis, 2010).

A transição situacional sucede quando há necessidade de redefinição de papéis na pessoa ou família. Estes acontecimentos podem ser positivos ou negativos, podendo estar relacionados com questões de passagem para um papel parental, mas também com mudanças relativas a imigração, desalojamento, experiência de quase morte ou perda de um membro da família, saída de relações de abuso, passagem para um papel monoparental ou assumir um papel de prestador de cuidados (Chick & Meleis, 1986).

Por último, a transição organizacional é considerada por Meleis (2010) como as transições que ocorrem nas organizações, sejam estas de cariz social, político ou económico, traduzindo ainda as transições ambientais.

Ainda no domínio da natureza das transições, Meleis (2010) caracteriza as transições em Padrões e Propriedades.

No que diz respeito aos Padrões, as transições são caracterizadas como padrão único, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado ou não relacionado, do número, sequência e da relação das transições entre si (Meleis, 2010).

As Propriedades da transição podem ser classificadas como a Consciencialização, que é considerada a propriedade principal em todo o processo, uma vez que está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento da própria transição, sendo que o processo de se ir consciencializando implica reconhecer o que mudou; o

Envolvimento, que traduz a participação da pessoa no seu próprio processo de transição, sendo influenciado pelo nível de consciencialização; a Mudança e Diferença, considerada uma propriedade importante, uma vez que as transições são resultado de mudanças e resultam em novas mudanças, sendo que ao longo do processo de transição a pessoa pode experienciar mudanças significativas em si; o Período de Tempo, propriedade essencial na transição, uma vez que o processo de adaptação exigirá um determinado período temporal; os Pontos e Eventos Críticos, são associados a um determinado evento, sendo uma etapa fulcral do planeamento e implementação dos cuidados de enfermagem de modo a apoiar as pessoas durante o seu processo de transição (Meleis, 2010).

Em relação às Condições Facilitadoras e Inibidoras, Meleis (2010) considera que a forma de lidar com o processo de transição é determinada pela individualidade da pessoa, em constante comunicação com a sua comunidade e a sociedade, sendo que cada pessoa atribui um significado particular às situações de saúde/doença, de acordo com os seus valores, crenças e desejos, que caracterizam a sua singularidade, influenciando o seu processo de transição.

A profissão de enfermagem centra-se na pessoa que vivencia o processo de transição e desenvolve um planeamento de cuidados de forma a facilitar e melhorar o estado da condição de saúde e de bem-estar, monitorizando os Padrões de Resposta.

Os padrões de resposta às transições devem ser monitorizados através de indicadores capazes de traduzir, entre outros, o nível de conhecimento e desempenho necessários para dar resposta às novas situações e contextos, sendo que os resultados da monitorização dão indicações sobre a evolução do processo de transição da pessoa (Meleis et al., 1994).

Assim, Hesbeen (2000) diferencia o processo de transição saudável e não saudável, dependendo na existência de mestria nos comportamentos e sentimentos associados ao novo papel da pessoa, isto é, se há domínio de novas competências para lidar adequadamente com o novo papel, identificando como indicadores de uma transição saudável o bem-estar emocional, as relações interpessoais, a qualidade de vida, a capacidade funcional, a adaptação e a consciencialização.

Segundo Canaval et al. (2007), a identificação do término do processo de transição tem como referência, não só o nível de mestria revelado pela pessoa em relação à aquisição de competências e comportamentos, mas também à sua perceção de satisfação.

Assim, Meleis (2010) define como indicadores de processo ou de resultado as respostas das pessoas ao longo do processo de transição, podendo dividir estes indicadores em Mestria e Reformulação de Identidade.

Segundo a mesma autora, a mestria é um indicador de resultado que determina o fim de uma transição, sendo determinado a partir do momento em que a pessoa evidencia domínio dos conhecimentos, das habilidades e dos comportamentos necessários para lidar com as novas circunstâncias. Podem ser considerados como indicadores de mestria, no que diz respeito a uma família prestadora de cuidados, a verbalização da capacidade para tomar decisões face à nova condição; possuir as competências necessárias para prestar cuidados a outros; monitorizar e interpretar sintomas; providenciar cuidados e aceder a recursos, entre outros.

Do mesmo modo, a reformulação da identidade resulta de um processo de integração, caracterizado por um ajustamento entre a pessoa e o seu contexto. O culminar de uma transição de forma saudável, para além de se manifestar pela mestria no desempenho do papel, pode-se evidenciar pela capacidade de integrar de forma dinâmica as novas circunstâncias e condições na sua identidade. Após o alcance da reformulação da identidade, esta pode ser tendencialmente estável como, por exemplo, no caso da transição para a parentalidade, com a identidade materna (Meleis et al., 2000), sendo que, anteriormente, Meleis et al. (1994) já identificavam a emigração como exemplo de uma nova identidade tendencialmente mais inconstante, devido à natureza dinâmica transição.

Por último, o planeamento de cuidados de enfermagem deverá ser realizado de forma a garantir a consciencialização e o envolvimento da pessoa e família/pessoa significativa durante o processo de transição, assim como promover a intervenção antecipatória à transição e facilitar a aquisição de mestria por parte da pessoa, de forma a garantir um processo de transição saudável.

3 – LOCAIS DE ESTÁGIO: REFLEXO DE UM PERCURSO

A missão do enfermeiro em contexto perioperatório é garantir à pessoa cuidados de enfermagem específicos e de qualidade (AESOP, 2006).

Naturalmente, o meu percurso profissional foi sempre desenvolvido pela procura da excelência do cuidado, refletindo o meu interesse no cuidado à pessoa em situação perioperatória. Neste sentido, o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Cuidado à Pessoa em Situação Perioperatória surgiu como um marco fundamental na construção e desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que, não sendo um momento isolado e/ou estagnado, representa uma parte integrante de um processo de desenvolvimento de competências, visto que confronta a prática diária dos cuidados de enfermagem com a evidência científica, erguendo a profissão de enfermagem a um nível elevado de eficiência, rigor e excelência.

Assim, ao longo do meu percurso letivo, tive oportunidade de adquirir e desenvolver as competências de enfermeiro especialista em dois momentos de ensino clínico sob a tutoria de duas enfermeiras especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo que ao longo deste capítulo, além de caracterizar os referidos locais de estágio, irei refletir acerca do meu desenvolvimento em cada momento.

Apesar de terem sido duas realidades de ensino clínico distintas, pelo contexto perioperatório que se inserem, ambos os ensinamentos clínicos me possibilitaram uma crescente aprendizagem no cuidado à pessoa em situação perioperatória através de uma interação contínua com os enfermeiros tutores, professoras orientadoras e da restante equipa multidisciplinar, tendo contribuído para a aquisição e desenvolvimento de competências.

3.1 – UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Segundo AESOP (2006), os cuidados de enfermagem em contexto de Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) regem-se pelos princípios aplicados em qualquer bloco operatório, isto é, devem ser baseados num conjunto de conhecimentos teóricos e práticos que, através de um processo programado, o enfermeiro reconhece as necessidades da pessoa a quem vai prestar cuidados, planeia, executa e avalia os cuidados apreciando os resultados obtidos.

A UCA obedece não só às regras de um bloco operatório convencional, como também às de um serviço de ambulatório. Num bloco operatório convencional é preciso

garantir a assepsia, assegurando percursos diferenciados e sequenciais, sendo que num serviço de cirurgia de ambulatório é necessário garantir ainda a ligação ao exterior e a continuidade dos cuidados no domicílio.

Esta UCA, em particular, rege-se por um regulamento interno que regula o seu normal funcionamento, com normas imperativas e aglutinando, de forma obrigatória, a família/pessoa significativa para o processo de cuidados, caracterizando-se pela adoção de um funcionamento misto. Assim, além da alta para o domicílio no próprio dia da cirurgia na maioria dos casos, existe a hipótese de cirurgia com pernoita até 24 horas nos casos em que a vigilância ou recuperação cirúrgica e/ou anestésica assim o exijam, sendo uma unidade que, com o acréscimo de tempos operatórios que se tem verificado, teve necessidade de expandir a sua atividade cirúrgica diária para o espaço físico do Bloco Operatório Central (BOC).

No que respeita à sua caracterização, de forma a perceber a sua dinâmica, importa compreender que historicamente este serviço surge da união de dois serviços independentes, a UCA e a UCA Pernoita, sendo que a equipa de enfermagem destes serviços não prestava cuidados no período intra-operatório, sendo, pela sua proximidade, os cuidados nesse período específico prestados pelos enfermeiros do BOC.

Após a sua reestruturação física e funcional, houve uma aglutinação de ambos os serviços supracitados, desenvolvendo a UCA atual, dividida geograficamente em dois e tendo uma equipa de enfermagem única e responsável pela prestação de cuidados em todos os períodos perioperatórios

Relativamente ao período pré-operatório, devido a constrangimentos físicos provenientes da fusão anteriormente referida, existem dois locais, separados geograficamente no serviço, onde a pessoa em contexto perioperatório pode realizar o seu acolhimento, sendo que este processo é claro desde o momento da convocatória, encaminhando a pessoa para o local correto, sendo que para cada local de acolhimento é distribuída, pela coordenação do serviço, uma equipa de enfermagem, sendo o número de enfermeiros adequado ao planeamento do serviço, não sendo este número inferior a dois.

Seguidamente, o espaço intra-operatório da UCA é próximo do BOC, existindo duas salas operatórias equipadas com todo o material e equipamento necessário à sua atividade cirúrgica, apoiadas por uma sala de indução anestésica, sendo, sendo distribuída

a equipa de enfermagem da UCA de acordo com as dotações seguras em vigor, segundo o Regulamento 743/2019 publicado em Diário da República.

Contudo, devido ao crescente aumento da atividade cirúrgica de ambulatório, é recorrente haver necessidade de utilização de salas operatórias do BOC para este efeito, sendo que a distribuição da equipa de enfermagem é, nestes casos, de acordo com os recursos humanos disponíveis em cada serviço, gerida entre as respetivas coordenações de enfermagem.

No que diz respeito à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), a UCA dispõe de duas unidades, sendo que a UCPA da UCA está localizada numa zona imediatamente a seguir às salas de operações e a UCPA da UCA Pernoita, numa zona exterior ao bloco operatório, não tendo qualquer apoio da equipa multidisciplinar.

Em consequência, a UCPA da UCA recebe os utentes intervencionados nas salas operatórias da UCA, estando equipada com seis camas e cadeirões, assim como todo o equipamento de monitorização, oxigénio e vácuo, estando preparada para receber as pessoas intervencionadas nas salas operatórias da UCA, realizando todo o processo pós-operatório até à alta para o domicílio.

De outro modo, as pessoas que realizaram o seu acolhimento na UCA Pernoita e que foram intervencionadas nas salas operatórias do BOC, são transferidas para a UCPA da UCA ou do BOC, sendo que após a alta da UCPA, são recebidas pela equipa de enfermagem na UCA Pernoita de forma a preparar a alta para o domicílio, estando esta equipada com doze camas e respetivo equipamento de monitorização, sendo que, em alguns dos casos, a pessoa apenas têm alta na manhã seguinte ao procedimento cirúrgico, pernoitando neste serviço.

Assim, no contexto específico da UCA, o enfermeiro perioperatório desenvolve a sua atividade durante as três fases da experiência cirúrgica e evidencia-se nos seguintes momentos de cuidados:

- Período pré-operatório: consulta de enfermagem, telefonema da véspera e acolhimento na unidade;
- Período intraoperatório: prestação de cuidados na sala de operações;
- Período pós-operatório: prestação de cuidados na UCPA, preparação e planeamento da alta, contacto no domicílio (telefonemas pós-operatórios).

Particularizando, o estágio na UCA teve a duração total de 62 horas, sendo que, de acordo com o planeado, teve oportunidade de exercer pelas suas diversas etapas perioperatórias, de forma a compreender e desenvolver uma prestação de cuidados de forma especializada, reconhecendo todo o processo perioperatório.

Deste modo, estando previsto 56 horas de contacto, foi realizado o seguinte planeamento do estágio:

- 19 de janeiro: M1 (8h – 15h) – Acolhimento UCA Pernoita
- 20 de janeiro: M1 (8h – 15h) – Sala Operatória
- 25 de janeiro: T3 (11h – 18h) – UCPA UCA Pernoita
- 26 de janeiro: T3 (11h – 18h) – Sala Operatória
- 31 de janeiro: M1 (8h – 15h) - UCPA UCA Pernoita
- 1 de fevereiro: M1 (8h – 15h) - Acolhimento UCA Pernoita
- 10 de fevereiro: M1 (8h – 15h) – Acolhimento UCA Pernoita
- 14 de fevereiro: M1 (8h – 15h) – Sala Operatória

Por último, durante o ensino clínico considero que foi uma mais-valia a passagem pelos vários períodos perioperatórios, nomeadamente os períodos pré e pós-operatórios, por serem diferenciadores em contexto de UCA, uma vez que cada um destes períodos perioperatórios exige um conjunto de conhecimentos e intervenções específicas, conseguindo desenvolver assim uma abordagem e planeamento à pessoa em contexto perioperatório de forma holística, tendo conhecimento de todo o seu percurso durante a sua experiência neste contexto específico.

3.2 – BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

O Bloco Operatório é, e sempre foi, um local rodeado de misticismo para a maioria das pessoas, por ser um local altamente restrito, com uma comunicação e visibilidade muito limitada para o exterior e onde existem diversos equipamentos de alta tecnologia que poderão impressionar pela sua estrutura física.

No que ao espaço físico diz respeito, este serviço tem uma forma retangular, que circunda todas as salas operatórias, servindo de passagem a todos os profissionais do serviço e onde são transportados os utentes para as salas de indução anestésica e posteriormente para a sala operatória, após transferência em *transfer* próprio para o efeito.

Existe um corredor central, mais restrito, onde está preconizado a entrada dos profissionais de saúde que vão exercer funções naquela sala operatória, tendo cada sala operatória uma zona individualizada para lavagem e desinfeção das mãos na sua antecâmara.

O Bloco Operatório tem um total de dez salas operatórias, cinco em cada um dos lados do corredor central acima referido, onde estão incluídas três salas de urgência.

A UCPA, local onde são transferidas as pessoas para a recuperação no pós-operatório imediato, está situada na periferia do Bloco Operatório Central. É uma unidade recém-construída, num estilo *open space* com lugares individualizados e com respeito pela privacidade do utente, tendo capacidade para 20 pessoas.

Sendo um estágio com a duração de 330 horas e com o objetivo de realizar uma integração de forma organizada e desenvolver as competências previstas, foi elaborado um planeamento do respetivo estágio.

Este plano, denominado por “Planeamento do Processo Supervisivo – Bloco Operatório” (Apêndice I), contemplou inicialmente a divisão do estágio em 6 fases distintas (Observação; UCPA; Anestesia; Circulação/Instrumentação – Cirurgia Geral/Outras; Circulação/Instrumentação – Trauma/Urgência; Atividades de Interesse do Aluno nas diferentes Áreas de Especialidade do Perioperatório), com durações ajustadas a cada fase.

Este planeamento foi, de forma inegável, uma mais-valia para a minha integração, formação e aprendizagem. Desde cedo, ficou definido, por interesse próprio, apoiado pela enfermeira tutora, que o desenvolvimento do estágio se desenrolasse em todas as variantes da enfermagem em contexto perioperatório que o serviço poderia oferecer, de forma a desenvolver um ensino clínico mais abrangente, não focando apenas numa função ou em algumas intervenções específicas, com a expectativa de tentar desenvolver competências diferenciadoras e especializadas nas áreas pré, intra e pós-operatórias.

Apesar do planeamento, ficou também definido que este não seria estanque e que poderia sofrer alterações de forma, conteúdo ou duração, consoante o interesse do estudante, as dinâmicas do serviço e as imprevisibilidades que poderiam surgir.

Sendo esperado que atingisse os objetivos específicos que foram definidos em cada fase deste processo formativo, foi agendada uma avaliação intercalar, de forma avaliar o estado do processo formativo, em documento específico para o efeito (Apêndice

II), assim como perceber quais as áreas que deveria desenvolver a fim de cumprir todos os objetivos em cada uma das fases acima referida.

Do mesmo modo, foi realizado um cronograma (Apêndice III) aquando da elaboração do Projeto de Autoformação, estando coerente com o planeamento elaborado com a enfermeira tutora.

Após uma primeira fase introdutória e fundamentalmente de integração ao serviço, tive oportunidade de desenvolver intervenções de enfermagem em contexto perioperatório no bloco operatório e fora deste, tendo sido uma experiência enriquecedora do ponto de vista pessoal, formativo e profissional.

Devido à organização hospitalar, o grupo de enfermeiros responsáveis pela área de anestesia do Bloco Operatório são distribuídos semanalmente para prestar cuidados em contexto hospitalar fora do BO para realização de exames complementares de diagnóstico ou tratamento, tais como exames de gastroenterologia (eco-endoscopias, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica), pneumologia (fibroscopias flexíveis e rígidas) e ressonância magnética.

Do mesmo modo, também existe a consulta pré-operatória de enfermagem e a consulta da dor, realizada pelo grupo de enfermeiros dedicados à anestesia no bloco operatório, assim como a visita da dor pós-operatória, na qual o enfermeiro visita todas as pessoas em estado pós-operatório referenciadas com controlo da dor não eficaz, assim como as pessoas que têm prescrição no método PCA (*Patient Controlled Analgesia*) ou PCEA (*Patient Controlled Epidural Analgesia*), no dia seguinte à alta da UCPA, repetindo a visita até deixar de ter perfusão analgésica e/ou a pessoa ter alta do hospital.

Continuamente, segui para outra fase do estágio, a mais longa, onde fui desenvolvendo fundamentalmente intervenções e competências de enfermagem no âmbito intra-operatório, nomeadamente nas funções de enfermeiro circulante e instrumentista.

Por ser uma fase mais longa, foi realizada uma avaliação intercalar, onde foram abordados alguns objetivos que já tinham sido atingidos e algumas estratégias para desenvolver os que ainda não tinham sido atingidos na sua plenitude, tendo esta avaliação intercalar um papel fundamental de enquadramento do ponto de situação em que o desenvolvimento formativo se encontrava.

Por último, desde o início que foi meu objetivo desenvolver um projeto de melhoria para o serviço, através da observação das dinâmicas e de algumas práticas, deixando assim um contributo de melhoria relacionado com a minha passagem pelo serviço, ministrando neste uma formação em serviço, com a duração de uma hora, tendo como destinatários todos os enfermeiros do BO, cujo tema foi “Manuseamento de Implantes”. Nesta formação tive oportunidade de abordar a temática do manuseamento de implantes, na sua maioria relacionando com a intervenção do enfermeiro instrumentista, de forma a tentar alterar algumas práticas que fui observando ao longo do ensino clínico, com o objetivo principal de melhorar a segurança e potenciar a qualidade das intervenções de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

4 – SEGURANÇA NO MANUSEAMENTO DE IMPLANTES

O tema da segurança da pessoa tornou-se, de forma global, uma questão central na prestação de cuidados a nível internacional e nacional (Mendes & Barroso, 2014).

A segurança da pessoa em situação perioperatória é uma questão inegociável, sendo um desígnio para todas as organizações de saúde e será cada vez mais uma realidade presente no que se espera dos cuidados de saúde nas próximas décadas. Sem ela, não é possível alcançar cuidados de saúde de qualidade, que traduzam eficiência e equidade para todos e, conseqüentemente, ganhos em saúde (Barroso et al., 2021).

Desta forma, os aspetos relacionados com a segurança, enquanto componente chave para a eficiência e qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos profissionais de saúde, tem assumido particular interesse para as organizações de saúde, decisores políticos e para os próprios profissionais de saúde, cuja principal missão é prestar cuidados de qualidade, baseados na melhor evidência científica disponível (Barroso et al., 2021).

Do mesmo modo, a Direção Geral de Saúde ([DGS], 2011, p.14) define a segurança do utente como a “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”, uma vez que a evidência da prática tem demonstrado que o erro é uma constante e poderá ocorrer em qualquer fase do processo de prestação de cuidados de saúde.

Segundo a DGS (2011), as ações empreendidas para reduzir o risco concentram-se em medidas tomadas para prevenir o incidente, sendo o objetivo destas a redução ou probabilidade de redução do dano, podendo ser aplicadas ao utente, aos profissionais, à organização e ao equipamento.

Sabendo que os indicadores do Instituto Nacional de Estatística (2020) referem existir atualmente aproximadamente 2,2 milhões de idosos (65 ou mais anos) em Portugal, e estimando um aumento para 3 milhões até 2080, uma vez que este aumento irá ter reflexo no quotidiano perioperatório, nomeadamente em relação ao número e tipo de cuidados de saúde prestados, as questões acerca da segurança da pessoa surgem como fulcrais para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Em concordância com o aumento da esperança média de vida, o envelhecimento da população e a alteração no quotidiano perioperatório, foram registadas no Sistema Nacional de Saúde (SNS) cerca de 650 mil cirurgias em 2021 (SNS, 2022).

No quotidiano perioperatório, a cultura de segurança é um requisito essencial à qualidade dos cuidados de saúde e está relacionada com as atitudes, crenças, valores e premissas que influenciam a forma como os profissionais percebem e agem sobre as questões de segurança de uma organização. Um baixo índice de cultura de segurança do cliente pode levar à ocorrência de eventos adversos potencialmente evitáveis, resultando na descrença das organizações e dos profissionais de saúde, além de representarem um pesado ónus social e económico.

Relativamente à segurança dos cuidados de saúde perioperatórios, AESOP (2006) refere que durante a prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória o enfermeiro instrumentista deve, entre outras, prevenir, reduzir e eliminar o risco de infeção perioperatória; respeitar a especificidade de cada tempo cirúrgico, nomeadamente a colocação de implantes; manter e vigiar a técnica cirúrgica asséptica; substituir as luvas de toda a equipa nas situações protocoladas e sempre que necessário, assim como a preparação dos implantes, estando todas estas intervenções diretamente relacionadas com a segurança da pessoa em situação perioperatória.

Particularizando nos indicadores conhecidos acerca das artroplastias do joelho e da anca, a nível internacional, no American Annual Report (2022), referente ao período temporal 2012-2021, pode-se constatar que 21,2%, dos diagnósticos associados a uma artroplastia de revisão de anca, é a infeção e reação inflamatória, tendo sido esta a principal causa de revisão de artroplastia da anca.

Segundo o mesmo autor, no caso particular da cirurgia de revisão de artroplastia do joelho, houve diagnósticos pré-operatórios de infeção e reação inflamatória em 28,4% dos casos, sendo igualmente o diagnóstico pré-operatório mais frequente.

Em Portugal, o último relatório publicado do Registo Português de Artroplastias ([RPA], 2013), relativo ao ano de 2013, indica que foram intervencionadas no SNS 4440 artroplastias da anca e 4234 artroplastias do joelho, sendo que 81% das pessoas sujeitas a esta cirurgia tinham idade superior a 61 anos.

Sabendo que em um ou vários momentos da cirurgia existe manipulação de dispositivos médicos implantáveis, nomeadamente por parte do enfermeiro instrumentista, urge como relevante o *modus operandi* do seu manuseamento, uma vez que poderá ter impacto no *outcome* da pessoa em situação perioperatória. Esta consciência da procura pela excelência da qualidade da prestação de cuidados é realçada pela

European Operating Room Nurses Association ([EORNA] ,2020), referindo que um dos aspetos fundamentais é a proteção das pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica, assim como a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade.

Deste modo, importa compreender, com base na evidência científica mais recente, como deverão ser estes implantes manipulados e os cuidados que a equipa cirúrgica, nomeadamente o enfermeiro instrumentista deverá ter aquando desta fase da intervenção cirúrgica.

Na prestação de cuidados, particularmente no bloco operatório, as práticas não deverão ser baseadas em rituais sem fundamentação científica. O controlo de infeção é uma área em desenvolvimento contínuo, sendo que alterações de procedimentos baseadas em evidência científica deve ser uma constante no dia-a-dia (AESOP, 2006).

Apesar dos constantes avanços científico-tecnológicos, a segurança da pessoa continua a ser uma preocupação basilar de saúde pública, de acordo com a Organização Mundial de Saúde ([OMS], 2019). Segundo esta organização, comparando a aviação civil com os cuidados de saúde, estatisticamente há a hipótese de 1:1000000 ao invés de 300:1000000, respetivamente, sugerindo que existem taxas de mortalidade e morbilidades decorrentes de intervenções cirúrgicas, resultando cerca de 7 milhões de pessoas com complicações incapacitantes, sendo que 1 milhão acabam por falecer, anualmente.

O enfermeiro instrumentista, apesar de ter uma função perioperatória em alguns momentos mais tecnicista, dada a particularidade da função na equipa cirúrgica, a perspetiva do cuidar deve estar na base de todos os cuidados que presta à pessoa em situação perioperatória. Como qualquer função de enfermagem perioperatória, o enfermeiro instrumentista realiza a sua atividade inserido numa equipa multidisciplinar, que irá cuidar da pessoa durante um determinado procedimento cirúrgico, devendo assegurar que a intervenção cirúrgica decorra nas melhores condições de segurança para a pessoa e para a equipa, nomeadamente aquando do manuseamento dos implantes cirúrgicos (AESOP, 2006).

4.1 - A PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA

Estima-se que em cada 100 pessoas hospitalizadas num determinado momento, sete em países desenvolvidos e dez em países não desenvolvidos, adquirirão Infeções

Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), afetando anualmente centenas de milhões de pessoas em todo o mundo. Todos os anos, cerca de 3,2 milhões de pessoas são infectadas com IACS em toda a União Europeia e um total de 37 mil morrem em consequência direta, sendo expetável que medidas de baixo custo adotadas pelos profissionais de saúde possam reduzir a incidência de IACS acima referida em mais de 50% (World Health Organization, 2019).

A nível internacional, o American Annual Report (2022) indica que no período compreendido entre 2012-2021, foram submetidas a artroplastia da anca cerca 1.064.750 pessoas nos Estados Unidos da América, sendo 77,17% artroplastias totais da anca primárias e 9,72% revisões de artroplastias totais da anca.

Segundo o mesmo autor, das 81.871 pessoas submetidas a revisão de artroplastia da anca, 21,2% foi intervencionado sob o diagnóstico de infecção e reação inflamatória, sendo o diagnóstico pré-operatório mais frequente.

Contudo, o mesmo relaciona a intervenção de revisão com a intervenção primária, diferenciando as intervenções de revisão de artroplastia da anca que considera precoces, definindo estas como aquelas que ocorreram nos primeiros três meses após a cirurgia primária, configurando cerca de 50% dos casos.

Neste sentido, é possível observar que o diagnóstico pré-operatório mais frequente das pessoas submetidas a uma revisão de artroplastia da anca, no mesmo hospital, nos primeiros três meses após a cirurgia primária foi infecção e reação inflamatória, sendo estes 34% dos casos (Gráfico 1) (American Joint Replacement Registry, 2022).

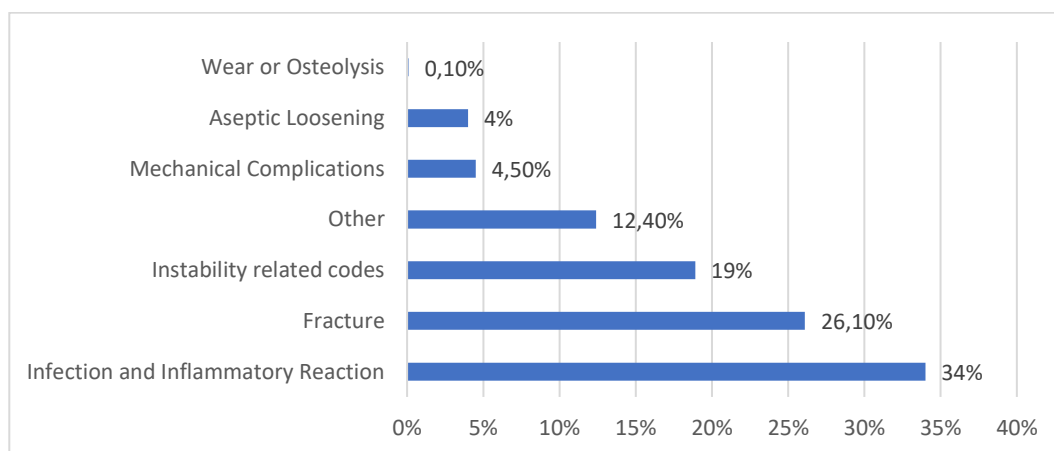


Gráfico 1 – Distribuição do diagnóstico pré-operatório associado a todas as revisões precoces da anca, 2012-2021 (N=3.912) (American Joint Replacement Registry, 2022)

Embora a média de idades das pessoas submetidas a artroplastia total da anca primária tivesse sido cerca de 65 anos, não há variação significativa na distribuição das pessoas submetidas a revisão da artroplastia da anca precoce, afetando todos os grupos etários, desde o grupo inferior a 50 anos até ao grupo de maior de 90 anos (American Joint Replacement Registry, 2022).

Relativamente às artroplastias do joelho, o American Annual Report (2022) indica que no período do relatório foram submetidas a esta cirurgia 1.495.965 pessoas, havendo uma média de idade superior a 64 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Idade média das pessoas submetidas a artroplastia do joelho, 2012-2021 (N=1.495.965) (American Joint Replacement Registry, 2022)

PROCEDIMENTOS	TOTAL	IDADE (ANOS)
Artroplastia Parcial do Joelho	66,394	64,3
Revisão Artroplastia do Joelho	122,852	66,4
Artroplastia Total do Joelho	1.306,719	67,2

Segundo o mesmo autor, houveram 107.559 intervenções de revisão de artroplastia do joelho, sendo que a infeção continua a ser o motivo mais comum para a realização da cirurgia (28,4%), particularmente para as intervenções de revisão consideradas precoces (Tabela 2), ou seja, nos três primeiros meses após a cirurgia primária, sendo 59,3% dos casos (Gráfico 2).

Tabela 2 – Distribuição do intervalo de tempo entre as intervenções de artroplastia primárias do joelho e revisão precoce, 2012-2021 (American Joint Replacement Registry, 2022)

TEMPO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
< 3 meses	3.759	20,7
3-5 meses	1.538	8,5
6-12 meses	2.992	16,5
> 1 ano	9.901	54,4

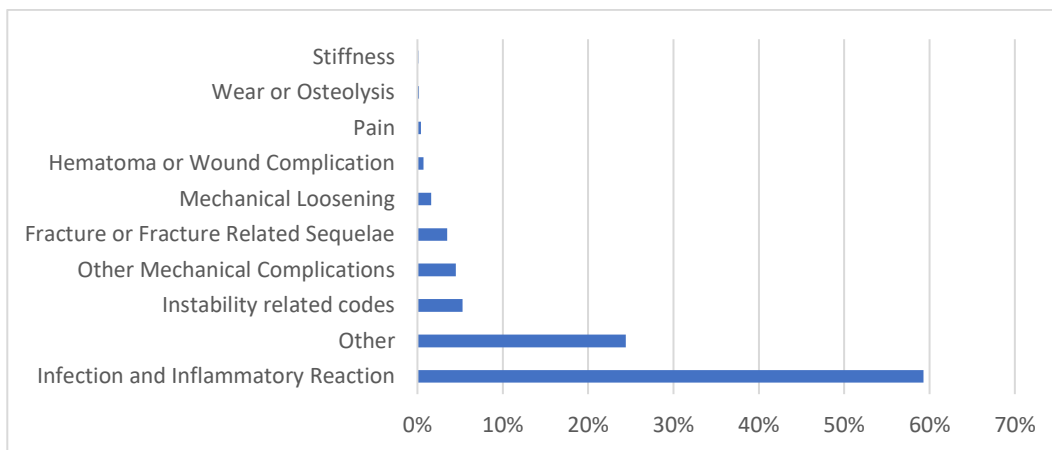


Gráfico 2 – Distribuição do diagnóstico pré-operatório associado a revisões precoces do joelho, 2012-2021 (N=2.493) (American Joint Replacement Registry, 2022)

Ainda acerca das revisões precoces do joelho, importa referir que, apesar de todo o desenvolvimento tecnológico e científico, a percentagem de diagnósticos de infeção ao longo do período do American Annual Report (2022) tem tido uma tendência crescente, sendo uma fonte de preocupação para os profissionais de saúde (Gráfico 3).

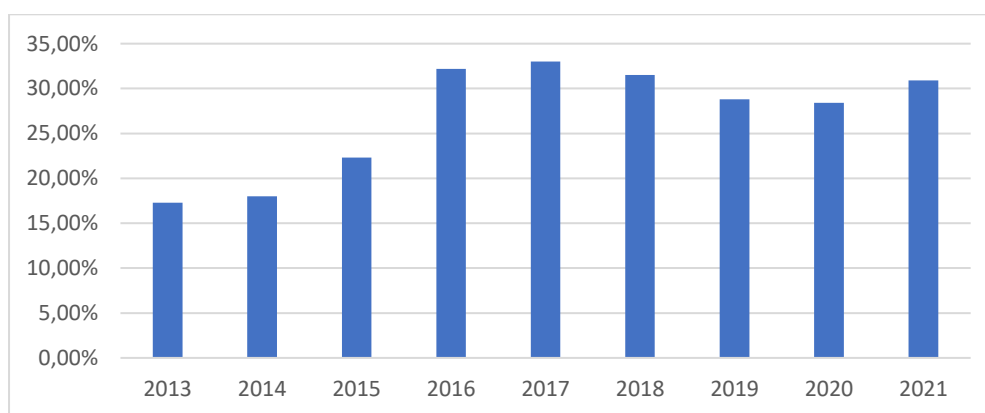


Gráfico 3 – Percentagem de intervenções de artroplastias de revisão do joelho devido ao diagnóstico pré-operatório de infeção, 2012-2021 (N=30.491) (American Joint Replacement Registry, 2022)

Em Portugal, o Registo Português de Artroplastias (RPA) foi criado pela Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT), tendo sido publicado o último relatório anual em 2013.

Segundo a RPA (2013), foram realizadas um total de 4.440 artroplastias da anca e 4.234 artroplastias do joelho, no SNS, durante o ano de 2013.

Relativamente às características mais frequentes da pessoa submetida a uma artroplastia da anca, pode-se constatar que 81% das pessoas tinham idade superior a 61 anos (Gráfico 4) e 78% tinham obesidade grau um ou superior (RPA, 2013).

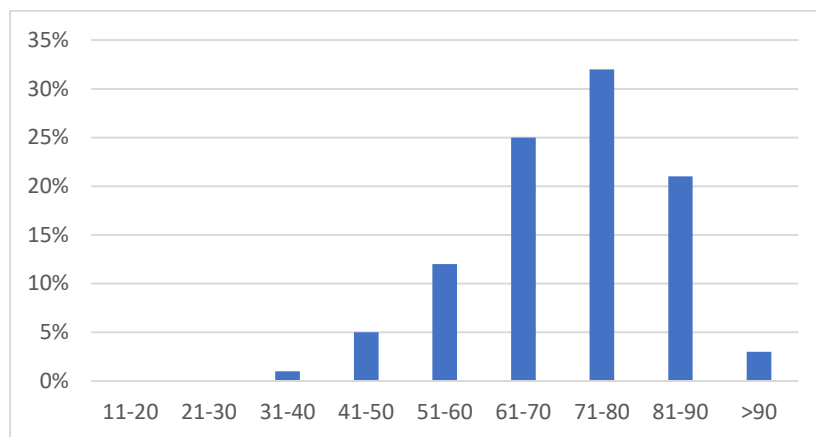


Gráfico 4 – Distribuição etária das pessoas submetidas a artroplastia da anca. - 2013 N= 4.440 (RPA, 2013)

A Profilaxia Antibiótica foi efetuada em 99,8% das artroplastias da anca, maioritariamente por um período até às 48 horas pós-operatórias, sendo o antibiótico mais utilizado a Cefazolina.

Relativamente à cirurgia de revisão da anca, em Portugal, segundo o último Relatório Anual do RPA (2023), foram realizadas 638 intervenções, sendo que 10% dos casos a infeção era o diagnóstico pré-operatório motivador da indicação cirúrgica (Gráfico 5), não fazendo relação do período temporal entre a cirurgia primária e a de revisão, à semelhança do *American Annual Report*.

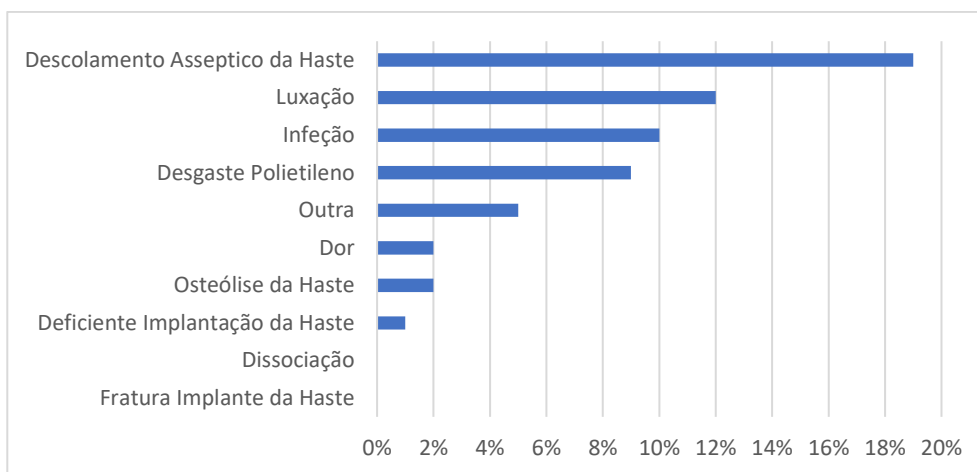


Gráfico 5 – Distribuição do diagnóstico pré-operatório associado a revisões de artroplastias da anca – 2013. N= 638 (RPA, 2013)

Relativamente à cirurgia de artroplastia do joelho, segundo o RPA (2013) estas incidiram predominantemente (72%) pessoas do género feminino e pessoas acima do peso considerado normal (85%), com idades superiores a 61 anos (Gráfico 6) (RPA, 2013).

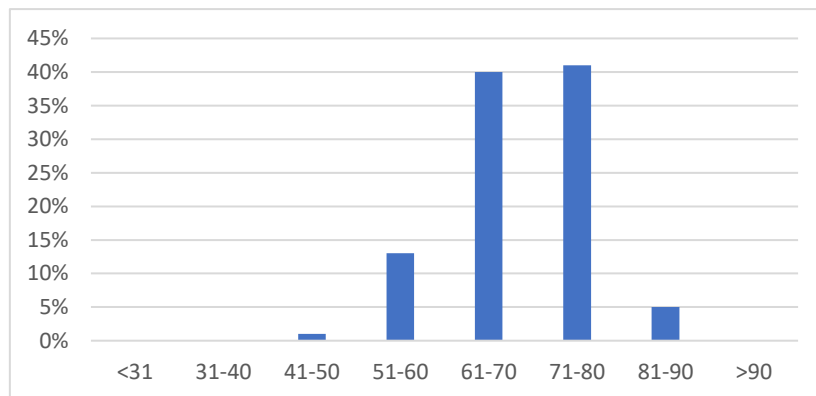


Gráfico 6 – Distribuição etária das pessoas submetidas a artroplastia do joelho - 2013. N= 4.234 (RPA, 2013)

As pessoas submetidas a artroplastia do joelho realizaram profilaxia antibiótica em 99,7% dos casos, prolongando por um período até às 48h, sendo o antibiótico mais utilizado a cefazolina (RPA, 2013).

Segundo o RPA (2013), a opção cirúrgica mais utilizada foi a artroplastia total do joelho cimentada, sendo que em 59,5% dos casos foi utilizado cimento impregnado em antibiótico.

No que diz respeito à cirurgia de revisão de artroplastia do joelho, segundo o RPA (2013) foram realizadas em Portugal 272 intervenções, sendo a infeção o segundo diagnóstico mais frequente, estando em 19% dos casos (Gráfico 7).

À semelhança do registo anual da revisão de artroplastia da anca, não foi relacionado o período temporal entre a cirurgia primária e a cirurgia de revisão.

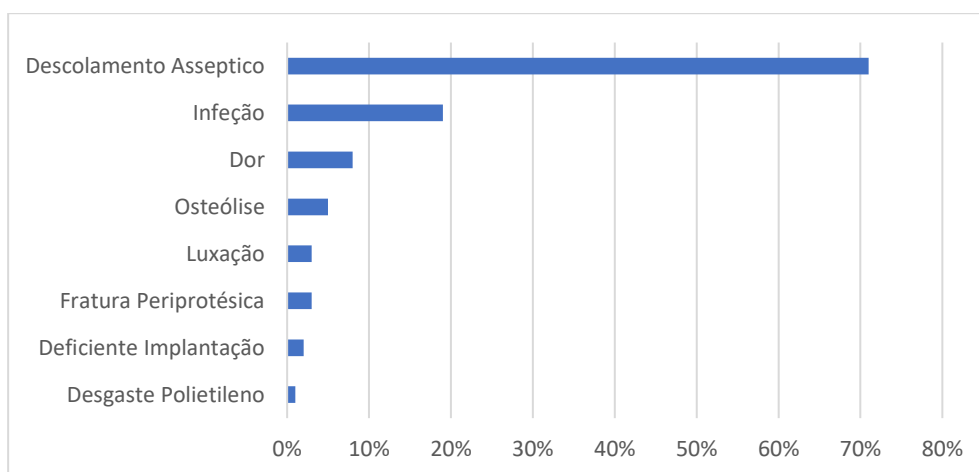


Gráfico 7 – Distribuição do diagnóstico pré-operatório associado a revisões de artroplastias do joelho - 2013. N= 272 (RPA, 2013)

Segundo Azevedo (2014), num estudo da população abrangida pelo Centro Hospitalar Cova da Beira submetida a artroplastia total da anca, concluiu que a taxa de infeção na artroplastia total da anca, naquele contexto específico, foi de 3,1%, sendo que na cirurgia de revisão este valor subiu para 4,8%.

O mesmo autor, relacionando a estação do ano com a taxa de infeção, pôde concluir, a existência de uma relação de dependência estatisticamente significativa, traduzindo-se numa maior probabilidade de infeção durante o período do verão (julho, agosto e setembro), tendo uma taxa de 9,3% de infeção durante este período.

Segundo Araújo (2015), num estudo da população submetida a artroplastia total do joelho, concluiu que a maioria da população abrangida foram pessoas do género feminino, com idades compreendidas entre os 70 e os 80 anos, tendo havido uma taxa de infeção global de 2,9%.

O mesmo autor observou uma relação estatisticamente significativa entre a estação do ano e a taxa de infeção, traduzindo-se na verificação de uma taxa de infeção durante o período de verão de 8,8%, sendo esta superior às restantes épocas do ano. Esta

incidência é associada à maior sudorese da pessoa devido ao aumento da temperatura ambiental e à maior humidade existente neste período, sendo estas condições ambientais ideias para crescimento bacteriano. O mesmo acrescenta a hipótese de que a diminuição dos recursos humanos de enfermagem nos blocos operatórios e no serviço de ortopedia durante este período tem relação direta no aumento da incidência de ILC.

Mais recente, Gonçalves (2017), num estudo acerca das principais complicações na revisão da artroplastia da anca e do joelho, conclui que cerca de 41,9% das pessoas submetidas a uma prótese total da anca, tiveram que rever a sua artroplastia primária com menos de um ano de intervalo.

Segundo o mesmo autor, apesar da luxação recorrente ser o diagnóstico mais frequente (35,6%), foram submetidas a cirurgia por infeção do implante 10,2% dos casos, sendo que a taxa de infeção na artroplastia de revisão da anca, como primeira revisão, é de cerca de 18,6%, sendo que a maioria evidenciou sinais de infeção nos primeiros 3 meses pós cirúrgicos (13,6%), estando assim enquadrado numa Infeção do Local Cirúrgico (ILC) (DGS, 2022a).

Já Gonçalves (2017), referia que uma pessoa submetida a uma cirurgia de revisão de artroplastia da anca por infeção do implante, apresenta cerca de seis vezes mais probabilidade de repetir a ILC, ao invés da pessoa submetida à mesma cirurgia com outro diagnóstico pré-operatório.

No mesmo estudo, relativamente à artroplastia do joelho, constatou-se que a maioria das pessoas foi submetida a uma cirurgia de revisão entre o primeiro e o quinto ano após a cirurgia primária (60%), sendo que no primeiro ano foram submetidas a cirurgia de revisão 33,3% das pessoas.

Segundo o mesmo autor, o diagnóstico pré-operatório mais frequente para a intervenção da cirurgia de revisão foi a infeção do implante, estando presente em 37,5% dos casos, sendo que 42,9% destes evidenciaram sinais de infeção nos primeiros três meses pós-operatórios.

No que concerne à infeção em cirurgia de revisão de artroplastia do joelho, houve uma taxa de infeção em 43,8% dos casos, concluindo Gonçalves (2007) que a probabilidade de estes casos voltarem a infetar é cerca de 20 vezes superior em comparação com a intervenção de revisão de artroplastia do joelho por outro motivo pré-operatório.

Por último, realçar que uma dificuldade que tive ao longo do ensino clínico no desenvolvimento desta temática foi a falta de dados e/ou indicadores sobre os procedimentos de artroplastia do joelho e/ou anca realizados no BO onde estive a desenvolver a prática clínica, assim como a falta de registos oficiais recentes no que diz respeito à realidade do SNS neste contexto específico, uma vez que o último relatório oficial do RPA foi relativo ao ano de 2013.

Assim, apesar de serem procedimentos que são realizados diariamente no BO e de haver um *feedback* acerca da existência de alguns casos de incidência de ILC's, quer por parte dos enfermeiros que prestam os cuidados de saúde durante o período pós-operatório, quer por parte da equipa médica do serviço de ortopedia do hospital, não existem indicadores concretos acerca desta temática, o que será, sem dúvida, um aspeto a melhorar na equipa multidisciplinar, com o objetivo de concretizar esta realidade e adotar medidas para melhorar a qualidade de saúde da população que é sujeita a este procedimento.

4.2 – INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

A DGS (2022) estima que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência e de Feixes de Intervenções.

De forma a padronizar os critérios para ser considerado uma ILC, são consideradas ILC todas aquelas que, decorrentes do procedimento cirúrgico, ocorram nos 30 dias pós-operatórios, ou até 90 dias se houver implementação de prótese(s), afetando a zona superficial da incisão ou os tecidos mais profundos no local da cirurgia (DGS, 2022a; Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A ILC é considerada multifatorial, havendo relação com a própria condição da pessoa em situação perioperatória, com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico, havendo fatores de risco modificáveis, tais como administração do antimicrobiano se e quando indicado, monitorização e manutenção da glicemia e temperatura normais, regulação da tricotomia, oxigenação dos tecidos, entre outros, e fatores de risco não modificáveis, relacionados com a idade da pessoa, severidade da doença ou classe da ferida cirúrgica, entre outros (DGS, 2022a).

Especificamente na cirurgia ortopédica, Ercole et al. (2011) referem que o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, as condições clínicas da pessoa, a duração

da cirurgia, o tipo de procedimento cirúrgico ortopédico e o internamento pré-operatório prolongado são os principais fatores de risco associado à ILC.

Já Alamanda e Springer (2019) referem que os principais fatores evitáveis para a prevenção de ILC em cirurgia de artroplastia são o controlo glicémico inadequado, obesidade, desnutrição, tabagismo, assim como utilização adequada de antibiótico profilático, assepsia com clorexidina alcoólica, redução do fluxo de pessoas na sala operatória e adequada gestão da anticoagulação no período pós-operatório.

Em relação aos fatores de risco específicos para a ILC em cirurgia ortopédica, verifica-se uma relação direta entre uma duração da intervenção superior a 120 minutos e um aumento do risco de ILC, devido ao aumento do tempo de exposição dos tecidos e fadiga da equipa cirúrgica, podendo potenciar falhas técnicas, assim como a diminuição das defesas sistémicas da pessoa (Ercole, et al., 2011; Falótico, et al., 2022; Silva, et al., 2021).

No mesmo sentido, o tempo prolongado de uma intervenção cirúrgica implica maior tempo de exposição da ferida operatória, geralmente associado a casos cirúrgicos com maior complexidade, resultando normalmente numa maior área de exposição cirúrgica, que irá resultar em mais sangramento nos períodos intra e pós-operatórios (Falótico, et al., 2022).

Associado ao maior tempo cirúrgico, surge igualmente a tendência da pessoa em situação perioperatória sofrer de hipotermia. Apesar deste fenómeno ter repercussões sistémicas, para o controlo da ILC a DGS (2022) recomenda a manutenção da normotermia $\geq 36^{\circ}\text{C}$, em todos os períodos perioperatórios, assim como a manutenção da saturação periférica de oxigénio (SpO₂) com valores $\geq 95\%$.

Segundo Ercole et al. (2011) o internamento prolongado e o estado físico da pessoa, classificada através da escala *American Society of Anesthesiology* (ASA), está frequentemente relacionado com o aumento do risco de infeção, isto é, quanto maior o tempo de internamento pré e pós-operatório, bem como a gravidade do estado clínico da pessoa, maior a probabilidade de contrair uma ILC pós-cirúrgica (Ercole, et al., 2011; Silva, et al., 2021).

Do mesmo modo, um dos fatores de risco relacionados com a pessoa que influenciam a ILC é a Diabetes Mellitus (DM) (Akiboye & Rayman, 2017; Alamanda & Springer, 2019; Malinzak, et al., 2009; Silva, et al., 2021).

A hiperglicemia é prejudicial para a função leucocitária, causando imunocomprometimento com consequências nos tecidos superficiais e profundos. A incidência de ILC tem sido associada à hiperglicemia perioperatória sem diagnóstico de DM, sendo que a hiperglicemia induzida pelo stress (>200 mg/dl) é um fator de risco independente para a ILC aos 30 dias de pós-operatório (Akiboye & Rayman, 2017), sendo que a DGS (2022) recomenda através da Norma 020/2015 atualizada a 17 de novembro de 2022 a manutenção da normoglicemia com valores ≤ 180 mg/dl.

O stress causado pela cirurgia e a alteração do padrão alimentar, nomeadamente o jejum prolongado, resulta num aumento da resistência à insulina e num quadro hiperglicémico no período perioperatório, sendo este facto associado a uma pior cicatrização de feridas, maiores taxas de complicações e aumento do tempo de internamento hospitalar (Akiboye & Rayman, 2017; Silva, et al., 2021).

Na realidade da cirurgia de artroplastia, a hiperglicemia pós-operatória (>140 mg/dl) está associada a um risco três vezes superior de ocorrência de ILC (Akiboye & Rayman, 2017), sendo que segundo Alamanda e Springer (2019), mesmo as pessoas sujeitas a procedimento de artroplastia com glicemia compensada tiveram taxa de infeção de ILC aumentada, evidenciando um provável comprometimento imunológico associado à doença, apesar dos valores estarem clinicamente dentro do esperado.

Outro dos fatores intrínsecos da pessoa referido por Silva et al. (2021) é o hábito tabágico. Os autores concluem que o tabagismo aumenta a incidência de ILC, aconselhando a suspensão do hábito tabágico pela pessoa por um período mínimo de quatro semanas antes da intervenção cirúrgica, de forma a reduzir o risco de complicações decorrentes do uso contínuo do tabaco.

Segundo Alamanda e Springer (2019), a obesidade é outra das comorbilidades que a pessoa pode apresentar que afeta negativamente o risco de ILC, podendo, segundo Malinzak et al. (2009) aumentar o seu risco em 18 vezes mais de probabilidade de contrair uma infeção. Neste caso, o Índice de Massa Corporal (IMC) aumentado, afeta não só a probabilidade de uma infeção pós-operatória, como dificulta a realização da intervenção.

O benefício da profilaxia antibiótica no período perioperatório está bem evidenciado. Segundo Akiboye e Rayman (2017), as pessoas com obesidade mórbida ou com altos valores de IMC apresentam diferenças na farmacocinética e farmacodinâmica dos antibióticos, tornando a sua eficácia menos previsível, estando por isso associada ao

aumento da probabilidade de ocorrência de ILC, sendo recomendado pela DGS (2022) a sua administração nos 60 minutos antecedentes à incisão.

Relativamente à idade, tendencialmente há maior risco de infeção em pessoas mais idosas, principalmente devido a comorbidades associadas que influenciam na baixa resposta imune do organismo (Falótico, et al., 2022; Silva, et al., 2021).

Por último, os recursos humanos e institucionais são inerentes à procura de cuidados de saúde seguros e com o mínimo de complicações para a pessoa em situação perioperatória, sendo que a competência dos profissionais no bloco operatório é de extrema relevância para o êxito da prestação de cuidados. Os aspetos técnicos, científicos e éticos são decisivos para a qualidade da prestação de cuidados em segurança, visto que neste contexto os profissionais lidam com pessoas que poderão estar a vivenciar um marco determinante das suas vidas (Silva, et al., 2021).

No caso concreto, embora a artroplastia total seja um procedimento com elevada taxa de sucesso, há uma percentagem de pessoas que sofre consequências negativas através de infeção no local cirúrgico durante o período pós-operatório, podendo ter como consequência o aumento da comorbilidade da pessoa, como a amputação do membro operado, ou até à sua morte (Ercole, et al., 2011; Malinzak, et al., 2009). Segundo Malinzak et al. (2009) é esperado que a taxa de infeção neste procedimento varie entre os 0,5% para as pessoas sem fatores de risco associados e para mais de 1,6% para as pessoas com risco acrescido de ILC.

Segundo Ercole et al. (2011), num estudo efetuado no Brasil, a incidência de ILC em cirurgias de ortopedia foi de 1,8% nos primeiros 90 dias de pós-operatório, sendo que 55,6% destas ocorreram em procedimentos com implantes ortopédicos, corroborando o autor anterior.

O aumento do número de intervenções cirúrgicas na especialidade de ortopedia tem sido verificado nas últimas décadas, sendo diretamente proporcional à preocupação com as ILC's, representando um importante problema de saúde pública, sendo que em cirurgias que têm implantação de dispositivos médicos a percentagem de ILC aumenta, estando as cirurgias ortopédicas incluídas neste perfil, nomeadamente as artroplastias, sendo que em alguns casos, especialmente em casos de urgência, não existe uma avaliação prévia dos fatores de risco associados (Silva, et al., 2021).

Segundo a DGS (2022), no caso concreto das intervenções cirúrgicas de artroplastia no Sistema Nacional de Saúde, entre 2015 e 2019 houve uma diminuição na taxa de ILC em vários grupos de cirurgias, entre os quais na artroplastia da anca (38,1%) e na artroplastia do joelho (30%).

Em Portugal, existe como programa prioritário o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), criado pelo Despacho 2902/2013 de 22 de fevereiro, que se dedica à prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e à redução da resistência dos antimicrobianos, tendo como atividades principais, entre outras, a promoção e implementação de feixes de intervenções de prevenção de IACS e a produção de normas e orientações de atividades educacionais de capacitação pedagógica de profissionais de saúde.

Para além do custo não mensurável do ponto de vista físico e psicológico para a pessoa, as ILC's acarretam despesas elevadas para as instituições de saúde (Azevedo, 2014).

Em relação aos custos das ILC's, nos Estados Unidos da América é estimado que as despesas hospitalares para o tratamento de uma ILC numa artroplastia total da anca são de aproximadamente 96 mil dólares americanos e numa artroplastia total do joelho será de 110 mil dólares americanos (Pruzansky, et al., 2014)

Na realidade Portuguesa, Azevedo (2014) refere que o custo médio de todo o episódio hospitalar de uma pessoa submetida a uma artroplastia da anca, no Centro Hospitalar Cova da Beira foi de 3400 euros, sendo que por cada ILC, este valor subiu em média para os 11.049,99 euros.

Em relação ao custo hospitalar para o tratamento da ILC após uma artroplastia total do joelho, Araújo (2015) refere que o custo hospitalar por intervenção de artroplastia do joelho foi de aproximadamente 6.809,99 euros, sendo que o custo total por infeção foi de 17.209,11 euros. O mesmo autor refere que não estão incluídos os custos de ambulatório, tais como do antibiótico no domicílio, fisioterapia de recuperação depois do internamento e faltas ao trabalho.

Araújo (2014) e Azevedo (2015), na análise em relação dos custos hospitalares, ambos referem que nem sempre foi possível apurar o custo direto do material cirúrgico utilizado, nomeadamente dos implantes utilizados, estando contabilizado o custo médio de gastos com a equipa médica, de enfermagem e auxiliar.

Deste modo, a DGS, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), onde figuram cinco pilares essenciais, entre os quais o Pilar cinco, referente a “Práticas Seguras em Ambientes Seguros”, cujo Objetivo Estratégico 5.3 visa “Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)” (DGS, 2022b, p. 41).

Assim, garantir um ambiente seguro durante a prestação de cuidados em tempo útil deve envolver todos os intervenientes, de forma a garantir as condições físicas, técnicas e operacionais necessárias para garantir a máxima segurança e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa, no caso concreto, em situação perioperatória (DGS, 2022a).

5 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Através da aquisição contínua de competências ao longo do percurso académico e profissional, é esperado que o enfermeiro especialista tenha um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que lhe permita ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Benner (2005) desenvolveu um modelo de aquisição de competências, identificando cinco níveis de competências para a prática clínica de enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

- **Iniciado:** corresponde a um nível recém-formado, em que o profissional não tem experiência das situações com que é confrontado na prática. Nesta fase, o enfermeiro é dependente de regras, diretrizes e protocolos para realizar tarefas. A aprendizagem é baseada em princípios teóricos.
- **Iniciado Avançado:** o enfermeiro já se confrontou com situações reais, começando a identificar padrões e antecipar eventos baseados em experiências anteriores, apresentando dificuldade em estabelecer prioridades.
- **Competente:** referente ao enfermeiro que exerce no mesmo serviço há alguns anos, permitindo-lhe ter uma compreensão mais sólida do contexto clínico e da prestação de cuidados. As intervenções são planeadas e priorizadas, de forma holística, fazendo uma análise correta da situação e desenvolvidas de acordo com os objetivos a médio e longo prazo.
- **Proficiente:** o enfermeiro consegue perceber as situações de forma global, devido à sua experiência, tendo ainda dificuldade para descrever ou explicar uma situação mais complexa. As suas intervenções são guiadas por máximas, tendo maior facilidade na tomada de decisão. Nesta fase o enfermeiro tem uma compreensão mais intuitiva, tendo capacidade para lidar com situações complexas de maneira mais eficaz.
- **Perito:** caracteriza o profissional que, devido à sua vasta experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação, não se regendo por protocolos, regras ou máximas. Consegue focalizar-se no aspeto predominante ao invés de outros menos relevantes. Nesta fase, o enfermeiro poderá tomar decisões de forma

instantânea com base na sua vasta experiência, sendo o seu julgamento altamente confiável.

As fases acima mencionadas, embora descrevam, de forma simples, a progressão natural de um enfermeiro ao longo da sua carreira, destacando a experiência em contexto da prática clínica e da forma como a prática clínica contribui para a sua evolução profissional, as fases não são estritamente lineares, isto é, pode haver avanços e recuos, dependendo de várias circunstâncias, tais como uma pausa na carreira, mudança de especialidade ou ambiente de trabalho, eventos traumáticos, alterações de saúde pessoais ou mudanças nas políticas de saúde ou práticas clínicas (Benner, 2005).

Deste modo, o enfermeiro especialista numa determinada área de atuação deverá possuir conhecimentos técnicos, tomar decisões e ter espírito crítico, atuando de acordo com os princípios éticos e deontológicos a que o exercício obriga, sendo que este percurso é construído de forma contínua ao longo do percurso profissional (Benner, 2005).

Concluindo, pode definir-se enfermeiro especialista aquele que, através de um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, demonstre níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

5.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências do enfermeiro especialista derivam do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, uma vez que independentemente da área de especialidade, a atribuição do título de enfermeiro especialista prevê que, para além das competências específicas de cada área de especialidade, o mesmo seja detentor de um corpo de competências gerais e abrangentes, designadas por competências comuns, estando estas definidas no Regulamento 140/2019 como sendo um conjunto de competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade (Diário da República, 2ª Série - Nº 26, 2019).

Segundo o Regulamento 140/2019, estas competências estão estruturadas em quatro domínios, tais como a responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria

contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

5.1.1 – Responsabilidade profissional, ética e legal

Perante a complexidade que surge durante o processo de cuidados de enfermagem, os direitos e os deveres das pessoas surgem como questões centrais. A prestação de cuidados de enfermagem requer, então, a articulação de várias áreas do saber e exige um vasto campo de conhecimentos que engloba diversas dimensões, entre as quais a dimensão ética.

Segundo Thompson et al., (2004), é considerado um problema ético quando existe uma situação difícil que requer uma solução que seja eticamente adequada.

Considera-se que a função da ética é, então, guiar a ação a favor do bem presumido da outra pessoa. Isso implica uma reflexão sobre o agir, reportada a valores e a princípios e promovendo comportamentos que respeitem sempre a pessoa humana, sem discriminações.

Por definição, os valores dizem respeito às crenças que habitualmente as pessoas partilham com os outros, em relação às quais se está empenhado de uma forma pessoal e a partir das quais se está preparado para agir, para sustentar as decisões tomadas e as ações futuras. Os valores individuais não podem, por isso, ser considerados isoladamente daqueles que vigoram na sociedade e na cultura onde a pessoa se insere, tendo esta importância na reflexão das questões éticas (Thompson et al., 2004).

Segundo os mesmos autores, um princípio é definido como verdade fundamental que constitui o início de direção para uma ação moral, ou um ponto de partida para o raciocínio moral. Os princípios referem-se às questões básicas que se devem colocar, servindo de orientação e indicando caminhos.

Assim, na prática clínica surgem algumas vezes os dilemas ético-morais envolvendo situações em que existem algumas escolhas disponíveis, não parecendo nenhuma delas satisfatória, exigido a escolha da melhor de todas (Vaz et al., 2011), podendo afirmar que existe um dilema ético quando um profissional de saúde se interroga se uma intervenção é eticamente apropriada, ou qual, de entre as intervenções possíveis, deve ser privilegiada do ponto de vista ético para atender aos fins visados.

Ocorrendo um problema ético, o enfermeiro necessita resolvê-lo, assumindo o seu dever profissional de agir. Deste modo, para resolver o problema identificado, o enfermeiro procura a ação pertinente, construindo uma decisão que se revele eticamente adequada para a pessoa em causa, respondendo o enfermeiro pela decisão e pela ação, no âmbito da responsabilidade profissional em enfermagem (Vaz et al., 2011).

Segundo os mesmos autores, a tomada de decisão é um processo cognitivo complexo em que é necessário resolver os problemas, baseando-se na escolha entre as várias alternativas possíveis e na evidência existente.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, o domínio das competências comuns do enfermeiro especialista coaduna com o desenvolvimento de uma prática profissional e ética, através da promoção de práticas de cuidados congruentes com os direitos humanos e com as responsabilidades profissionais.

Deste modo, deve o enfermeiro exercer a sua profissão de acordo com o Estatuto da OE, sendo constituído pelo Código Deontológico e pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermagem (REPE), de acordo com a Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, assumindo assim o dever de cumprir as normas e leis que regulam a profissão de enfermagem, responsabilizando-se pelas suas ações.

O Código Deontológico do Enfermeiro baseia-se em princípios jurídicos e éticos, como a dignidade humana, o respeito pela pessoa, a responsabilidade, a autonomia, a justiça, a beneficência, a não maleficência, que elencam um conjunto de princípios com os quais os enfermeiros se devem reger com a pessoa, enquanto objetivo de cuidados.

No que concerne ao cenário do bloco operatório em situação de urgência/emergência, fui confrontado com situações em que a pessoa estava incapaz de emitir a sua opinião e/ou decisão, nomeadamente a capacidade de consentir e de expressar as suas vontades, ou seja, de exercer o princípio ético da autonomia, sendo que neste caso, apesar do Código Penal clarificar como ofensas corporais os procedimentos ou intervenções sem o prévio consentimento informado da pessoa, prevê as situações de exceção em que tal consentimento será presumido, pautando assim a minha intervenção de acordo com os princípios éticos da benevolência, não-maleficência e justiça.

Ainda, Bessa (2013) refere que o consentimento a prestar pela pessoa apresenta-se como fundamental para o respeito à sua autonomia, sendo este consentimento considerado a pedra angular de todas as decisões clínicas, visto que a atual medicina já

não se baseia na superioridade assimétrica intelectual e técnica do profissional de saúde face à autonomia do utente, mas sim no respeito perante a sua autonomia.

Assim, a prestação de consentimento assume-se como um direito da pessoa, não se subsumindo ao dever de simplesmente ouvir o profissional de saúde, para em seguida concordar ou não. Este inclui o direito de escolha entre diversas opções terapêuticas e, por conseguinte, o direito a recusar algumas delas. A necessidade de obter consentimento para a atuação médica decorre do direito a que a pessoa tem em opor-se e/ou optar por outra terapêutica/intervenção que se lhe afigure menos invasiva ou mesmo recusar qualquer intervenção (Oliveira & Guilherme, 1999; Pereira, 2006).

O enfermeiro deverá, então, exercer qualquer intervenção tendo por base os princípios ético-legais, enaltecendo a autonomia e o consentimento da pessoa. Contudo, quando a pessoa não está capaz de consentir, ou que o atraso do início da intervenção coloque em perigo a sua vida, de acordo com o caso concreto, o consentimento deverá ser presumido de acordo com o artigo 39º nº 2 do código penal (Decreto-Lei 48/95, 1995).

Ainda, não sendo explicado os cuidados que irão ser prestados à pessoa no caso concreto de uma situação perioperatória de emergência, devido à gravidade e urgência da situação clínica, deverão prevalecer os princípios éticos da benevolência, não-maleficência e justiça.

Em relação aos princípios éticos presentes neste caso, o princípio da beneficência é considerado o princípio mais antigo da ética médica (Bessa, 2013).

Segundo o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, através do seu parecer nº11/CNECV/1995, afirma que havendo uma razoável esperança de melhoria ou mesmo de cura, com qualidade de vida posterior, as regras da medicina devem ser sempre seguidas de acordo com o princípio da beneficência e, não havendo tal esperança, devem ser seguidas as regras da medicina paliativa, de modo a alcançar o maior conforto e bem-estar, tanto físico, psíquico, como afetivo para que o paciente tenha uma morte digna (CNECV, 1995).

Contudo, o conceito da beneficência tem limites, não se devendo confundir beneficência com paternalismo exercido pelo profissional de saúde, uma vez que a verdadeira beneficência é fazer o bem, não apenas do ponto de vista clínico, mas também segundo o que a própria pessoa considera benéfico para si mesmo (Closet, 2003; Pellegrino, 1991; Sauwen & Hryniewicz, 2000).

O princípio da não-maleficência determina obrigação de não infligir dano de forma intencional. No juramento hipocrático, este princípio enunciava que o profissional de saúde usaria os recursos de saúde para ajudar o utente e jamais os usaria para lesá-los ou prejudicá-los. Desde então, o princípio da não-maleficência tem sido considerado um princípio ético que deverá ser cumprido, sob pena da atuação do profissional de saúde ser considerada negligente (Bessa, 2013).

Ainda, apesar dos princípios da não-maleficência e da beneficência serem habitualmente tratados como um só, é importante perceber que estes têm um caráter moral distintos, uma vez que o dever de não causar o mal apresenta-se como mais vinculativo do que a exigência de fazer o bem (Beauchamp & Childress, 1994).

O princípio do respeito pela pessoa inclui o respeito que o profissional de saúde deve ter com a vida, dignidade e os direitos da pessoa em todas as suas vertentes, envolvendo alguns requisitos indispensáveis, tais como a privacidade, a veracidade e a autonomia (Vaz et al., 2011).

Durante o estágio, um dos aspetos mais valorizados aquando da prestação de cuidados e na prática clínica diária foi o dever do sigilo profissional, da privacidade e da confidencialidade da informação relativa à pessoa em situação perioperatória.

A privacidade é, de facto, um fator fundamental no cuidado à pessoa, compreendendo a exposição física e psíquica da pessoa, devendo o enfermeiro respeitar e fomentar práticas que visem a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa.

Neste sentido, constatei uma maior dificuldade na manutenção da privacidade aquando da transferência da pessoa, pela zona respetiva, para a UCPA e durante a prestação de cuidados nesta unidade, devido à estrutura física e a sua disposição *open space*.

Contudo, as estratégias que adotei para ultrapassar esta dificuldade passaram pela promoção de medidas suplementares que garantissem a privacidade, não somente a adequação do tom e volume da voz, mas também a utilização de cortinas e/ou biombos aquando da prestação dos cuidados ou transferência da pessoa para outra unidade.

Durante o estágio fui ainda confrontado por um dilema levantado na equipa multidisciplinar acerca da possibilidade de uma pessoa de 17 anos ter autonomia para manifestar o seu consentimento para um procedimento cirúrgico, uma vez que não estava atingida a maioridade legal.

Esta situação, não sendo uma situação habitual no contexto do serviço do BO, gerou algum desconforto e insegurança à equipa multidisciplinar, levantando algumas questões éticas e legais, levando a um impasse, uma vez que havia desconhecimento se a pessoa poderia ter autonomia para consentir o procedimento.

Pessoalmente, já tendo abordado uma questão similar na UC “Ética e Deontologia” do primeiro semestre do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, a situação concreta a que fui confrontado não me gerou as mesmas questões ético-legais, tendo conversado com a minha enfermeira tutora acerca das questões legais e do princípio ético da autonomia em pessoas com menos de 18 anos.

Contudo, dado o desconforto que gerou, foi proposto uma formação para toda a equipa multidisciplinar acerca desta situação concreta, com o objetivo de futuramente a situação concreta não infligir desconforto ou insegurança à equipa multidisciplinar do BO.

Legalmente, o Código Civil refere no seu artigo 122º, que é considerado menor de idade quem não tiver ainda completado os 18 anos de idade, reforçando o artigo 123º que os menores carecem de capacidade para o exercício de direitos, salvo disposição em contrário, sendo esta incapacidade geral, onde se inclui a incapacidade para consentir a prática de atos médicos.

A menoridade é considerada um estágio normal e progressivo para a plena capacidade de agir e visa, por um lado, proteger a vulnerabilidade e dependência da criança, e por outro, dar aos jovens as ferramentas necessárias para que se tornem adultos autónomos e responsáveis, sendo que durante esta fase assume-se uma presunção de incompetência para que os mesmos atuem de forma pessoal e autónoma (Abreu, 2015).

Contudo, em alguns casos concretos é perceptível que uma criança, por vivenciar em primeira mão um *status* de doença prolongada e as suas consequências, adquire e desenvolve uma maturidade superior ao que seria expectável na sua idade, fazendo parecer todo o sentido que se atribua, na devida proporção da sua maturidade, maior autonomia para consentir, devendo este ser um processo de desenvolvimento progressivo e acompanhado pelo exercício do poder paternal, progressivamente reduzido (Coutinho, 2016).

Segundo a lei portuguesa, aquando da reforma penal introduzida pela Lei nº 59/2007 de quatro de setembro de 2007, no nº 3 do artigo 38º do Código Penal, o consentimento só é considerado eficaz se for prestado por quem tiver idade superior a 16 anos e possuir o discernimento julgado necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.

Deste modo, a idade de 16 anos não constitui por si a condição suficiente para consentir, pois ainda deve ser avaliada a capacidade de discernimento do jovem, isto é, só poderão consentir num ato médico se compreenderem o sentido e o alcance da sua decisão, do tratamento a realizar, do modo como se processa, da sua duração, as suas consequências e/ou riscos e até as consequências de uma eventual recusa do tratamento (Abreu, 2015).

Este desenvolvimento que o legislador entende como necessário para após os 16 anos a criança ter capacidade de consentir um ato médico é o discernimento necessário para compreender a intervenção cirúrgica na sua plenitude, em todas as suas vertentes negativas e positivas, não se adquirindo de um dia para o outro, nem se alcançando automaticamente quando a criança completa dezasseis anos de idade. É um processo de maturação longo e pessoal, sendo determinado por diversos fatores, como as vivências pessoais e sociais (Coutinho, 2016).

Concluindo, os princípios éticos da autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e igualdade, assim como o respeito pelos direitos humanos, dignidade, privacidade e confidencialidade dos dados orientaram a minha prática durante o meu estágio, conferindo uma prestação de cuidados assente no rigor, profissionalismo e no máximo respeito pela individualidade de cada pessoa em período perioperatório.

5.1.2 – Melhoria contínua da qualidade

A qualidade em saúde é um conceito que tem evoluído ao longo dos anos, sendo uma responsabilidade multidisciplinar e organizacional (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

Os projetos de melhoria da qualidade na área da saúde são, deste modo, um imperativo, na medida em que estimulam a efetividade, a eficiência, a equidade e a segurança dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. Neste sentido, urge o Plano Nacional de Saúde para a Segurança dos Doentes 2021 – 2026 (PNSD 2021-2026), cujo objetivo é consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no

sistema de saúde, contemplando objetivos estratégicos tais como o desenvolvimento de políticas de saúde para eliminar danos evitáveis, criação de sistemas de saúde de elevada confiança e garantir a segurança dos processos clínicos.

No mesmo sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2017a) desenvolveu os Padrões de Qualidade nos Cuidados Especializados em Enfermagem, referindo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória deverá utilizar ferramentas que promovam a segurança dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Segundo Rafter et al. (2015), a nível mundial, cerca de 70% dos efeitos adversos estão relacionados com quedas, úlceras de pressão e erros relacionados com a preparação e/ou administração de medicação.

Assim, em ambos os contextos de ensino clínico, observei e preveni os riscos ambientais que detetei, avaliando continuamente a pertinência dos meus cuidados, através da reavaliação dos resultados das minhas intervenções. Colaborei ativamente com equipa de enfermagem na avaliação e registo do risco de quedas através da Escala de Morse, assim como do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, com a aplicação da Escala de Braden, nomeadamente nos posicionamentos cirúrgicos, durante a cirurgia, a fim de diminuir a sua incidência. Além disso, para prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, monitorizei as zonas de pressão, prestei cuidados preventivos à pele, promovi a mobilização e posicionamentos regulares e adaptados a cada situação e contexto perioperatório.

Relativamente ao risco de queda, procurei implementar medidas profiláticas como a elevação das grades de segurança das camas/ macas e a colocação das camas no nível mais próximo do chão, assegurando uma vigilância mais persistente das pessoas com alterações do estado de consciência.

No que diz respeito aos erros relacionados com a preparação e administração de medicação, no BO senti que está institucionalizado uma cultura de segurança, exigida pela *Joint Commission International* (JCI) que acrescenta qualidade à prestação de cuidados às pessoas neste contexto.

A existência de nomes semelhantes de medicamentos é uma das principais causas de erro associado ao medicamento, incluindo as denominações comuns internacionais e os nomes comerciais (Godinho et al.,2018).

Os medicamentos *Look-Alike Sound-Alike* (LASA) são medicamentos com um nome ortográfico e/ou fonético semelhante, com risco de serem confundidos, sendo os medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante serão denominados como *look-alike*, enquanto os medicamentos com nome foneticamente semelhante serão designados como *sound-alike*.

Deste modo, um grupo de trabalho do BO anualmente atualiza esta lista de medicamentos LASA, estando identificados nos locais onde estão armazenados com a respetiva vinheta identificativa, com o objetivo do profissional de saúde, ao pegar no medicamento, tenha a atenção redobrada se é o medicamento certo, uma vez que existe outro medicamento com a ortografia e/ou fonética semelhante.

Atualmente, devido à alteração recente do programa informático, houve uma atualização nas normas de segurança relativamente à prescrição dos medicamentos LASA e não só, uma vez que passaram a ser prescritos exclusivamente no sistema informático pela denominação internacional comum, evitando assim possíveis erros de leitura ou compreensão da prescrição.

Ainda, são rotulados todos os fármacos considerados de alto risco, assim como é realizada a rotulagem de qualquer fármaco preparado com a respetiva vinheta, identificando o medicamento, a dosagem por miligrama e a via de administração, tendo estas vinhetas identificativas as cores universalmente associadas a cada fármaco, não tendo identificado qualquer erro na preparação ou administração de medicação.

Deste modo, no contexto da preparação e administração de medicação, consegui sentir-me sempre seguro, sendo que a organização e as normas de segurança e prevenção do serviço do BO potenciam a não incidência de erros na preparação e/ou administração de medicamentos à pessoa em contexto perioperatório.

Durante o estágio na UCA, no que concerne à competência de melhoria contínua da qualidade, procurei-me inteirar dos projetos de melhoria contínua do serviço. Neste sentido, tive oportunidade de elaborar uma proposta de melhoria contínua para desenvolver na UCA relativamente à segurança dos cuidados perioperatórios, nomeadamente a segurança na administração da medicação.

Aquando do acolhimento na UCA, o enfermeiro após validação dos dados pessoais, coloca uma pulseira identificativa da pessoa no seu respetivo punho, de forma

a diminuir erros relativos a trocas de identidade da pessoa em contexto perioperatório, tendo esta a mesma cor para todas as pessoas que vão ser intervencionadas na UCA.

Deste modo, propus a elaboração de um projeto de melhoria contínua que se consistia na colocação de uma pulseira que identificasse, de forma clara, nos casos em que a pessoa tem conhecimento de uma alergia, aquando do seu acolhimento, identificando sempre que possível o(s) agente(s) alergénico(s).

O processo de comunicação durante os momentos de transição de cuidados, pode sofrer falhas que coloquem em causa a qualidade dos cuidados prestados. De acordo com Stewart (2016) as falhas de comunicação entre os prestadores de cuidados podem ter repercussões relevantes na pessoa, nomeadamente em relação à sua segurança e a erros da administração da medicação.

Assim, a passagem de informação é um processo central para a prestação de cuidados seguros e de qualidade (Desmedt et al., 2021).

Segundo os mesmos autores, reconhecendo que este procedimento implica um alto risco para a segurança da pessoa, a sua importância torna-se evidente pelo número de incidentes e eventos adversos evitáveis resultantes da má comunicação entre os profissionais de saúde, motivada por alguns fatores como o aumento da carga de trabalho, falta de tempo, falhas de comunicação devido a falta de escuta ativa, falta de treino e falta de políticas ou protocolos padrão, demonstrando assim a necessidade de intervenções para melhorar este processo.

Segundo a DGS (2017), em 2012 estima-se que 50% dos incidentes tinham inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade informacional nos cuidados de saúde.

Ainda de acordo com um estudo observacional, foram detetados cerca de 30% de falhas/erros durante o processo de comunicação no período passagem de informação para transição dos cuidados, em que cerca de um terço destes, colocavam diretamente em risco a segurança da pessoa (Randmaa, 2016).

Em contexto perioperatório, Bento (2015) refere que 60 a 70% dos eventos adversos neste período estão relacionados com falhas na comunicação.

Assim, a transmissão de informação aquando da passagem para o período intra-operatório é fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados. Contudo, é uma das fases do processo perioperatório sujeita a falhas, uma vez que há uma grande

quantidade de informação a ser transmitida. Deste modo, o uso de pulseiras pelas pessoas possuidoras de algum tipo de alergia neste contexto oferece inúmeros benefícios aos profissionais de saúde, especialmente nos casos que houve falha na transmissão da informação em algum dos elos perioperatórios; nos casos em que a pessoa está inconsciente e não pode verbalizar as suas alergias conhecidas, consequência do seu processo perioperatório; em situações de emergência, uma vez que as pulseiras sinalizadoras de alergias são idealizadas para lembrar os profissionais de saúde da alergia que a pessoa em contexto perioperatório possui, estando sempre visíveis, podendo assim evitar eventos adversos graves com a administração de medicação.

No contexto do estágio do BO, sendo o Centro Hospitalar em questão orientado pelas metas internacionais de segurança do doente definidas pela *Joint Commission International*, procurei perceber os projetos de melhoria contínua em curso e perceber, de forma a procurar uma estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, durante o estágio no BO estive envolvido num projeto de melhoria contínua denominado de “Passaporte Ortopédico do Utente”.

Este projeto tem como objetivo garantir a rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis na pessoa submetida a uma cirurgia ortopédica, nomeadamente na cirurgia de artroplastia, de forma a potenciar ganhos em segurança perioperatória em futuras cirurgias e garantir que as principais recomendações pós-operatórias são cumpridas e estão num local acessível.

No referido apêndice, estão ainda todas as características dos implantes, incluindo a referência e lote dos implantes, de forma a facilitar a sua identificação em potenciais futuras cirurgias de revisão, bem como a descrição das principais recomendações no que diz respeito ao cumprimento das suas atividades de vida diárias e respetivas limitações ou impedimentos durante o período pós-operatório.

Concluindo, em ambos os contextos perioperatórios, procurei sempre garantir uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, tendo um papel ativo em processos de melhoria contínua nos diferentes contextos perioperatórios.

5.1.3 – Gestão de cuidados

A função da gestão em enfermagem é fundamental para assegurar a qualidade dos cuidados, isto é, assegurar por todos os meios ao seu alcance as condições de trabalho que

permitem exercer a profissão com dignidade e autonomia, de acordo com o Código Deontológico na alínea d) do artigo 109º (Decreto Lei 156/2015, 2015).

A função de liderança tem intensificado a sua importância no trabalho das equipas assim como nos resultados dos cuidados prestados. Compete ao enfermeiro especialista gerir os cuidados, otimizando as respostas dos profissionais de saúde, por forma a garantir tarefas delegadas de qualidade e seguras, adequando os recursos às necessidades encontradas, através da adoção de uma liderança que prima pela qualidade dos cuidados (Diário da República, 2ª Série - Nº 26, 2019).

O enfermeiro especialista deve, enquanto profissional dotado de melhor preparação e de competências para a área da gestão, assumir a responsabilidade de gerir o turno, as equipas e os cuidados de enfermagem.

A liderança, sendo um conceito complexo, é compreendida como a capacidade para influenciar a equipa, tendo como meta os objetivos da instituição, com recurso ao conhecimento teórico-científico e ao desenvolvimento de habilidades humanas e interpessoais, como a capacidade de planeamento, de organização, de motivar os outros, de controlo situacional e de tomada de decisão (Alves et al., 2010).

Na realidade da profissão de Enfermagem, a liderança pode contribuir para a promoção de um ambiente profissional calmo e harmónico, qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, contribuindo para melhores *outcomes*.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017a) o Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, assumindo assim a função de responsável de turno, uma vez que se trata do profissional mais preparado e com competências para a área da gestão.

Ao longo dos estágios, tive oportunidade de observar várias metodologias organizacionais na forma de gestão de cuidados. O número de enfermeiros em cada plano perioperatório, assim como a distribuição dos mesmos resulta da aplicação de normas e diretrizes na área da gestão, que permite dimensionar a carga e o horário da prestação de cuidados em determinados contextos, na área da enfermagem.

A dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Segundo o Regulamento 743/2019 publicado em Diário da República, referente à Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, nas salas de operações de cirurgia eletiva ou urgente deverão estar presentes os enfermeiros circulantes, instrumentistas e de anestesia, sendo que se considera adequado que os enfermeiros que assumem as funções acima descritas sejam enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Segundo o mesmo regulamento, na UCPA deverão estar a exercer funções pelo menos dois enfermeiros, preferencialmente especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, devendo respeitar o rácio de um enfermeiro para cada duas pessoas sujeitas a procedimentos relativos a cirurgia convencional e um enfermeiro a cada três pessoas em regime de cirurgia de ambulatório, sendo que este rácio na UCPA deverá ser ajustado em função da complexidade dos cuidados e adequado às necessidades específicas das pessoas neste contexto.

Ainda, além das dotações seguras nas situações acima mencionadas, a responsável pelo bloco operatório deverá ainda assegurar a inclusão de enfermeiros para a consulta pré-operatória, admissão pré-operatória e atividades de suporte, tais como gestão integrada de cuidados perioperatórios, resposta a necessidades de logística de suporte às salas, substituição de enfermeiros, entre outros (Diário da República, 2ª Série - Nº 184, 2019).

Neste sentido, no período que desenvolvi competências no BO as dotações seguras foram sempre a minha referência aquando das resoluções de questões relacionadas com as equipas cirúrgicas em exercício, nomeadamente aquando da falta de algum enfermeiro pelos mais variados motivos de saúde ou profissionais, como no caso dos enfermeiros com horário reduzido, havendo necessidade de realizar a gestão dos recursos humanos existentes no BO de forma a garantir as dotações seguras de enfermagem em todos os procedimentos realizados.

Assim, nos casos que foi necessário reorganizar a equipa de enfermagem, em alguns dos casos houve a necessidade de alocar alguns enfermeiros que estariam distribuídos numa das salas de urgência, sendo que durante este período, uma das salas de urgência permanecia temporariamente encerrada.

Ainda, no que concerne ao estágio no BO, a dinâmica organizacional do serviço engloba, além da Enfermeira Chefe, uma enfermeira especialista em funções de coordenação. Ao enfermeiro especialista em funções de gestão é esperado que seja dotado de um conjunto de competências que contribuam para que seja munido de conhecimentos e habilidades, na cultura organizacional do BO, com o objetivo de antecipar focos de instabilidade e complicações e a de promover respostas adequadas e seguras.

Assim, tive a oportunidade de desenvolver esta competência durante o período que estive a acompanhar, de forma ativa, a enfermeira tutora do estágio no BO.

Neste contexto específico, o enfermeiro especialista tem a função de gestão e controlo da medicação, de acordo com as necessidades previstas do serviço; controlo, gestão e distribuição de estupefacientes pelas salas operatórias; gestão de recursos humanos, resolvendo imprevisibilidades que ocorrem diariamente no serviço, de acordo com as dotações seguras, garantindo os cuidados, nas diferentes áreas de atuação; controlo e gestão de equipamentos e sua manutenção, entre outras intervenções que possam surgir ao longo do turno.

Ainda durante o desenvolvimento desta função de gestão dos cuidados, e de forma a planear e antecipar complicações perioperatórias, foi essencial garantir que todo o instrumental e material para os planos cirúrgicos estavam disponíveis, assim como monitorizar a receção de material e instrumental para o(s) dia(s) seguinte(s); a realização das verificações ambientais do BO; e a interligação entre serviços, através dos pedidos de material e sua respetiva reposição por níveis, de acordo com os futuros planos operatórios.

Neste sentido, um dos desafios que fui confrontado no quotidiano das funções de gestão foi a gestão dos recursos materiais para os procedimentos a realizar no BO e no BO periférico do hospital, que são pedidos e enviados do BO central.

No quotidiano do BO, sabendo que os prazos nem sempre se conseguem cumprir, uma vez que o serviço é dependente de outros adjacentes, como no caso da central de esterilização, tendo sido confrontado com um pedido de um instrumental específico para o bloco operatório periférico que não estava disponível na sua totalidade por questões alheias ao serviço.

Neste caso, a pessoa estava no bloco operatório periférico para ser intervencionada a uma osteossíntese da clavícula, sendo que apenas estava disponível o instrumental das placas anatómicas, faltando todo o instrumental de parafusos.

Deste modo, sendo do interesse comum a solução do problema com o objetivo de a pessoa vir a ser intervencionada de acordo com a sua vontade, através da observação de todo o instrumental disponível que não iria ser necessário, consegui identificar um instrumental de parafusos, compatível com o solicitado que, sendo igual ao instrumental em falta, poderia substituir este sem qualquer comprometimento para a segurança da pessoa.

Assim, este caso fez-me refletir acerca da importância do conhecimento dos procedimentos que são realizados no BO, do instrumental que existe em stock e pode vir a ser necessário e do que foi utilizado e está a ser processado na central de esterilização, assim como da agilidade necessária para resolver problemas que surgem no quotidiano, ao invés do caminho, se calhar mais fácil, do cancelamento da cirurgia por falta de material cirúrgico, uma vez que apesar de poder parecer um caminho fácil, trás gastos e complicações quer à pessoa, quer à instituição.

Deste modo, consegui gerir as minhas intervenções com vista a antecipar focos de instabilidade e a maximizar a segurança e o bem-estar das pessoas em contexto perioperatório, garantindo as condições necessárias e adaptadas a cada situação, de acordo com as dotações seguras de enfermagem.

5.1.4 – Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Esta última competência comum do enfermeiro especialista está relacionada com a sua capacidade de autoconhecimento, sabendo que as suas atitudes, comportamentos e crenças influenciam na relação com a restante equipa multidisciplinar e a pessoa em situação perioperatória, assim como de assumir um papel facilitador nos processos de aprendizagem e formação, contribuindo nas tomadas de decisão baseadas na evidência científica mais atual.

Além da aquisição de conhecimentos, é fundamental a integração e mobilização para a prática, sendo que esta competência motiva o enfermeiro especialista na atualização permanente dos seus conhecimentos, fundamentados na evidência científica, permitindo intervenções mais assertivas e adequadas que, em conjunto com a introspeção e reflexão sobre a prática, constituem alicerces para o seu desenvolvimento pessoal e profissional

Assim, nas diversas fases procurei pautar as minhas intervenções de forma assertiva e com evidência científica, assim como, após observação de algumas práticas que fui vivenciando que tinham potencial para ser melhoradas, intervi, de forma sustentada, no seu aperfeiçoamento.

A título de exemplo, a manutenção da normotermia no período perioperatório é fundamental e está descrita, inequivocamente, como uma mais-valia hemodinâmica, além de assegurar o conforto da pessoa (Matias, et al., 2017).

Apesar de no BO onde realizei o ensino clínico ser uma prática comum realizar o aquecimento periférico durante o período intra-operatório, sempre que possível, tendo os recursos técnicos disponíveis, realizava um pré-aquecimento periférico antes deste período.

Esta prática foi questionada por uma das colegas responsáveis pela equipa de enfermagem de apoio à anestesia, tendo apresentado um artigo para sustentar a minha prática cujo tema é “PRÉ-AQUECIMENTO PERIFÉRICO DE DEZ MINUTOS: UMA BOA FORMA DE EVITAR A HIPOTERMIA?” (Matias, et al., 2017), publicado na Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesia, demonstrando todos os benefícios deste pré-aquecimento no período pré-operatório durante o período intra-operatório.

Sendo que na prática diária do BO é comum haver inúmeras pressões para a obtenção de resultados em relação ao número de cirurgias realizadas e à redução dos tempos entre cirurgias, este artigo comprova igualmente que é possível realizar esta intervenção sem que haja aumento do tempo entre cirurgias.

Esta intervenção foi aceite e elogiada pela equipa, tendo sido levada esta questão a discussão da equipa de enfermagem responsável pela área de anestesia para possíveis futuras práticas no serviço.

Do mesmo modo, durante o ensino clínico, nomeadamente durante o desenvolvimento das competências do domínio do enfermeiro instrumentista, fui realizando, de forma sistemática, um manuseamento dos implantes de acordo com as evidências científicas mais recentes, de forma a tentar diminuir o risco de infeção.

Apesar de este manuseamento ter tido características diferentes do que era prática comum no serviço, não senti resistência da equipa, tendo tido liberdade para desenvolver o meu processo formativo de acordo com o planeado.

Por último, relacionado com o manuseamento de implantes, foi realizada uma formação em serviço para todos os enfermeiros de forma a dar conhecimento da evidência científica mais recente sobre o tema e com o objetivo de alterar algumas práticas que fui observando, tentando assim diminuir o risco de infeção e melhorar a qualidade das práticas de enfermagem no serviço.

Assim, observando o percurso realizado ao longo dos ensinamentos clínicos, considero ter desenvolvido as competências comuns aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória. A reflexão feita sobre as intervenções realizadas ao longo dos estágios permite ter a sensação de dever cumprido, embora consciente de que o aprofundar de competências será uma constante na minha vida profissional.

5.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Nos últimos anos, tem-se assistido a um aumento da esperança média de vida, contribuindo para tal a evolução técnico-científica.

Para que este aumento da esperança média de vida seja acompanhado de uma qualidade de vida significativa, os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica impõem ao enfermeiro especialista o desenvolvimento de capacidades, de forma a este ser capaz de mobilizar conhecimentos e habilidades que permitam prestar cuidados de saúde holísticos à pessoa, respeitando os mais elevados padrões de qualidade.

A especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica encontra-se dividida em diversas áreas de especialidade, de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de atuação.

No caso concreto da área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, os cuidados exigem a identificação das necessidades, planeamento, execução e avaliação dos resultados obtidos nas áreas complementares entre si: anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos e consultas perioperatórias (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

Segundo a OE (2017a), a área de especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória inclui um conjunto de competências especializadas que são adequadas à pessoa a vivenciar processos de transição saúde/doença, que necessite de procedimentos anestésicos ou cirúrgicos.

Neste sentido, pode considerar-se pessoa em situação perioperatória como qualquer pessoa que, ao longo do seu ciclo vital, necessite, escolha ou aceite ser submetida a procedimentos anestésicos ou cirúrgicos, aceitando submeter-se assim a um estado de consciência alterado e aos riscos inerentes a estes procedimentos, tendo geralmente como expectativa melhorar o seu estado de saúde ou ter melhor qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

Ainda, os Cuidados de Enfermagem Perioperatórios desenvolvem-se num processo padronizado de boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade, fundamentando-se em pilares como o reconhecimento o outro e sua capacitação, a vulnerabilidade, a responsabilidade do cuidado, a prudência e a gestão do risco, e a consciência cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

Assim, nesta área de especialização, no Regulamento nº 429/2018 estão contempladas duas competências específicas, que incluem o cuidado da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e a maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica (Diário da República, 2ª série - Nº 135, 2018).

Segundo o mesmo Regulamento, cada uma das competências específicas acima mencionadas estão divididas em três unidades de competência, sendo que previamente ao estágio do BO foi definido, através de um diagrama de Grantt (Gráfico 8), o desenvolvimento das respetivas Unidades de Competência.

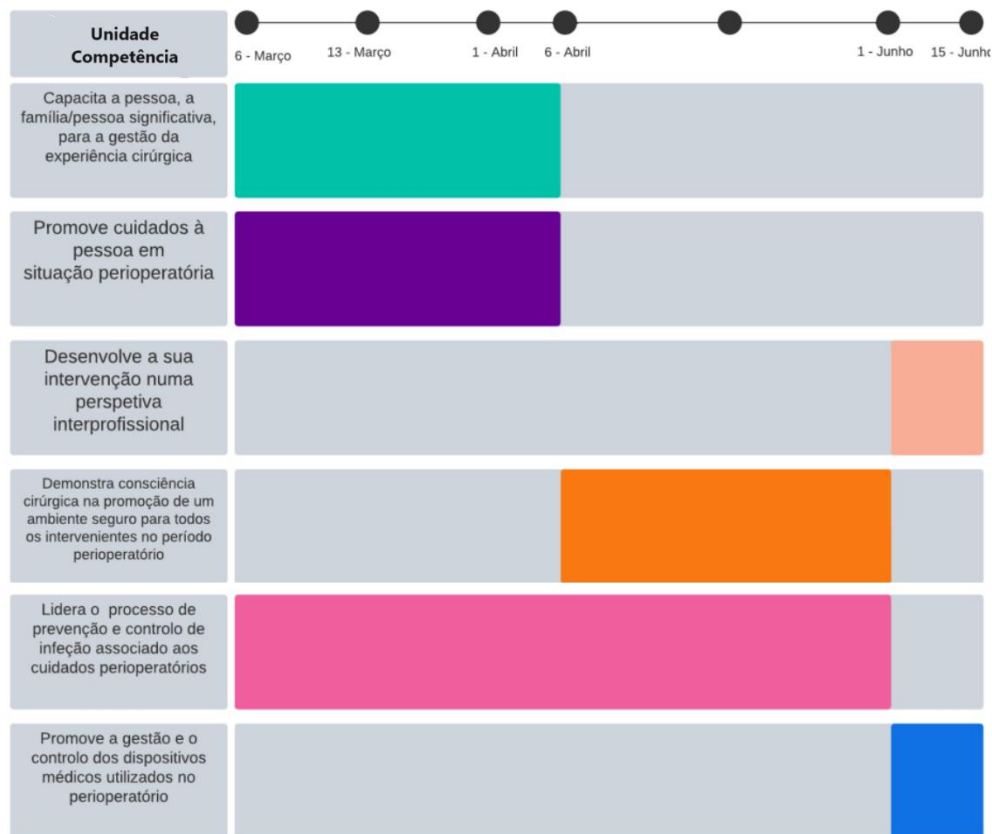


Gráfico 8 - Diagrama de Grantt

De seguida, irei demonstrar como cada competência específica foi desenvolvida, através da descrição, análise e reflexão das experiências vivenciadas nos respetivos ensinamentos clínicos.

5.2.1 – Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

A ansiedade e o medo no período perioperatório tem particular pertinência, uma vez que, sendo o bloco operatório um local muitas vezes vivenciado pela primeira vez pela maioria das pessoas que necessitam de cuidados perioperatórios, estas têm uma idealização obscura do espaço e do ambiente que irá encontrar, rodeado de tecnologia, monitorizações e alarmes, que desencadeia uma sensação de impotência, medo e ansiedade ao utente (AESOP, 2006).

Durante o estágio na UCA, tive oportunidade de prestar cuidados no período pré-operatório, realizando todos os procedimentos de acolhimento e preparação para as fases seguintes do período perioperatório.

Nesta fase, foi frequente encontrar pessoas com níveis de ansiedade elevados. Assim, além de realizar a prestação num ambiente mais calmo e tranquilo possível e esclarecer todos os procedimentos nas fases perioperatórias, como forma de diminuição do estado de ansiedade e stress da pessoa, utilizei a musicoterapia.

Assim, a musicoterapia é considerada uma terapia que envolve o corpo, a mente e o espírito. Trata-se de uma terapia complementar fácil de implementar, cujos efeitos secundários são poucos ou nulos, podendo inclusive contribuir para o menor consumo de fármacos, fator económico bastante interessante atualmente, podendo, por fim, ser associada a outras técnicas. Segundo Caitano et al. (2014) os efeitos terapêuticos que a música proporciona para o utente perioperatório são consideráveis, destacando-se os efeitos relaxantes atenuadores dos níveis de stress que poderão ser apresentados.

Contudo, estes efeitos são igualmente positivos para a equipa cirúrgica que está a prestar cuidados perioperatórios, no sentido que exerce a sua função de uma forma mais tranquila e entusiasta, proporcionando uma sensação de segurança não só para si, mas para o utente (Caitano, et al., 2014).

Segundo os mesmos autores, além dos efeitos relaxantes da musicoterapia, esta impulsiona o foco para o utente, tornando-se mais participativo, promovendo o empoderamento da pessoa em contexto perioperatório, constituindo assim uma melhor ligação terapêutica entre a pessoa e o profissional de saúde, concluindo que a música pode ser aplicada em prol da redução de conflitos emocionais do utente, de forma a este estabelecer um vínculo de confiança entre ele e o profissional de saúde, proporcionando um ambiente mais confortável e seguro para ambos.

Em contexto do BO, a palavra anestesia representa para a maioria das pessoas algo estranho, pelo fato de estar associada a uma perda de consciência e desta retirar o controlo da realidade que os rodeia, traduzindo-se num sentimento de grande insegurança, sendo a falta de informação a maior causa deste sentimento (AESOP, 2006).

Apesar da maioria das pessoas terem previamente uma consulta de anestesia e uma consulta pré-operatória de enfermagem, o dia da cirurgia e a entrada num ambiente desconhecido como o bloco operatório, requer que o enfermeiro que recebe a pessoa tenha uma comunicação adequada e elucide acerca de todos os procedimentos e percursos que irá realizar, de forma a garantir um maior sentimento de segurança e conforto.

Neste sentido, quando tive oportunidade de desempenhar esta função perioperatória, pautei por uma comunicação tranquila, imune a pressões externas, sendo que o meu foco de atenção foi exclusivamente a pessoa que iria ser alvo dos meus cuidados. De facto, senti que a relação de confiança durante este processo teve ganhos durante todo o período perioperatório, nomeadamente na relação da pessoa com a equipa multidisciplinar, estando mais disponível para ouvir sugestões e colaborar no seu próprio plano de cuidados.

Durante o desenvolvimento na área de anestesia, a gestão e administração de fármacos passou muito pelo meu quotidiano, com prescrições únicas e verbais, sendo prescritas e validadas posteriormente no respetivo sistema informático.

Deste modo, durante as várias intervenções realizadas, foi necessário preparar e administrar consecutivamente várias classes de fármacos, sendo todos estes etiquetados na respetiva seringa com a etiqueta correspondente, o que me transmite uma enorme segurança, dado o elevado número de profissionais envolvidos na prestação de cuidados, diminuindo assim a probabilidade de erro.

Sendo um serviço em que há alterações previsíveis e imprevisíveis do estado hemodinâmico da pessoa, devido ao status clínico e a algumas técnicas anestésicas e cirúrgicas utilizadas, a monitorização dos sinais vitais é fundamental, de forma a dar uma resposta rápida a qualquer alteração.

Deste modo, de forma a agilizar a execução de intervenções eficientes e em equipa em resposta a situações de imprevisibilidade, participei em duas formações no serviço destinadas à equipa de enfermagem, uma delas acerca do protocolo de atuação em situações de hipertermia maligna e outra acerca do manuseio dos dois tipos de desfibrilhadores existentes no BO, sendo esta última uma sessão teórico-prática com avaliação dos formandos presentes.

Para além de participar nas formações acima mencionadas, de forma a estar mais bem preparado do ponto de vista teórico para intervir em caso de necessidade, tomei a estratégia de, para cada utente, ter preparado medicação de urgência de forma a antecipar e intervir em tempo útil a possíveis alterações hemodinâmicas.

Em contexto perioperatório, é igualmente dever do profissional de saúde a monitorização da dor da pessoa, utilizando instrumentos para o efeito, existindo diversos

instrumentos de caracterização e avaliação da dor na pessoa (Direção-Geral da Saúde, 2003).

Apesar do avanço constante na tecnologia e na saúde, a dor pode ser difícil de medir e objetivar, sendo muitas vezes subestimada e sub-tratada (Appleton, 2018).

Assim, a avaliação da dor deverá corresponder a um esforço de colaboração entre a pessoa e o profissional de saúde, pois embora seja extremamente importante a reunião e documentação cuidada e pormenorizada de dados, a experiência da dor é essencialmente subjetiva e apenas o utente a pode descrever com verdade, tendo sido desenvolvidos inúmeros instrumentos de trabalho, no sentido de auxiliar os profissionais dos cuidados de saúde na recolha de dados rigorosos e detalhados sobre a dor (Monahan et al., 2007).

Deste modo, as escalas unidimensionais avaliam globalmente a dor segundo o grau de intensidade. Por outro lado, sendo a dor um fenómeno multidimensional, coloca-se o problema da validade do conteúdo da resposta, sendo previsível que a dor seja mais pontuada nos casos em que a pessoa está ansiosa ou deprimida, se fizer uma análise dramática da dor, se as suas expectativas quanto aos tratamentos forem negativas ou se não tiver confiança no avaliador (Ruyssen-Witrand et al., 2011; Scopel et al., 2007; Wall & Melzack, 1999).

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor pode ser definida como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos” (Kotfis, et al., 2017, p. 66).

Segundo os mesmos autores, esta definição salienta a natureza subjetiva da dor e sugere que a sua intensidade só pode ser avaliada por alguém que a experiencie.

Segundo a DGS (2017), embora a dor aguda tenha uma importância inquestionável enquanto sinalizadora de uma eventual lesão ou disfunção orgânica, cessada essa função, não é possível atribuir à dor qualquer vantagem biológica, podendo a mesma motivar alterações em múltiplos sistemas orgânicos e assim resultar em comorbilidades, redução da qualidade de vida e perpetuação da dor.

A dor aguda é um sintoma limitado no tempo. Por outro lado, a dor crónica, ao persistir além da cura da lesão que a originou, deve ser encarada não como um sintoma, mas antes como uma doença por si só, tendo um impacto na pessoa muito para além do sofrimento que lhe causa, nomeadamente, sequelas psicológicas, isolamento,

incapacidade e perda de qualidade de vida. Esse impacto pode ultrapassar a própria pessoa e envolver a família/pessoa significativa (DGS, 2017).

Assim, a Dor Crónica Pós-Cirúrgica (DCPC) é um síndrome doloroso definido como uma dor que surge após cirurgia e que tem duração de pelo menos dois meses (Appleton, 2018).

Ainda, a mesma autora refere existir quatro pressupostos para ser considerada uma DCPC, tais como a dor surgir após um procedimento cirúrgico; durar pelos menos há dois meses; outras causas de dor devem ser excluídas, tal como malignidade ou infeção e a dor não pode estar presente antes da cirurgia ou tem características diferentes, como o aumento de intensidade da dor pré-operatória, sendo localizada no local cirúrgico ou área referida.

Neste sentido, sendo a dor considerada o 5º sinal vital (Direção-Geral da Saúde, 2003) surgindo assim como um foco de atenção do enfermeiro, durante a minha prática clínica no BO procurei em todos os momentos identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, priorizando a autoavaliação da dor nas pessoas conscientes e com capacidade de comunicar verbalmente, aplicando a Escala Numérica.

O processo de tratamento da dor representa um constante desafio que exige a avaliação da presença, do tipo, da intensidade, da localização e das possíveis causas da dor (Kazanowski & Laccetti, 2005).

Segundo os mesmos autores, apesar da terapêutica farmacológica ajudar no alívio e controlo da dor, os planos para o tratamento da dor seguem uma abordagem multimodal, combinando a terapêutica farmacológica com outras estratégias para o alívio e prevenção da dor.

No contexto do estágio do BO, durante uma das fases do ensino clínico, nomeadamente durante a atuação na UCPA e no apoio à anestesia, tive oportunidade de intervir de forma multidisciplinar com as pessoas em período pós-operatório, sinalizadas com uma dor aguda não controlada ou com necessidade de administração de analgesia através de PCA ou PCEA.

Deste modo, procurei ajustar com a equipa multidisciplinar o horário de administração farmacológica de analgesia, após avaliação da intensidade da dor da pessoa nos diferentes períodos do dia, avaliar a correta utilização e solicitação de analgesia do

PCA e PCEA, verificando a quantidade e frequência de analgesia solicitada e administrada ao longo do dia.

Todavia, de forma a complementar a intervenção farmacológica, procurei igualmente implementar intervenções autónomas e não farmacológicas para a gestão e controlo da dor, dando destaque para medidas como o posicionamento, a massagem, a termoterapia, toque terapêutico, a diminuição dos estímulos ambientais (luz, ruídos), a musicoterapia e a distração.

Devido ao contexto hospitalar em questão, em alguns serviços a minha maior dificuldade foi ultrapassar algumas falsas crenças acerca do controlo da dor, tais como a não confiabilidade nos auto-retrados; as pessoas devem demonstrar que têm dor antes de receberem analgesia; os opiáceos são demasiado potentes para os idosos; ou as pessoas devem esperar ter dores no hospital.

Embora segundo Monahan et al. (2007) estas falsas crenças estejam previstas nos cuidados de saúde, em alguns serviços, além de trabalhar com a pessoa o seu controlo e gestão da dor, tive a necessidade de trabalhar com a restante equipa algumas das falsas crenças instaladas nos respetivos serviços, sendo que as mais frequentes foram as falsas crenças que a pessoa devia demonstrar que tem dor antes de ser administrado analgesia e que a dor deve ser esperada no hospital, dificultando assim o controlo e gestão da dor, uma vez que a analgesia não era administrada em horário previsto por alegadamente não demonstrar sinais visíveis de dor.

Contudo, apesar da dificuldade acrescida de estar a intervir noutra serviço independente do BO e do trabalho contra estas falsas crenças ser progressivo, estou certo de que contribuí para que a pessoa alvo dos meus cuidados tivesse a sua dor mais controlada, fazendo tudo o que estive ao meu alcance para que estes cuidados tivessem continuidade após a minha avaliação e saída do respetivo serviço.

No que concerne à família/pessoa significativa da pessoa em situação perioperatória, tive oportunidade de a envolver na prestação de cuidados, nomeadamente durante o contexto do estágio na UCA e do BO, nos períodos pós-operatório e pré-operatório, respetivamente.

No contexto da UCA, o enfermeiro é considerado o principal responsável pela alta da pessoa intervencionada na cirurgia de ambulatório (Lima & Pinto, 2014). Neste sentido, tive oportunidade de programar e realizar a consulta de preparação para a alta

com a presença da pessoa em situação perioperatória e da respetiva família/pessoa significativa, cuja presença é um requisito obrigatório da alta para o domicílio da UCPA da UCA.

Segundo Lima e Pinto (2014), a preparação da alta é fundamental em cirurgia de ambulatório, uma vez que a pessoa deixará de estar sob vigilância dos profissionais de saúde e estará em processo de transição para o seu autocuidado, sob orientação da família/pessoa significativa.

Assim, neste período pautei a minha intervenção pelo esclarecimento de todas as dúvidas acerca do período pós-operatório, os ensinamentos acerca da gestão medicamentosa, nomeadamente o controlo da dor, a importância do repouso e de uma alimentação adequada, assim como das possíveis limitações das atividades de vida diária após a cirurgia e as suas implicações para a família/pessoa significativa. Tive ainda o cuidado de informar igualmente da importância do estado de alerta acerca dos sinais de alarme a que a pessoa e a família/pessoa significativa devem estar atentas, fornecendo o contacto dos serviços de saúde em caso de presença de algum sinal de gravidade.

Por outro lado, no BO tive a oportunidade de desenvolver competências de prestação de cuidados à família/pessoa significativa no período pré-operatório, aquando da consulta de enfermagem pré-operatória.

Durante este período, tive oportunidade de esclarecer a pessoa e sua família/pessoa significativa acerca dos cuidados previstos durante o período perioperatório, assim como as informações inerentes a este processo de transição e as possíveis necessidades da pessoa no momento da alta para o domicílio.

Assim, este conjunto de experiências permitiram-me cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, sendo fulcral a importância para o desenvolvimento desta competência no âmbito das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória.

5.2.2 – Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

O desenvolvimento desta competência foi planeada a ser desenvolvida de forma transversal ao longo de todo o processo formativo dos ensinamentos clínicos.

Ao longo dos estágios, a preparação para o período perioperatório foi uma das intervenções que tive oportunidade de desenvolver, como garantia de segurança e da qualidade dos cuidados, durante a consulta pré-operatória de enfermagem e durante o acolhimento da pessoa na UCA/BO.

As transições no cuidado no ambiente perioperatório são numerosas e devem ser consideradas empreendimentos de alto risco. Historicamente, o objetivo da avaliação pré-operatória tem sido determinar os fatores do paciente que aumentam significativamente o risco de complicações perioperatórias (Laine et al., 2009).

Neste sentido, sendo a segurança na prestação de cuidados perioperatórios uma prioridade na conceção de qualquer organização de saúde, tendo implicações diretas na qualidade dos cuidados, a avaliação pré-operatória de enfermagem permite detetar dificuldades ou problemas no período pré-operatório que podem colocar em risco a vida do utente ou o resultado esperado do procedimento, devendo ser neste período que se devem iniciar os protocolos de segurança de forma a maximizar a segurança durante o período perioperatório (Ramos, et al., 2019).

No mesmo sentido, o acolhimento consiste no ato de receber, no período perioperatório, através da construção de uma relação humanizada ou um vínculo entre o cuidador e a pessoa, sendo que o profissional de saúde deverá adotar uma postura capaz de acolher e estabelecer respostas adequadas à pessoa em situação perioperatória (Baleizão, 2018).

O acolhimento é uma intervenção de enfermagem fulcral, marcando o início de uma relação com a pessoa no contexto perioperatório, compreendendo a escuta, a disponibilidade, o respeito, o vínculo e o diálogo realizado entre o enfermeiro e a pessoa. Esta intervenção reveste-se de enorme importância na medida em que a pessoa referencia os seus sintomas, patologias, internamentos anteriores, angústias e medos (Baleizão, 2018).

Assim, devido à importância deste momento para a pessoa em contexto perioperatório, representando uma etapa crucial, pautei a minha intervenção por uma comunicação com a pessoa e respetiva equipa multidisciplinar de forma clara e assertiva, utilizando o modelo de *checklist* implementado no serviço para o efeito, conseguindo assim abordar todos os temas fundamentais para a segurança perioperatória de forma sistemática.

Deste modo, é essencial antecipar ou permitir o planeamento de estratégias que melhorem a qualidade do atendimento com uma *checklist* de enfermagem para o período pré-operatório que contemple a avaliação dos sinais vitais e a preparação da pessoa para os períodos seguintes, sendo que esta utilização permite antecipar muitos erros, normalizando tarefas e facilitando a coordenação da equipa (Pavão, 2019; Ramos, et al., 2019; Tostes & Galvão, 2019)

No caso concreto do BO, no momento do estágio o serviço encontrava-se em processo de mudança de sistema informático, estando implementada uma *checklist* de acolhimento da pessoa no serviço, tendo oportunidade de a aplicar inúmeras vezes, sendo uma ferramenta essencial para uma comunicação uniforme entre toda a equipa multidisciplinar e com a pessoa neste contexto.

Ainda, durante o acolhimento, de forma a maximizar a segurança perioperatória, para além de ter sido institucionalizada recentemente no serviço uma *checklist* informática, utilizei diversas estratégias de segurança, entre as quais a dupla confirmação de entidade, confrontando as respostas da pessoa do seu nome e data de nascimento com a pulseira identificativa da pessoa e o processo clínico, a confirmação da cirurgia, marcação do local cirúrgico e confrontação com a proposta cirúrgica, os antecedentes anestésicos e cirúrgicos, as doenças conhecidas, o histórico de medicação que faz/fazia ou suspendeu, assim como as alergias conhecidas.

No caso de haver alguma alergia conhecida, foi importante verificar na pulseira de identificação se tinha alguma nota, assim como colocar essa informação no processo clínico informático, uma vez que essa informação aparece em cabeçalho, ficando visível de forma destacada sempre que entramos no processo clínico informático, evitando possíveis erros em prescrições, sendo esta uma das estratégias adotadas por mim para evitar danos decorrentes da administração de terapêutica.

Durante o período intra-operatório, um dos focos que basearam a minha intervenção ao longo da prática clínica foi a manutenção da temperatura corporal durante todo este período, uma vez que a pessoa que irá ser submetida a um procedimento irá, do mesmo modo, ser exposta a um ambiente frio na sala operatória, devido às normas de segurança e higiene destes locais.

A hipotermia no perioperatório induz o aparecimento de várias complicações, entre as quais pode-se considerar as coagulopatias; o aumento da necessidade de

transfusão sanguínea; os eventos do miocárdio, tais como enfarte, taquicardia, hipertensão; infecção do local cirúrgico; desconforto térmico; tremores; diminuição do metabolismo dos fármacos e recuperação prolongada, podendo ainda triplicar a incidência de eventos cardíacos adversos (Danczuk, et al., 2016; Waring et al., 2014).

No mesmo sentido, comparando pessoas normotérmicas e hipotérmicas em contexto perioperatório, verificou-se que a diminuição da temperatura em 1,4°C no período perioperatório pode aumentar até três vezes a incidência de eventos coronários em utentes idosos, tendo-se verificado ainda que as pessoas que se mantiveram hipotérmicas apresentam um tempo de internamento superior às pessoas normotérmicas (Waring et al., 2014).

Durante um procedimento anestésico, para além da inibição dos mecanismos fisiológicos da termorregulação, a exposição do corpo a um ambiente frio, a desinfecção da pele com soluções antissépticas frias, a infusão de fluidos não aquecidos, a ventilação mecânica e o tipo de anestesia a que a pessoa é submetida predisõem à hipotermia no período perioperatório (Azenha, et al., 2017).

De acordo com Torossian et al. (2015), num procedimento cirúrgico com tempo anestésico previsto acima dos 30 minutos, as pessoas devem ser aquecidas ativamente, considerando o método de aquecimento por convecção como o mais eficaz, consistindo na utilização de mantas de ar quente forçado, sendo que Matias et al. (2017) demonstraram vantagem na realização de um pré aquecimento ativo com ar quente forçado durante dez minutos, antes da indução anestésica, obtendo-se uma prevalência muito baixa de hipotermia no final da cirurgia.

Deste modo, durante o período de acolhimento intervi junto da pessoa no sentido de lhe proporcionar um pré-aquecimento através da aplicação de mantas de ar quente forçado, preparadas para o efeito, com o objetivo de manter a sua temperatura corporal durante todo o período perioperatório.

Apesar de haver alguma resistência por parte de alguns elementos da equipa multidisciplinar, consegui demonstrar os ganhos na manutenção da temperatura corporal, para além de não haver um tempo de espera superior devido ao pré-aquecimento, tendo assim sugerido à equipa de anestesia do BO a implementação desta intervenção.

Após a instalação da pessoa na marquesa operatória, tive a preocupação de administrar a profilaxia antibiótica, quando aplicável, sendo que esta administração é

sempre combinada com a restante equipa multidisciplinar, de forma a esta profilaxia ser administrada no *timing* correto, de acordo com a evidência científica.

Ao longo do ensino clínico, sendo que um período considerável deste foi no período intra-operatório, tive oportunidade de assistir e colaborar no posicionamento cirúrgico por diversas ocasiões. Neste sentido, tentei sempre zelar pelo interesse desta, potenciando estratégias que assegurassem o seu conforto e prevenissem complicações, tais como lesões nervosas, através de dispositivos de gel, almofadas, e verificação da postura e alinhamento corporal da pessoa.

Durante este processo, senti que os diferentes elementos da equipa agem de acordo com os seus interesses, isto é, a equipa cirúrgica aborda o posicionamento sob o ponto de vista da abordagem cirúrgica e da técnica que irá ser utilizada, de forma a facilitar a sua intervenção, e a equipa de anestesia tem uma preocupação sobretudo com a via aérea. Deste modo, é fundamental observarmos a pessoa de forma holística e sem comprometer nenhuma das importantes visões acima mencionadas, zelar pelo bem-estar e segurança, assegurando o melhor posicionamento possível para cada situação, no que ao conforto e segurança diz respeito.

Durante a cirurgia, é fundamental haver uma estratégia eficiente que assegure a não retenção de itens quantificáveis no local cirúrgico. Este processo é realizado entre o enfermeiro instrumentista e o enfermeiro circulante, sendo registado e atualizado sempre que necessário em registo informático. Apesar de compreender a importância do registo deste processo, demonstrei à enfermeira tutora os benefícios deste processo ser realizado num quadro, visível a qualquer momento por qualquer elemento da sala operatória, uma vez que o sistema informático ou o computador poderiam falhar a qualquer momento e a segurança da pessoa não deveria estar dependente disso.

Não havendo nenhum quadro para registo na sala operatória, tomei a liberdade de registar sempre numa folha exclusivamente para esse efeito, realizando o registo informático posteriormente, estratégia que foi muito bem recebida pela equipa, fundamentalmente pela simplicidade, segurança do processo, sobretudo numa fase de adaptação a um novo sistema informático, sendo que o objetivo será sempre a contabilização dos itens quantificáveis e a passagem de informação de forma segura, em caso de necessidade, tendo oportunidade de liderar este processo na função de enfermeiro instrumentista e circulante.

Segundo AESOP (2006), entre outras funções, o enfermeiro instrumentista deve prevenir, reduzir e eliminar o risco de infecção perioperatória, mantendo a vigilância da técnica asséptica cirúrgica.

Neste sentido, é essencial não só a colaboração na manutenção da técnica asséptica, como a colaboração na paramentação da equipa cirúrgica, na desinfeção do local cirúrgico ou na colocação dos campos estéreis, mas também a redução do tempo cirúrgico.

A redução do tempo cirúrgico só é possível, não só com a experiência profissional, mas também com o conhecimento da técnica cirúrgica, do instrumental que vai ser utilizado, dos passos críticos e da organização na função de enfermeiro instrumentista.

Assim, sempre que possível e no final de cada turno, sabendo que no dia seguinte poderia desempenhar a função de enfermeiro instrumentista, consultei o plano operatório do dia seguinte e respetivos exames complementares, se aplicável, de forma a estudar e rever, em casa, a técnica cirúrgica e todo o instrumental necessário. Esta atitude promoveu que, durante procedimento cirúrgico não tivesse dúvidas e/ou esclarecesse alguma questão técnica relativamente ao instrumental ou a qualquer área de atuação enquanto enfermeiro instrumentista, com o objetivo de reduzir o tempo operatório e, por consequente, o risco de infecção na pessoa em contexto perioperatório.

No caso concreto da prática clínica no BO, verificando sempre que possível o plano operatório do dia seguinte, de forma a melhorar a minha preparação para este período, um dos dias pude verificar que estava planeado uma intervenção de revisão de prótese total da anca que tinha sido operada anteriormente fora do SNS, não existindo qualquer referência ao tipo de prótese que estava implantado na pessoa. Deste modo, após visualizar o raio-x da pessoa, pude verificar a incompatibilidade da necessidade de extrair o componente acetabular aparafusado que estava implantado na pessoa com o instrumental que tinha sido solicitado para realizar o procedimento, devido à incompatibilidade do parafuso implantado com a chave de extração do instrumental previamente solicitado.

Devido à minha experiência profissional na área, conseguindo identificar a prótese total da anca que estava implantada na pessoa, fui prontamente perceber junto do armazém de instrumental de ortopedia se existia no serviço alguma chave compatível, tendo encontrado uma que solicitei a sua utilização para a cirurgia em questão.

No dia da cirurgia, devido ao planeamento antecipado desta, colaborei no planeamento da cirurgia com a equipa multidisciplinar e a mesma decorreu sem intercorrências.

Contudo, este caso fez-me refletir sobre a segurança perioperatória e a necessidade de ter toda a informação possível sobre, no caso concreto, os implantes que tinham sido colocados na cirurgia anterior, visto que a não preparação correta do material para extrair um implante pode ser um foco de *stress* cirúrgico e aumento do tempo operatório, com todos os riscos inerentes.

Nesse sentido, de forma a maximizar a segurança perioperatória da pessoa, foi desenvolvido por mim uma proposta de melhoria para o serviço do BO que consistiu na elaboração de um documento denominado de “Passaporte Ortopédico do Utente”, personalizados para a cirurgia de artroplastia do joelho, da anca, e um documento para qualquer outra cirurgia ortopédica que sejam utilizados dispositivos médicos implantáveis (Apêndice IV), onde seriam registados pormenorizadamente todos os implantes colocados na pessoa submetida a uma cirurgia ortopédica, nomeadamente através da sua designação, marca, referência e lote ou, no caso de existir, com a respetiva vinheta identificativa do dispositivo médico.

Assim, este passaporte seria fornecido à pessoa no momento da sua alta para o domicílio, de forma a juntar aos seus documentos de saúde e acompanhá-la para as consultas de seguimento pós-operatórias, tendo como objetivo a rastreabilidade dos implantes, registar e/ou associar possíveis reações da pessoa aos dispositivos implantados aos lotes correspondentes, assim como fornecer algumas informações pós-operatórias consideradas relevantes para a intervenção específica, além de garantir a segurança perioperatória em possíveis cirurgias futuras, se for necessário realizar alguma reintervenção ou extração de material numa unidade hospitalar diferente, uma vez que pela minha experiência profissional e da prática clínica, é uma realidade cada vez mais frequente.

Por último, antes de qualquer cirurgia, fui verificar a existência de todos os dispositivos médicos, implantáveis e não implantáveis potencialmente necessários para cada cirurgia em concreto, de forma a não haver intercorrências e garantir a segurança do procedimento e da pessoa em situação perioperatória.

Em suma, a abordagem à pessoa em situação perioperatória em contexto de UCA e BO estimulou a minha prestação de cuidados especializados, através de uma visão holística das necessidades e dos focos de atenção manifestados pelas pessoas em contexto perioperatório.

5.3 – INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO

A intervenção do enfermeiro instrumentista está umbilicalmente relacionada com a prevenção da ILC no manuseamento de dispositivos médicos implantáveis, sendo que durante a sua prática especializada, deverá liderar o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios e promover a gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados neste período (Diário da República, 2ª série - Nº 135, 2018).

Aquando do planeamento do estágio no BO, estavam previstas cerca de 56 horas para o desenvolvimento de competências numa área de interesse pessoal, sendo que dediquei este período ao desenvolvimento de competências especializadas prevenção de ILC's, especificamente aquando do manuseamento de implantes cirúrgicos do enfermeiro na função instrumentista, estando assim este sub-capítulo integrado no desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Neste sentido, sendo o tema do relatório a prática especializada no manuseamento de implantes, importa relacionar esta função específica que tive oportunidade de desenvolver durante a prática clínica com a aquisição de competências especializadas, nomeadamente no âmbito da maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

O conhecimento do enfermeiro sobre a ILC é fundamental para a sua monitorização e implementação de intervenções de enfermagem durante os períodos pré, intra e pós-operatórios, sendo que o controlo da ILC deve ser um dos planeamentos dos cuidados de enfermagem (Akiboye & Rayman, 2017).

Numa organização de saúde, pode-se considerar uma prática de qualidade aquela que o profissional desenvolve através de uma correta aplicação de conceitos e que possui uma comprovada fiabilidade para um resultado positivo para a pessoa, sendo que é

essencial que seja assente em evidência científica e fundamentos teóricos (Gutierrez, et al., 2018).

Diariamente, no bloco operatório são realizadas intervenções anestésicas, cirúrgicas, de tratamento ou diagnóstico, de caráter eletivo ou emergente, sendo um cenário *sui generis* devido à sua variedade de situações, contextos e intervenções invasivas que requerem o uso de tecnologias de alta precisão (Gutierrez, et al., 2018).

Assim, segundo os mesmos autores, devido à proximidade com a pessoa, o enfermeiro é o profissional com maior potencial para desenvolver planeamentos de intervenções que tenham como objetivo a diminuição da incidência de erros pelos diferentes profissionais que estão integrados na equipa cirúrgica.

Neste sentido, a equipa de enfermagem, estando presente em todas as etapas do período perioperatório, assume um papel de relevo na equipa multidisciplinar, esperando que tenha o papel fundamental de assegurar que são realizadas as melhores práticas, garantindo uma prestação de cuidados que vise proporcionar a máxima segurança da pessoa em situação perioperatória (Gutierrez, et al., 2018).

Do mesmo modo, AESOP (2006), refere que a aquisição e desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem perioperatória é essencial para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade, uma vez que qualquer das funções desempenhadas pelo enfermeiro no contexto perioperatório assume uma importância idêntica na prestação de cuidados à pessoa, assumindo que a polivalência de funções é fundamental para a colaboração e compreensão entre os pares, sendo a base da otimização dos cuidados.

Nesse sentido, Silva (2016) refere a importância dos enfermeiros perioperatórios na manutenção da segurança à pessoa em situação perioperatória, referindo que todos são indispensáveis para uma prestação de cuidados de qualidade.

No caso concreto do controlo do risco de infeção no manuseamento de implantes durante a intervenção cirúrgica, no período intra-operatório, importa realçar que as intervenções do enfermeiro circulante e instrumentista, cujas funções e intervenções relativas ao controlo de infeção se interligam e são cruciais para a qualidade da prestação de cuidados.

Não fazendo parte da equipa cirúrgica, no sentido que não está paramentado com equipamento estéril durante a sua intervenção, o enfermeiro circulante deve ter um

conjunto de competências científicas e técnicas atualizadas, devendo ser um gestor exímio da sala de operações e uma garantia de segurança da pessoa em contexto perioperatório e da equipa cirúrgica, desenvolvendo a sua assistência em redor da mesma e estando atento a qualquer quebra de assepsia e tomando as medidas corretivas correspondentes (AESOP, 2006).

Assim, o enfermeiro instrumentista é o profissional que no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades da equipa cirúrgica e assenta a sua tomada de decisão nos seus conhecimentos científicos e técnicos, permitindo-lhe compreender os procedimentos e técnicas cirúrgicas, a perspetiva do cuidar deve estar na base das suas intervenções, incluindo as que estão relacionadas com o saber fazer e da operacionalização (Silva T. , 2016).

Apesar da função de enfermeiro instrumentista ser constantemente relacionada a uma atividade puramente tecnicista, Mitchell et al. (2012) reconhecem que muitos dos eventos adversos que sucedem na sala operatória são consequência de competências não-técnicas inadequadas dos profissionais de saúde, nomeadamente do enfermeiro instrumentista.

Sabendo que a experiência profissional poderá ser uma mais-valia do enfermeiro instrumentista, os mesmos autores defendem a aplicabilidade nos blocos operatórios do sistema *Scrub Practitioners' List of Intra-operative Non-Technical Skills* (SPLINTS), desenvolvido pela Universidade de Aberdeen, de forma a uniformizar as competências não-técnicas necessárias para o desempenho seguro da função.

Nesse sentido, o sistema SPLINT é um programa comportamental que permite identificar, desenvolver e avaliar as competências não-técnicas necessárias, tais como competências de ordem cognitiva e social, que funcionam como complemento das competências técnicas do enfermeiro instrumentista para o desempenho da função de forma segura e eficiente (Mitchell, et al., 2012; Mitchell & Flin, 2008).

Neste sentido, as competências não-técnicas podem dividir-se em conhecimento da situação; comunicação e trabalho de equipa; e gestão de tarefas (Mitchell, et al., 2012).

Segundo os mesmos autores, o conhecimento da situação é uma competência não-técnica importante, no sentido que é esperado que o enfermeiro instrumentista desenvolva e mantenha a consciência geral dos aspetos relevantes do ambiente na sala operatória,

interpreta as informações recebidas no ambiente cirúrgico e tenha a capacidade de antecipação, prevendo o que poderá acontecer e o que pode ser necessário.

Relativamente à comunicação e trabalho de equipa, está relacionada com a partilha de informações e conhecimento entre os elementos da sala de operações, de forma a facilitar a compreensão e o desenvolvimento do procedimento cirúrgico. O enfermeiro instrumentista deverá ter a capacidade de agir de forma assertiva, dando instruções claras aos restantes membros da equipa e liderar quando apropriado, assim como deverá ter a capacidade de coordenação com os elementos da sala operatória, de forma a facilitar o bom decorrer do procedimento cirúrgico (Mitchell, et al., 2012).

Por último, a gestão de tarefas é uma competência na qual o enfermeiro instrumentista deverá desenvolver de forma a organizar os recursos necessários para cumprir os objetivos da equipa, mantendo os padrões de qualidade com o mínimo de *stress* para a equipa cirúrgica. Neste sentido, não deverá ser responsável por atrasos desnecessários, prioriza tarefas, organiza o equipamento, segue as normas do bloco operatório e incentiva os restantes elementos a fazê-lo, assim como tem a capacidade de lidar com a pressão em situações de stress, mantendo a calma necessária (Mitchell, et al., 2012).

Mais recentemente, Loh et al. (2019) concluíram que o SPLINTS é um instrumento psicométrico confiável e válido para avaliar as competências não-técnicas do enfermeiro instrumentista, nomeadamente em contexto de cirurgia de ambulatório, referindo ainda que as competências não-técnicas dos enfermeiros instrumentistas neste contexto são fundamentais para a garantia da qualidade e segurança da prestação de cuidados no período intra-operatório.

De outro modo, relacionado com o controlo do risco de infeção, o enfermeiro instrumentista deverá ainda ter como objetivos da sua atuação a prevenção, a redução e a eliminação do risco de infeção operatória; cumprir e fazer cumprir os protocolos estabelecidos no âmbito da assepsia cirúrgica e da contagem dos itens quantificáveis; zelar pela segurança do doente e diminuir o tempo cirúrgico, pela inexistência de tempos mortos (AESOP, 2006).

De forma a prevenir, reduzir e eliminar o risco de infeção, o enfermeiro instrumentista deve ter em consideração algumas funções designadas pela AESOP (2006)

para o exercício das suas funções, nomeadamente no que diz respeito à manutenção e vigilância da técnica asséptica cirúrgica.

Concretizando, em cirurgia de artroplastia, além da preparação de todo o material cirúrgico necessário, entre os quais instrumentais e implantes que possam vir a ser necessários e da antecipação dos tempos cirúrgicos, relacionada com a previsão e adaptação ao ritmo da cirurgia e do cirurgião, de forma a evitar tempos mortos e diminuir o tempo da cirurgia, dada a relação entre o tempo da cirurgia e a incidência de ILC, o enfermeiro instrumentista deverá proceder à substituição de luvas por toda a equipa nas situações protocoladas e sempre que necessário, assim como respeitar a especificidade de cada momento cirúrgico, entre os quais, a colocação de implantes, de forma a garantir uma intervenção segura e prevenir, reduzir ou eliminar o risco de infeção (AESOP, 2006).

5.3.1 - Atuação do Enfermeiro Instrumentista: Prevenção ILC's

Ao longo da minha prática clínica, tive oportunidade de aprofundar conhecimento e desenvolver competências na área de atuação da prevenção de ILC's, aquando da função de enfermeiro instrumentista, nomeadamente em cirurgia ortopédica em que houve necessidade de implantar dispositivos médicos.

Nesse sentido, tive necessidade de desenvolver conhecimento de forma a atuar de acordo com a mais recente evidência científica, com o objetivo não só de prestar cuidados de qualidade e segurança, mas também de potenciar melhorias na prática especializada na equipa do BO.

A substituição das luvas cirúrgicas e o manuseamento de implantes durante a cirurgia estão interligados, sendo a única barreira mecânica de proteção contra infeções, para ambos os lados, entre a pessoa e a equipa cirúrgica (Enz, et al., 2020).

Atualmente, não existem diretrizes internacionais detalhadas sobre o momento e a frequência ideais para a troca de luvas (Kim et al., 2018), sendo necessário recolher a melhor evidência científica para atuar de forma segura, prestando os melhores cuidados possíveis à pessoa em situação perioperatória.

Segundo Beldame et al. (2012), relacionando a taxa de contaminação e perfuração com alguns passos críticos da técnica cirúrgica durante a artroplastia da anca, recomendando a troca de luvas após a desinfeção e preparação da pessoa, antes da

colocação de qualquer implante e depois da redução da articulação, para toda a equipa cirúrgica, sendo que o cirurgião teria igualmente que trocar de luvas após a cimentação de qualquer implante, devido ao excessivo contacto com relevos ósseos aquando da cimentação.

Em relação à substituição das luvas cirúrgicas, relacionando o tempo da cirurgia com a probabilidade de perfuração, Oliveira e Gama (2016) concluíram que após os 90 minutos de cirurgia, a probabilidade de perfuração aumenta exponencialmente, sendo que a maioria dos casos de perfuração que ocorrem após 90 minutos de cirurgia estão localizados no dorso da mão e no dedo polegar.

Segundo Oliveira et al. (2016) nos casos em que a troca de luvas está protocolada há tendência para uma diminuição significativa da taxa de perfuração. No mesmo sentido, refere que a perfuração das luvas cirúrgicas é uma ocorrência frequente durante os procedimentos operatórios, sendo mais frequente na mão não dominante e em profissionais de saúde menos experientes.

Os mesmos autores alertam que o protocolo de frequência de troca de luvas deverá estar relacionado com a especialidade cirúrgica, sendo a cirurgia de ortopedia a área cirúrgica que necessita *à priori* de um menor intervalo de tempo para esta troca quando comparado com as restantes especialidades cirúrgicas, demonstrando ainda que na especialidade de ortopedia infantil a taxa de perfuração aumenta após os 120 minutos de cirurgia.

Barros et al. (2021) referem que a probabilidade de perfuração das luvas pode chegar a 56,8% em cirurgia ortopédica, principalmente devido a esta especialidade cirúrgica manipular durante a intervenção instrumentos perfurantes, tais como brocas, parafusos ou esquirola ósseas. Já Carter et al. (2012) indicavam que 40% das perfurações na cirurgia de artroplastia da anca ocorreram por exposição à osteotomia e antes da implantação dos componentes articulares.

Os mesmos autores, relacionando a duração da cirurgia com a taxa de perfuração das luvas, foi possível identificar que em cirurgias superiores a 60 minutos houve uma taxa de perfuração de 67% dos casos ao invés de cirurgia com duração inferior, onde foi observado uma taxa de perfuração de 20,6%, destacando-se as cirurgias ortopédicas de foco aberto (49,2% de perfurações) em relação à cirurgia de foco fechado (33,3%) ou percutânea (15%).

Em relação à percepção das perfurações, Barros et al. (2021) referem que apesar de em 27,5% dos casos as perfurações foram descobertas apenas no fim da cirurgia, pode-se concluir que a maioria das perfurações foram percebidas durante a cirurgia, sendo a razão mais frequente para o sucedido o contacto com esquirolas ósseas, contacto com fios de *kirschner*, fios guia ou brocas, e manuseamento de instrumentos, tais como o *hohmann*. Contudo, os autores realçam que cerca de 11,3% das perfurações apenas foram percebidas no final da cirurgia, sendo que em 2,3% dos casos ocorreu perfuração da luva interna e externa sem ter havido percepção durante o procedimento cirúrgico.

De forma a relacionar o tipo de cirurgia ortopédica, Enz et al. (2020) investigaram se procedimentos com diferentes esforços mecânicos influenciam na frequência e tipo de perfuração, avaliando os resultados em cirurgia de artroplastia primária, artroplastia de revisão e artroscopias, realizando este estudo em dois hospitais diferentes.

Assim, no caso das intervenções de artroplastia primária e de revisão no período intra-operatório, as luvas foram substituídas rotineiramente antes do manuseamento de implantes, contacto com cimento, no caso de danos evidentes, e após 120 minutos de cirurgia, sendo que nos procedimentos artroscópicos foram recolhidas as luvas após a intervenção.

Deste modo, Enz et al. (2020) relataram que o número de luvas cirúrgicas danificadas foi maior nas cirúrgicas de artroplastia de revisão (17%-25%) em relação ao procedimento de artroplastia primária (10,9%-13,3%), relacionando este facto com a remoção de cimento durante o procedimento cirúrgico.

Segundo os mesmos autores, pôde-se constatar que o número médio de artroscopias com luvas danificadas foi de 6,9%, ao invés de artroplastia primária que apresentou uma taxa média de 41,18%, sendo que relativamente à artroplastia de revisão, este número aumenta para 75,48%.

Relativamente à taxa de contaminação das luvas em cirurgia de artroplastia primária Makki et al. (2014) referem que o dedo polegar e indicador da mão dominante foram os locais das luvas onde ocorreu uma contaminação, havendo uma taxa de contaminação geral de 15,2%.

Especificamente, os mesmos autores indicam que 35% das luvas de quem participou na preparação do membro, durante a desinfeção deste e posterior colocação

dos campos operatórios apresentavam contaminação, tendo havido uma maior taxa de contaminação na artroplastia total da anca.

Assim, Kim et al. (2018) mencionaram que a taxa de contaminação da cirurgia reduz significativamente com a substituição de luvas por parte de toda a equipa cirúrgica. Apesar de não haver consenso em relação aos *timings* da substituição das luvas, estes autores concluíram que deverão ser trocadas após a colocação dos campos cirúrgicos, antes do manuseamento de implantes e se houver possibilidade de perfuração durante a intervenção, devendo igualmente ser substituídas a cada 60 minutos se nenhum outro motivo tiver ocorrido.

Ainda na especialidade cirúrgica de ortopedia, é recomendado o uso de luva dupla com uma luva interna de cor diferente por parte de todos os elementos da equipa cirúrgica de forma a aumentar a perceção da perfuração por parte do utilizador, potenciando assim a troca imediata de luvas e contribuindo para a redução da exposição a risco biológico por parte do profissional de saúde e da pessoa (Barros et al., 2021; Kim et al., 2018; Oliveira et al., 2016).

Ao estudar o melhor método de substituição das luvas, Boekel e Ek (2022), indicam que o método não assistido teve menos fluxo de partículas aéreas após a colocação da mão dentro da luva em comparação com o método assistido pelo enfermeiro instrumentista, sendo demonstrado que movimentos vigorosos das pessoas presentes na sala de operações potenciam o aumento da colonização bacteriana, sendo assim evitável movimentos vigorosos, bruscos e repentinos aquando da substituição das luvas pelo método assistido.

Do mesmo modo, os autores referem que houve menos contaminação direta aquando da substituição das luvas na equipa cirúrgica quando a troca foi realizada pelo método assistido.

Contudo, Boekel e Ek (2022) concluíram o método assistido e não assistido apresentam taxas de contaminação absoluta idênticas, visto o método assistido ter apresentado maior contaminação indireta através do fluxo de ar e o método não assistido maior contaminação direta, não havendo assim evidência do melhor método a ser utilizado.

Em relação ao manuseamento de implantes pelo enfermeiro instrumentista, deve-se considerar a existência de medidas preventivas pré operatórias e intra-operatórias,

sendo que a medida preventiva pré-operatória foca-se no fornecimento mais limpo e estéril possível, e a medida preventiva intra-operatória foca-se num conjunto de procedimentos que tem como objetivo manusear e implantar o dispositivo médico com o mínimo de contaminação possível, podendo a contaminação do implante ser uma origem importante de ILC (Agarwal, et al., 2018a; Menekse, et al., 2015).

Relativamente às medidas preventivas, Agarwal et al. (2018b), discriminaram algumas das medidas pré e intra-operatórias dividindo em três categorias: luvas cirúrgicas como veículo de transmissão; contaminação de implantes devido à exposição; e reprocessamento como causa de contaminação pré-operatória.

No que diz respeito à contaminação dos implantes devido à exposição, considerado como tendo um elevado impacto, Agarwal et al. (2018a) concluíram que nos casos em que o enfermeiro instrumentista protegeu o implante dentro de um invólucro até ao momento da implantação, resultou num implante com uma taxa de contaminação significativamente inferior, em relação aos casos que o implante estava exposto na mesa operatória, concluindo que esta poderá ser uma medida preventiva económica a utilizar durante o manuseamento de implantes.

No mesmo sentido, Dalstrom et al. (2008) demonstraram que a taxa de contaminação dos implantes no instrumental cirúrgico estava diretamente relacionada com o tempo de exposição.

Menekse et al. (2015) concluíram ainda que a cobertura dos implantes por parte do enfermeiro instrumentista seria uma medida preventiva importante, sugerindo que existe um aumento da taxa de contaminação após 30 minutos. Verifica-se ainda que a taxa de contaminação quando esta medida não foi adotada fixou-se nos 55%, ao invés dos 18,2% nos casos em que os implantes são cobertos na mesa operatória, ao fim de 120 minutos.

Assim, o enfermeiro instrumentista, como princípio a adotar no manuseamento de qualquer implante, deverá utilizar o princípio *no touch*, de forma a não tocar no implante até que seja necessário e mantê-lo protegido, quer seja pelo seu invólucro original (Figura 4), quer seja coberto por uma cobertura estéril na mesa operatória, reduzindo assim a exposição a bactérias transportadas pelo ar na sala de operações (Litrico, et al., 2016).

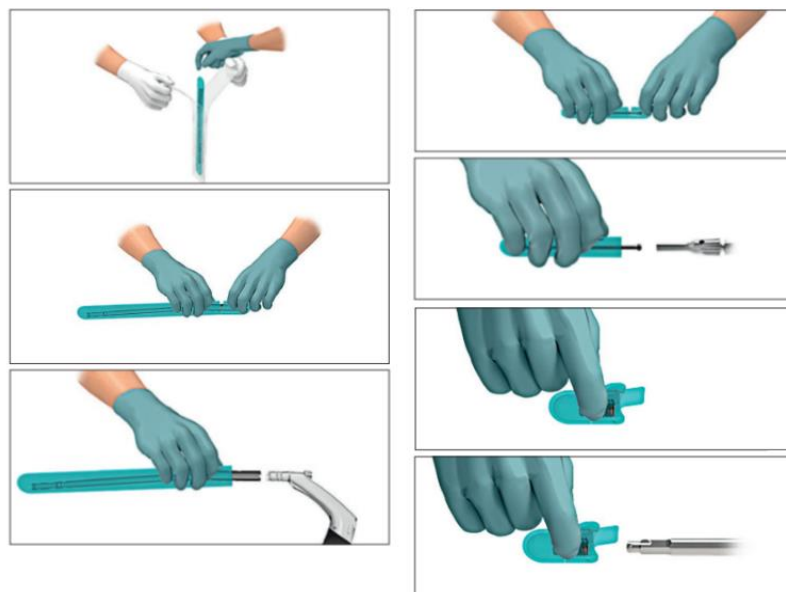


Figura 2 – Manuseio de implante cirúrgico utilizando técnica no touch (STRYKER, 2019)

Segundo Rehman et al. (2015) o enfermeiro instrumentista e a restante equipa cirúrgica devem substituir as luvas antes do manuseio de qualquer implante, por considerar a principal fonte de transmissão de contaminação para o implante, sendo que Agarwal et al. (2018b), referem que as luvas são um importante transmissor de contaminação ao implante.

Ainda segundo Rehman et al. (2015), a implementação da troca de luvas pela equipa cirúrgica reduziu a taxa de infeção de 3,35% comparativamente aos casos onde não foi realizada a substituição de luvas, segundo o protocolo padrão do hospital onde decorreu o estudo, para 0,48% no grupo onde foi tomada esta medida preventiva, em cirurgia de artrodese lombar.

Neste sentido, a substituição das luvas cirúrgicas antes do manuseio de implantes cirúrgicos surge como uma medida preventiva intra-operatória de elevada importância de forma a diminuir a taxa de contaminação do implante e, conseqüentemente, reduzir a taxa de ILC associada à contaminação do implante (Beldame, et al., 2012; Rehman, et al., 2015).

Durante a minha prática clínica, aquando do desenvolvimento desta competência na função de enfermeiro instrumentista, pude comprovar que a implementação de novas rotinas ou procedimentos que a equipa cirúrgica não está habituada durante o procedimento cirúrgico é visto com alguma relutância em alguns casos, não só por ser um

novo procedimento que sai do padrão habitual, como o fato de ser proposto por alguém que está em formação e não faz habitualmente parte da equipa cirúrgica.

Contudo, ao longo do estágio do BO consegui ultrapassar este obstáculo negociando, muitas vezes, com a equipa multidisciplinar previamente à cirurgia, de forma a não ser uma surpresa durante o procedimento e ser um procedimento planeado, ajustando, de acordo com a evidência científica, o melhor momento para realizar.

A nível de exemplo, na troca de luvas cirúrgicas, adotei normalmente *timings* que não comprometessem o tempo operatório, tais como o momento em que a equipa cirúrgica aguarda a abertura dos implantes cirúrgicos, ou entre passos relevantes da técnica cirúrgica em que é importante fazer perceber à equipa cirúrgica a probabilidade das luvas não estarem integras e da sua mudança.

Da minha experiência, pude comprovar que após a equipa cirúrgica perceber a real importância de que um gesto simples pode ter melhorias significativas na prevenção da ILC e de não comprometer o tempo cirúrgico, a troca de luvas nos momentos considerados corretos de acordo com a recente evidência científica foram bem aceites e respeitados na sua maioria, sendo que em cirurgia de artroplastia do joelho ou/anca o momento da troca de luvas imediatamente antes do manuseamento de implantes foi o momento em que houve menos resistência à adesão a este procedimento, nomeadamente por haver um curto período em que a equipa cirúrgica aguarda pela preparação dos respetivos implantes por parte do enfermeiro instrumentista e não provocar alteração no tempo cirúrgico, além da percepção da importância na prevenção da ILC.

No mesmo sentido, durante a minha prática clínica consegui pautar a minha atuação pelos princípios de prevenção das ILC's acima descritos, utilizando a técnica *no touch* sempre que possível e a cobertura dos implantes cirúrgicos enquanto estavam na mesa operatória, assim como a abertura dos dispositivos estéreis o mais tardiamente possível, de acordo com o *timing* cirúrgico, sendo que a utilização de dispositivos médicos de uso único e/ou reprocessados não é uma escolha da equipa, visto o instrumental e os respetivos implantes estarem armazenados de acordo com a informação do fabricante e serem utilizados por acordo de consignação hospitalar.

Relativamente ao reprocessamento dos dispositivos médicos no contexto de artrodese lombar posterior, Litrico et al. (2016) referem que a solução de instrumentais e implantes de uso único é viável e pode ser mais económica para as organizações,

baseando-se no princípio que estes dispositivos se encontram nas suas embalagens estéreis até ao momento do seu uso e implantação, reduzindo de forma notória o risco de contaminação pelas bactérias presentes no ar da sala de operações.

Segundo estes autores, apesar do avanço tecnológico que permite um fluxo laminar do ar da sala operatória, este continua a ser um fator importante de contaminação dos implantes, sendo que o manuseamento de implantes de uso único poderia reduzir as ILC's, ao invés dos implantes que vêm em bandejas para a mesa e são constantemente reprocessados, constatando, no caso concreto, a redução da taxa de ILC de 6% para 2% no grupo em que foi utilizada esta medida preventiva.

Segundo Siegel et al. (2015), a contaminação de instrumentos e implantes estéreis é difícil de detetar. No caso concreto da cirurgia de artroplastia do joelho, a evolução da tecnologia permite desenvolver instrumentos de uso único, personalizados às necessidades clínicas de cada pessoa, sendo necessário exames complementares pré-operatórios, substituindo os instrumentais convencionais.

Neste sentido, os mesmos autores podem comprovar inúmeros benefícios na utilização desta medida.

No que diz respeito à taxa de infeção, Siegel et al. (2015) verificaram uma redução da mesma de 3% para 0,2% nas pessoas que utilizaram instrumentais de uso único. Sendo que os instrumentos de uso único são processados e embalados, chegando ao hospital prontos a utilizar no bloco operatório, e não havendo alteração do tempo cirúrgico, o autor conclui que a diminuição da taxa de infeção resulta da maior manutenção da esterilidade do instrumental e implante e diminuição do risco de contaminação pelo uso de instrumentais de uso único, sendo esta diminuição importante não só para a segurança da pessoa, mas também para a diminuição dos custos hospitalares.

Relativamente aos custos associados, os autores referem que existe um acréscimo óbvio de custos, uma vez que os instrumentais de uso único são fabricados propositadamente para o caso específico. No entanto, quando todos os fatores envolvidos são ponderados de forma adequada, tais como os custos, por hora, dos recursos humanos envolvidos, tais como elementos da equipa cirúrgica e da equipa do serviço de esterilização responsável pelo processamento de todos os instrumentais convencionais, assim como todo o material e energia usados neste processamento, assim como uma maior

taxa de infecção, com todos os custos associados a esta, o valor inicial adicionado pode ser considerado insignificante.

Em contexto perioperatório, o conceito de lixo hospitalar também deverá ser um fator importante a considerar. O instrumental de uso único vem esterilizado de fábrica, utilizando apenas uma bandeja, ao invés do instrumental convencional, que são constituídos por diversas bandejas e têm que ser processados na central de esterilização.

Neste sentido, Siegel et al. (2015) referem que, no senso comum, poderá existir a ideia de que as ferramentas descartáveis aumentam de forma significativa o impacto ambiental. Contudo, este pensamento pode ser enganoso, uma vez que é necessário contrabalançar com todo o material utilizado no processamento do instrumental convencional, sendo este seis a dez vezes mais numeroso, sendo que todo este material não pode ser reciclado por ser de natureza médica.

Por conseguinte, os mesmos autores concluem que o uso de equipamentos descartáveis na artroplastia total do joelho poderá resultar em melhor qualidade e eficiência, com um aumento de custos na aquisição do instrumental de uso único, mas comprovadamente compensado pela economia de custos que é possível realizar neste contexto.

Assim, o manuseamento de implantes cirúrgicos constitui um desafio cirúrgico, devendo estar toda a equipa, nomeadamente o enfermeiro instrumentista, dotado de conhecimento acerca da melhor evidência científica sobre o tema, sendo fundamental como elemento de prestação de cuidados especializados integrante da equipa cirúrgica, tendo condições para ser o motor de mudança nas práticas clínicas de qualidade e segurança para a pessoa em situação perioperatória.

Segundo as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, é esperado que o enfermeiro tenha a competência de maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica, estando a evidência científica enquadrada com a Unidade de Competência acerca da liderança do processo de prevenção e controlo de infecção associado aos cuidados perioperatórios (Diário da República, 2ª série - Nº 135, 2018).

Por último, AESOP (2006) reconhece que o enfermeiro instrumentista, no exercício das suas funções, tem a função de prever, organizar, gerir e controlar, de forma

que a cirurgia decorra nas melhores condições possíveis de segurança para a pessoa em situação perioperatória e para a equipa cirúrgica.

6 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Ao longo do presente relatório, descrevi o meu percurso académico de obtenção e desenvolvimento de competências comuns e específicas previstas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, sendo que neste último capítulo irei demonstrar a minha aquisição de competências para a obtenção do grau académico de Mestre, competências essas que se encontram referenciadas no Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto, que aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior.

Segundo o Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto, o grau de Mestre é conferido a quem demonstre:

- Conhecimentos e capacidade de compreensão desenvolvendo e aprofundando os conhecimentos do primeiro ciclo, assim como, aplicar os conhecimentos em contexto de investigação;
- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, relacionados com a sua área de estudo;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções;
- Ser capaz de comunicar os seus conhecimentos e conclusões quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Competências de autoaprendizagem.

Durante os ensinamentos clínicos tive a oportunidade de desenvolver competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no cuidado à pessoa nas diferentes fases pré, intra e pós-operatórias, permitindo-me sair da zona de conforto e obrigando a uma constante procura e atualização de conhecimento acerca da mais recente evidência científica para cada situação em concreto, assim como uma constante adaptação a novos contextos de prestação de cuidados de saúde perioperatórios.

Este planeamento e prestação de cuidados fora da minha zona de conforto permitiu alargar horizontes e garantir uma visão holística da pessoa em situação perioperatória, estimulando-me, em certa medida, a atualizar acerca dos melhores cuidados à pessoa em contexto perioperatório, permitindo-me ainda aprofundar conhecimento técnico-científico em diversas áreas, nomeadamente no controlo e prevenção da ILC, no controlo e gestão da dor durante o período pós-operatório, na preparação pré-operatória da pessoa, nos cuidados à pessoa nos períodos intra e pós-operatórios e na prevenção de eventos adversos, entre outros, capacitando-me e desenvolvendo conhecimentos aprofundados do primeiro ciclo.

No mesmo sentido, tive oportunidade de desenvolver um conhecimento aprofundado e especializado explanado no presente Relatório de Estágio acerca da intervenção especializada do enfermeiro no manuseamento de implantes cirúrgicos, assim como a relação entre as funções do enfermeiro instrumentista e a sua relação com algumas das intervenções neste contexto específico, com o objetivo de reduzir ou eliminar a incidência de ILC.

Ainda, durante a minha prática clínica orientei a prestação de cuidados pelos princípios ético-legais, pelo Código Deontológico do Enfermeiro e pelo REPE, sendo que a confrontação de algumas questões éticas permitiram-me desenvolver a capacidade de reflexão e resolução de dilemas éticos, anteriormente abordados na Unidade Curricular (UC) de Ética e Deontologia.

Naturalmente, aquando da tomada de decisão, toda esta dimensão de cuidados perioperatórios assentou numa perspetiva ética e deontológica, pelo que o respeito pelos princípios da autonomia, justiça, beneficência e da não-maleficência, aliado ao reconhecimento da dignidade da vida humana foram tidos em conta, sendo responsabilmente preservados.

Assim, as situações que tive oportunidade de vivenciar nos diferentes ensinamentos clínicos representaram novos desafios para a minha prática clínica, uma vez que, neste período, tive oportunidade de aplicar conhecimentos especializados em contextos perioperatórios muito particulares que não tinha tido contacto até então, nomeadamente a prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória em contexto de urgência/emergência.

Nestes casos, tive oportunidade de exercer cuidados à situação particular, compreendendo que esta prestação de cuidados exigiu um planeamento diferenciado, adaptado à situação real em que nos encontramos, sendo que a preocupação alargada com a pessoa em situação perioperatória foi sempre o meu foco de cuidados, aplicando os meus conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares.

No mesmo sentido, ao longo do meu percurso académico procurei integrar os conhecimentos adquiridos ao longo das UC's do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória de forma a ter oportunidade de antecipar cenários complexos que pudessem ocorrer durante os estágios ou no exercício profissional.

Não sendo possível antecipar todos os cenários, importa estar dotado de capacidade de competência para tomar as melhores decisões com a informação disponível e em congruência com REPE e o Código Deontológico da profissão.

Segundo a minha experiência profissional e da prática clínica que tive oportunidade de desenvolver, verifiquei que no BO ocorrem inúmeras situações às quais os enfermeiros são confrontados e levantam algumas questões acerca da conduta a adotar, nomeadamente em relação a questões éticas e deontológicas.

No caso concreto, tive oportunidade de desenvolver um estudo de caso na UC de Ética e Deontologia ao longo do curso, que me possibilitou uma reflexão profunda e a procura de uma decisão eticamente aceitável, desenvolvendo um modelo de tomada de decisão para dilemas éticos que podem ocorrer no quotidiano perioperatório.

Durante a prática clínica, fui igualmente confrontado com algumas questões complexas, nomeadamente acerca da possibilidade de uma criança de 17 anos ter autonomia legal para assumir o seu consentimento para atos médicos, sendo que esta questão me fez refletir acerca das implicações e responsabilidades da equipa cirúrgica perante a complexidade do caso.

Por outro lado, vivenciei diariamente questões relacionadas com intervenções de urgência/emergência, às quais fui desafiado a tomar decisões, pautando a minha atuação por uma visão da pessoa enquanto ser holístico, avaliando de forma responsável e ponderada cada caso clínico, com o objetivo que a minha tomada de decisão fosse o mais correta e adequada à situação em concreto, lidando assim com questões complexas ao

longo do estágio, permitindo-me desenvolver soluções, bem como reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções.

Enquanto profissão e disciplina científica, a enfermagem tem a responsabilidade de produção e dotação de conhecimento dos seus profissionais, sendo essencial para uma prática clínica de excelência.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, tive igualmente oportunidade de desenvolver a capacidade de comunicar os conhecimentos e conclusões à equipa de enfermagem, incluindo especialistas e não especialistas,

De forma a atingir a esta competência de Mestre em Enfermagem, regulei o meu desenvolvimento na busca de oportunidades de melhoria no serviço no que diz respeito à segurança dos cuidados de saúde à pessoa perioperatória, desafiando-me a encontrar soluções para alguns dos desafios que presenciei diariamente.

Assim, durante o estágio do BO tive oportunidade de desenvolver um tema do meu interesse, por considerar que seria uma mais-valia para a formação da equipa de enfermagem e da sua prática clínica diária, esperando ter um impacto positivo na qualidade e segurança dos cuidados prestados às pessoas em situação perioperatória que fossem alvo de cuidados no serviço.

Deste modo, desenvolvi o tema “Manuseamento de Implantes” (Apêndice V), convocando uma formação em serviço para toda a equipa de enfermagem do serviço do BO, especialistas e não especialistas, de forma a comunicar as minhas conclusões e procurando abordar a temática do manuseamento de implantes relacionada com a intervenção do enfermeiro instrumentista, com o objetivo principal de melhorar a segurança e potenciar a qualidade das intervenções de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, implementando intervenções que procurem dar resposta a esta temática e uniformizando procedimentos, de forma a diminuir a incidência de ILC no serviço.

Por último, ao longo do estágio comuniquei com os enfermeiros do serviço acerca de algumas reflexões que realizei, nomeadamente acerca da importância da normotermia durante o período perioperatório e a relevância de um pré-aquecimento periférico à pessoa, sendo que a equipa sempre se mostrou disponível para ouvir sugestões de melhoria e discutir casos e intervenções de enfermagem que procurassem potenciar a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Por último, é esperado que o Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva capacidades autoaprendizagem, sendo que o investimento na minha formação é um compromisso que me acompanha desde o início da minha etapa profissional.

Nesse sentido, desde que iniciei a minha carreira na enfermagem perioperatória em 2013, sempre procurei oportunidades de formação específica para a área onde desempenhava as minhas funções, frequentando vários cursos e formações não académicos, destacando o *AO Trauma Course – Basic principles of Fracture Management for ORP*, sendo um curso não académico para enfermeiros na área da enfermagem perioperatória que exerçam na especialidade de ortopedia e traumatologia.

Visto ser uma área exposta diversas vezes a radiação através da utilização do intensificador de imagem durante o período intra-operatório, tive interesse em aumentar os meus conhecimentos nesta área específica, tendo frequentado um curso de formação profissional de proteção e segurança radiológica no domínio das atividades médicas para a utilização de equipamentos de radiodiagnóstico geral e especializado, permitindo-me compreender, essencialmente, o modo de funcionamento do intensificador de imagem e compreender as formas de proteção mais adequadas para cada situação específica.

A nível académico, após surgir a oportunidade de frequentar o curso de Pós-Graduação em Instrumentação Cirúrgica, que em muito me enriqueceu e motivou a continuar a caminhada académica, surgiu a oportunidade de frequentar o presente Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, dotando-me de competências e práticas especializadas na prestação de cuidados em contexto perioperatório.

Ainda, a realização do presente curso de mestrado permitiu a compreensão e aplicação do conhecimento científico na prática clínica. Naturalmente, as experiências vivenciadas durante a prática clínica permitiram-me ter uma melhor compreensão da dimensão abrangente da prestação de cuidados especializados em contexto perioperatório, o que exigiu uma constante pesquisa e fundamentação científica, de forma à prestação de cuidados ser baseada na melhor e mais recente evidência científica.

Deste modo, ao longo do meu percurso, considero que reuni competências que me acompanharão ao longo do meu desenvolvimento autónomo profissional e pessoal.

A este nível, num contexto de saúde em que são realizados inúmeros procedimentos fora do SNS e há um défice de comunicação entre instituições de saúde, ambiciono desenvolver e divulgar o projeto que desenvolvi no ensino clínico do BO, denominado de “Passaporte Ortopédico do Utente” nos eventos científicos de enfermagem perioperatória, com o objetivo ambicioso de tornar prática comum a utilização desta ferramenta nos blocos operatórios, que tem como principal objetivo maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória.

Em suma, o percurso descrito neste relatório evidencia a aquisição de competências que se coadunam com o grau de Mestre em Enfermagem ficando comprovado o conhecimento subjacente à demonstração de competências comuns e específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

CONCLUSÃO

O presente relatório expõe o trajeto realizado ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, bem como, o trabalho e dedicação para a aquisição das competências comuns e específicas necessárias para a atribuição do título de especialista e do grau de mestre.

Apesar de toda a minha carreira profissional ter sido na prestação de cuidados de enfermagem em contexto perioperatório, considero que os ensinamentos clínicos na UCA e no BO foram muito enriquecedores, no sentido que permitiram, além de consolidar conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, vivenciar novas experiências e realidades que desconhecia enquanto profissional, ajudando-me a motivar a aprender mais todos os dias com os ensinamentos dos colegas mais experientes e/ou mais habilitados, mas também com as experiências dos mais recentes, fazendo diariamente de cada momento uma oportunidade de aprendizagem.

No decorrer de ambos os ensinamentos clínicos, fiquei satisfeito por ter conseguido deixar uma sugestão de melhoria que assegurasse um ganho na segurança da prestação de cuidados perioperatórios adaptada a cada uma das realidades, sentindo que estava a propor uma medida inovadora.

Contudo, após a conclusão do ensino clínico da UCA, pude verificar que no BO já se realizava uma medida semelhante, o que me levou a refletir que, podendo não ser um caso isolado, poderão existir instituições de saúde que prestem cuidados de maior qualidade e segurança e, não havendo uma rede de comunicação e partilha sobre este tipo de estratégias. Pessoalmente, penso ser incompreensível a inexistência de uma política de comunicação e partilha de medidas e estratégias relevantes que assegurem a qualidade e segurança da prestação de cuidados entre as instituições, podendo ser uma estratégia de melhoria da prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade.

Neste sentido, sendo que o fulcral é a prestação de cuidados à pessoa em contexto perioperatório, é para isso que me motivo a ser melhor enfermeiro, e é esse o objetivo de ter realizado este curso de mestrado.

Assim, uma das recomendações que deixaria à AESOP, enquanto associação que procura melhorar a prestação de cuidados em contexto perioperatório, representando os enfermeiros perioperatórios portugueses, procurasse criar uma plataforma acessível a

todos os enfermeiros coordenadores dos blocos operatórios, onde publicasse as medidas que vão surgindo nos blocos operatórios do país, assim como os seus resultados, de forma a garantir uma prestação de cuidados de qualidade, segura, e uniforme dentro do possível, em todo o SNS.

Por fim, as ILC's são uma problemática atual da saúde a nível global, tendo custos diretos e indiretos bastante avultados para os sistemas de saúde, nomeadamente o SNS.

Neste sentido, apesar de na UCA ter desenvolvido intervenções pré-operatórias relacionadas com a preparação da pessoa para o período intra-operatório e com impacto em todo o período perioperatório, tais como a higienização das mãos, a tricotomia sem lâmina sempre que possível, a instrução para o banho pré-operatório na véspera da cirurgia com clorexidina e a administração da profilaxia antibiótica, no BO consegui relacionar a prevenção da ILC com a intervenção especializada do enfermeiro na função de instrumentista aquando do manuseio de implantes cirúrgicos, podendo ser consideradas, segundo Martins et al. (2020), intervenções como a lavagem cirúrgica das mãos, a troca de luvas estéreis nos momentos adequados e conhecimento/destreza de forma a não prolongar o tempo da cirurgia.

Apesar do acima descrito, visto que em contexto perioperatório trabalhamos em equipa de forma multidisciplinar e o nosso foco é o bem-estar, segurança e qualidade dos cuidados prestados, também tive oportunidade de comunicar com a equipa acerca de outros cuidados que devem ser tidos em conta neste processo, como a manutenção da temperatura corporal igual ou superior a 35.5°C, tendo proposto o pré-aquecimento periférico no período pré e intra-operatório, associado a uma monitorização da temperatura corporal de forma mais rigorosa. Ainda, apesar de ser uma função interdependente, abordei a importância na manutenção da glicémia capilar ≤ 180 mg/dl, sendo igualmente aceite pela equipa multidisciplinar (DGS, 2022a; Martins, et al., 2020).

Em suma, considero que esta última etapa foi muito exigente e simultaneamente muito gratificante, proporcionando desafios a nível pessoal e profissional. Embora do ponto de vista profissional sempre tenha prezado pela excelência dos cuidados que presto às pessoas, a verdade é que também raramente saí da minha zona de conforto, sendo que este curso, na sua vertente teórica e prática abriram-me horizontes e vontade que este caminho, ao invés de se esgotar com o término desta etapa, continue para o resto da minha vida profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, C. (2015). *OS MENORES E O CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O ATO MÉDICO*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Direito, Lisboa.

AESOP. (2006). *Enfermagem Perioperatória - da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta.

AESOP. (2022). *AESOP*. Fonte: <http://aesop-enfermeiros.org>

Agarwal, A., Lin, B., Wang, J., Schultz, C., Garfin, S., Goel, V., . . . Agarwal, A. (2018a). Efficacy of Intraoperative Implant Prophylaxis in Reducing Intraoperative Microbial Contamination. *Global Spine Journal*, 9(1), pp. 62-66. doi:10.1177/2192568218780676

Agarwal, A., Schultz, C., Goel, V., Agarwal, A., Anand, N., Garfin, S., & Wang, J. (2018b). Implant Prophylaxis: The Next Best Practice Toward Asepsis in Spine Surgery. *Global Spine journal*, 8(7), pp. 761-765. doi:10.1177/2192568218762380

Agência Lusa. (25 de Janeiro de 2023). Hospital de Leiria aumenta número de cirurgias e diminui consultas em 2022. Acesso em 13 de Outubro de 2023, disponível em <https://cnnportugal.iol.pt/hospital/leiria/hospital-de-leiria-aumenta-numero-de-cirurgias-e-diminui-consultas-em-2022/20230125/63d15c600cf2cf9224f5fd94>

Agência Lusa. (6 de Abril de 2023). SNS com recorde de cirurgias em 2022 apesar de aumento do tempo de espera. Acesso em 13 de Outubro de 2023, disponível em https://www.sapo.pt/noticias/atualidade/sns-com-recorde-de-cirurgias-em-2022-apesar_642f1a70a68aa948e0004cf4

Akiboye, F., & Rayman, G. (2017). Management of Hyperglycemia and Diabetes in Orthopedic Surgery. *Current Diabetes Reports*, 17(2), pp. 1-11. doi:10.1007/s11892-017-0839-6

Alamanda, V., & Springer, B. (Jan de 2019). The prevention of infection: 12 modifiable risk factors. *Bone Joint Journal*, 3-9. doi:<https://doi.org/10.1302/0301-620x.101b1.bjj-2018-0233.r1>

Alves, J., Ribeiro, C., & Campos, S. (2010). Liderança e enfermagem: estudo realizado com enfermeiros chefes e especialistas. (17-18), pp. 51-71.

American Joint Replacement Registry. (2022). *Annual Report 2022*.

AORN, A. (1998). *Standards, Recommended Practices, Guidelines*. Denver, USA.

Appleton, S. (2018). Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. *Dor Crónica Pós-Cirúrgica: Uma Realidade Crescente*, 27(2).

Araújo, B. (2015). *Artroplastia Total do Joelho no Centro Hospitalar Cova da Beira Estudo da Infecção e dos Custos Hospitalares*. Dissertação, Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde, Covilhã.

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, L., Cruz, L., Carvalho, P., Macedo, A., & Gomes, L. (2017). Proposta de consensos de manutenção da Normotermia no período peri-operatório. *Revista Sociedade da Portuguesa de Anestesiologia*, 26(1), pp. 27-37.

Azevedo, D. (2014). *Artroplastia da anca no Centro Hospitalar Cova da Beira Estudo da infecção e custos hospitalares*. Dissertação, Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde, Covilhã.

Baleizão, A. B. (2018). Promoção do Acolhimento do Doente Oncológico ao Bloco Operatório: Cuidados de Enfermagem. *Relatório de Estágio*. Lisboa. Fonte: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24664/1/RELATORIO%20DIGITALIZAR%20ANDREIA%20BALEIZAO.pdf>

Barros, M. P., Godoi, T. T., Filho, M. F., Fernandes, H. J., & dos Reis, F. B. (2021). Luvas cirúrgicas em procedimentos ortopédicos de trauma: Quantas perdem a integridade? *Revista Brasileira de Ortopedia*, 56(3), pp. 379-383. doi:10.1055/s-0040-1722591

Barroso, F., Ramos, S., & Leila, S. (2021). *Guia Prático Para a Segurança do Doente*. Lidel.

Beauchamp, T., & Childress, J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press(4).

Beldame, J., Lagrave, B., Lievain, L., Lefebvre, B., Frebourg, N., & Dujardin, F. (Junho de 2012). Surgical glove bacterial contamination and perforation during total hip arthroplasty implantation: When gloves should be changed. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 98(4), pp. 384-392. doi:10.1016/j.otsr.2011.10.015

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2 ed. ed.). (A. Queirós, Trad.) Coimbra: Quarteto Editora.

Bento, F. (2015). *Contributo da comunicação efetiva na promoção da segurança da pessoa em situação crítica durante a transição perioperatoria: Percorso de desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem*. Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Bessa, M. (2013). *A densidade dos princípios da bioética em Portugal. Estudo de caso: a atuação do CNECV*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Direito, Porto.

Boekel, P., & Ek, E. (22 de Março de 2022). Contamination Associated With Glove Changing Techniques in the Operating Theatre. *Sec. Orthopedic Surgery*, 9. doi:10.3389/fsurg.2022.839040

Brett, M. S. (2000). *EORNA*. Fonte: EORNA: <http://eorna.eu>

Caitano, J., Azevedo, E., Costa, L., Soares, C., Aguiar, P., & Filha, M. (abr-jun de 2014). Música durante o transoperatório: concepção de profissionais e pacientes. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, 16(2), pp. 76-83.

Canaval, G., Jaramillo, C., Rosero, D., & Valencia, M. (Abril de 2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Revista Aquichan*, 7(1), pp. 8-24. Acesso em 20 de Outubro de 2023

Carter, A., Casper, D., Parvizi, J., & Austin, M. (2012). A Prospective Analysis of Glove Perforation in Primary and Revision Total Hip and Total Knee Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 27(7), pp. 1271-1275. doi:10.1016/j.arth.2012.01.021

Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A Nursing Concern. Em P. Chinn, *Nursing Research Methodology - Issues and implementation* (pp. 237-257). New York: Aspen Publication.

Closet, J. (2003). *Bioética: uma aproximação*. Porto Alegre: EDIPUCRS,.

CNECV. (1995). *PARECER SOBRE ASPECTOS ÉTICOS DOS CUIDADOS DE SAÚDE RELACIONADOS COM O FINAL DE VIDA*. Lisboa.

CÓDIGO CIVIL PORTUGUÊS. (s.d.). *Decreto-Lei N° 47 344, de 25 de Novembro de 1966*.

Costa, R., Padilha, M., Amante, L., Costa, E., & Bock, L. (Out-Dez de 2009). O LEGADO DE FLORENCE NIGHTINGALE: UMA VIAGEM NO TEMPO. *Texto Contexto Enfermagem*, 18(4), pp. 661-669.

Coutinho, M. (2016). *O Consentimento Informado dos Menores nas Intervenções Médicas - Uma nova perspetiva*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Direito, Coimbra.

Dalstrom, D. J., Venkatarayappa, I., Manternach, A. L., Palcic, M. S., Heyse, B. A., & Prayson, M. J. (1 de May de 2008). Time-Dependent Contamination of Opened Sterile Operating-Room Trays. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 90(5), pp. 1022-1025. doi:10.2106/JBJS.G.00689

Danczuk, R., Nascimento, E., Hermida, P., Hagemann, L., Bertocello, K., & Jung, W. (2016). TERMOMETRIA TIMPÂNICA E TEMPORAL NA AVALIAÇÃO DA HIPOTERMIA NO INTRAOPERATÓRIO DE CIRURGIA ABDOMINAL EM ADULTOS. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(4). doi:10.1590/0104-07072016007210015

Decreto Lei 156/2015. (16 de Setembro de 2015). Código Deontológico - Ordem dos Enfermeiros.

Decreto-Lei 48/95. (1995). *Diário de República I Série-A*. 63 - 15-3-1995, 1350-1416.

Decreto-Lei 65/2018. (s.d.). *Diário da República I série - Nº 157 - 16 de agosto de 2018*.

Desmedt, M., Ulenaers, D., Grosemans, J., Hellings, J., & Bergs, J. (2021). Clinical handover and handoff in healthcare: a systematic review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), 1-24. doi:doi.org/10.1093/intqhc/mzaa170

DGS. (8 de Fevereiro de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa, Portugal. Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

DGS. (2022a). “*Feixe de Intervenções*” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. NORMA CLÍNICA: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022.

DGS. (2022b). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Dhar, D. (2011). Occult glove perforation during adult elective orthopaedic surgery. *Macedonian Journal of Medical Science*, 4(4), pp. 399-402. doi:10.3889/MJMS.1857-5773.2011.0191

Diário da República, 2ª série - Nº 135. (16 de Julho de 2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. pp. 19359 - 19370.

Diário da República, 2ª Série - Nº 184. (25 de Setembro de 2019). Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. pp. 128 - 154.

Diário da República, 2ª Série - Nº 26. (6 de Fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. pp. 4744 - 4750.

Direção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente*. Relatório Técnico, Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa Nº 09/DGCG -. *A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade*. Lisboa, Portugal: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Enz, A., Kostuj, T., Warnke, P., Osmanski-Zenk, K., Mittelmeier, W., & Klinder, A. (20 de Agosto de 2020). Intraoperative damage to surgical gloves during various operations on the musculoskeletal system: a multicenter study. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 142, pp. 57-65. doi:10.1007/s00402-020-03594-1

EORNA. (Novembro de 2020). *EORNA Best Practice for perioperative care*. European Operating Room Nurses Association. Acesso em 10 de Outubro de 2023, disponível em <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Best-Practice-for-Perioperative-Care-Edition-2020.pdf>

EORNA. (30 de Janeiro de 2024). *EORNA*. Fonte: <https://eorna.eu/activities/european-perioperative-nursing-day-2024/>

Ercole, F., Franco, L., Macieira, T., Wenceslau, L., de Resende, H., & Chianca, T. (Nov-Dez de 2011). Risco para infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), pp. 1-8. Fonte: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_12.pdf

ESEnfC, E. (2018-2019). *Guia Orientador do Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem*. Coimbra.

Esteves, P. (2019). *As vivências da pessoa submetida a cirurgia em contexto intraoperatório*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo.

Falótico, G., Tucunduva, V., Brito, G., Durigon, T., Arliani, G., & Ferreira, G. (Junho de 2022). Avaliação de fatores preditores de infecção na artroplastia primária de joelho e quadril: Um estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 57, 1009 - 1013. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1750753>

Fry, S. (1994). *La Ética en la Práctica de la Enfermera*. Genebra: ICN.

Godinho, L., Carreira, C., & Martins, C. (2018). Medicamentos Look-Alike, Sound-Alike: Um Velho Conceito Sempre em Atualização. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27(3), 20-24.

Gonçalves, M. (2017). *Revisão da Artroplastia da Anca e do Joelho no Centro Hospitalar Cova da Beira Principais complicações*. Dissertação, Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde, Covilhã.

Groah, L. (1990). *Operating Room Nursing: Perioperative Practice*. San Francisco - California: Norwalk, Conn.: Appleton & Lange.

Gutierrez, L., dos Santos, J., Peiter, C., Menegon, F., Sebold, L., & Erdmann, A. (2018). Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, pp. 2775-2782. doi:10.1590/0034-7167-2018-0449

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções da População Residente 2018-2080*. Instituto Nacional de Estatística.

Kazanowski, M., & Laccetti, M. (2005). *Dor: Fundamentos, Abordagem clínica, Tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Lab.

Kim, K., Zhu, M., Munro, J., & Young, S. (2018). *Glove change to reduce the risk of surgical site infection or prosthetic joint infection in arthroplasty surgeries: a systematic review*. Royal Australasian College of Surgeons. Auckland: ANZJSurg.com. doi:10.1111/ans.14936

Kotfis, K., Zegan-Barańska, M., Szydłowski, Ł., Żukowski, M., & Ely, E. (2017). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients — Polish version of the

CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 49(1), 66-72. doi:10.5603/AIT.2017.0010

Kruse, L., & Henriqueta, M. (2006). Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, pp. 403-410.

Laine, C., Williams, S. V., & Wilson, J. F. (2009). In the clinic. Preoperative evaluation. *PubMed*. doi:10.7326/0003-4819-151-1-200907070-01006

Lee, K. (February de 2020). Caroline Hampton Halsted and the origin of surgical gloves. *Journal of Medical Biography*, 28(1), pp. 64-66. doi:10.1177/0967772019869167

Lima, N., & Pinto, S. (2014). Cirurgia ambulatória. Em A. Duarte, & O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 123 - 133). Lisboa: Lidel.

Litrico, S., Recanati, G., Gennari, A., Maillot, C., Saffarini, M., & Le Huec, J.-C. (2016). Single-use instrumentation in posterior lumbar fusion could decrease incidence of surgical site infection: a prospective bi-centric study. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, pp. 21-26. doi:10.1007/s00590-015-1692-4

Loh, H., Korne, D., Yin, S., Ang, E., & Lau, Y. (April de 2019). Assessment of Scrub Practitioners' List of Intraoperative Non-Technical Skills (SPLINTS) in an Asian Ambulatory Surgical Setting. *AORN Journal*, 109(4). doi:doi.org/10.1002/aorn.12640

Makki, D., Deierl, K., Pandit, A., & Trakru, S. (2014). A prospective study on the risk of glove fingertip contamination during draping in joint replacement surgery. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 96, pp. 434-436. doi:10.1308/003588414X13946184902046

Malinzak, R., Ritter, M., Berend, M., Meding, J., Olberding, E., & Davis, K. (2009). Morbidly Obese, Diabetic, Younger, and Unilateral Joint Arthroplasty Patients Have Elevated Total Joint Arthroplasty Infection Rates. *The Journal of Arthroplasty*, 24(6), pp. 84-88. doi:doi:10.1016/j.arth.2009.05.016

Martins, T., Amante, L., Vicente, C., Sousa, G., Caurio, E., Guanilo, M., & Girondi, J. (2020). Intervenções de enfermagem para reduzir infecção do sítio cirúrgico em cirurgias potencialmente contaminadas: revisão integrativa. *Revista ESTIMA*, 18, 1-12. doi:doi.org/10.30886/estima.v18.848_PT

Matias, F., Ferreira, C., Matos, F., & Martins, M. (2017). PRÉ-AQUECIMENTO DE DEZ MINUTOS: UMA BOA FORMA DE EVITAR A HIPOTERMIA? *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26(1), pp. 18-24.

McEwen, D. (2008). Cirurgia ambulatorial. Em J. C. Rothrock, *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (13ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed. ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (September de 2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 21(1), pp. 12-28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006

Meleis, A., & Schumacher, K. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 119-127.

Meleis, A., & Trangenstein, P. (Nov/Dez de 1994). Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, pp. 255-259.

Meleis, A., Hall, J., & Stevens, P. (1994). Scholarly caring in doctoral nursing education: promoting diversity and collaborative mentorship. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(3), pp. 177-180.

Mendes, C., & Barroso, F. (Julho - Dezembro de 2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32, pp. 197-205. doi:DOI: 10.1016/j.rpsp.2014.06.003

Menekse, G., Kuscu, F., Suntur, B., Gezercan, Y., Ates, T., Ozsoy, K., & Okten, A. (15 de Agosto de 2015). valuation of the Time-dependent Contamination of Spinal Implants: Prospective Randomized Trial. *Spine*, 40(6), pp. 1247-51. doi:10.1097/BRS.0000000000000944

Mitchell, L., & Flin, R. (2008). Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 63(1), 15-24. doi:doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04695.x

Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., & Youngson, G. (2012). Development of a behavioural marker system for scrub practitioners' non-technical skills (SPLINTS system)jep_1825 1..7. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1-7. doi:doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01825.x

Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2007). *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Perspectivas de Saúde e Doença* (Oitava ed., Vol. I). Loures: LUSODIDATA - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.

NJR - Nacional Joint Registry. (2021). *18th Annual Report*. London.

Oliveira, A. C., Gama, C. S., & França, P. R. (2016). Qual o intervalo de tempo sugerido para a troca de luvas cirúrgicas? Uma revisão Integrativa. *Revista Electronica Enfermagem*, 18. doi:10.5216/ree.v18.37036

Oliveira, A., & Gama, C. (Abril - Junho de 2016). Antissepsia cirúrgica e utilização de luvas cirúrgicas como potenciais fatores de risco para contaminação transoperatória. *Escola Anna Nery*, 20(2), pp. 370 - 377. doi:10.5935/1414-8145.20160051

Oliveira, G. (1999). *Temas de Direito da Medicina*. (FDUC, Ed.) Coimbra: Coimbra Editora.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Cadernos Temáticos: Modelo de desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *NORMA PARA O CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM*.

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Assembleia Extraordinária do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Leiria.

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Parecer N.10/2017 - Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em relação ao Enfermeiro Generalista, num serviço de Urgência*. Fonte: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (29 de Outubro de 2021). Acesso em 16 de Outubro de 2023, disponível em Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/norte/noticias/conteudos/preven%C3%A7%C3%A3o-da-infec%C3%A7%C3%A3o-do-local-cir%C3%BArgico-no-eaq/#:~:text=A%20infe%C3%A7%C3%A3o%20do%20local%20cir%C3%BArgico%20%28ILC%29%20%C3%A9%20definida,os%20tecidos%20mais%20profundos%20>

Pavão, S. P. (2019). *Ferramenta de Gestão na promoção da melhoria contínua da qualidade e segurança do utente a ser submetido a cirurgia eletiva: checklist DIIVA*. Setúbal.

Pellegrino, E. (1991). La relación entre la autonomía y la integridade en la ética médica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 108.

Pereira, A. (2006). *O Consentimento Informado na Relação Medico-Paciente*. Coimbra: Coimbra Editora.

Pruzansky, J., Bronson, M., Grelsamer, R., Strauss, E., & Moucha, C. (2014). Prevalence of Modifiable Surgical Site Infection Risk Factors in Hip and Knee Joint Arthroplasty Patients at an Urban Academic Hospital. *The Journal of Arthroplasty*, 29, pp. 272-276. doi:10.1016/j.arth.2013.06.019.

Rafter, N., Hickey, A., Condell, S., Conroy, R., O'Connor, P., Vaughan, D., & Williams, D. (Abril de 2015). Adverse events in healthcare: learning from mistakes. *QJM: An International Journal of Medicine*, 108(4), 273–277. doi:10.1093/qjmed/hcu145

Ramos, A. p., Anton, R. d., Guidi, E., Delor, S. M., Lupica, L., Fraiz, V. B., . . . Arribalzaga, E. B. (novembro de 2019). *Nursing preoperative checklist for safe surgery*. doi:https://doi.org/10.17352/2581-4265.000038

Randmaa, M. (2016). *Communication and Patient Safety. Transfer of information between healthcare personnel in anaesthetic clinics*. Uppsala University.

Rehman, A., Rehman, A.-U., Rehman, T.-U., & Freeman, C. (July de 2015). Removing Outer Gloves as a Method to Reduce Spinal Surgery Infection. *Journal of Spinal Disorders and Techniques*, 28(6), pp. 242-346. doi:10.1097/BSD.0b013e31829046ca

RPA. (2013). *Relatório Anual 2013*. Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, Lisboa. Acesso em 10 de Outubro de 2023, disponível em rpa.spot.pt

Ruysen-Witrand, A., Tubach, F., & Ravaud, P. (2011). Systematic review reveals heterogeneity in definition of a clinically relevant difference. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(5), 463-470. doi:10.1016 / j.jclinepi.2010.06.008

Saint-Arnaud, J. (2001). Les théories éthiques et l'éthique des soins. 2(2), p. 8.

Sam, K. (5 de May de 2020). The Nurse Who Introduced Gloves to the Operating Room. *Science History Institute*. Fonte:

<https://www.sciencehistory.org/stories/magazine/the-nurse-who-introduced-gloves-to-the-operating-room/>

Sauwen, R., & Hryniewicz, S. (2000). *O Direito "in vitro": da bioética ao biodireito*. Rio de Janeiro: Lumen Juris.

Scopel, E., Alencar, M., & Cruz, R. (2007). Medidas de avaliação da dor. *EFDesportes.com - Revista Digital*, 11(105). Fonte: <https://www.efdeportes.com/efd105/medidas-de-avaliacao-da-dor.htm>

Siegel, G., Patel, N., Milshteyn, M., Buzas, D., Lombardo, D., & Morawa, L. (May de 2015). Cost Analysis and Surgical Site Infection Rates in Total Knee Arthroplasty comparing Traditional vs. Single-Use Instrumentation. *Journal of Arthroplasty*. doi:10.1016/j.arth.2015.05.037

Silva, E. N., Silva, R. K., Carvalho, S., Façanha, D. M., Carvalho, R., & Pereira, F. G. (Maio-Agosto de 2021). Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias traumato-ortopédicas. *Revista Cuidarte*, 2. doi:<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1292>

Silva, T. (2016). *Competências não técnicas do enfermeiro instrumentista*. Relatório de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal.

SNS. (13 de Janeiro de 2022). *Recorde de cirurgias no SNS*. Acesso em 13 de Outubro de 2023, disponível em SNS - Sistema Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/01/13/recorde-de-cirurgias-no-sns/>

Souza, M., Sartor, V., Padilha, M., & Prado, M. (Abril-Junho de 2015). O CUIDADO EM ENFERMAGEM - UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(2), pp. 266-270. doi:10.1590/S0104-07072005000200015

Stewart, K. (2016). *SBAR, communication, and patient safety: an integrated literature review*. Honors These, The University of Tennessee at Chattanooga, School of Nursing.

STRYKER. (2019). *T2 Alpha - Tibia Nailing System*. Técnica Cirúrgica, Germany. Acesso em 20 de Fevereiro de 2023, disponível em <https://www.stryker.com/pt/pt/trauma-and-extremities/products/t2-alpha-tibia/index-eu.html>

Thompson, I., Melia, K., & Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem* (4ª ed ed.). Loures: Lusociência.

Torossian, A., Brauer, A., Hocker, J., Bein, B., Wulf, H., & Horn, E. (2015). Clinical practice guideline: preventing inadvertent perioperative hypothermia. *Deutsches Arzteblatt International*, 112(10), pp. 166-172.

Tortora, G., Funke, B., & Case, C. (2017). *Microbiologia* (12ª ed.). São Paulo, Brasil: Artmed.

Tostes, M., & Galvão, C. (2019). Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*(40). doi:10.1590/1983-1447.2019.20180180

University of Aberdeen. (s.d.). *Scrub Practitioners' List of Intraoperative Non-Technical Skills (SPLINTS)*. Scottish Patient Safety Research Network, NHS Education for Scotland.

Vaz, C., Rosário, E., & Silva, I. (Julho-Setembro de 2011). PARECERES - REFLECTIR PARA AGIR. Análise complexa de um caso. (A. Freitas, Ed.) *Percursos*(21), 2-43.

Wall, P., & Melzack, R. (1999). Textbook of Pain. *Elsevier*.

Warting, S., Anderson, P., Campbell, G., & Smith, A. (2014). Interventions for treating postoperative hypothermia: review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. doi:10.1002/14651858.CD009892f

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2009). *Safe surgery saves lives frequently asked questions*.

World Health Organization. (9 de Março de 2019). Acesso em 10 de Outubro de 2023, disponível em World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>

APÊNCICES

APÊNDICE I – PLANO SUPERVISIVO



PLANEAMENTO DO PROCESSO SUPERVISIVO – BLOCO OPERATÓRIO

ALUNO DO CURSO DE Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica em Enfermagem

PERIOPERATÓRIA da ESCOLA SUPERIOR de SAÚDE de SANTA MARIA do PORTO

Data: 01/03/2023 a 31/05/2023 - (310 horas/13 semanas/7horas/dia)

Aluno: Pedro Gonçalo Paixão Costa

Prof. Orientador: Márcia Alves

Enfermeira Gestora do Bloco Operatório: Margarida Jordão

Enfermeiro Tutor/Orientador da Integração: Dora Margarida André Duarte Nunes *

Enfermeiro Supervisor da Integração: Dora Margarida André Duarte Nunes *

*Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

*Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

*Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

FASES DO PLANO SUPERVISIVO	TEMPO	TEMPO	ENFERMEIRO Supervisor	DATA Reuniões
	Aprendizagem	Consolidação		
Fase 1 - Observação	7h	X	Dora Nunes	X
Fase 2 - UCPA	21h	14h	Dora Nunes Dinis Santiago	Final do 3º turno desta fase
Fase 3 - Anestesia	70h	35h	Dora Nunes Célia santos	Final do 10º turno desta fase
Fase 4 – Circulação/Instrumentação (Cirurgia Geral / Outras)	91h	70h	Dora Nunes	Final do 12º turno desta fase
Fase 5 – Circulação/Instrumentação (Trauma / Urgência)	91h	70h	Dora Nunes	Final do 12º turno desta fase
Fase 6 – Atividades Interesse Aluno Nas diferentes Áreas e Especialidades do Perioperatório	28h	28h	Dora Nunes	Final do 3º turno desta fase

ALUNO	ENF. SUPERVISOR	ENF. CHEFE
_____	_____	_____

APÊNDICE II – AVALIAÇÃO INTERCALAR



PLANO INTEGRAÇÃO DO ENFERMEIRO NO BLOCO OPERATORIO

ANEXO 4 - AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO EM FORMAÇÃO

Data: 2023/05/05

Nome do enf. em integração: Pedro Costa N.º Mec. —
 Nome do enf. integrador: José Alves N.º Mec. 2008
 Fase da Integração: Fase 1 – Observação Tempo de integração: 7h30

Tendo em atenção os objetivos desta fase do período de integração, assinala o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 3, sendo o 1 o nível mais baixo e 3 o mais elevado.

OBJETIVOS OBSERVAÇÃO	AVALIAÇÃO		
	1	2	3
Realizou a entrevista Inicial com a Enf.ª chefe e o Enf.º supervisor.			X
Conhece o guia de integração.			X
Realizou uma visita ao serviço.			X
Tomou conhecimento da organização e circuitos do serviço.			X
Tomou conhecimento da dinâmica do serviço.			X
Conhece normas e protocolos do serviço.			X
Conhece a missão e os valores do serviço.			X
Conhece as metas da JCI.		X	
Conhece os elementos da equipa multidisciplinar.		X	
Conhece a estrutura física da UCPA.			X
Conhece a estrutura física das salas operatórias e armazéns.			X
Conhece os impressos e livros de registos existentes no BO.		X	
Conhece a articulação do BO com os outros serviços.		X	
Conhece o funcionamento de uma sala operatória.			X

ENF. EM INTEGRAÇÃO	ENF. INTEGRADOR	ENF. CHEFE/ENF. SUPERVISOR



PLANO
INTEGRAÇÃO DO ENFERMEIRO NO BLOCO OPERATÓRIO

AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO EM FORMAÇÃO

Data: 2023 10 10
Nome do enf. em integração: Dimis Santiago N.º Mec. 3240
Nome do enf. integrador: Pedro Costa N.º Mec. ---
Fase da Integração: Fase 2 – Enfermeiro de UCPA Tempo de integração: 88h 22h30

Tendo em atenção os objetivos desta fase do período de integração, assinala o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 3, sendo o 1 o nível mais baixo e 3 o mais elevado

OBJETIVOS	AVALIAÇÃO		
	1	2	3
ENFERMEIRO DE UCPA			
Prepara corretamente a unidade para receber um utente.			X
Conhece o funcionamento dos equipamentos existentes na UCPA.			X
Verifica e conhece o funcionamento do carro de emergência e desfibrilhador.			X
Realiza a <i>check list</i> da UCPA.			X
Repõe a UCPA assim que estiver disponível.			X
Conhece o protocolo de controlo de estupefacientes.		X	
Faz a avaliação inicial do doente.			X
Avalia parâmetros vitais do utente de acordo com o instituído na UCPA.			X
Consegue identificar alterações resultantes da intervenção anestésico-cirúrgica.			X
Estabelece um plano de cuidados de acordo com os diagnósticos de enfermagem levantados.		X	
Avalia os resultados da implementação do plano de cuidados.			X
Elabora os registos das suas ações em impresso próprio da UCPA.			X
Transmite informações claras e concisas da evolução do doente através do método ISBAR.			X
Reconhece as minhas limitações solicitando a intervenção de outros elementos.			X
Conhece o protocolo das peças de anatomia patológica.		X	

ENF. EM INTEGRAÇÃO	ENF. INTEGRADOR	ENF. CHEFE/ENF. SUPERVISOR



AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO EM FORMAÇÃO

Data: 2023/05/05

Nome do enf. em integração: Pedro Costa N.º Mec. _____

Nome do enf. integrador: João Nunes N.º Mec. 1008



Fase da Integração: Fase 4 – Enfermeiro Circulante em Cirurgia Geral

Tempo de integração: 217^m 30

Tendo em atenção os objetivos desta fase do período de integração, assinale o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 3, sendo o 1 o nível mais baixo e 3 o mais elevado.

OBJETIVOS	AVALIAÇÃO		
	1	2	3
ENFERMEIRO CIRCULANTE			
Equipa-se de acordo com as normas vigentes no bloco operatório central do CHL.			X
Verifica o plano operatório e equipa cirúrgica;			X
Faz a verificação da folha de <i>check list</i> da sala operatória			X
Verifica a higiene e segurança, da sala operatória bem como verificar e registar a temperatura e humidade da sala operatória.			X
Prepara a sala operatória com todo o material e equipamentos necessários à cirurgia e efetua a verificação da sua funcionalidade.			X
Verifica e prepara o carro de apoio cirúrgico para a(s) cirurgia(s).			X
Verifica a funcionalidade e adaptabilidade da mesa operatória ao tipo de cirurgia.			X
Prepara com especial atenção a sala operatória para doentes com infeção respiratória ou com infeção por microorganismos multiresistentes bem como para doentes alérgicos ao latex, cumprindo os protocolos existentes no BO do CHL para o efeito.. <i>das intervenções</i>			X
Conhece os diversos equipamentos críticos e a sua utilização. (carro de emergência, ventiladores entre outros).		X	
Colabora no transporte do utente da zona do transere para a sala operatória.			X
Colabora nos registos na plataforma informática.		X	
Coordena a realização do SIGN IN da Cirurgia Segura.		X	
Se necessário, providencia a proteção da equipa multidisciplinar e utente de radiações ionizantes.			X
No início e durante a cirurgia			
Conhece os diferentes posicionamentos para cada cirurgia especificamente.		X	
Colabora no posicionamento do utente e na sua segurança.			X
Colabora com o enfermeiro de anestesia na monitorização e na realização da técnica anestésica selecionada e na sua manutenção.			X
Algalia o doente de acordo com o protocolo em vigor no serviço.			X
Colabora na colocação de dispositivos (s) necessários para a manutenção da temperatura corporal do utente.			X
Coloca o eletrodo neutro e o cabo do electro bisturi, garrote ou outro, no local anatómico mais indicado no utente.			X
Verifica a integridade cutânea do doente e registo alterações visíveis.			X
Verifica a integridade das embalagens e kits cirúrgicos.			X
Assiste o enfermeiro instrumentista, fornecendo os materiais necessários para a mesa operatória, respeitando a técnica asséptica cirúrgica.			X
Colabora com enfermeiro instrumentista na contagem de compressas, instrumental cirúrgico e material corto-perfurante.			X

Colabora com a equipa cirúrgica no vestuário das batas cirúrgicas.			X
Colabora com enfermeiro instrumentista na ligação dos vários equipamentos cirúrgicos.			X
Coordena a realização do TIME OUT da Cirurgia Segura.		X	
Vigia, contabiliza e transmite as entradas/saídas de fluidos, tendo em conta o aspirador e as compressas, permitindo uma contabilização mais rigorosa de perdas hemorrágicas no intraoperatório.			X
Responde a situações de urgência/emergência durante a intervenção cirúrgica, colaborando com o enfermeiro instrumentista e com o enfermeiro de anestesia.		X	
Realiza os registos de enfermagem intraoperatórios informáticos.		X	
Acondiciona, rotula e encaminha os produtos biológicos ou outros produtos colhidos.			X
Efetua o registo dos produtos colhidos no livro de registos protocolado pelo serviço.			X
Efetua registos de materiais de implante e consumíveis.			X
Zela pelo funcionamento e manutenção do equipamento.			X
Verifica as condições ambientais da sala operatória e comunica as alterações.			X
Assegura o silêncio e a disciplina na sala operatória.		X	
Mantem as portas da sala operatória fechadas.			X
Controla o número de pessoas na sala.		X	
Mantem a ligação com o exterior da sala operatória.		X	
Colabora na execução do penso cirúrgico com a enfermeira de instrumentista.			X
No fim da Intervenção cirúrgica			
Vigia e supervisiona a remoção do eléctrodo neutro do electro bisturi, garrote ou outro e verificar a integridade cutânea.			X
Coordena a realização do SIGN OUT da Cirurgia Segura.		X	
Conclui e valida os registos de enfermagem do processo cirúrgico informático ou outro do utente.		X	
Efetua a verificação da funcionalidade e desligo o equipamento no final da cirurgia.			X
Colabora na transferência do utente para a UCPA ou outro serviço.			X
Assegura a transmissão de informação sobre o procedimento cirúrgico e recomendações aos enfermeiros da UCPA.		X	
Assegura o envio dos produtos colhidos para o frigorífico ou laboratório, conforme protocolo do CHL.		X	
Controla os resíduos da sala operatória e a sua correta eliminação.		X	
Promove a correta limpeza da sala cirúrgica.		X	
Caso necessário, informa o enfermeiro chefe ou coordenador das falhas ou deficiências detetadas na sala operatória.		X	
Colabora com a enfermeira instrumentista na preparação do material cirúrgico e demais dispositivos médicos para a próxima cirurgia.			X
Supervisiona a lavagem de material cirúrgico específico, pela assistente operacional da sala.		X	
Caso seja necessário e em SOS, assegura que a assistente operacional envia o material cirúrgico urgente ao serviço de esterilização.		X	
No fim do turno			
Repõe e confirma a correta reposição da sala operatória.			X
Colabora com a enfermeira instrumentista na preparação do material cirúrgico e demais dispositivos médicos para as cirurgias programadas do dia seguinte.			X

ENF. EM INTEGRAÇÃO	ENF. INTEGRADOR	ENF. CHEFE/ENF. SUPERVISOR
		



AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO EM FORMAÇÃO

Data: ___/___/___

Nome do enf. em integração: Pedro Costa N.º Mec. —Nome do enf. integrador: Teresa Herculano N.º Mec. 1008Fase da Integração: **Fase 5 – Enfermeiro Instrumentista em Cirurgia Geral**Tempo de integração: 217^{h30}

Tendo em atenção os objetivos desta fase do período de integração, assinale o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 3, sendo o 1 o nível mais baixo e 3 o mais elevado.

OBJETIVOS	AVALIAÇÃO		
	1	2	3
ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA			
Equipa-se de acordo com as normas vigentes no bloco operatório central do CHL.			X
Confirma a(s) cirurgia(s) para a sala destinada;			X
Verifica e prepara todo o material cirúrgico necessário para a(s) diferente(s) cirurgia(s) do plano operatório.			X
Colabora na preparação da sala operatória com todo o material e equipamentos necessários à cirurgia e efetuar a verificação da sua funcionalidade,			X
Colabora com o enfermeiro circulante na verificação do carro de apoio cirúrgico.			X
Colabora com o enfermeiro circulante na verificação da funcionalidade e adaptabilidade da mesa operatória ao tipo de cirurgia.			X
Colabora no transporte do utente para a sala operatória.			X
No início e durante a cirurgia			
Conhece a técnica cirúrgica do procedimento que vou instrumentar.			X
Conhece a técnica da cirurgia de controlo de danos.		X	
Conhece o protocolo de lavagem cirúrgica das mãos.			X
Equipa-se com bata e luvas cirúrgicas esterilizadas, cumprindo as normas de técnica asséptica.			X
Prepara a mesa operatória segundo técnica asséptica, verifico e vigio a esterilidade e integridade do(s) campo(s) operatório(s).			X
Conhece os princípios gerais da colocação de mesas de instrumentação.			X
Procede à contagem inicial de compressas, instrumentos cirúrgicos e objetos corto-perfurantes em conjunto com o enfermeiro circulante.			X
Conhece a composição das caixas cirúrgicas existentes no serviço, bem como o nome, função e classificação de cada um dos instrumentos.		X	
Se necessário, colabora com a equipa cirúrgica a vestir o vestuário estéril.			X
Colabora na preparação, desinfeção e colocação dos campos cirúrgicos.			X
Conhece as regras de movimentação da equipa cirúrgica.			X
Colabora com enfermeiro circulante na ligação dos vários equipamentos cirúrgicos necessários.			X
Recebe e identifica qualquer medicação ou solução fornecida para a mesa operatória.			X
Dispõe os instrumentos cirúrgicos, antecipando-se sempre que possível, às necessidades do cirurgião.			X
Conhece as normas da passagem de instrumental cirúrgico ao cirurgião em segurança.			X

Mantem a mesa operatória arrumada e os instrumentos cirúrgicos limpos, respeitando a técnica asséptica cirúrgica.			X
Remove frequentemente e sempre que necessário a matéria orgânica do instrumental cirúrgico.			X
Zela pela segurança do utente e de toda a equipa cirúrgica, evitando que se exerçam forças de pressão sobre o utente.			X
Conhece os diferentes fios de sutura e sua aplicação.			X
Cumprir os cuidados recomendados no manuseamento do material corto- perfurante, colocando-o no local próprio durante a cirurgia e em contentores de cortantes no final do procedimento cirúrgico.			X
Diferencia os tempos cirúrgicos (limpo e sujo) e estabelecer procedimentos em conformidade, como seja o caso da mudança de luvas de acordo com o protocolo vigente e sempre que se verifique contaminação e ou rutura das mesmas, para garantir o controlo da prevenção e controlo da infeção.			X
Entrega ao enfermeiro circulante os eventuais produtos orgânicos colhidos no ato operatório, e confirmo a sua correta identificação.			X
Colabora com o enfermeiro circulante na contabilização das perdas hemáticas.			X
Conhece os riscos da técnica cirúrgica e estou atento a alterações na cirurgia.			X
Procede á contagem final de compressas, instrumentos e objetos corto-perfurantes em conjunto com o enfermeiro circulante.			X
Mantem a organização da mesa de instrumentação durante a cirurgia.			X
Efetua a mudança das luvas cirúrgicas para a realização da adaptação das drenagens (caso existam) e á realização do penso cirúrgico.			X
Procede á adaptação das drenagens caso existam no campo cirúrgico e efetuar o respetivo penso cirúrgico com a colaboração do enfermeiro circulante, respeitando a técnica asséptica.			X
Conhece as normas para retirar campos cirúrgicos.			X
No fim da intervenção cirúrgica			
Verifica a contagem e funcionalidade do material cirúrgico, retirando-o da mesa operatória e acondicionando-o nos respetivos contentores.			X
Remove corretamente os EPI.			X
Orienta a assistente operacional da sala sobre os procedimentos a ter com o material cirúrgico.	X		
Colabora na transferência do utente para a UCPA ou outro serviço, se necessário.			X
Colabora com o enfermeiro circulante na verificação da funcionalidade do equipamento no final de cirurgia e reposição de stocks da sala operatória.			X
Colabora com o enfermeiro circulante na preparação da sala operatória e material para o próximo tempo cirúrgico.			X
Colabora na supervisão da lavagem de material cirúrgico específico, especial pela assistente operacional da sala.			X
Caso necessário, informa o enfermeiro chefe ou coordenador as falhas ou deficiências detetadas com material cirúrgico.	X		
No fim do turno			
Colabora na reposição da sala operatória.			X
Colabora com a enfermeira circulante na preparação do material cirúrgico e demais dispositivos médicos para as cirurgias programadas do dia seguinte.			X

ENF. EM INTEGRAÇÃO	ENF. INTEGRADOR	ENF. CHEFE/ENF. SUPERVISOR
		

APÊNDICE III – CRONOGRAMA

MÊS / DIA	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	TOTAL H	
JANEIRO	F	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31								
FEVEREIRO				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	C	22	23	24	25	26	27	28								
MARÇO				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					90
ABRIL							1	2	3	4	5	6	F	8	P	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	F	26	27	28	29	30			75
MAIO		F	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	FM	23	24	25	26	27	28	29	30	31						75	
JUNHO				1	2	3	4	5	6	7	F	9	F	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					60	
JULHO							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	F	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
AGOSTO			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	F	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						
SETEMBRO						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30				
OUTUBRO	1	2	3	4	F	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31								
NOVEMBRO				F	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30						
DEZEMBRO					F	2	3	4	5	6	7	F	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	N	26	27	28	29	30	31				

TOTAL HORAS 300

Legenda:

- Observação
- UCPA
- Anestesia
- Circulação / Instrumentação - Cirurgia Geral / Outras
- Circulação / Instrumentação - Trauma / Urgência
- Atividades Interesse do aluno nas diferentes áreas e especialidades do perioperatório
- Reunião / Avaliação

APÊNDICE IV – “PASSAPORTE ORTOPÉDICO DO UTENTE”

O QUE DEVE FAZER

Usar sapatos rasos e confortáveis, de preferência com sola antiderrapante.

Adapte a sua casa segundo as suas novas necessidades:

- Deve tomar banho de chuveiro em substituição da banheira.
- Sente-se em cadeiras altas.
- Deve evitar a existência de barreiras domésticas como tapetes ou pequenos objetos decorativos no chão.

A MARCHA

Deve utilizar as duas canadianas durante, pelo menos, 6 semanas.

Ao subir escadas:

- 1º “Pé são” no degrau de cima
- 2º “Pé doente” no mesmo degrau
- 3º Canadianas

Ao descer escadas:

- 1º Canadianas no degrau de baixo
- 2º “Pé doente” no mesmo degrau
- 3º “Pé são” ao lado do “pé doente”.

Deve evitar a marcha em pisos acidentados;

Nunca rodar sobre a perna operada. Deve continuar a fazer os exercícios que lhe foram ensinados durante o internamento.

EXERCÍCIOS

Quando estiver deitado, deve esticar completamente o joelho de modo que a sua face posterior toque na cama. Sentado numa cadeira alta deve fletir o joelho o mais possível de forma mantida (15 segundos) e progressiva. Deve tentar esticar ativamente o joelho, levantando o pé.

PRÓTESE TOTAL DO JOELHO

Primária Esquerda
Revisão Direita

Data da Cirurgia: ___/___/___

QUE NÃO DEVE FAZER:

NÃO deve efetuar movimentos bruscos, súbitos e violentos do joelho, a mobilização deve ser lenta e com aumentos de mobilidade progressiva.

NÃO deve pegar em objetos pesados

NÃO deve dormir com almofada debaixo do joelho operado

NÃO deve aplicar o gelo por períodos superiores a 20 minutos e sem proteger a pele com uma toalha

SINAIS DE ALERTA:

Deve contactar os serviços de saúde caso surja algum dos seguintes sinais:

- FEBRE
 - SINAIS INFLAMATÓRIOS DE FERIDA OPERATÓRIA
 - EXSUDAÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA
 - DORES QUE NÃO ALIVIEM COM ANALGÉSICOS PRESCRITOS
- Se houver suspeita de alguma infeção (p.ex. dentária, garganta, trato urinário) deve de imediato recorrer ao seu médico assistente.

CONSULTAS PÓS-OPERATÓRIAS

Data: _____ Hora: _____

Data: _____ Hora: _____

Data: _____ Hora: _____

Data: _____ Hora: _____

Data: _____ Hora: _____

Data: _____ Hora: _____

Data: _____ Hora: _____



PASSAPORTE ORTOPÉDICO

ORTHOPEDIC PASSPORT

NOME: _____

DATA NASCIMENTO: ___/___/___

MORADA: _____

CODIGO POSTAL: ___ - ___ - ___

O QUE DEVE FAZER

Deitar-se sempre com uma almofada entre as pernas durante os próximos 4 meses.

Entre e saia da cama pelo lado não operado, sempre com a almofada entre as pernas e com os joelhos dobrados.

Quando dormir de lado faça-o sobre o lado sã.

Adapte a sua casa segundo as suas novas necessidades:

- Deve tomar banho de chuveiro em substituição da banheira.

- Use sanitas altas ou em alternativa elevadores de sanita.

- Sente-se em cadeiras altas.

- Deve evitar a existência de barreiras domésticas como tapetes ou pequenos objetos decorativos no chão.

A MARCHA

Deve utilizar as duas canadianas pelo menos até à próxima consulta.

Ao subir escadas:

1° "Pé sã" no degrau de cima

2° "Pé doente" no mesmo degrau

3° Canadianas

Ao descer escadas:

1° Canadianas no degrau de baixo

2° "Pé doente" no mesmo degrau

3° "Pé sã" ao lado do "pé doente".

Deve evitar a marcha em pisos acidentados.

Nunca rodar sobre a perna operada.

Deve continuar a fazer os exercícios que lhe foram ensinados durante o internamento.

PRÓTESE TOTAL DA ANCA

Primária Esquerda

Revisão Direita

Data da Cirurgia: __/__/____

QUE NÃO DEVE FAZER:

NÃO deve rodar nem cruzar as pernas.

NÃO deve sentar-se em sanitas ou cadeiras baixas.

NÃO se incline para diante quando se está a sentar ou enquanto está sentado.

NÃO tente apanhar objetos do chão quando estiver sentado.

NÃO se baixe sem dobrar os joelhos.

NÃO aumente de peso.

NÃO use saltos altos ou chinelos.

SINAIS DE ALERTA:

Deve contactar os serviços de saúde caso surja algum dos seguintes sinais:

• FEBRE

• SINAIS INFLAMATÓRIOS DE FERIDA OPERATÓRIA

• EXSUDAÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA

• DORES QUE NÃO ALIVIEM COM ANALGÉSICOS PRESCRITOS

Se houver suspeita de alguma infeção (p.ex. dentária, garganta, trato urinário) deve de imediato recorrer ao seu médico assistente.

CONSULTAS PÓS-OPERATÓRIAS

Data: _____ Hora: _____

Data: _____ Hora: _____

Data: _____ Hora: _____

Data: _____ Hora: _____

Data: _____ Hora: _____

Data: _____ Hora: _____

Data: _____ Hora: _____



PASSAPORTE ORTOPÉDICO

ORTHOPEDIC PASSPORT

NOME: _____

DATA NASCIMENTO: __/__/____

MORADA: _____

CODIGO POSTAL: ____-____-____

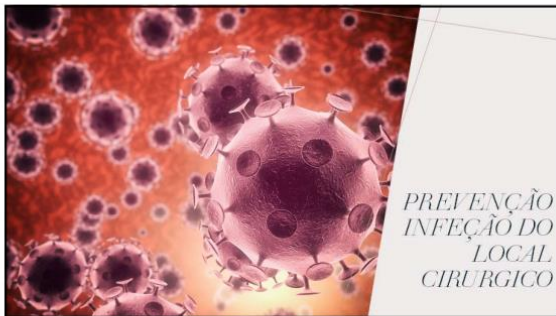
APÊNDICE V – FORMAÇÃO “MANUSEAMENTO DE IMPLANTES”



1



2



3



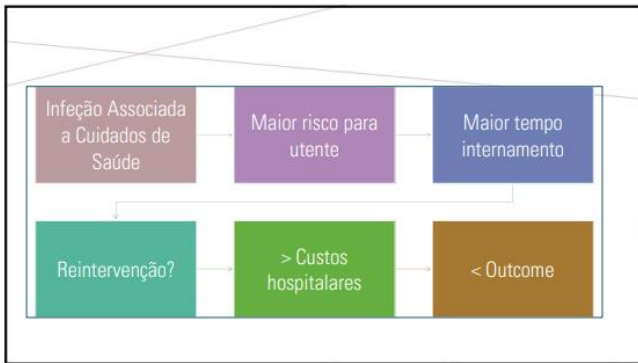
4



5



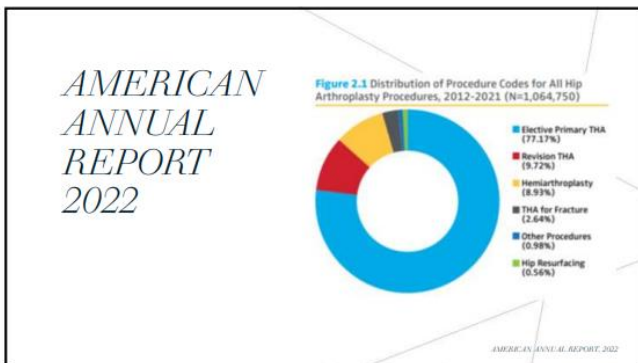
6



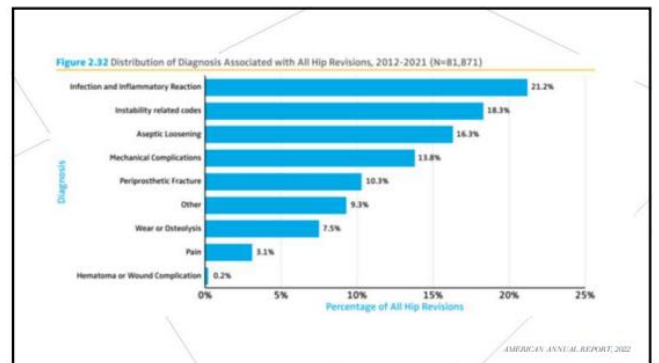
7



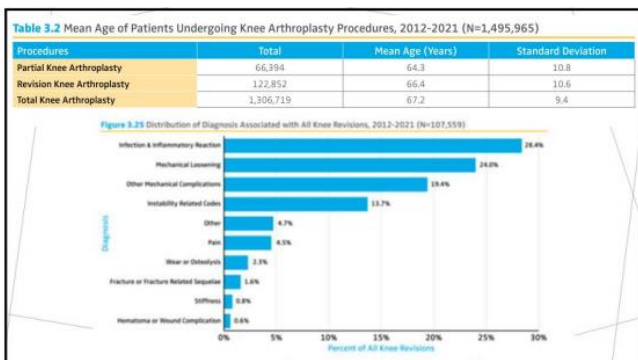
8



9



10



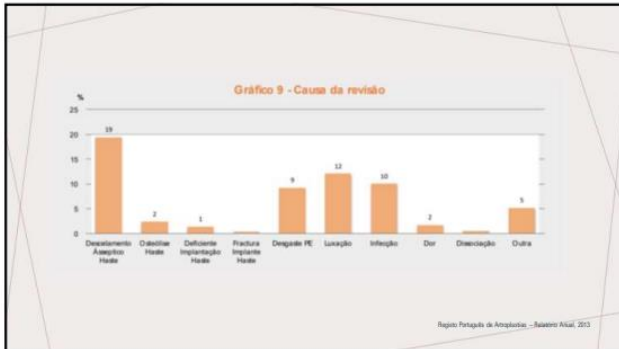
11

REGISTO PORTUGUÊS DE ARTROPLASTIAS

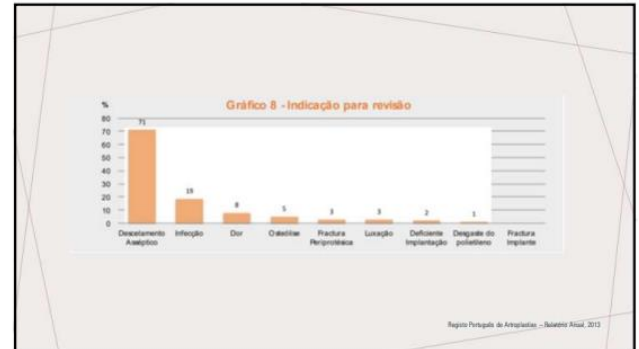
- Artroplastia da Anca – N 4440
- Revisão Artroplastia Anca – N 638
- Artroplastia do Joelho – N 4234
- Revisão Artroplastia do Joelho – N 272

Registo Português de Artroplastias – Relatório Anual, 2012

12



13



14

CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO

- > 61 anos (aprox. 80%)
- ASA II e III (aprox. 90%)
- Sedentarismo (aprox. 40%); Atividade Ligeira (aprox. 52%)
- Maioritariamente Artrose Primária
- HTA (aprox. 70%); Diabetes (aprox. 15%); Cardiopatias (aprox. 13%)

Região Portuguesa de Artroplastia - Relatório Anual 2013

15

CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA

- Artroplastia da Anca – N 291 (6,6%)
- Revisão Artroplastia Anca – N 46 (7,2%)
- Artroplastia do Joelho – N 293 (6,9%)
- Revisão Artroplastia do Joelho – N 32 (11,8%)

Região Portuguesa de Artroplastia - Relatório Anual 2013

16

CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

- Internamento: Mínimo 5 dias; Máximo 47 dias
- Taxa infeção:
 - Artroplastia total da anca: 1,4%
 - Hemiarthroplastias: 3,1%
 - Artroplastia de revisão: 4,8%
 - Artroplastias bipolares: 4,5%
- Teste de Fisher: relação de dependência estatisticamente significativa – Proporção de infeção mais elevada no verão: 9,3%


Amorim, Daniel, 2014

17

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

18

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA



"2 — Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica"

Unidade Competência
"2.2 — Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios."

19

ENFERMEIRO CIRCULANTE

- Estar familiarizado com o equipamento e instrumental de forma a prevenir potenciais perigos relacionados com o seu uso;
- Manter vigilância em relação ao campo estéril;
- Identificar desvios aos padrões ambientais;
- **Promover a gestão dos riscos na sala de operações.**

20

ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA



- **Prevenir, reduzir** e eliminar o risco de infeção operatória;
- Respeito pela especificidade de cada tempo cirúrgico, nomeadamente: ... — **Colocação de implantes;**
- **Manutenção e vigilância** da técnica asséptica cirúrgica;
- **Substituição de luvas a toda a equipa**, nas situações protocoladas e **sempre que necessário;**
- **Preparação dos implantes;**
- ...

21

Review Article

AOSPINE

Global Spine Journal
2018, Vol 8(7) 761-763
© The Author(s) 2018
Article reuse guidelines:
http://sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/2152581818762380
journals.sagepub.com/home/gsj

Implant Prophylaxis: The Next Best Practice Toward Asepsis in Spine Surgery

Aakash Agarwal, PhD¹, Christian Schultz, MD², Vijay K. Goel, PhD¹, Anand Agarwal MD¹, Neel Anand, MD³, Steve R. Garfin, MD⁴, and Jeffrey C. Wang, MD³

SAGE

22

RESULTADOS

LUVAS COMO VEÍCULO DE CONTAMINAÇÃO

- Trocar de luvas imediatamente antes de manusear um implante reduz a taxa de infeção (evita transferência da flora da pele);
- 3,35% para 0,48% durante uma fusão espinal posterior;
- Troca regular de luvas: Estado estéril 80% dos casos;
- Análise de 42 pares de luvas após manuseamento de implantes: aprox. 25% estavam contaminadas.

Agarwal et al, 2018

23

RESULTADOS

CONTAMINAÇÃO DO IMPLANTE DEVIDO À EXPOSIÇÃO

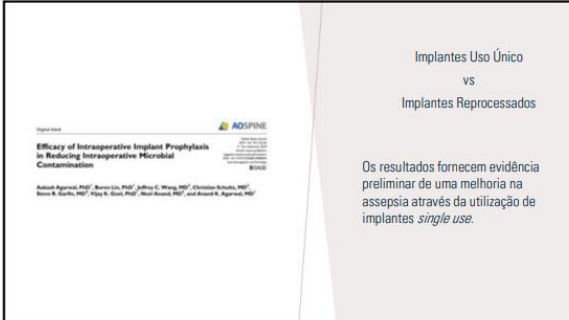
- Demonstra diferença significativa na redução de taxa de contaminação (9,5% - 16,7%);
- Ao fim de 120 minutos: implantes descobertos (55%) vs implantes cobertos (18,2%);
- Prevenção da contaminação do implante essencial para prevenção de infeção.

Agarwal et al, 2018

24

**Implantes Uso Único
vs
Implantes Reprocessados**

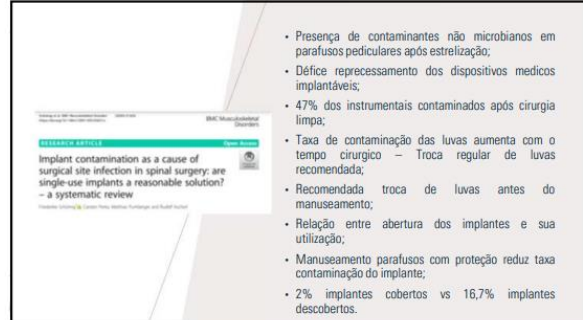
Os resultados fornecem evidência preliminar de uma melhoria na assepsia através da utilização de implantes *single use*.



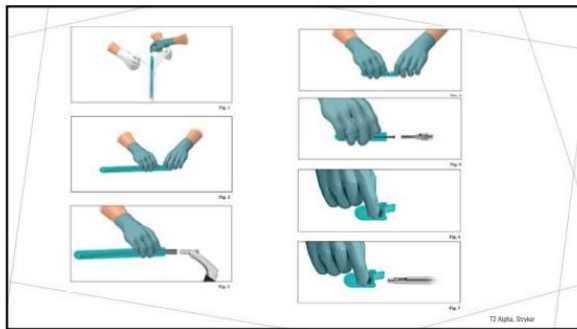
25

**EEAN-
Análise de risco para contaminação transoperatória**

- Presença de contaminantes não microbianos em parafusos pediculares após esterilização;
- Déficit reprocessamento dos dispositivos médicos implantáveis;
- 47% dos instrumentais contaminados após cirurgia limpa;
- Taxa de contaminação das luvas aumenta com o tempo cirúrgico – Troca regular de luvas recomendada;
- Recomendada troca de luvas antes do manuseamento;
- Relação entre abertura dos implantes e sua utilização;
- Manuseamento parafusos com proteção reduz taxa contaminação do implante;
- 2% implantes cobertos vs 16,7% implantes descobertos.



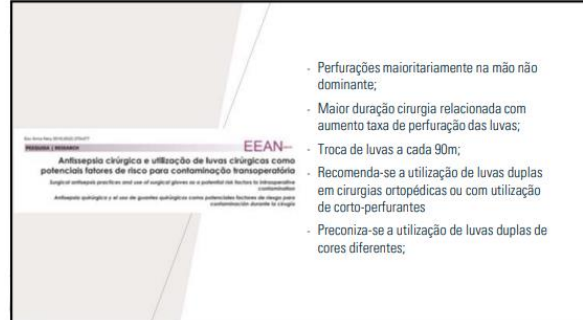
26



27

**EEAN-
Análise de risco para contaminação transoperatória**

- Perfurações maioritariamente na mão não dominante;
- Maior duração cirurgia relacionada com aumento taxa de perfuração das luvas;
- Troca de luvas a cada 90m;
- Recomenda-se a utilização de luvas duplas em cirurgias ortopédicas ou com utilização de corto-perfurantes
- Preconiza-se a utilização de luvas duplas de cores diferentes;



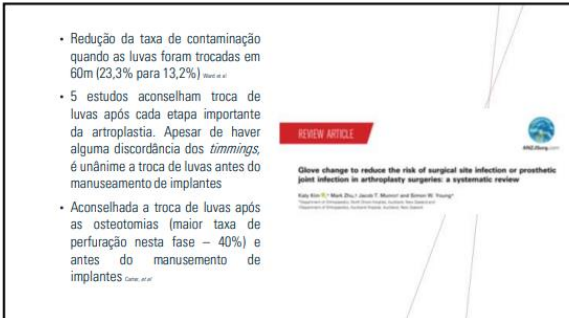
28

- Redução da taxa de contaminação quando as luvas foram trocadas em 60m (23,3% para 13,2%) *mead et al*
- 5 estudos aconselham troca de luvas após cada etapa importante da artroplastia. Apesar de haver alguma discordância dos *timings*, é unânime a troca de luvas antes do manuseamento de implantes
- Aconselhada a troca de luvas após as osteotomias (maior taxa de perfuração nesta fase – 40%) e antes do manuseamento de implantes *com et al*

REVIEW ARTICLE

Glove change to reduce the risk of surgical site infection in prosthetic joint infection in orthopaedic surgeries: a systematic review

Katy Kim¹, Mark Zhu², Jacob T. Mowbray³ and Simon W. Young⁴



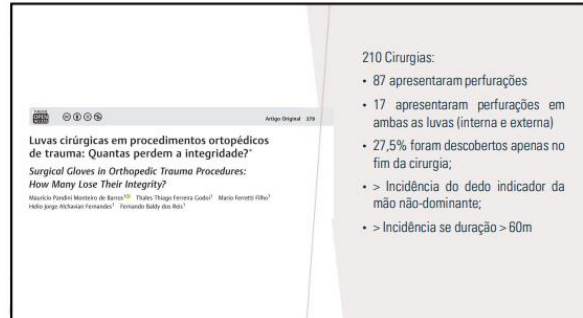
29

**Luvas cirúrgicas em procedimentos ortopédicos de trauma: Quantas perdem a integridade?
Surgical Gloves in Orthopedic Trauma Procedures:
How Many Lose Their Integrity?**

Márcio Pinheiro Monteiro de Barros¹, Thales Thiago Ferreira Godói², Maria Feres³ (Ibu)³, Hélio Jorge Alencar Fernandes⁴, Fernando Raby dos Reis⁵

210 Cirurgias:

- 87 apresentaram perfurações
- 17 apresentaram perfurações em ambas as luvas (interna e externa)
- 27,5% foram descobertos apenas no fim da cirurgia;
- > Incidência do dedo indicador da mão não-dominante;
- > Incidência se duração > 60m



30

Tabela 1 Relação entre tempo de cirurgia e perfurações

	Tempo cirúrgico	total
	< 60 minutos	> 60 minutos
Total	116	210
Luvas identificadas	24 (20,6%)	83 (67,0%)
Luvas íntegras	92 (79,3%)	31 (32,9%)
		123 (58,5%)

Tabela 2 Relação entre tipo de cirurgia e perfurações

	Tipo de cirurgia			total
	Percutânea	Foco fechado	Foco aberto	
Total	20	60	130	210
Luvas identificadas	3 (15%)	20 (33,3%)	64 (49,2%)	87 (41,4%)
Luvas íntegras	17 (85%)	40 (66,6%)	66 (50,7%)	123 (58,5%)

Tabela 3 Relação à percepção das perfurações

Perfurações - percepção					
Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E	
123	51 (24,2%)	12 (5,7%)	19 (9,0%)	5 (2,3%)	(58,5%)
Total	87 (41,4%)				

31


Tabela 4 Distribuição quanto ao local das perfurações

Perfurações - local (dedo)							Total
Indicador esquerdo	Indicador direito	Polegar esquerdo	Polegar direito	Anelar esquerdo	Dedo médio esquerdo	Região palmar	
65 (62,5%)	20 (19,2%)	10 (9,6%)	4 (3,8%)	3 (2,8%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	104

Tabela 5 Motivo das perfurações

Perfurações - motivo (quando) identificado						Total
Espículas ósseas	Fio de Kirchner/ fio guia	Perfurador	Posicionar Hohmann ou pinça de redução	Sovela	Palpar parafuso para encaixar chave	
18 (45%)	9 (22,5%)	5 (12,5%)	4 (10%)	2 (5%)	2 (5%)	40

32



A REter...

- O Enfermeiro Circulante/Instrumentista faz parte da equipa cirúrgica, com um papel fundamental na prevenção da infeção do local cirúrgico;
- Utilização de luvas duplas em cirurgias ortopédicas;
- Troca de luvas a cada 60m. (microperfurações e < taxa contaminação);
- Troca de luvas "obrigatória" antes do manuseamento de dispositivos médicos implantáveis;
- Cobertura Instrumental/Implantes cirúrgicos;
- Princípio *no touch*;


33



PROPOSTA MELHORIA

BO CHL

34



COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ENFERMAGEM A PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATORIA

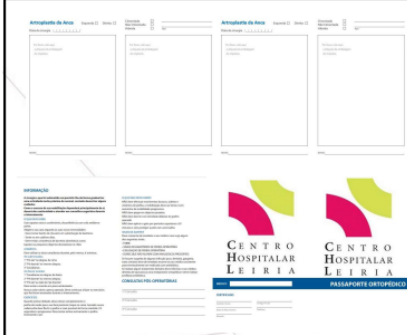
Unidade de Competência

"2.3 - Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório"

...

"2.3.5 — Gere a utilização dos dispositivos médicos implantáveis de acordo com a legislação, políticas, instruções do fabricante e protocolos, assegurando a documentação e a rastreabilidade"

35



PASSAPORTE ORTOPÉDICO

CENTRO HOSPITALAR LEIRIA

HOSPITAL LEIRIA

PERIOPERATÓRIO

36



BIBLIOGRAFIA

ABOP (2008). *Análise de Registos de Atendimento à Saúde Pública em Unidades Locais de Saúde*. Lisboa: Associação de Registos de Atendimento à Saúde Pública em Unidades Locais de Saúde.

Agarwal, A., Liu, H., Wang, L., Shih, C., Giffels, S., Saito, Y., ... Agazzi, A. (2018). *Effect of Hospitalist Impact Programs in Primary Caregivers: A Systematic Review*. *Journal of General Internal Medicine*, 33(1), 1-11. doi:10.1007/s11606-017-4500-7

Agarwal, A., Jha, S., Ciol, V., Agarwal, A., Saito, Y., Giffels, S., & Wang, L. (2018). *Hospitalist Programs: The Next Best Practice Toward Better Patient Care*. *Journal of General Internal Medicine*, 33(1), 1-11. doi:10.1007/s11606-017-4500-7

Associação dos Registos de Atendimento à Saúde Pública em Unidades Locais de Saúde (2008). *Análise de Registos de Atendimento à Saúde Pública em Unidades Locais de Saúde*. Lisboa: Associação de Registos de Atendimento à Saúde Pública em Unidades Locais de Saúde.

Barron, M., Saito, Y., Jha, S., Ciol, V., Saito, Y., & Wang, L. (2018). *Impact of Hospitalist Programs on Patient Quality and Satisfaction: A Systematic Review*. *Journal of General Internal Medicine*, 33(1), 1-11. doi:10.1007/s11606-017-4500-7

Decreto da República, 27 de Setembro de 2008. Regulamento nº 4/2008. Regulamento de organização, funcionamento, do sistema nacional de registo de atendimento à saúde pública em unidades locais de saúde.

Decreto da República, 27 de Setembro de 2008. Regulamento nº 1/2008. Regulamento das Registo de Atendimento à Saúde Pública em Unidades Locais de Saúde.

Impact of Hospitalist Programs on Patient Quality and Satisfaction: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 33(1), 1-11. doi:10.1007/s11606-017-4500-7

NSF. National Audit Registry (2012). *NSF Annual Report*. London.

Shih, C., Liu, H., Wang, L., & Wang, L. (2018). *Effect of Hospitalist Programs on Patient Quality and Satisfaction: A Systematic Review*. *Journal of General Internal Medicine*, 33(1), 1-11. doi:10.1007/s11606-017-4500-7

Shih, C., Liu, H., Wang, L., & Wang, L. (2018). *Effect of Hospitalist Programs on Patient Quality and Satisfaction: A Systematic Review*. *Journal of General Internal Medicine*, 33(1), 1-11. doi:10.1007/s11606-017-4500-7

SPS. Registo de Atendimento à Saúde Pública em Unidades Locais de Saúde. Lisboa: Sociedade Nacional de Registo de Atendimento à Saúde Pública em Unidades Locais de Saúde.

Wang, L., Liu, H., Wang, L., & Wang, L. (2018). *Effect of Hospitalist Programs on Patient Quality and Satisfaction: A Systematic Review*. *Journal of General Internal Medicine*, 33(1), 1-11. doi:10.1007/s11606-017-4500-7

37



GRATO PELA
ATENÇÃO

38