



**CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM  
SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA:**

**BOAS PRÁTICAS DE INSTRUMENTAÇÃO NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO  
LOCAL CIRÚRGICO NA CIRURGIA DE ORTOPEDIA COM USO DE  
IMPLANTES**

Daniela Silva

OUTUBRO, 2023

PORTO



**CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM  
SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA:**

**BOAS PRÁTICAS DE INSTRUMENTAÇÃO NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO  
LOCAL CIRÚRGICO NA CIRURGIA DE ORTOPEDIA COM USO DE  
IMPLANTES**

Daniela Silva

Relatório de estágio (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Com Área De  
Especialização De Enfermagem À Pessoa Em Situação Perioperatória) coorientado pela  
Professora Doutora Márcia Alves e apresentado à Escola Superior de Saúde Santa Maria

OUTUBRO 2023

PORTO

“Escolhe um trabalho de que gostes,  
e não terás que trabalhar nem um dia na tua vida”

Confúcio

## **AGRADECIMENTOS**

À Escola Superior de Saúde de Santa Maria que me proporcionou as condições para a aquisição e desenvolvimento de competências que me definem enquanto pessoa e profissional.

À Professora Doutora Márcia Alves pelo apoio e orientação ao longo deste percurso.

Aos meus colegas de curso que tiveram um papel preponderante no meu autodesenvolvimento.

Aos meus colegas do Serviço pelo apoio, compreensão e companheirismo prestado durante todo o meu percurso académico.

A todos os elementos da equipa do Bloco Operatório e do Centro de Ambulatório, que tão bem me acolheram durante os períodos de estágio, especialmente às enfermeiras tutoras.

Por fim, um agradecimento especial ao pilar da minha vida, a minha família, que ao meu lado sempre demonstrou um apoio incondicional e me permitiu ter disponibilidade para ingressar e levar a cabo todo o meu percurso académico, em particular aos meus pais.

## **CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

AORN - Association of periOperative Registered Nurses

BO – Bloco Operatório

BOC – Bloco Operatório Central

GCH – Gluconato de Cloroheixidina

CMIN – Centro Materno Infantil do Norte

DM – Dispositivo Médico

DGS – Direção Geral de Saúde

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EEMC – Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica

EN – European Norm

EORNA - European Operating Room Nurses Association

EPI – Equipamento de proteção individual

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC - Infeção de local cirúrgico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do. Enfermeiro

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

## RESUMO

A realização deste relatório surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de especialização de Enfermagem à de Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria. Tem como objetivo traduzir o percurso efetuado na aquisição de competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista e de Mestre, refletindo uma apreciação global sobre as experiências vividas durante os períodos de ensino clínico, desenvolvendo e aprofundando conhecimentos e habilidades. Considerando o risco de infeção e procedimentos cirúrgicos, o relatório salienta a aquisição de competências envolvendo a pessoa/família que experienciam um processo cirúrgico/anestésico que permitem assegurar a prestação de cuidados, considerando a especificidade das necessidades de saúde da pessoa e família, de uma forma segura e individualizada, bem como considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios decorrentes da vulnerabilidade da pessoa, procedimentos e complexidade do ambiente, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A Enfermagem perioperatória é uma área focada na segurança da pessoa, particularmente no que concerne à prevenção e controlo de infeção. As infeções do local cirúrgico (ILCs), são as infeções mais comuns e dispendiosas pertencentes ao extenso leque de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Embora na última década, as taxas tenham vindo a diminuir significativamente (44,2%), a segurança da pessoa ainda se mantém comprometida, particularmente no que concerne à prevenção e controlo de infeção. Para proporcionar uma experiência segura aos clientes, os enfermeiros perioperatórios aplicam boas práticas baseadas na evidência para a prevenção da ILC. (Bashaw & Keister, 2019). A metodologia usada teve por base um método descritivo, reflexivo e analítico sustentado por autores que se baseiam na evidência científica. Decorrente disto, o enfermeiro especialista perioperatório necessita mobilizar e atuar de forma a garantir a segurança da pessoa, dos profissionais e do ambiente.

**Palavras-Chave:** enfermagem perioperatória, infeção do local cirúrgico, boas práticas, infeção do implante

## ABSTRACT

This report was produced as part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, with a specialisation in Nursing for People in Perioperative Situations, at the Escola Superior de Saúde de Santa Maria. Its aim is to reflect the journey made in acquiring the competences inherent to the degree of Specialist Nurse and Master, reflecting a global appreciation of the experiences lived during periods of clinical teaching, developing and deepening knowledge and skills. Considering the risk of infection and surgical procedures, the report highlights the acquisition of competences involving the person/family who experience a surgical/anaesthetic process that enable care to be provided, considering the specific health needs of the person and family, in a safe and individualised way, as well as considering the high risk associated with perioperative care arising from the vulnerability of the person, procedures and complexity of the environment, thus contributing to improving the quality of care provided. Perioperative nursing is an area focussed on patient safety, particularly with regard to infection prevention and control. Surgical site infections (SSIs) are the most common and costly of the wide range of healthcare-associated infections (HAIs). Although rates have been falling significantly over the last decade (44.2 per cent), patient safety is still compromised, particularly with regard to infection prevention and control. To provide a safe patient experience, perioperative nurses apply evidence-based best practices for the prevention of SSI. (Bashaw & Keister, 2019). The methodology used was based on a descriptive, reflective and analytical method supported by authors who draw on scientific evidence. As a result, perioperative nurse specialists need to mobilise and act to ensure the safety of patients, professionals and the environment.

**Keywords:** perioperative nursing, surgical site infection, good practices, implant infection

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
-----------------	----

### CAPÍTULO 1

<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
--------------------------------------	-----------

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	20
1.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DAS INFEÇÕES DO LOCAL CIRÚRGICO.....	24
1.3. ILC EM CIRURGIAS ORTOPÉDICAS.....	27
1.4. BOAS PRÁTICAS DE INSTRUMENTAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA ILC NA CIRURGIA DE ORTOPEDIA COM USO DE IMPLANTES.....	30
<b>1.4.1. Vestuário no bloco operatório.....</b>	<b>32</b>
<b>1.4.2. Desinfecção cirúrgica das mãos.....</b>	<b>34</b>
<b>1.4.3. Lavagem e antissépsia da pele da área operatória.....</b>	<b>36</b>
<b>1.4.4. Uso de bata e luvas esterilizadas.....</b>	<b>38</b>
<b>1.4.5. Coberturas cirúrgicas .....</b>	<b>40</b>
<b>1.4.6. Cuidados com as mesas cirúrgicas .....</b>	<b>42</b>
<b>1.4.7. Cuidados com a manipulação/uso de implantes em cirurgia de ortopedia.....</b>	<b>44</b>

### CAPÍTULO 2

<b>2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS .....</b>	<b>48</b>
--	-----------

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	49
<b>2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....</b>	<b>50</b>
<b>2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....</b>	<b>56</b>

2.1.3. Domínio da gestão de cuidados.....	60
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	64
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA.....	67
2.2.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa.....	68
2.2.2. Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica...	73
2.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	81
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>104</b>

## INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório – Módulo III, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM). Pretende-se, com o mesmo, descrever e fundamentar o percurso efetuado a nível pessoal e profissional na aquisição e aprofundamento das competências de Mestre e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em situação Perioperatória, no qual a temática central incide nas “Boas práticas de instrumentação para a prevenção da Infecção do local cirúrgico, na cirurgia de ortopedia com uso de implantes”.

Este relatório dá a conhecer o trabalho desenvolvido nos estágios que decorreram no Serviço do Bloco Operatório (BO) e no Serviço de Cirurgia de Ambulatório.

A aquisição de competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização à pessoa em situação perioperatória reflete-se neste relatório, como uma apreciação global sobre as experiências vividas e refletidas durante os períodos de estágio. Este grau é conferido aos profissionais que possuem um conhecimento no domínio especializado da área Médico-Cirúrgica, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão numa determinada área de intervenção. O formando deve adquirir uma especialização de componente académica com recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais. A responsabilidade ética e profissional, a melhoria da qualidade, a gestão e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, são competências transversais a qualquer área de especialização bem como as competências direcionadas ao cuidar da pessoa em situação perioperatória. O principal objetivo deste trabalho é descrever, refletir e dar visibilidade às atividades realizadas que estão inerentes a estas competências.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros ([OE] 2017), os cuidados de enfermagem perioperatórios têm como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Tendo por base este conceito, os enfermeiros procuram, ao longo do ciclo vital, proporcionar à pessoa, proteção na situação particular de

vulnerabilidade, capacitá-la e promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde.

A OE (2017) também refere que, o enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, caracteriza-se pela atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica e tem como princípios a atuação com responsabilidade profissional e prudência. Porém, o enfermeiro deverá ser capaz de identificar necessidades, elaborar o planeamento, executar e avaliar os resultados obtidos, nas áreas de anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos e consultas perioperatórias. Estas competências incluem não só cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade, mas também abrangem competências científicas, técnicas e humanas.

A especialidade de ortopedia surge como uma necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área, visto ser vasta e diversificada. Pela necessidade de atuar e tomar medidas no sentido de prevenir novas infeções, a pertinência do tema selecionado para o estágio do Módulo II, assenta nas “Boas práticas de instrumentação na prevenção da infeção do local cirúrgico na cirurgia de ortopedia com uso de implantes”. Apesar de ser um tema já debatido e trabalhado, este mantém-se como foco de atenção pois verifica-se que continua a existir comprometimento da segurança dos cuidados prestados aos clientes. Assim esta temática, reveste-se de todo o interesse, por se tratar de um tema atual e de elevado interesse quer por questões económicas quer por questões sociais.

A componente prática do estágio permitiu-me desenvolver e aprofundar os conhecimentos e competências num contexto específico, assim como, desenvolver um espírito crítico-reflexivo que implicou a aquisição, mobilização e atualização de conhecimentos para a adaptação e resolução de situações que foram surgindo.

A metodologia usada teve por base um método descritivo, reflexivo e analítico perante as situações observadas e vivenciadas durante o período de estágio. O que caracteriza este relatório, é a reflexão pessoal que é fundamentada em autores e na experiência e desenvolvimento profissional e pessoal.

Estruturalmente este relatório encontra-se dividido em duas partes. A primeira, onde se evidencia o enquadramento teórico considerando a Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma breve contextualização sobre os locais de estágio e ainda um

subcapítulo referente à temática “Boas práticas de instrumentação para a prevenção da Infecção do local cirúrgico, na cirurgia de ortopedia com uso de implantes”. A segunda parte remete-se à análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória e por fim as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Para a realização deste trabalho foi efetuada pesquisa de artigos científicos, pesquisados em bases de dados de referência, como a pubmed e google scholar. De igual modo, e com o objetivo de enriquecer este documento, recorri à revisão bibliográfica de livros.

# CAPÍTULO I

---

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Enfermagem, impulsionada por Florence Nightingale, permitiu o estabelecimento de uma nova profissão. Avançada para a época, colocou em prática um conjunto de ações que tiveram reflexo na forma de cuidar dos clientes e que viriam a revelar-se o mote para o aparecimento da enfermagem moderna.

Na sua perspetiva, a enfermagem devia significar a utilização da iluminação, limpeza, ventilação e a seleção da dieta, tudo para permitir o fornecimento de um ambiente estimulador e diferenciado, sustentando assim a Teoria Ambientalista. (Barros et al., 2022). Esta teoria foca o meio ambiente e todas as condições que podem influenciar a recuperação da pessoa no processo de saúde.

A necessidade da Enfermagem evidenciar os serviços que presta, estimulou as teóricas de enfermagem à elaboração de modelos e de teorias.

Estas oferecem estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem, que desta forma, contribuem para a constituição de uma base sólida de conhecimento, centrando a enfermagem em torno de quatro conceitos: enfermagem, pessoa, saúde e ambiente. Sabendo que são um pilar fundamental à disciplina e à prática profissional de enfermagem, oferecem uma perspetiva aos enfermeiros de como analisar as necessidades da pessoa e colher dados realmente importantes de forma sistemática. Assim, é possível ao enfermeiro planear e implementar o cuidado de forma sistemática e intencional (McEwen & Wills, 2016; Ribeiro et al., 2018).

Após esta breve contextualização teórica, e transpondo a mesma para os cuidados de enfermagem, percebemos que os enfermeiros têm a necessidade constante de definir uma linha de pensamento que fundamente o rumo para a prática de enfermagem. As teorias de enfermagem poderão assim, oferecer uma estrutura para alcançar este objetivo, embora, por vezes, isto possa ser um desafio, pois o enfermeiro deve ter a capacidade não só de gerir sinais e sintomas, como perspetivar a pessoa como um ser biopsicosocioespiritual e cultural, capacitando-a para a tomada de decisões sobre a sua própria saúde, recuperando a estabilidade e o bem-estar como resultados das intervenções. Para conseguir eleger a teoria que melhor fundamente a prática de cuidados é preciso que haja congruência entre os conceitos estabelecidos pelos modelos

teóricos (enfermagem, pessoa, saúde, ambiente) e o contexto de trabalho dos enfermeiros (Ribeiro et al., 2018).

Tendo a instituição do local de estágio, por base o modelo conceptual de cuidados a Teoria das Transições de Afaf Meleis, o enfermeiro tem a oportunidade de assumir um papel preponderante em contribuir para uma transição saudável.

Considerando a teoria de Afaf Meleis, esta afirma, que os enfermeiros na sua prática são confrontados com pessoas que estão a vivenciar processos de transição que envolvem uma mudança nos estados de desenvolvimento de vida, nas alterações de saúde ou em circunstâncias sociais que implicam respostas dos indivíduos a estas mudanças. Ainda envolve um processo de reestruturação em que o indivíduo necessita de se adaptar e envolver com a sua nova condição de vida (Silva et al., 2019).

O conceito de transição é definido por Meleis como “uma transição ou transferência de um estado, condição ou lugar para outro” (Zhan et al., 2022, p. 2), assim como, são processos e resultados de uma interação da pessoa com o ambiente, que resultam em modificações na vida, na saúde, nas relações e nos ambientes. Trata-se, portanto, de um processo de reorganização interior envolvendo uma adaptação a uma mudança, que segundo Meleis, é um conceito multidimensional e complexo pela vivencia de diferentes contextos em simultâneo (Silva et al., 2019).

A teoria das transições fornece uma visão para o cuidado de enfermagem, através da qual os fenómenos relacionados ao cuidado de transição podem ser observados de forma sistemática e abrangente. Esta teoria foca a saúde global, a migração, o desenvolvimento teórico de saúde internacional, da saúde da mulher e das disciplinas de enfermagem (Zhan et al., 2022).

Os enfermeiros contactam diariamente com pessoas que estão a experimentar transições e intervém nas mudanças e demandas que as transições trazem para o seu quotidiano. Os relatos mais comuns que obtive durante a realização dos ensinamentos clínicos estão relacionados com o tempo de afastamento da atividade laboral e pela sua consequente diminuição do suporte financeiro, o impacto nas tarefas domésticas e o cuidar de parentes próximos, como pais ou filhos são também algumas das preocupações referidas. Assim, o papel do enfermeiro especialista deve consistir em preparar os clientes para transições iminentes e facilitar os diferentes processos de

transição que a pessoa, a família e as comunidades experienciam com a aprendizagem de novas habilidades, de forma a obter ganhos em saúde (Silva et al., 2019).

Foram identificados pela teórica Meleis quatro tipos de transições: de desenvolvimento, as situacionais, as relacionadas com a saúde/doença e as organizacionais. As transições de desenvolvimento estão associadas às mudanças naturais, biológicas e humanas do ciclo de vida, como as mudanças na adolescência, no casamento, no parto e outras. As transições situacionais, estão associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis sociais, de mudanças na vida ou no local de trabalho e na educação, exemplos disso são a viuvez, a transferência para lares de idosos, a migração. As transições relacionadas com situações de saúde/doença tal como o nome indica são causadas por mudanças no estado de saúde e doença, como o diagnóstico de doença, procedimentos cirúrgicos e a reabilitação. As organizacionais são motivadas por mudanças na liderança, na estrutura e no processo, como adoção de novas políticas, novos modelos ou novas tecnologias (Zhan et al., 2022).

As transições por serem complexas e multidimensionais, são caracterizadas por diversas propriedades, como a consciência, o envolvimento, a mudança e diferença, o intervalo de tempo, os pontos-chave e os eventos críticos (Zhan et al., 2022). A consciencialização está relacionada com a perceção, o conhecimento e reconhecimento da experiência da transição. Apresenta-se como uma característica definidora da transição, no sentido em que a sua ausência significa que a pessoa pode não ter iniciado a experiência de transição. Outra das propriedades das transições é o nível de envolvimento que cada pessoa demonstra no processo de transição, como a procura de informação, a utilização de modelos, a preparação ativa e a modificação proactiva de atividades. Estas duas propriedades estão intimamente relacionadas, pois a pessoa só se pode envolver depois de se consciencializar das mudanças (Im, 2017). No caso destes atributos estarem comprometidos, é legítima a intervenção do enfermeiro especialista em perioperatório para impulsionar a mudança, como é o caso das consultas pré-operatórias e follow-up.

A preparação prévia facilita a experiência da transição, e a falta dela dificulta. Intrinsecamente ligado à preparação, está o conhecimento sobre as expectativas durante a transição e quais as estratégias que podem ajudar na gestão da situação.

A transição acarreta diferentes adaptações sociais, pessoais, económicas, entre outras, que ajudam o enfermeiro a reconhecer se o desenvolvimento da pessoa é adequado ou não à situação em causa. Os padrões de resposta poderão ser monitorizados através de indicadores de processo que caracterizam as respostas à transição e o modo como esta se está a desenvolver (sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e coping). Os indicadores de resultado representam o domínio das novas habilidades necessárias para gerir uma transição, o desenvolvimento de uma identidade fluída e integradora e permitem facilitar a identificação do final da transição. Os resultados da monitorização dão indicações sobre a evolução da transição e fornecem resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem (Silva et al., 2019).

Atualmente, a aplicação desta teoria expandiu também ao diagnóstico da pessoa, cirurgia e reabilitação da doença. A teoria das transições é aplicada a clientes cirúrgicos perioperatórios ao longo de todo o processo de diagnóstico e cuidados de tratamento, melhorando a continuidade e coordenação dos cuidados, transpondo a transição de saúde/doença para a prática do enfermeiro especialista em perioperatório. O estudo de caso permite a continuidade de cuidados que inclui procedimentos para avaliar, planear, implementar, coordenar, monitorizar e avaliar tratamentos e serviços selecionados para fazer face às necessidades individuais de saúde por meio da comunicação com os clientes e coordenação dos recursos disponíveis. No plano de cuidados do cliente perioperatório, integrar os cuidados de transição ao reinternamento e a prevenção de complicações alcança melhores resultados (Zhan et al., 2022).

A cirurgia significa várias mudanças no ambiente de atendimento ao cliente e na recuperação da autonomia pós-operatória. Em todas as transições, o regresso a casa após a alta é considerado uma fase crítica na reabilitação cirúrgica, e os clientes pós-operatórios geralmente ficam sobrecarregados por terem que cuidar de si mesmos. Zhan et al. (2022) citam que os autores, Son YJ et al. (2015), constataram que os clientes idosos geralmente têm necessidade de reabilitação quando recebem alta hospitalar e devem ter o apoio de familiares, amigos ou recursos médicos profissionais para otimizar o processo de transição.

Em síntese, a Teoria das Transições de Meleis permite ao enfermeiro uma melhor compreensão do processo de transição, através de uma visão ampla e aprofundada. É possível estabelecer orientações para a prática de enfermagem,

permitindo ao enfermeiro pôr em prática terapêuticas de enfermagem necessárias, facilitando o desenvolvimento de competências face à transição que a pessoa vivencia (Silva et al., 2019). Tais orientações emergem do conhecimento e habilidades do enfermeiro especialista em perioperatório ao nível das competências “Capacita a pessoa e a família/pessoa significativa, a para a gestão da experiência cirúrgica” (p. 19366) e “Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória” (Regulamento nº 429/2018, p. 19366).

Durante este processo é fundamental que os enfermeiros especialistas sejam capazes de identificar o tipo de transição que a pessoa está a vivenciar para que possam desenvolver um plano de cuidados facilitador de transição, que seja adequado às suas necessidades, de forma a este se adapte à nova situação.

Atendendo à necessidade crescente dos enfermeiros perioperatórios e à simultaneidade da expansão da teoria de Afaf Meleis nesta área, a Association of periOperative Registered Nurses (AORN, 2021) desenvolveu o Modelo Focado no Paciente Perioperatório, no qual evidencia a estrutura conceptual para a prática de enfermagem perioperatória e o conjunto de dados de enfermagem perioperatória. Este modelo relaciona o cliente, a pessoa de apoio e os cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro perioperatório. Não obstante ao ambiente da prática, localização geográfica ou a natureza da população do cliente, este encontra-se no centro dos cuidados de enfermagem perioperatória, no qual o enfermeiro tem o papel primordial na sua defesa.

Representado por quatro domínios, este modelo, incide em três centrados no cliente: a segurança, as respostas fisiológicas ao procedimento cirúrgico ou outros procedimentos invasivos e as respostas comportamentais tanto do cliente como da pessoa de apoio a estes procedimentos. O quarto domínio é representado pelo sistema de saúde onde são prestados os cuidados perioperatórios. Neste quadrante, incluem-se as preocupações administrativas e elementos estruturais para o sucesso dos resultados perioperatórios (Benze et al., 2021).

Baseado na definição da AORN (2021), o enfermeiro especialista em perioperatório deve contemplar as respostas fisiológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais do cliente, através de uma comunicação clara e verdadeira. Assim, deve ser capaz de usar o processo de enfermagem para desenvolver planos de cuidados,

coordenar e prestar cuidados da pessoa submetido a um procedimento cirúrgico, bem como serem capazes de identificar necessidades, estabelecer metas e alcançar bons resultados através do desenvolvimento do plano de cuidados.

O processo de enfermagem é um constituinte das teorias e modelos de enfermagem, nas quais devem constar todos os seus elementos. Sendo este modelo focado nos resultados dos enfermeiros perioperatórios, ele coloca os resultados lado a lado com os domínios centrados no cliente.

Através da avaliação das práticas e de acordo com os seus resultados, análise dessas práticas e implementação de programas de melhoria contínua é possível o enfermeiro especialista identificar a melhoria da qualidade (Regulamento nº 140/2019). Estes princípios só são concretizáveis pelo conhecimento irrepreensível dos enfermeiros perioperatórios, levando a resultados de alta qualidade. Os cuidados individualizados ao cliente, são prestados pela prévia avaliação do enfermeiro, que desenvolve um plano de cuidados real ou potencial no cuidar (Benze et al., 2021).

No local de estágio, é bem representativo a aplicação deste modelo, onde o cliente é o foco de atenção da equipa cirúrgica e a partir do qual se pretende alcançar resultados positivos, nomeadamente a informação que o cliente possui para a consciencialização do seu estado de saúde e da sua recuperação no pós-operatório.

Relacionados com as transições de saúde/doença mencionadas pela teoria de Meleis, a realização de procedimentos cirúrgicos, implica o diagnóstico da doença e reabilitação, nas fases pré e pós-operatória respetivamente. A ausência da consulta pré-operatória na instituição, pode ser um fator limitador na consciencialização e envolvimento do cliente à mudança do seu estado de saúde, comprometendo o conhecimento, a procura de informação e outros pontos cruciais das transições. Consequentemente o desempenho do enfermeiro especialista em perioperatório para impulsionar a mudança, acaba por ficar aquém do expetável, podendo ser realizado de uma forma rudimentar pelos enfermeiros do internamento e pelos enfermeiros do perioperatório, uma vez que a informação é transmitida de uma forma superficial momentos antes da cirurgia, podendo inibir a pessoa de colocar as suas dúvidas e tomadas de decisão sobre os seus cuidados e tratamentos (Benze et al., 2021).

No entanto, a teoria das transições e o modelo focado no paciente em perioperatório, acabam por convergir, no que refere aos intervenientes do processo:

cliente, pessoa significativa e enfermeiro perioperatório. Depois de traçado o plano de cuidados e o bem-estar de estes três elementos, são prestados cuidados com o objetivo de obter resultados melhorados, para que futuramente o cliente e pessoa significativa possam desenvolver novas habilidades que permitam uma transição positiva de saúde/doença/saúde.

### 1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

A instituição onde decorreram os estágios abrange quase todas as freguesias da cidade do Porto e o conselho de Gondomar. É ainda referência para a população dos distritos de Bragança e Vila Real, dos concelhos de Amarante, Baião e Marco de Canaveses, do distrito do Porto e dos concelhos situados a sul do Douro pertencentes à parte norte dos distritos de Aveiro e Viseu.

No que respeita à área cirúrgica, a referência é toda a zona Norte de Portugal, desde que o cliente seja atendido pela equipa de urgência deste centro hospitalar.

Atualmente a instituição de estágio é composta por quatro polos físicos e tem como missão de enfermagem, prestar cuidados de enfermagem à pessoa, disponibilizando cuidados de excelência na promoção dos projetos de saúde e do bem estar, respeitando a dignidade humana, autonomia e individualidade de acordo com as suas convicções culturais, filosóficas e espirituais.

Os campos de formação onde foram realizados os estágios foram escolhidos por se tratar de um hospital central, com grande fluxo de cirurgias e que contempla quase todas as especialidades. Apresenta ainda, um ambiente cirúrgico de caráter de urgência e emergência, permitindo assim a oportunidade de contactar com clientes de níveis diferentes de complexidade e de várias áreas de especialidade. O bloco operatório de cirurgia convencional, tem como missão principal, prestar os melhores cuidados de saúde cirúrgicos, proporcionando o ambiente físico e recursos humanos, de forma a manter elevados níveis de excelência e rigor, de acordo com o “estado de arte”, respeitando o princípio da humanização, e incentivar a formação pré e pós-graduada, bem como a investigação. Deve fomentar em todos os profissionais o orgulho e sentimento de pertença, garantindo os objetivos institucionais de forma a alcançar a máxima rentabilização dos recursos.

Considero a escolha do local de estágio promotora de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional, visto ser um serviço com especificidades próprias, nomeadamente, à pessoa em situação perioperatória e também por ser um ambiente e área diferente do qual desempenho a minha atividade profissional, que atualmente é na área de medicina interna.

Quando pensamos nas instalações do BO, esta merece uma análise cuidada desde a fase de conceção do projeto, passando pela fase de execução, exploração e consequente manutenção das instalações. Efetivamente, para além da qualidade e profissionalismo dos elementos da equipa cirúrgica, existem características físicas do BO que podem condicionar a ação destes profissionais de saúde, e consequentemente o sucesso da intervenção no cliente.

Em Portugal, de acordo com o Decreto Regulamentar nº 63/94 de 2 de novembro, capítulo IV, Anexo III, referente a Instalações e equipamentos mínimos a considerar no bloco operatório, para os efeitos do artigo 15.º, a sala de operações, deverá ter uma área de 36 m<sup>2</sup> e largura de 5,5 m; a sala de indução anestésica deve ter uma área de 14 m<sup>2</sup> e largura de 3,5 m, assim como deve fazer parte das instalações, a zona de desinfeção de pessoal. Estes são os valores mínimos exigidos para as dimensões das salas operatórias.

A boa organização física de um bloco operatório é essencial para o seu funcionamento, gestão, prevenção de riscos e de infeções. Assim, o BO deve obedecer a padrões arquitetónicos (dimensões, pavimentos, paredes, portas, janelas e iluminação) e ambientais (pressão, humidade, temperatura, iluminação, ruído) para zelar pela qualidade da organização e desempenho dos seus colaboradores (Duarte e Martins, 2014).

A equipa de enfermagem dos BO desta instituição é maioritariamente jovem (idade média de 46 anos) e do sexo feminino. É constituída no total por 128 enfermeiros, dos quais sete são enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica a desempenhar funções de gestão, 64 são instrumentistas/circulantes (oito com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica) e 57 de anestesia (quatro com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica).

O BO de ortopedia, a equipa de enfermagem é formada por 16 enfermeiros em que cinco são enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica e três desempenham funções de coordenação.

A funções destes enfermeiros desenvolvem-se de duas formas. Os enfermeiros com funções de anestesia, ficam alocados na sala de cirurgia e na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), enquanto o instrumentista desempenha as funções de circulante e vice-versa. Deste modo, permite a distribuição adequada dos profissionais e a rotatividade dentro destas duas áreas, aumentando a qualidade dos cuidados e o bom funcionamento do serviço.

No centro ambulatório a equipa é composta por 64 enfermeiros, complementada com 11 enfermeiros partilhados. Destes, 28 são enfermeiros especialistas, dos quais 15 em enfermagem médico-cirúrgica. Tal como no polo do Hospital de Santo António, desempenham as suas funções da mesma forma, com a exceção que toda a equipa participa nas consultas pré-operatórias presenciais, consultas telefónicas do dia anterior e nas consultas telefónicas do dia seguinte.

A realização do primeiro e terceiro estágio decorreram no BO central e no BO de ortopedia. Estes, localizam-se lado a lado e têm acesso privilegiado a alguns serviços como a urgência, cuidados intensivos, laboratórios de análises e internamento de cirurgia. O bloco de ortopedia, onde decorreu maioritariamente o estágio, é constituído por três salas (A-C) e uma UCPA com seis camas. O Bloco Operatório Central (BOC) é constituído por seis salas (D-I), para as restantes especialidades e dispõe de uma UCPA com capacidade para 11 camas. Todas as salas de cirurgia têm acopladas uma zona de lavabos para desinfeção e uma sala de indução anestésica, com exceção da sala C que não possui sala de indução nem ligação com o circuito de sujos. Para a urgência funcionam na totalidade três salas, uma para a ortopedia e duas para as restantes especialidades.

A cirurgia eletiva funciona, durante a semana, no período da manhã (8h às 16h) e no período da tarde, até às 20h. A cirurgia de urgência é assegurada 24h por dia, sete dias por semana.

Os enfermeiros encontram-se organizados por equipas, a eletiva e de urgência, onde está sempre presente o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica com funções de coordenador. No turno da noite, o responsável não é necessariamente

especialista, pois embora estes sejam poucos, a equipa é constituída por elementos com mais de 15 anos de experiência tornando-se numa equipa de peritos que prestam cuidados de excelência. De acordo com Amaral e Figueiredo (2021), o enfermeiro perito caracteriza-se por um elemento com vasta experiência, guiado pela intuição através da qual capta o problema e age através da compreensão da situação e do inesperado. As mesmas autoras referem que a aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro, se baseiam nas experiências vividas e que desenvolve o conhecimento ao longo do tempo, aumentando o *know-how* pela investigação baseada na teoria e pelo *know-how* existente desenvolvido em contexto da prática.

Os enfermeiros pertencentes à equipa eletiva exercem funções durante a semana das 8h-20h, a equipa de urgência tem rotatividade de horário de 24h, durante sete dias por semana. Porém, excepcionalmente, alguns elementos da equipa da cirurgia eletiva exercem funções nas salas de urgência.

Pela complexidade das diversas especialidades, a equipa dos elementos eletivos exerce a sua atividade maioritariamente em uma ou duas especialidades, enquanto a equipa de urgência atua em todas as especialidades, estando capacitada a desenvolver mais conhecimentos e habilidades.

O segundo local de estágio realizado em contexto de ambulatório, tem como filosofia, assentar na prestação de cuidados centrados no cliente, com vista à melhoria continua da sua qualidade de vida. Tendo como missão, oferecer aos clientes um melhor serviço, humanizado e de alta qualidade, simultaneamente com o menor custo operacional, através de um modelo de qualidade e de referência, totalmente dedicado à cirurgia de ambulatório.

O período de funcionamento é entre as 8h e as 20h30min, para a atividade cirúrgica, podendo prolongar para a pernoita até as 7h30min.

No que diz respeito à estrutura física, deverão estar contempladas as diferentes áreas de trabalho por forma a que o percurso do cliente na unidade seja rápido, simples e curto. Assim preconiza-se a existência de uma área administrativa, de consulta, sala de espera, vestiários, sala de preparação pré-anestésica, bloco operatório, unidade cuidados pós-anestésicos (recobro um e dois) e área de alta (Recobro três) (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório [CNADCA], 2008).

O edifício do centro de ambulatório é composto por 11 pisos, sendo que grande parte deles corresponde ao estacionamento e onde se encontra a unidade de esterilização.

O piso um é dedicado maioritariamente à especialidade de oftalmologia. Encontra-se dividido em duas partes. Uma das quais destinada às consultas, tratamentos e cirurgias com anestesia local. O lado oposto deste piso, é constituído por mais três salas operatórias e um recobro com cinco camas.

No piso dois, encontram-se os blocos operatórios das restantes especialidades cirúrgicas, apresentando cinco salas operatórias, um recobro imediato que integra seis camas, o recobro dois com 22 camas e o recobro três constituída por cadeirões.

O piso três é igualmente dividido em duas partes. Uma delas dedicada à direção e administração e outra destinada à pernoita, sendo esta constituída por 10 suites. Devido à crescente complexidade das cirurgias acolhidas no ambulatório, os clientes submetidos a colecistectomias, a tireoidectomias e a cirurgias de coluna, ficam em vigilância noturna. De acordo com as necessidades e situações excepcionais, permanecem em vigilância noturna os clientes que se encontram a grande distância do domicílio, clientes que não possuam acompanhante nas primeiras 24h ou cirurgias que necessitam de maior vigilância.

Atualmente, este centro de ambulatório dispõe das especialidades de Angiologia e Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral de Ambulatório, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Dermatologia, Estomatologia, Ginecologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia.

## 1.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DAS INFEÇÕES DO LOCAL CIRÚRGICO

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são uma realidade. Segundo o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC, 2019), define IACS como a infeção adquirida no contexto da prestação de cuidados de saúde num ambiente hospitalar ou outra entidade de saúde. A existência destas infeções, resultantes de efeitos adversos que contribuem para o aumento da mortalidade e morbilidade, pressupõe custos associados ao aumento dos dias de internamento, do uso de

antibioterapia, das complicações e das necessidades do cliente e família após a alta, afetando a sua qualidade de vida.

Em Portugal a taxa de prevalência de IACS em 2017 foi de 7,8%, sendo que diversas instituições de saúde reconheceram a presença de custos financeiros, económicos, sociais e individuais associados a estas infeções (Gonçalves & Carmo, 2022).

A razão apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) para a problemática das ILC's, é a resistência antimicrobiana exibida de uma forma significativa. Cerca de 60% dos microrganismos isolados nas incisões cirúrgicas infetadas são resistentes a antibióticos, contribuindo para aproximadamente metade de todas as ILC's. De acordo com Bashaw e Keister (2019), as ILC's são um dos tipos mais comuns de IACS, que podem ser evitadas com a prática de intervenções baseadas na evidência. Os autores referem ainda que estes tipos de infeções compreendem 20% a 31% de todas as IACS em clientes hospitalizados.

Segundo Silva et al. (2021), definem ILC como a infeção que ocorre no local da incisão cirúrgica ou na sua proximidade (incisional, profunda ou órgão/espaco), como uma complicação que se desenvolve após a cirurgia, habitualmente entre 30 a 90 dias do pós-operatório ou até um ano nos casos de colocação de implantes de órteses e próteses.

Anualmente estima-se que em todo o mundo sejam efetuadas mais de 300 milhões de cirurgias e que 1% a 5% desenvolvam uma infeção relacionada com esse procedimento (OE, 2021). Baseado em dados de estudo de prevalência Europeu, promovido pelos ECDC, estima-se que na *The European/The European Economic Area* (EU/EEA) ocorram mais de meio milhão de ILC's anualmente (OE, 2021).

As ILC's são responsáveis por uma maior morbidade e mortalidade, prolongamento do internamento no pós-operatório, procedimentos cirúrgicos adicionais e a permanência em cuidados intensivos, o que eleva os gastos e a diminuição da produtividade (OE, 2021).

Os resultados fornecidos pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) em 2021, determinam que entre 2015 e 2020, houve redução da incidência da taxa global de ILC em 44,2%. Já entre 2019 e 2020, analisando a taxa de ILC pelos grandes grupos de procedimentos, verificou-se uma redução desta infeção nas cirurgias do trato digestivo, principalmente na cirurgia

colorretal (em 17,9%) e na colecistectomia (em 22,2%). O mesmo não aconteceu nas cirurgias ortopédicas com colocação de prótese, onde se verificou um aumento da ILC, como é o caso da artroplastia de joelho (em 14,3%) e da artroplastia de anca (em 76,9%). De salientar que em 2020 por conta da pandemia Covid-19 declarada emergência de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde, foram realizados e analisados menos atos cirúrgicos eletivos. Este aumento pode estar relacionado com a queda acentuada das atividades médicas e cirúrgicas programadas e não programadas na rede do Serviço Nacional de Saúde.

Fatores endógenos e exógenos à pessoa são uma das causas das ILC's. Os primeiros referem-se às condições físicas e às psicológicas e à presença de patologia associada. Já nos segundos, envolvem as lesões cutâneas e as suas características, assim como o tipo de cirurgia e técnica cirúrgica (OMS, 2018).

Atualmente, constata-se um aumento da demanda de cirurgias ortopédicas, entre as quais as ILC's, relacionadas aos procedimentos ortopédicos são consideradas graves. A utilização de implantes, tem sido uma prática cada vez mais utilizada, visando o realinhamento, a estabilização, a síntese óssea e a substituição articular. No entanto, no período pós-operatório a presença de próteses, aumenta o risco de desenvolvimento de processos infecciosos (Júnior et al., 2021).

Contudo, a ILC em procedimentos ortopédicos, para além de interferir com a qualidade de vida da pessoa também tem sido uma importante questão para as instituições de saúde.

O contributo específico dos enfermeiros perioperatórios no cuidar, tem como meta responder às necessidades da pessoa submetida a cirurgia ao nível das três dimensões: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório (Regulamento nº 429/2018).

Alguns dos fatores que promovem o desenvolvimento da ILC estão relacionados com o vestuário, a desinfecção cirúrgica das mãos, o procedimento cirúrgico específico, a duração e complexidade do procedimento cirúrgico e a técnica cirúrgica (Bashaw & Keister, 2019). Assim cabe ao enfermeiro especialista em médico-cirúrgica em enfermagem à pessoa situação perioperatória (EEMCEPSP) implementar medidas de eficácia comprovada que permitam a prevenção das ILC's, como por exemplo, o fardamento adequado, em que a túnica deve ser ajustada e colocada por dentro das calças, tal como o uso de máscara e touca; o tipo de técnica cirúrgica, se é por

laparotomia ou laparoscopia pela exposição cirúrgica e tempo de cirurgia; evitar a constante abertura de portas da sala, reduzir ao mínimo o número de elementos dentro da sala, bem como no pós-operatório deve garantir homeostasia, com a oxigenação, com controle da glicemia capilar e normotermia.

De acordo com Oliveira (2014), o enfermeiro especialista em enfermagem perioperatório tem como propósito garantir e disponibilizar cuidados de enfermagem específicos e de qualidade. A consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, concentração, resposta rápida a situações de urgência e controlo de stress, fazem parte do “saber ser” no bloco operatório. Todavia, as competências do enfermeiro perioperatório incluem o “saber fazer” que se representa pelo conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas necessárias para o desempenho do enfermeiro do perioperatório (Associação dos Enfermeiros Portugueses de Ortopedia e Traumatologia, 2022).

### 1.3. INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

O envelhecimento da população associa-se a doenças músculo esqueléticas que interferem na qualidade de vida, trazendo limitação funcional para a pessoa, tornando-se fundamental o alívio da dor e o controlo dos sintomas, que muitas vezes culmina em tratamento cirúrgico (Preto et al., 2019).

A ILC é o maior inimigo do sucesso de um cirurgião e destrói o seu orgulho e glória. É uma complicação temida após a cirurgia ortopédica e a sua principal causa é o *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) que é um microrganismo comensal do corpo. Estes coexistem em quase todas as superfícies do corpo, no entanto, as defesas corporais podem ser interrompidas nos locais da incisão cirúrgica (Borthakur et al., 2016).

O *S. aureus* é um dos principais agentes patogénicos implicados nas infeções ortopédicas em todo o mundo. Cerca de 20%-30% da população ortopédica em geral é sensível à meticilina por *S. aureus* (MSSA) e aproximadamente 1%-5% dos portadores de *S. aureus* são resistentes à meticilina (MRSA). Considerando que o principal local de colonização desta bactéria é a cavidade nasal anterior, os clientes portadores desta bactéria na flora comensal, têm um aumento de risco de infeção, incluindo cirurgia

ortopédica eletiva. Os autores afirmam, que os portadores nasais de *S. aureus* que desenvolvem ILC, podem indicar haver relação entre as narinas e a amostra isolada da ILC, confirmando a existência de um importante via de contaminação endógena (Ribau et al., 2020).

Segundo Serra (2012), a ortopedia foi a especialidade cirúrgica, que mais evoluiu na segunda metade do século vinte, conseguindo-se equiparar a outras disciplinas que lhe estavam adiantadas. No entanto, ainda não há forma de impedir a progressão da degenerescência articular. Posto isto, o meio de solucionar esta questão, passa pela remoção da articulação e a sua substituição através de próteses. Isto deve-se ao aumento da longevidade da população, que propicia o desenvolvimento de doenças agudas e crónicas que culminam em desgastes ósseos, implicando frequentemente tratamentos cirúrgicos com colocação de implantes.

Nos últimos anos, os progressos alcançados na área da saúde, aliados à engenharia e a outros ramos da ciência, têm permitido uma grande evolução das técnicas de reconstituição das funções totais ou parciais de órgãos e tecidos. Neste contexto, o surgimento de novos biomateriais têm vindo a ganhar grande importância, pois permitem o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e de novos implantes e próteses aplicados em ortopedia.

No contexto epidemiológico das ILC's destacam-se as ocorridas em cirurgias ortopédicas dependentes do uso de implantes. A maioria destas infeções estão relacionadas com o crescimento de microrganismos em biofilmes, alcançando um ambiente seguro para o alojamento e proliferação bacteriano no material implantado, difíceis de serem eliminados (Borthakur et al., 2016).

Segundo os mesmos autores, as taxas de ILC nos procedimentos ortopédicos parecem aumentar quando certos fatores de risco estão presentes. Efetivamente, quer fatores de risco associados ao cliente, como os modificáveis (diabetes mellitus, obesidade, desnutrição, tabagismo), quer fatores relacionados ao procedimento cirúrgico, estão relacionados com o aumento do risco de infeção após a cirurgia ortopédica.

Em países desenvolvidos, como os EUA, tem sido crescente os procedimentos cirúrgicos como a artroplastia. Embora sejam realizadas aproximadamente 1,2 milhões de artroplastias por ano, prevê-se que este número exceda os 3,8 milhões anuais até o

ano 2030, pelo envelhecimento da população (Parvizi et al., 2017). Nesta revisão os mesmos autores relatam estudos levados a cabo por Tande e Patel (2014) e Lange et. Al (2016), onde documentam que a infecção articular relacionada com próteses, está associada a uma taxa de mortalidade entre 2% e 7%. Assim, os clientes com ILC têm cinco vezes mais hipóteses de serem reinternados no espaço de 30 dias e duas vezes mais risco de morte do que os clientes que não desenvolvem ILC (Sousa et al., 2021).

O relatório epidemiológico anual para 2018-2020 do ECDC, aponta para valores de taxa de ILC europeias de 1,2% na prótese total da anca (PTA) e 0,6% na prótese total do joelho (PTJ), com o *S. aureus* como principal agente causador da infecção, em 42,2% dos casos na PTA e o *Enterococcus* em 27,9% dos casos na PTJ (ECDC, 2023).

O sucesso a longo prazo do implante depende principalmente da biocompatibilidade, osteointegração, resistência à corrosão, resistência ao desgaste e outras propriedades mecânicas dos biomateriais. Outros fatores de risco significativos para falha do implante incluem infecção, trauma e fraturas patológicas. Materiais como titânio, cromo cobalto, cerâmica, alumínio e aço inoxidável que têm sido usados extensivamente na construção de implantes até agora falham devido a complicações como desgaste, perda de tensão, falha mecânica e infecção. A infecção do implante é uma das principais causas de amputação e até morte da pessoa. Este tipo de infecção em muito se deve à resistência dos medicamentos e pode aumentar de 100 a 1.000 vezes quando as bactérias formam um biofilme (Özkul et al., 2022).

Com base no estudo realizado por Agarwal et al. (2018), parece evidente que as técnicas atuais de manuseio e processamento do implante deve estar sob escrutínio contínuo. A contaminação dos implantes está associada à exposição intraoperatória, a luvas cirúrgicas e ao ar, bem como reprocessamento hospitalar pré-operatório.

No entanto, para benefício dos clientes, os métodos de prevenção de infecções devem ser aprimorados e os profissionais de saúde precisam aderir às melhores práticas estabelecidas.

A quebra da técnica asséptica cirúrgica no período intraoperatório é comumente constituída por acidentes e erros. A sua prevenção é responsabilidade fundamental da equipa perioperatória, assim como, reconhecer e corrigir essas quebras da técnica estéril e implementar métodos de prevenção para futuras ocorrências. Medidas relativamente à esterilização, contaminação do campo, assepsia cirúrgica das mãos, batas e luvas e

preocupações ambientais, tais como, a qualidade do ar, limpeza da sala de cirurgia e o número de elementos nas salas de cirurgia, podem contribuir para a prevenção da ILC (Mejia et al., 2015).

#### 1.4. BOAS PRÁTICAS DE INSTRUMENTAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NA CIRURGIA DE ORTOPEDIA COM USO DE IMPLANTES

Nas últimas décadas a temática da segurança assumiu maior relevância, tornando-se numa questão global e essencial para o acesso a cuidados de saúde de qualidade. A segurança é uma particularidade fundamental para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde, sendo que esta é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro).

O processo de cuidar, pela sua especificidade, pressupõe que o enfermeiro especialista seja detentor de competências científicas, técnicas e humanas (Regulamento n.º 140/2019), de forma a prestar cuidados diferenciados, individualizados e humanizados na área da enfermagem médico cirúrgica, nomeadamente no que concerne à pessoa em situação perioperatória.

O papel da enfermagem perioperatória na organização e na segurança dos BO é reconhecida universalmente. As reflexões e a vigilância são fundamentais para o adequado funcionamento dos mesmos, onde os enfermeiros atuam com um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos. A prestação de cuidados perioperatórios alicerçam-se em pilares dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, relacionados com a segurança da pessoa e a prevenção da ILC, destacam-se a prudência e a gestão de risco e a consciência cirúrgica. No que refere a prudência e gestão do risco, o enfermeiro especialista tem competências neste âmbito e das consequências que cada decisão ou ato podem ter. Através de uma postura de prevenção e vigilância antecipatória, atua com consciência cirúrgica, prudência e precaução, tomando decisões com o objetivo de evitar um evento adverso (OE, 2017).

Pertencente aos princípios éticos e morais, a consciência cirúrgica, norteia o enfermeiro na prática de cuidar, agindo em benefício da pessoa em situação

perioperatória, demonstrando uma conduta profissional para com a pessoa e equipa, fundamentado no conhecimento, compreensão, princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, pelas quais cada profissional é responsável (Regulamento nº 429/2018).

O BO de ortopedia é por norma um serviço com imenso fluxo de pessoas e, no qual, várias vezes, se encontram clientes idosos admitidos por trauma. Além do mais, é um local que recebe pessoas com uma maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, maior suscetibilidade para contrair uma infeção. Logo, refleti sobre questões da prevenção da transmissão das infeções, de forma a adequar os cuidados prestados, contribuindo desta forma para a redução da sua ocorrência.

O período perioperatório é um momento de transição tanto para a pessoa como para a sua família, em que enfrentam a cirurgia como um evento e implicações para a saúde como um marco na sua vida. A rutura no seu quotidiano implicada pela experiência cirúrgica, obriga a uma reorganização, compreendendo assim, a cirurgia como um processo de transição.

Os cuidados de enfermagem perioperatórios desenvolvem-se através de um processo padronizado de boas práticas. Uma boa prática para as organizações de saúde é aquela que, por meio da correta aplicação de conceitos, técnicas ou procedimentos metodológicos, tem atestada a fiabilidade que conduz a um resultado positivo para a pessoa. Para isso, o desenvolvimento de boas práticas em saúde e enfermagem, requer além de evidências científicas e fundamentação teórica, a compreensão do ambiente e contexto em que o cuidado é desenvolvido. Portanto, as boas práticas baseiam-se na análise das ações desenvolvidas por meio de um processo de reflexão crítica, ou seja, pensar sobre a ação, o porquê e a forma de ser mais efetiva (Gutierrez et al., 2018).

Para proporcionar uma experiência segura aos clientes, os enfermeiros perioperatórios aplicam boas práticas baseadas na evidência para a prevenção da ILC (Bashaw & Keister, 2019). Embora as ILC's sejam as mais comuns e dispendiosas pertencentes ao extenso leque de IACS, na última década, as taxas têm vindo a diminuir significativamente, no entanto a segurança da pessoa ainda se mantém comprometida. Segundo os resultados apresentados pelo programa Desafio Stop Infeção Hospitalar entre 2015-2018, a redução da ILC foi acima dos 50% em Portugal para procedimentos de colecistectomia e colocação de prótese da anca e joelho (DGS, 2022).

A importância de conhecer os fatores de risco e estabelecer medidas preventivas para o controle deste tipo de infecções é imperativo para o enfermeiro planejar e implementar intervenções para minimizar as ILC's. O vestuário, vestir bata estéril, a desinfecção cirúrgica das mãos e o uso de luvas, a desinfecção do campo operatório e técnica asséptica cirúrgica entre outros, constituem um conjunto de barreiras à contaminação do campo operatório e da ferida cirúrgica (Duarte & Martins, 2014). Segundo a DGS (2022), o controle do ambiente, o banho pré-operatório e os cuidados com o local da incisão cirúrgica também são algumas destas intervenções.

#### **1.4.1. Vestuário no bloco operatório**

Vestir os profissionais é uma etapa delicada, mas que não pode ser negligenciada, pois o corpo humano é a maior fonte de contaminação microbiana do BO. Para além de ser um fator importante no controlo da contaminação do ambiente cirúrgico, este também é usado para promover um elevado nível de higiene.

O vestuário do bloco, que é de uso exclusivo nesse local, é usado para prevenção de contaminação tanto dos clientes como dos profissionais que estão expostos a microrganismos e matérias de risco. É constituído por fatos próprios, toucas ou barretes, máscaras, proteções oculares, calçado e outras barreiras protetoras.

Os fatos de circulação devem ser 100% de algodão ou tecido não tecido, para proporcionar conforto e diminuir os níveis de dispersão de partículas. Estes devem ainda ser constituídos por duas peças, calça e túnica de acabamento justo com o mínimo de pele exposta, pelo que os decotes devem ser reduzidos.

A troca de vestuário é diária e sempre que se encontrem visivelmente sujas ou molhadas, devem ser mudados por deixar de constituir barreira protetora e passarem a ser um potencial veículo de infeção cruzada (Duarte & Martins, 2014).

O uso das batas e luvas cirúrgicas previnem a contaminação da ferida operatória e por outro lado protege a equipa cirúrgica de fluidos orgânicos provenientes da ferida cirúrgica tornando-se prática padrão (AORN, 2019).

Os barretes e toucas devem ser de uso único e pretende-se que cubram o cabelo na totalidade, de forma a evitar a sua queda e prevenir a contaminação do campo estéril e reduzir o risco de ILC (AORN, 2019).

As máscaras oferecem barreira entre o trato respiratório e a ferida cirúrgica e protegem os profissionais de fluidos orgânicos provenientes dos clientes. São de uso obrigatório nas zonas restritas e em qualquer local onde exista material estéril aberto. Estas não são reutilizáveis e devem conter filtro e atilhos, devendo ser trocadas após cada intervenção cirúrgica, pela saturação de humidade e microrganismos existentes no trato respiratório (Duarte & Martins, 2014). A revisão sistemática realizada por Salassa e Swiontkowski (2014) mostraram que vários estudos ao longo dos anos refutam o uso de máscara no BO, pois o uso ou não destas não interferem na ILC. Tunevall (1991) mostrou através de um estudo prospetivo randomizado e controlado com 3.088 pessoas submetidos a procedimentos de cirurgia geral, que a diferença entre os grupos que usam máscara e o grupo que não usa máscara, não é significativa nas taxas de ILC (4,7% versus 3,5%). Também Webster et al. (2010) demonstraram achados semelhantes num estudo prospetivo randomizado e controlado com coorte de 811 pessoas. Neste estudo foram registados 46 ILC's (11%) de 401 pessoas do grupo que usou máscara e 37 (9%) das 410 pessoas do grupo que não usou máscara. Tal como os autores anteriores, a Cochrane (2014) chegou aos mesmos resultados através de uma meta-análise de três ensaios e 2.113 pessoas, não havendo diferença significativa nas taxas de ILC, nos dois grupos (com máscara e sem máscara). Embora a literatura não consiga apoiar o uso de máscaras cirúrgicas na sala de cirurgia para a redução das taxas de ILC, as precauções universais exigem o uso de máscaras como equipamento de proteção para individual.

No entanto, Yu et al. (2019), apresentam um estudo de Meleney e Stevens em 1926, onde sugerem que o uso de máscara pode reduzir a incidência de ILC por streptococos hemolíticos para 5%. Nove anos após este estudo, os mesmos autores refutaram suas descobertas iniciais e relataram que as taxas de infeção com o uso consistente de máscaras eram muito mais altas do que o previsto no seu estudo inicial.

O calçado é para proteção pessoal da equipa cirúrgica, devem ser preferencialmente fechados, isentos de orifícios, antiderrapantes, anti-estáticos e resistentes a desinfeção mecânica. Contudo, o uso de coberturas no calçado não é permitido, pois não constituem uma barreira protetora eficaz contra os fluidos orgânicos e funcionam como “vassoura” contribuindo para o aumento da contaminação (Duarte & Martins, 2014).

### 1.4.2. Desinfecção cirúrgica das mãos

Fazendo uma breve perspectiva histórica, entre 1975 e 1985, surgem as primeiras publicações através dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças. Os guias de práticas de lavagem das mãos em hospitais, publicados na época, recomendavam lavar as mãos com sabonete sem antisséptico antes e após contato com clientes e lavá-las com sabonete associado a antisséptico antes e após a realização de procedimentos invasivos ou promoção de cuidados a clientes de alto risco. O uso de agentes antissépticos, como soluções à base de álcool, era recomendado apenas em emergências ou em áreas onde não houvesse pias. Em 1995 e 1996, o Comitê Consultivo em Práticas de Controle de Infecções (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) do CDC recomendava que um sabonete associado a antisséptico ou um agente não-hidratado fosse usado para higienizar as mãos à saída dos quartos de clientes com infecções multirresistentes. Em 2002, o CDC publicou o “Guia para higiene de mãos em serviços de assistência à saúde” e nesta publicação, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” pela maior abrangência desse procedimento, que documenta ainda, que a fricção antisséptica das mãos com preparações alcoólicas constitui o método preferido de higienização das mãos pelos profissionais que atuam em serviços de saúde (OMS, 2009).

Segundo a DGS (2010), a higiene das mãos é um dos princípios mais simples e eficiente na redução da infecção associada aos cuidados de saúde. É uma realidade incontornável a transmissão de microrganismos entre os profissionais e clientes e entre clientes através das mãos. É consensual que as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo para a transmissão de microrganismos da pele do cliente para as mucosas (trato respiratório, etc.) ou para locais do corpo habitualmente estéreis (sangue, líquido céfalo-raquidiano, líquido pleural, etc.) e de outros clientes ou do ambiente contaminado. Neste contexto, a higiene das mãos, para além de constituir a medida mais relevante na prevenção no controlo da infecção, é também, considerada uma medida com impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos (DGS, 2010).

A higienização das mãos pode ser abordada por várias técnicas, dependendo do objetivo ao qual se destinam. São elas, a higienização simples que remove os

microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele e é realizada com água e sabão; a fricção de antisséptico que reduz a carga microbiana das mãos desde que as mãos não estejam visivelmente sujas e a antisepsia cirúrgica que pretende eliminar os microrganismos transitórios da pele e reduzir os microrganismos residentes, além de proporcionar efeito residual na pele (Duarte & Martins, 2014).

Diante do exposto, na generalidade, as IACS podem ser prevenidas através da higienização das mãos, que é reconhecida como um indicador chave de qualidade dos cuidados de saúde. Quando realizada corretamente e no momento certo, pode desempenhar um papel crítico na detenção da propagação e aquisição de microrganismos que causam as IACS, incluindo os microrganismos resistentes a antimicrobianos (OMS, 2016).

A desinfecção cirúrgica das mãos é obrigatória antes de qualquer procedimento cirúrgico e é uma técnica padronizada para todos os profissionais. Para tal, ser efetuada de forma correta, devem ser removidos todos os adornos e verificar a pele das mãos e antebraços com o objetivo de esta estar isenta de feridas e abrasões. As unhas devem ser mantidas curtas, sem verniz, limpas e saudáveis, proporcionando à região subungueal o mínimo de microrganismos e redução do risco de rompimento das luvas pelo comprimento das unhas (DGS, 2019).

Para controlar o risco de infeção cirúrgica, procede-se ao uso de antissépticos que não são mais, que um desinfetante que obedece a determinadas características que o tornam inócuo para a aplicação em tecidos vivos, materiais e superfícies. A seleção do antisséptico é aprovada pela Comissão de Controlo de Infeção de cada instituição, tendo em conta, um largo espectro de ação, latência e efeito residual, de forma que reduza significativamente ou elimine os microrganismos da pele (Duarte & Martins, 2014; Río-Carbajo, L. & Vidal, 2019).

No período intraoperatório, o enfermeiro especialista tem um papel preponderante como elemento da equipa multidisciplinar. Contudo, o enfermeiro especialista ao possuir um conhecimento específico de enfermagem de elevado nível, tal como é referido no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, é um profissional de destaque que assegura o cumprimento dos princípios de preparação pré-cirúrgica das mãos e de utilização de barreiras protetoras (Regulamento nº 429/2018).

### **1.4.3. Lavagem e antissepsia da pele da área operatória**

A preparação da pele do cliente antes da cirurgia e a correta desinfecção do campo operatório tem como objetivo minimizar o risco de infecção operatória (Duarte & Martins, 2014). O cumprimento rigoroso destas normas é uma medida crucial para reduzir a contaminação microbiana do local cirúrgico e para atingir um ótimo nível de cuidados nesta área.

Tradicionalmente, os enfermeiros do perioperatório usam soluções à base de iodopovidona, no entanto esta não é suficientemente eficaz nas ILCs. Segundo a metanálise realizada por Lefebvre et al. (2015), não é apoiado este tipo de desinfecção, pois estatisticamente não há redução significativa destas taxas. Por sua vez, Bashaw & Keister (2019), relatam um estudo realizado por Kunkel et al. (2015), onde comparam a iodopovidona e o gluconato de clorexidina (GCH), em que demonstraram que a iodopovidona apresenta sete vezes mais incidência para culturas positivas do que o GCH.

O enfermeiro especialista em perioperatório deve ser capaz de adequar os métodos de cuidados à pele antes da intervenção cirúrgica, considerando as particularidades de cada situação, de forma a intervir na gestão do risco e controlo da segurança perioperatória (Regulamento nº 429/2018). Nesta sequência, antes da aplicação do antisséptico, deve ter em conta a sua escolha, de acordo com o local a usar e a tolerância do cliente (EORNA, 2020).

Relativamente à tricotomia, as recomendações da OMS (2018), expõe diretrizes que aconselham à não remoção dos pêlos rotineiramente e refere que se for necessário removê-los, deve ser realizado apenas com máquinas elétricas. Segundo um estudo de revisão de evidência de qualidade moderada realizado por Tanner e Melen (2021), no âmbito da tricotomia, refere que quando os pêlos não são removidos em comparação com a remoção com máquina elétrica, há menos três infecções no local cirúrgico no grupo que se depila. Por outro lado, compara a não remoção de pêlos com a remoção com lâmina, tendo como achado 17 ILC's no grupo que se depila com lâmina. Neste estudo fazem ainda a comparação do uso de lâmina com o uso da máquina elétrica, tendo como resultados 16 ILC's a mais no grupo que remove os pêlos com lâmina.

Menciona ainda que pode haver uma pequena redução da ILC, 12 infecções a menos quando a tricotomia é realizada no dia da cirurgia em comparação com o dia anterior. Para cumprimento das diretrizes da OMS, também a DGS em 2022, atualizou a norma 020/2015, que preconizam à implementação de intervenções em que as evidências apontam para a tricotomia não ser realizada ou evitada na fase pré-operatória, mas caso não seja possível, esta deve ser realizada no intraoperatório com máquina elétrica.

Esta norma impõe ainda, que a área a desinfetar deve ser realizada imediatamente antes da incisão e suficientemente extensa que possa permitir o seu alargamento ou colocação de drenos, usando soluto antisséptico de base alcoólica, como a GCH a 2% em álcool a 70%, exceto quando contraindicado (hipersensibilidade, eritema), de acordo com as indicações da comissão de infeção, respeitando o tempo de atuação do produto (DGS, 2022; Duarte & Martins, 2014).

Antes da aplicação de qualquer antisséptico deve-se fazer uma limpeza prévia e rigorosa da pele. O banho pré-operatório contribui para a inibição dos agentes microbianos da pele, reduzindo a sua flora normal e consequentemente diminui o risco de ILC (Bashaw & Keister, 2019), pelo que é recomendado na noite de véspera e no dia da cirurgia, pelo menos duas horas antes da cirurgia com GCH 2 a 4 % (DGS, 2022).

Para a execução da técnica de desinfeção da pele, deve-se obedecer às normas contempladas nos protocolos existentes no BO, que favoreçam a execução correta das manobras de desinfeção.

Para tal, deve existir uma mesa própria para o efeito, a área a desinfetar deve ser suficientemente alargada e o antisséptico deve ser aplicado com a técnica tradicional, com compressas e luvas estéreis, em movimentos circulares do local da incisão para a periferia (EORNA, 2020). No entanto, esta entidade, refere que Hadaway (2012) sugeriu que o método de esfregar com movimentos retos para a frente e para trás tem-se mostrado mais eficaz e está a substituir o método anterior.

Face ao contexto de desenvolvimento das competências, o enfermeiro especialista em perioperatório, adequa métodos de cuidados à pele antes da intervenção cirúrgica, considerando as particularidades de cada situação (Regulamento nº 429/2018), com a finalidade de limitar a infeção nosocomial relacionada com o ato cirúrgico.

#### **1.4.4. Uso de bata e luvas esterilizadas**

Sempre que se realizam técnicas cirúrgicas e/ou invasivas, é recomendado o uso de bata e luvas esterilizadas. Estas mantêm o campo estéril em segurança, minimizam o risco de transferência de microrganismos entre áreas estéreis e não estéreis, para além de proporcionarem uma barreira protetora para os profissionais (Duarte & Martins, 2014).

Estas batas cumprem os requisitos de desempenho, tendo por base a norma EN 13795 no âmbito da Diretiva 93/42/CEE Dispositivos Médicos (DM). Segundo esta norma, a bata cirúrgica pela definição normalizada é usada por um membro da equipa cirúrgica com o objetivo de prevenir a transferência de agentes infecciosos sem comprometer o campo estéril. Tendo em conta estes requisitos, as batas devem ser resistentes à penetração de líquidos e microrganismos, com libertação mínima de partículas (EORNA, 2020).

A bata cirúrgica é considerada estéril, na área anterior, desde cinco centímetros abaixo das axilas até ao nível do campo estéril e das mangas e cinco centímetros acima do cotovelo até ao início do punho. Por esta razão, o enfermeiro instrumentista deve evitar mudanças de nível, pois ao ocorrer movimentação do nível das áreas estéreis a probabilidade de haver contaminação é maior (Duarte & Martins, 2014).

Atualmente, existem vários tipos diferentes de batas disponíveis que contribuem para a escolha da bata certa, proporcionando um elevado desempenho e sucesso da intervenção.

As batas de uso único, de tecido não tecido que são descartáveis após o seu uso; as batas reutilizáveis, de tecidos sintéticos que podem ser reprocessadas num número limitado até serem descartadas, de acordo com as recomendações do fabricante e por fim as batas reutilizadas de tecido que tem vindo a ser descontinuadas, por não apresentarem uma barreira eficaz aos microrganismos, conforme exigido pela EN13795 (EORNA, 2020).

Para completar a indumentária estéril, após vestir a bata o próximo passo é colocar as luvas. Segundo a EORNA (2020), as luvas cirúrgicas e de exame devem estar em conformidade com as normas descritas na EN 455 e na Diretiva 89/686/EEC para equipamentos de proteção individual (EPI).

O uso das luvas cirúrgicas de borracha teve início no Hospital Johns Hopkins, em 1889. Halsted, um cirurgião metuculoso e seguidor de Lister, preconizou que a sua equipa cirúrgica além de lavar as mãos deveria mergulhá-las em uma solução desinfetante antes das cirurgias. Após a enfermeira-chefe, Caroline Hampton, apresentar dermatite nas mãos pela solução usada, Halsted encomendou à Goodyear um par de luvas de borracha fina, que não interferissem com a sensibilidade cirúrgica, de modo que ela pudesse mergulhar as mãos na solução sem maiores consequências. Só mais tarde, Halsted percebeu que as luvas representavam bons resultados para obter a assepsia. Desde então, as luvas cirúrgicas de látex foram rapidamente adotadas tornando-se parte do ritual cirúrgico (Vale & Sousa, 2019).

O uso de luvas cirúrgicas tornou-se prática padrão para proteger os profissionais de saúde e prevenir a ILC (Yu et al., 2019), no entanto, o uso de luvas duplas é recomendado para técnicas de alto risco para prevenção da perfuração da luva interior (EORNA, 2020).

As luvas são calçadas sempre depois de vestir a bata (DGS, 2013), pelo método fechado, aberto ou assistido. No bloco operatório o método preferencial é o fechado através do qual, a face interna das mesmas é manipulada com as mãos cobertas pelas mangas da bata estéril, ou pelo método assistido em que um elemento da equipa já vestido com roupa estéril, coloca as luvas aos restantes elementos da equipa. O método aberto só deve ser usado quando não existe nenhum dos métodos alternativos. Após a sua colocação e durante o procedimento cirúrgico, deve-se verificar a sua integridade e sempre que estejam danificadas devem ser substituídas (EORNA, 2020).

A correta seleção de luvas estéreis, desde o tipo de luva ao tipo de cirurgia, para além de diminuir o risco de dano e consequente quebra da barreira asséptica, favorece também sensibilidade aos profissionais. Relativamente ao uso de dois pares de luvas, atenta que melhora consideravelmente a impermeabilidade e reduz o fator de risco de perfuração, uma vez, que as luvas podem rasgar ou perfurar facilmente. Contudo o uso de um par de luvas ou uso duplo é uma abordagem controversa, pois a diminuição da sensibilidade e da destreza na cirurgia, como descreve Souza e al. (2014) enaltecem as vantagens de apenas um par de luvas. Todavia, a EORNA (2020), reforça que evidências apoiam o uso de luvas duplas para todas as cirurgias, incluindo cirurgias de baixo risco.

Num estudo realizado por Barros et al. (2021), em 210 cirurgias ortopédicas, verificou-se que 87 apresentaram perfurações, sendo que em 17 casos aconteceram em ambas as luvas e 70 apenas na luva externa. Referem ainda que, 27,5% dos danos foram detetados apenas no final da cirurgia e que houve uma relação mais significativa com cirurgias por técnica aberta e com duração superior a 60 minutos. Apesar das desvantagens mencionadas do uso duplo de luvas, estas estão indicadas para procedimentos cirúrgicos com alto risco de perfuração, como é o caso das cirurgias ortopédicas (EORNA, 2020).

A troca de luvas durante um procedimento deve ter em atenção aspetos como: tempos intraoperatórios, após duas horas de cirurgia, antes da colocação de materiais de implante e próteses, no final do tempo sujo/contaminado e antes do encerramento da incisão cirúrgica (AORN, 2019).

#### **1.4.5. Coberturas cirúrgicas**

As coberturas cirúrgicas são empregues para favorecer a barreira física que protege o campo cirúrgico da contaminação e manter as superfícies ambientais e equipamentos estéreis (OMS, 2018), criando um espaço de trabalho estéril para a equipa cirúrgica.

Ao longo dos anos, os campos cirúrgicos evoluíram para produtos especializados adaptados para procedimentos específicos. Hoje eles são feitos de algodão, misturas de algodão-poliéster, microfilamentos e materiais descartáveis impermeáveis (OMS, 2018).

Fabricados com materiais de uso múltiplo ou de uso único e com grande variedade de características de design e desempenho, conferem conforto e grau de proteção exigidos para procedimentos cirúrgicos específicos. Tal como nas batas, as suas características devem obedecer à norma europeia EN 13795, para garantir que cumpre eficazmente a função a que se destina (OMS, 2018). A resistência à penetração de líquidos e a resistência à penetração microbiana com mínima libertação de partículas, são as características que mais se destacam na fabricação destes produtos, para atender à norma já mencionada (EORNA, 2020).

As diretrizes globais para a prevenção da ILC, da OMS de 2018, sugerem que campos de tecido reutilizáveis, não tecidos descartáveis estéreis podem ser usados em cirurgias. No entanto, demonstram que o uso de coberturas e batas de não tecido não trazem benefícios nem danos quando comparados aos de tecido reutilizáveis na redução da ILC.

O respeito pelas normas de colocação das coberturas estéreis é fundamental para garantir a eficácia do processo. Várias práticas importantes, descritas de seguida, devem ser implementadas para manter a esterilidade dos campos cirúrgicos e otimizar seu desempenho.

Este procedimento deve ser iniciado apenas quando a área desinfetada estiver completamente seca, por elementos da equipa devidamente equipados. Durante a colocação dos campos cirúrgicos, o seu manuseamento e movimentos devem ser reduzidos ao mínimo possível, pelo acréscimo do risco de contaminação por aerossóis, microrganismos e partículas que subsequentemente podem contaminar o local cirúrgico. O tempo de colocação dos campos e o início da cirurgia deve ser o mais curto possível, de forma a evitar o desenvolvimento de contaminação microbiana. A colocação das coberturas é realizada da área proximal para a distal da equipa cirúrgica, para que não se transfiram partículas e microrganismos para o campo estéril. Baseado nestas premissas, permite que a equipa cirúrgica se incline sobre o campo estéril durante a sua colocação sem que contacte em superfícies não estéreis (AORN, 2013).

Após a sua colocação não é permitido o seu reposicionamento e devem ser descartados. As áreas estéreis são consideradas aquelas que se encontrem sob observação direta e acima do nível do campo cirúrgico (AORN, 2013).

No que concerne à eficácia dos campos operatórios constatou-se na realização de um estudo no Bloco Operatório de um Centro Hospitalar público da região centro de Portugal, o impacto da utilização dos itens cirúrgicos individuais (ICI) e packs cirúrgicos personalizados (PCP). Verificou-se, aquando da utilização dos ICI, que em 100% das cirurgias observadas o campo operatório não adere totalmente ao local cirúrgico, nem retém todos os fluidos cirúrgicos. Observou-se também que apenas em 20% das cirurgias, o campo cirúrgico isola completamente o intensificador de imagem e que apenas em 10% proporciona uma barreira total entre o cliente e a equipa cirúrgica. Durante a utilização dos PCP, observou-se que em 100% destas cirurgias o campo

operatório permite a retenção dos fluidos cirúrgicos e que em 80% existe uma aderência total do campo operatório ao local cirúrgico, em 80% este isola completamente o intensificador de imagem e em 80% proporciona uma barreira total entre o cliente e a equipa. É de salientar, que as pesquisas efetuadas demonstram que com uso de PCP os riscos de infeção diminuem, para além de se constatar que as práticas dos profissionais também melhoram com o uso de PCP, contribuindo desta forma para a diminuição da infeção. É sabido que a ocorrência de ILC prende-se com diversos fatores, entre eles, os procedimentos perioperatórios, fatores ambientais e organizacionais que com a adoção de boas práticas, o seu risco pode ser diminuído (Nunes, 2018).

#### **1.4.6. Cuidados com as mesas cirúrgicas**

Todos os enfermeiros têm o dever de melhorar a qualidade dos cuidados e serviços exercendo a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos (Lei n.º 156/2015). Contudo, o enfermeiro especialista ao possuir um conhecimento específico de enfermagem com elevado nível de julgamento clínico e de tomada de decisão, tal como é referido no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, é um profissional de relevo para o desenvolvimento de projetos de avaliação de enfermagem e de melhoria contínua da qualidade (Castro, 2018).

Para proteger os clientes de bactérias nocivas e outros microrganismos durante procedimentos os profissionais de saúde usam a técnica asséptica. Por outras palavras significa seguir metodicamente práticas e procedimentos para prevenir e minimizar os riscos de infeção (Aitasalo & Cao, 2021).

Uma mesa cirúrgica é essencial para procedimentos onde é necessário colocar temporariamente equipamento cirúrgico estéril. Esta deve ser montada de forma padronizada, lógica e funcional, de acordo com a ordem de utilização dos instrumentos para na eventualidade de ser rendido o enfermeiro instrumentista.

As mesas devem ser cobertas primeiramente por um campo impermeável e estéril numa zona resguardada da sala e com pouca circulação de modo, a amortecer choques e criar uma barreira antibacteriana, o que impedirá a contaminação dos instrumentos (Duarte & Martins, 2014; Souza et al., 2014). O enfermeiro instrumentista, tem como responsabilidade verificar os filtros das caixas e o indicador de esterilidade,

assim como a integridade da embalagem e a data de validade. É de salientar, que apenas o tempo da mesa é considerado estéril (Duarte & Martins, 2014).

Posteriormente, os instrumentos são inspecionados e testados quanto a sua funcionalidade, separados conforme o seu grupo e o tempo cirúrgico em que são utilizados (Duarte & Martins, 2014).

A montagem da mesa pode ser da esquerda para a direita ou vice-versa dependendo da posição que o instrumentista vai ocupar na cirurgia ou de acordo com os protocolos de cada instituição. Devem ficar com a parte funcional apontada para o centro da mesa, assim como as curvaturas e pontas viradas para cima para não perfurar o campo, não devendo interferir uns com os outros para facilitar a sua mobilização. Também é de responsabilidade do instrumentista a contagem dos instrumentos, compressas e cortoperfurantes que dispõe na mesa (Duarte & Martins, 2014).

Se os instrumentos apresentarem detritos orgânicos ou inorgânicos numa caixa estéril, todo o conjunto deve ser considerado contaminado. No mínimo, os instrumentos “sujos” e outros que possam ter entrado em contato com eles devem ser removidos do campo estéril e os elementos da equipa que foram expostos aos mesmos devem trocar de luvas. Durante o procedimento cirúrgico, o enfermeiro perioperatório deve observar os demais membros da equipa para possíveis quebras na técnica asséptica e ajudar imediatamente a implementar ações corretivas, que devem ser realizadas o mais rápido possível (Kennedy, 2013).

O uso dos PCP é defendido por Cardoen et al. (2015), pois, reduzem diretamente a manipulação de materiais e conseqüentemente diminuem o risco de contaminar os componentes esterilizados. No estudo realizado por Nunes et al. (2018) já mencionado anteriormente, comparam o uso de PCP e ICI. Em relação à abertura dos diferentes ICI verificou-se que 80% dos enfermeiros circulantes abrem as embalagens dos itens individualizados ao enfermeiro instrumentista. Tendo-se constatado também que, 30% dos enfermeiros circulantes abrem os itens sobrepondo os braços à mesa cirúrgica e 50% utiliza o “método de voo” na abertura dos itens. Relativamente à abertura dos PCP verificou-se que 100% dos enfermeiros circulantes abrem as embalagens dos itens ao enfermeiro instrumentista e que nenhum dos enfermeiros circulantes abre os itens com sobreposição dos braços à mesa cirúrgica ou através do “método de voo”. Neste estudo, verificou-se com os resultados supracitados, que as

práticas dos enfermeiros melhoraram significativamente com a utilização dos PCP (Nunes et al., 2018).

Preparar, usar e processar os instrumentos devidamente, promove a segurança do paciente, prolonga a vida útil do instrumento e diminui os custos de reparação e a sua substituição (Duarte & Martins, 2014).

O conhecimento do enfermeiro instrumentista quanto aos tempos cirúrgicos usados no decorrer de uma intervenção, evita perdas de tempo desnecessárias, ou seja, ao conhecer a fase da cirurgia em que se encontra, permite a passagem do instrumento certo no menor o tempo possível, diminuindo conseqüentemente o tempo de exposição do local cirúrgico, contribuindo para a diminuição do tempo de cirurgia que é outro fator que pode contribuir para as infeções (Duarte & Martins, 2014).

#### **1.4.7. Cuidados com a manipulação/uso de implantes em cirurgia de ortopedia**

No contexto da cirurgia ortopédica, o uso de implantes é uma prática comum, pelo que a sua manipulação deve obedecer a determinados cuidados. Aliado às boas práticas mencionadas até agora, esta temática exige mais dos profissionais do BO.

Os danos causados pelas ILC's são elevados e as práticas de prevenção nas salas cirúrgicas, devem identificar que os enfermeiros perioperatórios e demais membros da equipa podem contribuir para reduzir as infeções através da adesão às boas práticas.

As normas de prevenção da ILC, tem como objetivo diminuir as taxas da incidência deste tipo de infeção, para tal a EORNA (2020), desenvolveu recomendações para as boas práticas nos cuidados perioperatórios, com o objetivo de orientar o enfermeiro perioperatório nos cuidados de enfermagem em relação à cirurgia para alcançar a segurança da pessoa.

Minimizar o tráfego na sala durante a cirurgia, é um critério que deve ser respeitado para todas as cirurgias, no entanto, este deve ser ainda mais cauteloso quando se trata de uma cirurgia com o uso de implantes. Este princípio tem como objetivo reduzir o movimento de bactérias do próprio ambiente da sala de operações, da equipa perioperatória e dos clientes.

As portas da sala de cirurgia devem permanecer fechadas para garantir a ventilação efetiva da área e evitar partículas no ar.

Na sala devem permanecer apenas o número de elementos necessários de forma a promover a segurança da cirurgia, e seus movimentos e conversas devem ser minimizados.

Todos os materiais e equipamentos necessários devem estar disponíveis na sala antes do início da cirurgia. Isso reduzirá o tráfego dentro e fora da sala e conseqüentemente, maximizará a eficiência do sistema de ventilação.

A equipa deve usar duplo par de luvas para prevenção da contaminação, caso a luva exterior se danifique ou rasgue. Como preconizado pelas boas práticas antes da colocação do implante, toda a equipa troca as luvas externas para prevenir a contaminação do implante (AORN, 2019). No entanto, o uso duplo par de luvas deve obedecer a critérios de substituição: ao fim de duas horas de cirurgia; antes da colocação do implante, no final do tempo sujo/contaminado; antes do encerramento (Ramos, et al. 2019).

A abertura do DM e dos instrumentos estéreis deve ser o mais próximo possível do horário de uso deve ser a principal estratégia para reduzir a exposição à contaminação do ar.

Na fase de confirmação e abertura de implantes a equipa deve estar concentrada, comunicando de uma forma eficaz para prevenir eventos indesejáveis (EORNA, 2020).

Outra recomendação, realizada pela AORN (2019), é que o implante não deve ser apoiado na pele do cliente. Ainda que tenha sido feita a preparação da pele de forma correta, bactérias podem ser transmitidas ao implante se os dois entrarem em contato.

Todos os rótulos identificadores em produtos estéreis ou implantes devem ser registados para rastreabilidade futura em caso de recolhimento do produto (EORNA, 2020).

Baseado nas medidas anteriormente mencionadas e com foco na segurança da pessoa, cabe aos profissionais de saúde e em particular ao enfermeiro especialista em perioperatório, aderir às práticas recomendadas através de uma atuação exemplar, usando diretrizes baseadas em evidências, com o objetivo primordial de alcançar resultados ideais para cada cliente.



# CAPÍTULO II

---

## **2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS**

O capítulo em epígrafe descreve o processo de desenvolvimento e aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ao longo dos três ensinamentos clínicos: I - Cuidar na sala operatória; II - Módulo I - Cirurgia de ambulatório e. III -Módulo II – Estágio com relatório. Pretende descrever as atividades, estratégias e reflexões desenvolvidas ao longo do percurso formativo, que permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas, definidas nos Regulamentos de Competências de Cuidados Especializados da OE (Regulamento nº 140/2019; Regulamento nº 429/2018).

O conjunto de competências especializadas surge no aprofundar de diversas áreas e domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Assim, essas mesmas competências comuns concretizam-se em competências específicas definidas em regulamentos próprios, segundo cada área de especialidade.

De acordo com a OE (2019), o perfil de competências comuns e específicas tem como objetivo prover um enquadramento regulador para a certificação e comunicar aos cidadãos quais as expectativas dos cuidados de enfermagem especializados.

Desta forma, a certificação de competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza para atuar em todos os contextos da vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento nº 140/2019).

Sendo a gestão dos cuidados imputados ao enfermeiro, este deve ser munido de competências. Segundo Treviso et al. (2017, p. 2),

a competência é definida como a capacidade de articular valores, conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para o desempenho eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho, além do alcance dos objetivos estabelecidos.

No entanto, este conceito é estreitado pelo Regulamento n.º 140/2019 para competências específicas do enfermeiro especialista de acordo com a área de especialização, como:

competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (p. 4745).

Assim, ao longo deste capítulo relato como desenvolvi e adquiri conhecimentos, que me permitiram alcançar as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória e as competências de mestre em enfermagem.

## 2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, o enfermeiro especialista é descrito como aquele que presta cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, pois é dotado de competências científicas, técnicas e humanas. O mesmo documento, no artigo 3º, define competências comuns como:

as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p. 4745).

O enfermeiro especialista deve nortear a sua atuação tendo por base os domínios das competências comuns de enfermeiro especialista, nomeadamente no que diz respeito às competências profissionais, éticas e legais, à melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019).

### **2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

De acordo com o excerto descritivo deste domínio, no Regulamento n.º 140/2019, pretende-se que o enfermeiro especialista exerça a sua prática de modo seguro, profissional e ético apresentando capacidades de tomada de decisão, de acordo com os princípios éticos e deontológicos. Neste sentido, o processo de reflexão e tomada de decisão são facilitados pelo conhecimento ético-deontológicos do enfermeiro. Após a avaliação da sua prática e tendo em conta o contexto onde desenvolve a sua profissão, este zela pelos cuidados prestados ao cliente, conforme as suas preferências. Já segundo o Código Deontológico (2015), as intervenções de enfermagem recaem na preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. Os enfermeiros ao respeitar a pessoa humana e no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de informar a pessoa e a família e obter o consentimento informado livre e esclarecido para toda e qualquer intervenção de enfermagem.

A prestação de cuidados no BO é desafiadora, tendo em conta o ambiente, o fluxo de clientes, a diversidade de problemas e complicações, e que incutem aos enfermeiros grandes responsabilidades num contexto de complexidade crescente, onde o enfermeiro tem de ser capaz de dar respostas, seja pela constante mudança, pela evolução do conhecimento ou pela informação e tecnologia.

No período perioperatório, a informação permite ao cliente desenvolver respostas adequadas às diferentes situações que vivenciam e possibilita uma participação efetiva na tomada de decisão (Breda & Cerejo, 2021). Desta forma, o cliente está consciente da transição para a sua nova condição de saúde, facilitando novas aprendizagens que possam implicar a redução do número de reinternamentos ou recorrer ao serviço de urgência.

Uma das formas de privilegiar a proximidade e a construção de uma relação terapêutica é através da consulta pré-operatória de enfermagem. Nesta consulta, é possível prestar cuidados individualizados, pois cada pessoa é única. Assim, a consulta de enfermagem é definida como uma ferramenta que permite uma avaliação através do estabelecimento de um plano de cuidados para atingir a máxima capacidade de autocuidado do cliente (Portaria nº306-A/2011 de 20 de dezembro).

Nos locais de estágio, com exceção do serviço de ambulatório, a inexistência de consultas perioperatórias são uma limitação, já que a enfermagem vai muito além de procedimentos técnicos. Na consulta pré-operatória, pude fornecer aos clientes conhecimentos relativos ao pós-operatório imediato, ao momento da alta clínica e à recuperação pós-cirúrgica no domicílio, bem como, ensinamentos relativamente à preparação pré-operatória e gestão de expectativas relativas ao momento intraoperatório e pós-operatório.

O que se espera desta consulta, é reduzir os níveis de ansiedade da pessoa e família, nos casos de inconformidade evitar as deslocações desnecessárias, diminuir as complicações pós-operatórias, aderir ao regime terapêutico e por último, garantir a aptidão do cliente para o procedimento cirúrgico e internamento.

No serviço de ambulatório, tive a oportunidade de colaborar nesta consulta, na qual toda esta informação transmitida foi acompanhada da entrega de folhetos informativos, uma vez que estes são indicadores de qualidade da UCA. É importante conciliar a vertente escrita (folhetos) com a verbal para permitir ao cliente uma participação efetiva na tomada de decisão para aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem, promover o autocuidado, melhorar a satisfação do cliente e diminuir os riscos de readmissão hospitalar (Breda & Cerejo, 2021). Tendencialmente os níveis de stress e ansiedade dos clientes cirúrgicos são aumentados, tanto pelo ambiente hospitalar como pela sua condição de saúde. Deste modo, o papel do enfermeiro especialista é fundamental no desenvolvimento de estratégias de comunicação, de forma a perceber rapidamente a situação de saúde da pessoa, como acontece na consulta pré-operatória. Nesta consulta, em contexto de cirurgia de ambulatório, posicionei-me frente a frente com o cliente e acompanhante, usei como estratégias de comunicação, uma linguagem adequada à pessoa, transmitindo a informação de forma clara, calma e de forma fracionada, num tom de voz adequada, acompanhada de informação escrita.

Nos turnos realizados no recobro dois, percebi que os clientes que realizaram a consulta pré-operatória e o telefonema do dia anterior, chegam menos ansiosos e mais esclarecidos para a cirurgia, embora nos clientes mais idosos tenha sentido que apresentam mais dificuldades na retenção da informação, sendo necessário reforçar essa informação no momento.

O papel do enfermeiro especialista deve consistir em preparar os clientes para transições iminentes e facilitar os diferentes processos de transição que os indivíduos experienciam com a aprendizagem de novas habilidades. Para tal, é necessário a pessoa e família estarem consciencializados para a mudança. Esta característica que se apresenta como definidora da transição, está relacionada com a perceção, o conhecimento e reconhecimento da experiência da transição (Im, 2017).

Pelas razões supracitadas é que se compreende como a consulta pré-operatória é imperiosa. A participação ativa da tomada de decisão relativamente à sua saúde, pressupõe a adequada informação e uma decisão livre e esclarecida, fornecendo todas as explicações, bem como tempo de reflexão necessário para a sua aceitação, de forma oral e escrita, atestando a sua compreensão e autonomia. Este consentimento informado é parte integrante do processo clínico do cliente, onde deve ficar registado para possíveis consultas (DGS, 2013). A importância da preparação da pessoa e da família atempadamente para o evento cirúrgico e a construção de uma relação de confiança e segurança com o profissional, facilita a tomada de decisão e capacitação/empoderamento do cliente. São momentos como estes, que o cliente é capaz de expressar os seus medos, as suas angústias e as suas dúvidas. Estes são aspetos que devem ser levados em conta pelo enfermeiro, que através de uma relação empática estabelece uma relação de ajuda (Breda & Cerejo, 2021).

Durante a realização dos estágios, promovi cuidados à pessoa em situação perioperatória, através da verificação da lista de procedimentos durante o acolhimento do cliente na zona de transfer, garantindo assim, a segurança dos cuidados prestados ao cliente. Responsabilizei-me e pelo conforto, integridade e privacidade do cliente, até este adquirir a capacidade para o fazer, assumindo o papel de “advogado” do cliente, defendendo os seus direitos, desejos e vontades a ser respeitados. Nos turnos realizados na UCPA e recobro tardio, monitorizei os sinais e sintomas, nomeadamente a dor e atuei com conhecimento especializado. Utilizei técnicas facilitadoras de comunicação, como a Lista de Verificação de Cirurgia Segura para o aumento da segurança durante os procedimentos cirúrgicos e também participei da técnica de ISBAR para assegurar a continuidade de cuidados através de uma comunicação adequada e garantir a articulação entre a equipa, de forma a desenvolver a minha intervenção numa perspetiva interprofissional (Regulamento nº 429/2018).

A humanização no BO, não se limita apenas aos cuidados prestados ao cliente, mas também à satisfação da pessoa e família/convivente significativo. Toda a equipa deve conhecer o processo de humanizar e usá-lo como facilitador para desempenhar as suas funções e responsabilizar-se pela pessoa proporcionando conforto, integridade e privacidade (Junior et al., 2012).

A informação fornecida ao cliente e à sua família é imperiosa para o processo de transição que estes elementos vivem. Para a sua recuperação, a família é um ponto de ancoragem, pelo que deve ser envolvida em todo o processo. O cuidar não se refere apenas à componente técnica da enfermagem, é mais que isso, é a interação e a comunicação estabelecida entre o enfermeiro, a pessoa e a família. É a forma como nos relacionamos com o outro, seja pelo olhar, pelo toque ou mesmo pelo silêncio. Isto remete-nos para a escuta ativa, empatia, o uso de uma linguagem acessível e a observação das reações da pessoa perante a situação que está a vivenciar.

Neste contexto, os eventos cirúrgicos provocam transtornos não apenas aos clientes, mas também às suas famílias. Ao longo do estágio fui-me apercebendo como a inexistência de contato com as famílias durante o período intraoperatório, causa angústia para ambas as partes. Neste sentido, para minimizar este sentimento, à chegada do cliente ao recobro, contatei o familiar/convivente significativo para informar sobre o estado de saúde da pessoa e sempre que este o pode fazer, providenciei o telefone para o contato.

Não esquecendo que a família pode ser o suporte durante as três fases do perioperatório e conseqüentemente um elemento facilitador da condição de saúde do cliente, esta condicionante é merecedora de mais atenção por parte da equipa cirúrgica (Brás & Ferreira, 2016).

O local de transfer dos clientes para a admissão ao BO da instituição onde realizei os estágios, especialmente no BO de ortopedia, consiste num ambiente aberto e local de passagem para a UCPA. Muitas vezes o ambiente frenético que se vive neste espaço e o fluxo de clientes e profissionais que ali se deslocam, podem implicar a falta de privacidade e intimidade, impedindo a pessoa de verbalizar as suas queixas. A solução muitas vezes encontrada foi levar o cliente para a UCPA, onde o ambiente é mais calmo, permitindo-lhe transmitir as suas dúvidas e preocupações. Assim, de acordo com o artigo nº 107 do código deontológico, o enfermeiro assume o dever de respeitar a

intimidade da pessoa e salvaguardar sempre, a privacidade e intimidade, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas delegadas (OE, 2015). Em ambos os estágios realizados, verifiquei que a necessidade de avaliação constante dos clientes requer, por diversas vezes, uma exposição corporal para a prestação de cuidados. Nesses momentos, a passagem dos clientes no transfer para a mesa cirúrgica são utilizadas estratégias para promover a privacidade e dignidade destes. Na tentativa de procurar preservar a intimidade e a privacidade da pessoa usei lençóis, cobrindo partes do corpo para não ficarem expostas durante a transferência, já na UCPA recorri ao uso de cortinas para eliminar a exposição corporal. No estágio de ambulatório, o cliente é acolhido e alocado na unidade do recobro dois, onde vai permanecer no momento pré e pós cirúrgico. Embora a intimidade e privacidade estejam asseguradas através de cortinas, a confidencialidade e sigilo pode estar comprometida por a inexistência de isolamento sonoro, devido à proximidade entre as unidades e ao espaço amplo do recobro dois. Uma vez que não existe um gabinete para realizar o acolhimento do cliente, recorri a um tom de voz mais baixo quando este se encontra na unidade do recobro dois ou recorri ao recobro três quando oportuno.

No que respeita à privacidade dos clientes e ao direito à confidencialidade, os profissionais de saúde têm o dever de praticar qualquer ato no respeito pela intimidade da pessoa e guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão. A informação pertinente só deve ser partilhada com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, estando, apenas presentes as pessoas necessárias para a prática dos cuidados (OE, 2015).

O BO por norma é um serviço com muita atividade cirúrgica onde se encontram clientes com uma maior vulnerabilidade e suscetibilidade pelos eventos cirúrgicos. Razões estas, que podem ser motivadas por situações de urgência, como pela população idosa que muitas das vezes, se encontram desorientados e com demências associadas. Isto, leva-nos a uma constante reflexão sobre a tomada de decisão e atuação dos enfermeiros perante questões éticas.

Os enfermeiros deparam-se diariamente com questões que os obrigam a tomar decisões, e estas devem ser as melhores na excelência do exercício profissional. Embora cada caso seja individualizado, cabe ao enfermeiro que é dotado de um corpo de conhecimentos, atuar perante as variadas situações imprevisíveis, bem como a

necessidade de compreensão dos princípios éticos, de modo a antever este tipo de situações e a alcançar a melhor resolução possível visando sempre o interesse da pessoa. Estes acontecimentos tornam-se numa grande sobrecarga psicológica para quem se depara com os mesmos, sendo que a maioria das vezes a informação destes clientes é escassa, o que dificulta a tomada de decisão. Na verdade, durante os ensinamentos clínicos nunca me deparei com dilemas éticos, no entanto, surgiram algumas situações pontuais como a falta do consentimento informado e consequentemente a falta de informação acerca da sua situação cirúrgica. Neste sentido o meu papel junto com a enfermeira tutora foi esclarecer o cliente sobre a cirurgia/anestesia e as dúvidas relativamente a todo o processo, assumindo o respeito e a individualidade da pessoa. O *timing* da decisão é um dos causadores de stress, refletindo-se tanto no cliente como na equipa, pois nesse intervalo de tempo este pode não ser capaz de tomar a decisão adequadamente e seguir outras soluções. Nos casos que presenciei, os clientes ficaram satisfeitos com a informação prestada, aceitando as propostas que lhes foram feitas, tendo a equipa respeitado o desejo expresso.

Efetivamente, questionarmo-nos, é uma forma de embasar a reflexão, identificar erros e, consequentemente, melhorar a prestação das equipas multidisciplinares em eventos futuros. Exemplos disso são as cirurgias complexas e de urgência, onde tive de ter capacidade de prever complicações, reunindo o material necessário em caso de reversão da via cirúrgica e gerir emocionalmente situações mais complexas, como o caso de um cliente menor de idade tetraplégico, que necessitou de ser submetido a cirurgia para realizar traqueostomia. Acompanhado pela mãe evidentemente perturbada, a presença de uma equipa solidária e empática foi primordial para lhe proporcionar conforto e alívio. Nos casos do consentimento informado, futuramente vai ser possível antecipar a sua consulta uma vez que, a implementação informática está a começar a ser efetuada. Deste modo, vai ser possível ao enfermeiro consultá-lo no início do turno e evitar perdas de tempo. Simultaneamente, também vai ser possível informar e esclarecer o cliente atempadamente, respeitando a sua autonomia pela liberdade de escolha.

Estas reflexões e experiências com o decorrer dos estágios fizeram-me perceber a complexidade de um enfermeiro gerir a área de prestação de cuidados neste tipo de contexto clínico. Para além de exigir proficiência, maturidade emocional, de forma a ser capaz de fazer uma observação pormenorizada e acompanhamento contínuo para

antecipar complicações, requer também uma atualização contínua de conhecimentos, espírito de equipa e capacidade de liderança participativa de equipa.

### **2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade**

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade focam-se na sustentação de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica; gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade desenvolvendo práticas de qualidade, bem como, manter um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019).

Na saúde, a necessidade de criação de sistemas de qualidade tem-se tornado prioritário. Exemplo disso, são a OMS, o Conselho Internacional de Enfermeiros e o Conselho Nacional da Qualidade que representa Portugal. Assumindo um papel relevante, é da responsabilidade das organizações definir padrões de qualidade para o domínio específico do respetivo mandato social.

Definir estes padrões de qualidade representa para a OE um grande desafio, pois permite refletir sobre a melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, e sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

Tratando-se da qualidade em saúde como uma tarefa multiprofissional de aplicação local, esta evidencia a importância da criação e definição dos padrões de qualidade para o exercício profissional dos enfermeiros. Mas esta qualidade não é aplicada exclusivamente aos enfermeiros, ela também implica às instituições de saúde, adequar os recursos e criar as estruturas que apoiem a atividade profissional dos enfermeiros. Tal ideia, passa por satisfazer as necessidades dos profissionais, em particular dos enfermeiros, de forma a favorecer a sua atividade em proveito da qualidade (OE, 2001).

Considerando que qualidade e segurança em saúde são temas indissociáveis e que pretendem ser alcançados por profissionais e organizações de saúde, a OMS definiu o Plano de Ação Global para a Segurança dos Doentes 2021-2030. Este documento, classifica a segurança do doente como:

um quadro de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde

que visa reduzir os riscos de forma consistente e sustentável, reduzir a ocorrência de danos evitáveis, tornar os erros menos prováveis e reduzir o impacto do dano quando este ocorre (OMS, 2021, p. vii),

com o objetivo final de atingir, o máximo possível, a redução de danos evitáveis devido a cuidados de saúde inseguros a nível mundial. Alinhado com este Plano da OMS (2021), surge o Plano Nacional de Segurança dos Doentes (PNSD) 2021 -2026 que tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo ao nível do domicílio e da telessaúde, sem descuidar os princípios que sustentam a segurança do doente. Assim, este plano assenta em cinco pilares, com a definição de vários objetivos estratégicos: a cultura de segurança, a liderança e a governança, a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.

Com os sistemas de saúde modernos, a ocorrência de incidentes na prestação de cuidados de saúde é uma realidade. A fim de reduzir estes incidentes, que em parte são evitáveis, são implementadas políticas e estratégias que proporcionam ganhos em saúde e constituem um investimento evidente em saúde (Despacho nº 9390/2021).

É pertinente abordar o risco clínico no BO, pois as complicações de cuidados cirúrgicos, são uma das principais causas de morte e défices nos clientes, pela sua complexidade e interdisciplina em ambientes com grande interação humana, de máquinas e equipamentos causadoras de pressão e stress (Duarte & Martins, 2014).

A cultura de segurança caracteriza-se pela consciência do papel de cada um, onde cabe o errar como forma de aprendizagem tentando corrigir esses mesmos erros, centrando-se na melhoria do desempenho e não na culpabilização. A cultura de segurança num hospital deve ser transversal a todos os intervenientes, devendo ser valorizada e considerada uma prioridade na prestação de cuidados de qualidade (Costa, 2011).

No período perioperatório, o enfermeiro tem uma função relevante na equipa multidisciplinar, na construção, no estabelecimento e na execução de protocolos assistenciais. Tais procedimentos visam evitar incidentes e com isto prevenir os danos à saúde da pessoa e segurança a toda equipa. Todos os profissionais, incluindo os

enfermeiros, presentes na sala de operações tem obrigação de agir com consciência cirúrgica, regendo-se por um conjunto de valores individuais para garantir um ambiente cirúrgico seguro, desempenhando as suas funções da forma mais correta possível. É através do rigor, exigência e objetividade que os enfermeiros atuam nos cuidados de assepsia e na prevenção de eventos adversos, que contribuem para a diminuição das taxas de infecção, diminuição dos custos por internamentos prolongados ou reinternamentos e rápida recuperação da pessoa.

A utilização da estratégia de comunicação garante a articulação entre os membros na equipa interdisciplinar e multidisciplinar. Os *briefings* de segurança permitem reduzir o risco de erros e a melhoraria da qualidade dos cuidados nas organizações de saúde, através do uso de ferramentas como a Lista de Verificação de Cirurgia Segura e ISBAR. Além disso, com o envolvimento de toda a equipa, complementa a reflexão sobre a atuação dos profissionais e permitem implementar estratégias de melhoria.

Outra competência comum do enfermeiro especialista para a melhoria contínua da qualidade é manter um ambiente terapêutico e seguro. Assim, propus-me a desenvolver competências ao nível da segurança e controlo de infeção, perante a pessoa em situação perioperatória, tendo em conta a complexidade do ambiente e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A fim de cumprir com a segurança e assepsia do BO, é obrigatório cumprir normas e protocolos para a movimentação de pessoal e materiais. O profissional só deve circular na zona restrita com vestuário e calçado adequado, assim como, as portas entre as áreas limpas e sujas devem manter-se fechadas. O transporte de materiais limpos e sujos deve ser feito por circuitos diferentes de modo que não se cruzem. Estruturalmente os BO, onde estagiei, estão preparados e cumprem com estas zonas, por onde circulam os materiais esterilizados (sala de armazenamento e elevador próprio entre a central de esterilização e BO) e resíduos produzidos nas cirurgias (transporte efetuado por um corredor traseiro com ligação ao exterior do BO).

Para coerência destes pressupostos, o BO deve abranger zonas que definam estes circuitos: zona protetora, zona limpa, zona assética e zona suja. Estes espaços devem ser adaptados ao uso e função de cada uma, culminando em três circuitos que devem ter

acesso diferenciado e separado: circuito dos clientes, circuito de pessoal/profissionais, circuito de materiais e matérias (Duarte & Martins, 2014).

Durante a realização dos estágios consultei medidas de controlo de infeção implementadas nos locais onde realizei os mesmos, atuando na minha prática clínica de acordo com as boas práticas para prevenção e controlo das ILC's (lavagem cirúrgica das mãos e colocação de barreiras protetoras, cuidados à pele antes da intervenção cirúrgica, aplicação de medidas corretivas, cumprimento e confirmação dos processos de esterilização, entre outros). Todavia, deparei-me com a inexistência de protocolos relacionados com o uso e manipulação de implantes em ortopedia. Com vista à melhoria contínua da qualidade, propus-me à realização deste protocolo (anexo I), uma vez que, os procedimentos ortopédicos, estão grande parte das vezes associados a traumatismos, que podem implicar a utilização de dispositivos médicos implantáveis. Os procedimentos cirúrgicos já por si, têm risco de infeção ao realizar uma incisão cirúrgica, na ortopedia este risco acresce, tanto pelas lacerações traumáticas como pelo uso de implantes. A consulta e aprofundamento destes elementos são fundamentais para atuar na fase do intraoperatório, sem colocar em risco a pessoa e a equipa.

Tal como as restantes valências a anestesia é uma área associada a riscos, visto conduzir o cliente a um estado de inconsciência, analgesia, amnésia, relaxamento muscular e perda de reflexo e é constituída pelas seguintes fases anestésicas: indução, manutenção e reversão.

O enfermeiro de anestesia em colaboração com o anestesista prepara e administra fármacos com o objetivo de anestésiar o cliente para o procedimento cirúrgico sem complicações, atuando de forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019). A fim de evitar danos decorrentes da administração de terapêutica e procedimentos anestésicos, o enfermeiro especialista no qual me fiz acompanhar neste processo, usa estratégias e medidas de segurança conforme as normas da instituição, como: a rotulagem da medicação com a respetiva diluição, o uso de etiquetas com código de cores por classe de fármacos e a comunicação com o anestesista é efetuada de forma clara, repetindo sempre a indicação deste e administrar o fármaco posteriormente à sua confirmação (OMS, 2009).

O enfermeiro especialista dotado de um corpo de conhecimentos no qual assentam competências, identifica oportunidades de melhoria, avaliando

sistematicamente as melhores práticas, criando estratégia para a resolução de problemas e tomada de decisão em equipa de forma a obter respostas mais apropriadas através da implementação de medidas preventivas e identificação de práticas de risco (Regulamento nº 140/2018).

Na verdade, estas práticas, embora consolidadas na teoria, revelaram que quando estava centrada no desenvolvimento destas atividades, mostraram-se mais difíceis de desenvolver e o receio de falhar e colocar em risco a segurança da pessoa assumem-se como uma grande responsabilidade. Tendo em conta, que o objetivo traçado é de nível interventivo e que sofre melhorias decorrentes de treino e repetição de experiências, com o decorrer do estágio e com aquisição da prática fui ficando mais confiante, o que em muito se deve à enfermeira tutora e às equipas cirúrgicas com que me fui cruzando. O incentivo e disponibilidade destes foi um critério crucial para o meu desenvolvimento e melhoria da minha *performance* neste sentido, concretizando o objetivo proposto.

Tendo por base o supracitado, o enfermeiro especialista em perioperatório deve estar desperto para identificar prioridades de intervenção, nas quais se enquadram, o cumprimento da verificação da cirurgia segura, a promoção e implementação de procedimentos que visam a prevenção e controlo da ILC, a gestão do ambiente e dos circuitos para assepsia progressiva, vigilância referente a eventos adversos, a garantia da disponibilidade, integridade, funcionalidade e finalidade dos dispositivos médicos e sua rastreabilidade, assim como, a promoção de uma cultura de segurança e de consciência cirúrgica coletiva (OE, 2017).

### **2.1.3. Domínio da gestão de cuidados**

No que diz respeito a este domínio, o regulamento nº 140/2019 descreve que ao enfermeiro especialista compete um papel na gestão dos cuidados, aprimorando a resposta de enfermagem em articulação com a equipa multidisciplinar, tendo em vista a segurança e a qualidade das tarefas delegadas. Além disso, este deve adequar os recursos às necessidades de cuidados, reconhecendo o estilo de liderança mais apropriado para a promoção da qualidade dos cuidados.

Durante a realização do estágio, tive oportunidade de participar na organização e gestão do serviço e acompanhei e colaborei com a enfermeira especialista responsável

pela coordenação do BO de ortopedia. A concretização destes turnos nesta área, deu-me a possibilidade de perceber a importância do enfermeiro especialista não só na gestão e organização do serviço, bem como na gestão de conflitos entre equipa e na organização da mesma. Esta enfermeira deve ser dotada de funções de gestão e liderança de forma a desempenhar um papel com eficácia e eficiência para benefício da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica promovendo acima de tudo a qualidade dos cuidados e o bem-estar da equipa, desempenhando atividades de organização do serviço.

Todo este processo constituiu para mim uma grande aprendizagem, ao tomar consciência de toda a dinâmica realizada por esta enfermeira, pelas suas tomadas de decisões, intervenções, comportamentos e postura. Constatei que é uma referência para todos os elementos da equipa, colaborando ativamente na resolução de problemas, tratando-se, portanto, de um elemento imprescindível no seio da equipa.

Apresenta-se ainda como elo e articulação com outras unidades, como é o caso da esterilização e das casas comerciais que fornecem grande parte do material de ortopedia e assegura as respostas destes para fazer cumprir com o planeamento cirúrgico proposto. De acordo com o regulamento nº 101/2015, “assegura a gestão eficiente dos recursos materiais” (2015, p. 5951), mais especificamente, coordena os *kits* de instrumental existentes na instituição com os restantes polos do centro hospitalar, para garantir a disponibilidade destes materiais no dia da cirurgia. Para além das funções descritas anteriormente, “conhece e utiliza os métodos de aprovisionamento e gestão de stocks” (2015, p. 5951), para ser efetuada a reposição do material gasto previamente, no qual participei ativamente.

A articulação com as casas comerciais também é uma das funções de coordenação, assegurando que tem o material necessário no dia da cirurgia e que este se faz acompanhar do técnico que ajuda a orientar o enfermeiro e cirurgião acerca de dispositivos médicos e instrumental específico para a cirurgia a decorrer. Aconteceu durante os estágios, estar presente em cirurgias em que o técnico da casa comercial se atrasou e acabou por ter algumas implicações a nível de tempo de cirurgia e ser necessário improvisar até a sua chegada. Outras situações prendem-se com os recursos humanos, em que a enfermeira especialista na coordenação necessitou de reorganizar o plano de trabalho, mobilizando enfermeiros para outras salas de forma a cobrir as dotações seguras.

Por vezes, estas questões trazem dificuldades e limitações no desempenho do seu papel. Assim, percebe-se a importância e o desafio a que este elemento se submete para o bom funcionamento do BO de ortopedia, cuja sua atuação recai a responsabilidade da obtenção de bons resultados. Para tal, obriga à mobilização de competências nas várias áreas de atuação, como a liderança, resolução de conflitos e tomada de decisões, para que desempenhe um papel eficaz numa equipa tão diferenciada.

Para a aquisição destas competências durante o estágio, foi fundamental o acompanhamento e a observação do estilo de liderança - democrática - da enfermeira especialista com funções de coordenação, o que me permitiu refletir sobre a forma como gere quer os recursos humanos, quer os recursos materiais, bem como as intercorrências que possam acontecer durante os turnos. Este estilo de liderança é orientado para a pessoa, em que o líder e o colaborador participam na decisão em equipa e este se encontra na frente das decisões. As suas bases assentam na persuasão, sugestão e ensino (Viera & Santana, 2022). A enfermeira especialista em médico-cirúrgica com funções de coordenação em questão, demonstra disponibilidade quando é necessária ajuda, incentivando os enfermeiros a participar sobre as atividades diárias, expostas durante a passagem de turno, o que a caracteriza como motivadora, dinâmica e flexível (Santos & Neves, 2019).

Estas atividades permitiram-me refletir e perceber com a mesma, sobre os aspetos fundamentais a ter em conta na gestão de cuidados, assim como quais os aspetos que temos a melhorar. A comunicação é um destes pontos, em que é importante ser eficaz e clarificar a mensagem a transmitir, pois esta pode influenciar positivamente ou negativamente as relações interpessoais, já que as equipas dos BO são constituídas por pessoas com formação diversificada. Também retive nestes momentos de partilha que planejar o dia de trabalho, é um momento crucial para a organização da assistência à equipa cirúrgica, nomeadamente à equipa de enfermagem.

Ao focar o papel do enfermeiro coordenador, espera-se que este execute ações de carácter organizativo, de gestão, de liderança e de planeamento das atividades a desenvolver, pois este é, o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros (Regulamento n.º 101/2015).

A fim de se assegurar o normal funcionamento do serviço, no início de cada manhã é realizada uma reunião com toda a equipa de enfermagem destacada para esse turno, incluindo o enfermeiro chefe e a diretora do serviço. Esta reunião foca-se no planeamento cirúrgico do dia e na análise e resolução de problemas relativos ao serviço, tornando-se fundamental, uma vez que permite que se tomem decisões ponderadas face a situações que ocorrem ao longo da jornada de trabalho com a equipa multidisciplinar.

A integração na equipa multidisciplinar como enfermeira circulante e instrumentista permitiu-me desenvolver intervenções de enfermagem nas várias equipas e usufruir sempre de profissionalismo e tranquilidade demonstrando-se como facilitadores na adaptação a vários contextos. A comunicação e o trabalho em equipa são determinantes na qualidade dos cuidados, sendo a comunicação eficaz essencial para o bom desenvolvimento dos cuidados, pois fortalece o vínculo entre as equipas.

Contudo, observei que algumas relações entre médicos e enfermeiros podem desenvolver conflitos e provocar desconforto no enfermeiro, interferindo no desenvolvimento do seu trabalho, podendo repercutir-se na qualidade da prestação de cuidados.

Durante uma cirurgia em que participava como enfermeira instrumentista, vivi uma situação constrangedora. A cirurgiã principal de ortopedia encontrava-se num evidente estado de stress, comunicando de forma rude e autoritária, o que me provocou algum desconforto na dinâmica do trabalho. Neste sentido, a enfermeira tutora que me acompanhava interveio e simultaneamente pus em prática os meus conhecimentos relacionados com a comunicação. Dispus de ferramentas como a escuta ativa, o respeito e o diálogo de forma a reduzir o impacto para mim, para a restante equipa e para a segurança dos cuidados.

Baseando-me no que já foi exposto, considero que durante o percurso de estágio colaborei na tomada de decisão em equipa multidisciplinar sempre que pertinente, bem como fomentei um ambiente aprazível, promovendo o trabalho em equipa, de forma a melhorar a gestão da prestação de cuidados.

#### **2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deve desenvolver o autoconhecimento e assertividade, bem como, assentar a prática clínica especializada em evidência científica (Regulamento nº 140/2019).

A formação e a aquisição de competências em enfermagem são um processo contínuo de aprendizagem, que através de experiências vividas e a sua partilha, assim como das experiências e conhecimentos transmitidos por outros profissionais nos fazem evoluir no campo profissional. As pesquisas e leitura de literatura são a base para o conhecimento e aprendizagem, direcionados por referenciais teóricos que justificam a prática. Tendo isto em consideração, o enfermeiro especialista deve assentar as suas intervenções nas competências deste domínio.

Na enfermagem, a excelência passa, indiscutivelmente, por um percurso profissional que promova o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, ancorado na aprendizagem, no pensamento e atitude crítica e reflexiva, bem como na autoformação de modo que estes contribuam para o desenvolvimento da ciência de enfermagem.

No que concerne a componente teórico-reflexiva, elaborei reflexões críticas no decorrer dos vários estágios, nas quais foram abordadas diversas temáticas. Tais reflexões deram lugar à análise de forma crítica e reflexiva da prática desenvolvida durante este período de estágio em contexto do BO e foram realizadas à luz dos conhecimentos adquiridos e competências desenvolvidas a partir das unidades curriculares teóricas e teórico-práticas ministradas no curso e da minha própria experiência profissional.

Durante este percurso fomentei a autoaprendizagem e aprendizagem aos pares através da partilha de conhecimentos, e raciocínios de uma forma clara, promovendo-se momentos de formação informal, de troca de pensamentos, ideias, vivências e experiências.

Sendo o enfermeiro o profissional mais próximo dos clientes, que vivem momentos de vulnerabilidade, é necessário dotarmo-nos de conhecimento próprio para conseguirmos cuidar do outro de forma assertiva, oferecendo empatia, confiança e sensibilidade para dar resposta aos problemas da pessoa.

Os estágios realizados no âmbito do curso, decorreram em serviços de atuação específicos que estão longe da minha realidade profissional, visto que a minha experiência se coaduna ao serviço de medicina. Efetivamente, a área do perioperatório tornou-se um entusiasmante desafio, obrigando-me a refletir e a colocar-me em contextos pouco experienciados e a consulta de bibliografia e protocolos foram um investimento acrescido, que culminaram no desenvolvimento do meu autoconhecimento. Esta evolução muito se deve à reflexão e presença de espírito crítico, que foram fundamentais para evolução dos momentos de atuação, podendo questionar sobre as práticas de forma a capacitar-me para a prática desenvolvida nesta área e poder decidir e fundamentar de forma pertinente as intervenções. Assim, este desenvolvimento contribuiu para uma melhor integração na equipa multiprofissional, assim como para atuar de uma forma eficaz sob pressão, dadas muitas circunstâncias que são vividas no BO.

De acordo com o REPE (2015) no artigo 109º, o enfermeiro assume o dever, com vista a excelência do seu exercício, garantir uma atualização contínua dos seus conhecimentos que assente na formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

As diferentes formas de intervir dos enfermeiros, muitas vezes pode resultar na desorganização e ausência de articulação normalizada para alguns procedimentos, o que pode levar ao surgimento de conflitos. O uso de protocolos, é uma ferramenta que padroniza os procedimentos, podendo ser um meio de reduzir situações de eventual conflitualidade, podendo proporcionar maior satisfação para a equipa de enfermagem e maior segurança na realização dos procedimentos.

O uso de protocolos não se aprende apenas com a gestão de conflitos, a sua finalidade assenta no apoio à tomada de decisão do enfermeiro, possibilita corrigir as não conformidades, permite que todos os enfermeiros atuem de forma uniforme e padronizada de acordo com os princípios técnico-científicos e, ainda, contribui para anular erros adquiridos na prática, tendo também finalidade educativa (Sales et al., 2018).

Embasando estas alusões e sendo o controlo de infeção uma temática vital no BO, identifiquei uma oportunidade de melhoria no que se refere à manipulação/manuseamento de implantes em ortopedia no período intraoperatório. Com

vista a reforçar as boas práticas durante este procedimento, sugeri a elaboração de um protocolo, como uma estratégia de melhoria e guia orientador para esta prática (Regulamento nº 140/2019). Deste documento faz parte o registo dos rótulos identificadores em produtos estéreis ou implantes para rastreabilidade futura em caso de recolhimento do produto.

No âmbito do estágio “Cuidar na sala operatória”, foi proposto a realização de um estudo de caso que em muito colocou à prova a minha reflexão crítica da prática. Este trabalho teve como objetivo primordial elaborar um plano de cuidados de enfermagem, capaz de responder às necessidades da pessoa submetida a intervenção cirúrgica, refletindo sobre a tomada de decisão do enfermeiro especialista; recolher os dados relevantes para a construção dos focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem com integridade referencial entre si; avaliar e refletir sobre o resultado das intervenções planeadas e os ganhos em saúde decorrentes das intervenções. A elaboração do estudo de caso possibilitou não só operacionalizar a teoria desenvolvida pela teórica Meleis, mas também expor com clareza e argumentar os resultados do meu próprio raciocínio, demonstrar um nível aprofundado de conhecimento e desenvolvimento de juízo clínico e abordar questões complexas de modo sistemático e reflexivo.

Em seguimento e como forma de conclusão deste estudo de caso, resultou a participação como palestrante no seminário “Cuidar da pessoa em situação perioperatória” realizado pela Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, na Madeira. Desta forma, dei a conhecer ao público deste seminário, o resultado do estudo de caso realizada durante o estágio. Esta formação permitiu desenvolver competências na responsabilização como facilitador da aprendizagem, suportada na prática clínica em evidência científica e para a incorporação e contribuição do novo conhecimento para a evolução da prática de cuidados especializada (Regulamento nº 140/2019).

A realização de uma formação implica aprender e abrange a aquisição de novos conhecimentos, informação de competências e mudança de comportamentos. Com este momento, desenvolvi sobretudo aspetos comunicacionais, tendo como objetivo transmitir conhecimento e incentivar a mudança de comportamento através da reflexão da sua prática diária.

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

O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, é dotado de um conjunto de competências específicas, que permitem assegurar a prestação de cuidados, considerando a especificidade das necessidades de saúde da pessoa e família, de uma forma segura e individualizada, bem como considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios decorrentes da vulnerabilidade da pessoa, procedimentos e complexidade do ambiente, garantindo a segurança congruente com a consciência cirúrgica. Assim, os cuidados de enfermagem nesta área especialização,

são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção de saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento de doença (Regulamento nº 429/2018, p. 19366).

Tais competências, encontram-se expressas no regulamento nº 429/2018, e definem o perfil do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, como aquele que atua em cinco áreas de intervenção: na consulta perioperatória, na anestesia, na circulação, na instrumentação e nos cuidados pós-anestésicos. Neste documento é referido que na prestação de cuidados o enfermeiro especialista “Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família /pessoa significativa” (2018, p. 19366) e “Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica” (Regulamento nº 429/2018, p. 19367).

### **2.2.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família /pessoa significativa**

A consulta pré-operatória, é parte importante dos cuidados do enfermeiro perioperatório e pode ser o alicerce de uma parceria que facilita a comunicação entre a tríade cliente, família e enfermeiro. De acordo com o Regulamento nº 429/2018, são alvo do enfermeiro na consulta pré-operatória com o objetivo de a empoderar, proporciona proteção à pessoa, a qual se encontra num estado de vulnerabilidade. Para tal, o enfermeiro deve capacitá-la, promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados, ou seja, auxiliar o seu empoderamento.

Como já foi referido no subcapítulo 2.1.1, a consulta pré-operatória é de importância vital para a construção de uma relação terapêutica para o cliente, a família/pessoa significativa e o enfermeiro. Tal como descreve o regulamento em epígrafe, o enfermeiro “capacita o doente e a família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica” (p. 19366), identificando as suas necessidades, elaborando um plano de intervenção de acordo com estas necessidades, utilizando estratégias facilitadoras da comunicação, para a expressão de preocupações, medo, emoções e alívio da ansiedade.

Na consulta pré-operatória desenvolvida no estágio de ambulatório, dotei o cliente de conhecimentos relativos à dor, mais concretamente, sobre a analgesia, medidas de conforto, existência de dispositivos médicos críticos invasivos ou semi-invasivos (drenos, gessos, cateteres, etc.), bem como, ensinamentos relativamente à preparação pré-operatória e gestão de expectativas relacionadas com o momento intraoperatório e pós-operatório. Este acompanhamento é efetuado por um enfermeiro, que através da sua intervenção autónoma, garante que a pessoa se encontra nas melhores condições para o procedimento. Por outro lado, através de intervenções do domínio ensinar e do avaliar, garante que a informação recebida é compreendida e adaptada às necessidades individuais da pessoa, assegurando que a informação é livre e esclarecida para a tomada de decisão, garantindo o consentimento informado para o procedimento cirúrgico (Regulamento nº 429/2018).

Durante a realização dos estágios procurei atuar de forma a transmitir ao cliente toda a informação pertinente relativamente à prestação dos cuidados, pois só assim é

possível, que este decida de forma livre e esclarecida sobre os cuidados que lhe são prestados. Do consentimento informado esclarecido e livre deve constar a afirmação da pessoa sobre o acesso à informação oral e escrita assumindo que lhe foram fornecidas todos os esclarecimentos e o tempo necessário de reflexão que emana da necessidade da pessoa avaliar qualitativamente a informação e o esclarecimento recebidos. Quando dado or escrito, é obrigatório para realização de atos cirúrgicos e/ou anestésicos, com exceção das intervenções simples de curta duração para tratamento de afeções sobre tecidos superficiais ou estruturas de fácil acesso, com anestesia local (DGS, 2013). Encarado como uma pedra angular de todas as decisões, estas deixam de ser exclusivamente da responsabilidade do profissional e passa a ser partilhada pelo cliente, onde é expressa a sua vontade sobre a estratégia terapêutica sugerida, livre de as aceitar ou não.

Entre as medidas de humanização adotadas no BO, destacou-se a atenção ao cliente no acolhimento com o preenchimento da checklist com vista a segurança da cirurgia (Regulamento nº 429/2018), onde são confirmados entre outros os dados pessoais e onde a privacidade e interferências neste processo podem acontecer, pelo local onde é efetuado, como já foi mencionado anteriormente. Nos ensinamentos clínicos desenvolvidos no BOC e no BO de ortopedia, o contato é breve e não é dada toda a atenção merecida ao cliente, embora a equipa de enfermagem considere importante uma assistência humanizada, na prática profissional, é difícil a sua implementação, isto porque não existe consulta pré-operatória e visita pré-operatória de enfermagem. A equipa revela que era uma mais-valia, a existência de uma visita pré-operatória, para o conhecimento e capacitação do cliente durante o processo cirúrgico. Acreditam que a visita desmistifica o BO, e que apesar da sua vulnerabilidade, chega ao BO menos ansioso e esclarecido das suas expectativas e necessidades. Reforçam que a transmissão da informação nesta visita facilita a aprendizagem do cliente, promovem a segurança e conforto psicológico e emocional, acrescentando ainda que envolve a família/convivente significativo.

Após o contato com o cliente no acolhimento e com o propósito de desenvolver competências especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área de anestesia, colaborei na indução dos clientes com anestesia geral, com o acompanhamento e orientação de um enfermeiro especialista nesta área. Visto que este é um momento em

que o cliente perde toda a sua autonomia, o enfermeiro assume o papel de advogado do cliente, pela vulnerabilidade que é instaurada, defendendo os seus interesses e agindo em seu benefício. Levando a cabo estes fundamentos, é imperativo que o enfermeiro preste os cuidados de saúde necessários, defenda seus direitos, garantindo a qualidade do cuidado e permita a articulação entre o cliente e o ambiente de cuidados de saúde (Nogário et al., 2015). Durante as práticas clínicas realizadas ao longo do estágio, percebi que uma grande parte dos clientes submetidos a uma anestesia geral, relacionam esta experiência com o medo de não acordar. Neste sentido, com a colaboração da equipa de anestesia tentei desmistificar este medo, comunicando com o cliente de forma calma e tranquilizadora, de forma a construir uma relação de confiança entre a pessoa e a equipa.

Iniciando a fase do intraoperatório, após a anestesia e a desempenhar funções de circulante, colaborei no posicionamento correto do cliente, que efetivamente por se tratar de um ato complexo, este deve ser efetuado em equipa, tendo por isso assegurado a intervenção numa perspetiva interprofissional. Tal como a enfermeira circulante, a enfermeira instrumentista deve conhecer os posicionamentos a realizar de acordo com a técnica cirúrgica a usar, de forma a providenciar a marcação correta para o procedimento, uma ótima exposição da área da incisão, assim como, permitir o conforto da equipa e do cliente, promovendo o seu bem-estar e segurança.

O sucesso da cirurgia é diretamente influenciado por uma equipa que trabalha de forma organizada e coordenada. Durante a cirurgia há momentos decisivos que exigem da equipa cirúrgica ações específicas que definem a segurança da pessoa. Para que tal aconteça é importante um diálogo construtivo, que pode ser efetuado através de estratégias facilitadoras de comunicação que contribuam para a segurança da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica. O objetivo destas estratégias é reforçar as práticas de segurança e promover uma melhor comunicação e trabalho de equipa multidisciplinar, reduzindo a mortalidade e evitando complicações cirúrgicas.

A adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura, tem sido uma vantagem para a confirmação positiva da identificação, tanto por parte do cliente como por toda a equipa cirúrgica, por assentar em resultados positivos neste âmbito. Tal como preconiza este documento, tive a oportunidade de desenvolver esta prática em todas as cirurgias em que estive presente. O *time out* é considerada a verificação de segurança final

imediatamente antes da incisão da pele e, da experiência vivida, nos estágios percebi que quase sempre é executado por iniciativa da equipa de enfermagem. Durante este momento a equipa cirúrgica verifica em conjunto a identificação do cliente e o local correto do procedimento. O cirurgião deve referir, em voz alta, o nome do cliente, a cirurgia a realizar, a lateralidade e o local da cirurgia. São ainda acrescentados, o tempo previsto para a cirurgia e confirmação de preocupações tanto com o cirurgião como com o anestesista. A aplicação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura é obrigatória em todos os BO, sendo o seu propósito a melhoria da segurança cirúrgica, evitar mortes e complicações, permitindo a medição do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos (DGS, 2013).

No estágio, foi possível detetar alguns pontos de melhoria, no que diz respeito à segurança da comunicação no contexto perioperatório. Na transferência do cliente da sala operatória para UCPA, tem vindo a ser implementada progressivamente a técnica de ISBAR. Considerando o uso desta técnica como facilitadora da comunicação, pretende-se aumentar a segurança nos procedimentos cirúrgicos, obedecendo a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados e na transição de cuidados. Esta transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados e carece de ser escrita, indicando a clareza e a legibilidade da informação.

Esta mnemónica é uma ferramenta padronizada que atua como um auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal. Sendo que a qualidade e a segurança são indissociáveis, a técnica de ISBAR, contribui em muito, para uma prática na prestação de cuidados seguros, para a diminuição de eventos adversos e consequentemente para a diminuição da mortalidade. A evidência indica que até 70% dos eventos adversos que mais ocorrem na saúde, são as falhas na comunicação entre profissionais durante os momentos de transição de cuidados (DGS, 2017).

O ensino do autocuidado é uma importante estratégia para enfrentar as dificuldades que permeiam o processo de reabilitação pós-operatória, possibilitando que a pessoa participe e cuide de si mesmo, através das informações e recomendações obtidas de forma criteriosa no pós-operatório. Estas estratégias dirigem-se para as

necessidades individuais da pessoa, favorecendo a aprendizagem acerca do procedimento cirúrgico e suas consequências, além do desenvolvimento de habilidades para o autocuidado.

Nesse sentido, a educação em saúde influencia de forma positiva a evolução pós-operatória e representa uma ferramenta que contextualiza as realidades sociais, económicas e culturais dos clientes na promoção da saúde, tratamento e reabilitação (Stadler et al., 2019).

Depois de cumprirem todos os critérios de alta estipulados para o serviço de ambulatório, os clientes e seus acompanhantes ou cuidadores receberam da minha parte as instruções verbais e escritas de forma clara (Choudhary, 2019).

Tal como referido por Choudhary (2019), no dia seguinte, os clientes devem ser acompanhados através de uma teleconsulta de enfermagem obrigatória às 24h, para avaliar a sua condição pós-operatória. A teleconsulta assenta em recomendações que devem respeitar a relação profissional com o cliente e a sua saúde, mantendo a confiança mútua, a independência de opinião do profissional, a autonomia e a confidencialidade. Devido à natureza da metodologia utilizada, o enfermeiro pode encontrar limitações e desafios à interação que não encontra normalmente na prestação de cuidados presenciais, pelo que deve tomar as medidas apropriadas para mitigar essas limitações (OE, 2020).

Tive a oportunidade de observar e participar neste contato que é realizado por um enfermeiro do serviço, de forma a dar continuidade dos cuidados, que são exigência obrigatória num programa de CA (Vieira et al., 2017). É neste momento que se pode despistar possíveis complicações, realizar o esclarecimento de dúvidas, reforçar os ensinamentos, perceber o grau de satisfação dos clientes, para além de fortalecer a relação estabelecida desde o acolhimento. Após a consulta telefónica toda a informação prestada pelo cliente é registada em sistema informático próprio.

A teleconsulta de follow-up, surge como um indicador de qualidade na CA, sendo por essa razão, uma ferramenta essencial na monitorização da eficácia dos protocolos e da equipa, da adequação da estrutura e do grau de satisfação dos clientes.

Nesta fase, os cuidados prestados pela CA cessam com a transferência do cliente para os cuidados de saúde primários, onde será dada a continuidade dos mesmos para otimizar o procedimento de transição.

Tendo a instituição de estágio por base o modelo conceptual de cuidados a Teoria das Transições de Afaf Meleis, o enfermeiro tem a oportunidade de assumir um papel preponderante em contribuir para uma transição saudável, visto que a hospitalização é um ponto gerador de stress e ansiedade. Durante o período perioperatório, o enfermeiro tem em conta, não só o cliente, mas também a família/pessoa significativa, preocupando-se com o seu conforto e bem-estar.

### **2.2.2. Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica**

Considerando o risco de infeção e procedimentos cirúrgicos, o enfermeiro especialista perioperatório “Demonstra consciência cirúrgica na promoção de ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório”, “Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios” e “Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19367 - 19368).

Com vista a concretizar os objetivos propostos no estágio de opção: desenvolver competências de instrumentação na cirurgia de ortopedia; assegurar o cumprimento de boas práticas de instrumentação para a prevenção da ILC na cirurgia de ortopedia e assegurar o cumprimento dos princípios de assepsia e controlo da infeção, aliado à aquisição e demonstração das competências do enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória, descrevo de seguida a minha atuação e em como pude desenvolver e pôr em prática as intervenções, tendo em conta, as boas práticas de instrumentação para a prevenção da ILC, na cirurgia de ortopedia com uso de implantes, tal como já descrevi em capítulo próprio.

Este estágio foi muito rico em experiências vivenciadas e oportunidades de aprendizagem, em que pude prestar cuidados de enfermagem diferenciados a pessoas com as mais diversas necessidades e situações clínicas. Pela dimensão que representa o BO e pelas inúmeras valências, que os enfermeiros desempenham, senti algum receio na adaptação às dinâmicas que se praticam no BO. No entanto, fui bem acolhida por toda a equipa, nomeadamente pela enfermeira tutora, que me proporcionou segurança e bem-

estar, o que foi um processo facilitador para a aquisição de conhecimentos e prestação de cuidados à pessoa perioperatória, bem como na colaboração com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar, demonstrando capacidade de trabalhar de forma adequada e segura (Regulamento nº 429/2018).

Sabendo que as enfermeiras instrumentistas e circulantes se complementam nas suas funções e tarefas, pois ambas cumprem as duas valências, optei por investir o meu percurso neste sentido para dar cumprimento aos objetivos elaborados no projeto de autoformação.

Uma vez integrada na equipa, desenvolvi funções de enfermeira circulante, que segundo a OE (2004), é definido como aquela que se foca nas necessidades da pessoa submetida a um procedimento cirúrgico, detentor de conhecimentos que permitem conhecer a complexidade do ambiente em que atua. Assim, são-lhe conferidas atribuições específicas como, a redução dos riscos inerentes à essência dos cuidados desenvolvidos no BO, à segurança da pessoa e profissionais e à qualidade dos cuidados.

Considerando a enfermeira circulante como gestora da sala, pelas características inerentes aos seus conhecimentos, competências, atenção e perspicácia, certifiquei-me das condições do ambiente de trabalho promotoras da saúde e da segurança dos profissionais, através de um comportamento pró-ativo focando a minha atenção no que se passa na sala e atuando em conformidade. Exemplos disso são a manutenção da disciplina na sala, o controlo da abertura das portas, o número de elementos dentro da sala, supervisionar o comportamento e atitudes da equipa, promover um ambiente silencioso e calmo, corrigir falhas de vestuário e cumprir e fazer cumprir as regras de assepsia cirúrgica. Em relação ao número de elemento na sala, verifiquei que na prática, grande parte das vezes não é cumprida, pois a equipa médica é excessiva, tanto da equipa cirúrgica de ortopedia como a de anestesia e com a presença de vários médicos internos, para além da presença dos técnicos das casas comerciais, técnicos de RX e alunos de enfermagem como é o meu caso, pode comprometer a assepsia.

No início de cada turno, confirmei a cirurgia que iria ser realizada na sala a que estava alocada e da experiência que fui adquirindo ao longo deste estágio, percebi que é de grande importância a consulta do plano cirúrgico no dia anterior, pois na cirurgia ortopédica há um consumo de material (ex. implantes) e instrumental que muitas vezes

são pertencentes às casas comerciais que os fornecem. Nestas situações especiais, é necessário confirmar na véspera se há material para a concretização da cirurgia.

Preparei o material e equipamento necessário à cirurgia e efetuei a verificação do equipamento com supervisão da enfermeira tutora; verifiquei a funcionalidade da marquesa operatória e adaptação da mesma ao tipo de cirurgia com os devidos acessórios adjacentes; verifiquei se as caixas cirúrgicas estavam corretas para a cirurgia em questão, bem como a integridade e prazos de validade das embalagens e kits cirúrgicos. Colaborei no posicionamento cirúrgico, coloquei meias de contenção e realizei cateterizações vesicais, em cirurgias superiores a 90 minutos conforme o protocolo do BO. A fim de prevenir riscos para o cliente, a enfermeira circulante comunica alguma ocorrência relativamente à assepsia ou de situações que ponha em perigo a vida da pessoa, pelo que me assegurei dos riscos que possam causar queimaduras, ao colocar a placa de eletrocirurgia de acordo com as regras de segurança.

Em colaboração com enfermeira instrumentista, assisti na colocação das mesas cirúrgicas entregando o material diretamente nas mãos da enfermeira, respeitando a técnica asséptica cirúrgica e zelando pela manutenção do espaço de segurança ao redor das mesas para evitar a contaminação. Pela grande afluência de pessoas e equipamento nas salas de ortopedia e pelas dimensões das salas que se tornam reduzidas por estas razões, há uma grande preocupação da equipa de enfermagem em manter a área estéril protegida, pelo que as enfermeiras circulantes e instrumentistas estão em constante vigilância para evitar a contaminação.

Em parceria com a enfermeira instrumentista atuei conjuntamente na desinfecção da pele e na colocação das coberturas cirúrgicas de forma a criar um espaço de trabalho estéril para a equipa. Colaborei também, nas ligações dos vários equipamentos necessários à cirurgia; acondicionei e rotulei os produtos colhidos conforme a norma e protocolo do serviço, providenciando o registo em livro próprio, assegurando o seu envio para os laboratórios, assisti na verificação do implante a colocar e na sua abertura, colaborei com o auxílio da enfermeira tutora na contagem de compressas e instrumental cirúrgico. No final, participei com a instrumentista na realização do penso cirúrgico, na limpeza do campo cirúrgico e na transferência do cliente para o transfer e posteriormente para a UCPA.

A importância dos registos de enfermagem passa pela elaboração do processo de enfermagem, de forma a garantir uma prestação segura dos cuidados e sustentar as intervenções de enfermagem (Duarte & Martins, 2014). Ao longo e no final da cirurgia efetuei registos informáticos que para além do plano de cuidados, contemplam o preenchimento da Lista de Verificação de Cirurgia Segura, com os dados obtidos antes do início da indução anestésica, no momento antes de terminar a cirurgia e antes do cliente sair da sala (DGS, 2013). Para além destes registos, fiz ainda em folha própria o registo dos dispositivos médicos estéreis utilizados para a sua rastreabilidade e também o registo de gastos, relativamente a material que merece reposição. Tal como refere o Regulamento nº 429/2018 do Diário da República, 2.ª série - n.º 135 - 16 de julho de 2018, o enfermeiro especialista em perioperatório utiliza estratégias de comunicação adequadas para garantir a documentação necessária e a continuidade de cuidados em enfermagem.

Foi em parceria com a enfermeira tutora e com funções de instrumentista na prestação de cuidados à pessoa, que dediquei grande parte do tempo de aprendizagem. Neste sentido, os turnos iniciam-se sempre com a consulta do plano cirúrgico e os tempos operatórios, como também com a verificação do tipo de material implantável a usar.

Para haver uma melhor organização do trabalho de instrumentação torna-se importante conhecer o cliente previamente. Assim, o acolhimento sempre que possível, foi efetuado em conjunto com o enfermeiro que apresenta mais disponibilidade no momento, seja ele de anestesia, circulante ou instrumentista. Desta forma, o contato que estabeleci com o cliente durante este instante permitiu criar uma relação empática com o mesmo, à medida que também eram colhidas informações para a função de instrumentação como a lateralidade da intervenção, presença de alergias e características do membro operado (para a seleção dos instrumentos adequados).

A preparação da enfermeira instrumentista para a colocação das mesas operatórias deve ocorrer o mais próximo possível do início da cirurgia. Esta fase inicia-se com a higiene das mãos, para tal desloquei-me à zona de lavabos onde procedi à desinfeção cirúrgica das mesmas. Como já foi referido anteriormente, esta etapa é de suma importância para a prevenção das IACS. Preferencialmente, a técnica de desinfeção adotada por mim, é sempre o uso de água e sabão antimicrobiano, onde faço

questão de cumprir criteriosamente os passos desta técnica. É representada por um momento isolado e de concentração que acabam por ser de introspeção e reflexão sobre a cirurgia, como me vou envolver, estar concentrada e com a máxima atenção para dar resposta a todas as necessidades exigidas e planejar mentalmente as atividades que se seguem e nas que sinto mais dificuldade a executar.

O próximo passo corresponde a vestir bata e colocar luvas de acordo com a técnica asséptica cirúrgica. A bata deve ser colocada numa área onde esta possa ser aberta sem risco de contaminação. O processo de vestir a bata estéril requer muita prática e só através da repetição é possível ganhar destreza para a vestir sem a conspurcar. Esta foi uma das etapas na qual senti algumas dificuldades, pois as salas operatórias tornam-se reduzidas pelo número de equipamentos dispostos, havendo poucas áreas livres sem colocar em risco o procedimento. Contudo, esta condição foi sendo superada com o número de experiências que me foram proporcionadas.

A montagem das mesas obedece a certos critérios, aos quais requereu grande atenção da minha parte como enfermeira instrumentista, para garantir o cumprimento dos processos e a confirmação da esterilização dos dispositivos médicos. Posteriormente, inspecionei e testei os instrumentos quanto a sua integridade e funcionalidade, separei-os conforme o seu grupo e o tempo cirúrgico em que são utilizados. Ao colocar os instrumentos na mesa contei-os e imediatamente antes do fecho da ferida cirúrgica assegurei-me do risco associado à retenção inadvertida de instrumentos e compressas no local da cirurgia (Regulamento nº 429/2018). Durante a montagem da mesa, tive o cuidado de obedecer às normas de colocação já descritas no subcapítulo 1.3. Estes princípios facilitam o trabalho ao enfermeiro instrumentista, que aliados aos seus conhecimentos relativamente aos tempos cirúrgicos usados no decorrer de uma intervenção, evitam perdas de tempo desnecessárias contribuindo para a diminuição do tempo de cirurgia que é outro fator que pode contribuir para as ILC's (Duarte & Martins, 2014; Regulamento nº 429/2018).

Uma vez que já me encontro com a indumentaria estéril, vesti e coloquei luvas a toda a equipa cirúrgica de forma asséptica. A técnica preferencial de colocar as luvas usada pelas enfermeiras instrumentistas e que eu também adotei é o fechado, enquanto a restante equipa é calçada através do método assistido. Também pude verificar nos locais de estágio, que apenas no BO de ortopedia são usadas as luvas duplas. Após discussão e

reflexão com as enfermeiras especialistas, estas explicaram que se tratando de cirurgias de baixo risco não se justificava o uso duplo de luvas. Após as pesquisas efetuadas mostrei as recomendações e as evidências mais recentes, como sugestão de melhoria, no entanto não ocorreu mudança de comportamento no que concerne a esta sugestão até ao fim do estágio.

Este momento de vestir a equipa é de grande movimentação e agitação na sala. As equipas de ortopedia, normalmente são constituídas por vários elementos e a enfermeira instrumentista acaba por ter que executar várias tarefas em simultâneo, o que pode colocar em risco a assepsia. Enquanto vesti parte da equipa, também colaborei na desinfeção do local cirúrgico e colocação dos campos cirúrgicos, mas nunca descorando a vigilância da mesa e da equipa. Estas atividades implicam que circule junto de elementos que ainda não se encontram com equipamento esterilizado, no entanto, toda a equipa trabalha em sincronia para que não surjam incidentes.

Tendo em consideração as particularidades de cada cirurgia e o cliente, fui capaz de adequar os métodos de cuidados à pele antes da intervenção cirúrgica, de forma a intervir na gestão do risco e controlo da segurança perioperatória (Regulamento nº 429/2018).

Relativamente aos critérios necessários para proceder à preparação e a técnica de desinfeção da pele, pude verificar que há um desfasamento entre a teoria e a prática e que esta varia de acordo com os cirurgiões. Alguns optam por não efetuar a lavagem com esponjas impregnadas em GCH e passar diretamente para a desinfeção com GCH 2%, outros preferem apenas a lavagem com GCH sem realizar a desinfeção com antisséptico, não cumprindo as normas das práticas recomendadas, que obrigam à aplicação deste, antes de qualquer procedimento invasivo (DGS, 2022). De uma forma generalizada, são usadas as duas técnicas (lavagem e desinfeção). A falta de uniformização reflete-se particularmente durante esta fase do intraoperatório, pelo que demonstra a importância do cumprimento de protocolos assistenciais, em que o seu uso beneficia a aplicação das boas práticas de acordo com as evidências científicas. A padronização de procedimentos valida a tomada de decisão do enfermeiro, facilitando um cuidado à pessoa de acordo com os princípios técnico-científicos. Por outro lado, visa uma maior segurança na concretização destes procedimentos e evita a possibilidade de ocorrerem não conformidades. Embora a existência de protocolos neste serviço seja

uma limitação, a sua consulta revelou-se um instrumento facilitador no contexto de estágio.

A técnica de aplicação do antisséptico também não é cumprida, quando falamos de aplicar movimentos circulares e de frequentemente não ser respeitado o tempo de secagem do produto. Se o antisséptico a usar, for uma solução aquosa, a sua aplicação deve ser no mínimo de 3 a 4 minutos. Se for de base alcoólica, devem ser realizadas duas aplicações, em que na segunda os movimentos circulares devem ser mantidos até secar (Duarte & Martins, 2014). Contudo, evidências demonstradas pela metanálise de Privitera et al. (2016), defendem que um antisséptico combinando com álcool reduzem eficazmente a contaminação da pele em 30%, comparado com o uso de iodopovidona. Da experiência adquirida através dos ensinamentos clínicos, a prática realizada é do uso de uma solução antisséptica alcoólica e a técnica de aplicação segue a mais recente com movimentos retos para a frente e para trás. A OMS (2018) faz referência às soluções de base alcoólica com eficácia superior, às de base aquosa, pois apresentam um efeito antimicrobiano mais eficaz e imediato. Também Bashaw e Keister, (2019) relatam que uma revisão bibliográfica de Privitera (2017), mostrou que a preparação da pele com GCH e álcool são eficazes, pois este último é de ação rápida e o GCH promove um efeito residual mais extenso.

Considerando que o local cirúrgico já se encontra devidamente seco após a aplicação da solução alcoólica, procede-se à colocação dos campos cirúrgicos. Estes devem obedecer às normas da sua colocação para assim, garantir a sua eficácia, limitar o risco de infeção e a segurança dos profissionais. Para tal, o seu manuseamento deve ser minucioso, impedindo movimentos bruscos ou ondulatórios que permitam o levantamento de partículas no ar. Por esta razão, a minha participação durante esta atividade não foi muito ativa, apesar disso considero que não prejudicou o meu desenvolvimento de competências.

Os campos incisivos adesivos de plástico com ou sem propriedades antimicrobianas não são recomendados, pois constatou-se que não há evidências que estes reduzam as ILC's. No entanto, Falk-Brynhildsen et al. (2013) relatam um aumento da recolonização da pele após a preparação antisséptica com o uso campos adesivos comparados ao não uso destes campos (31% vs. 7,5%, respetivamente). Estes tipos de coberturas apresentam também desvantagens, tais como, reações alérgicas e fragmentos

de filme adesivo no local da incisão. No entanto, teoricamente acredita-se, que tal campo, representa uma barreira mecânica e/ou microbiana para impedir a migração de microrganismos da pele para o local cirúrgico (OMS, 2018). Apesar disso, este tipo de campos é usado no BO de ortopedia apenas nas cirurgias para corrigir as fraturas do colo do fémur através do encavilhamento, não tendo aparentemente provocado algum dano ao cliente.

Durante os procedimentos cirúrgicos, prestei particular atenção aos demais membros da equipa para possíveis quebras na técnica asséptica e ajudar imediatamente a implementar ações corretivas, que devem ser realizadas o mais rápido possível (Regulamento nº 429/2018).

Contribuindo para a otimização da complementaridade das intervenções dos profissionais da equipa interdisciplinar e para a comunicação eficaz, visando a segurança cirúrgica (Regulamento nº 429/2018), antes da colocação do implante como preconizado pelas boas práticas, procedi à troca de luvas de toda a equipa, confirmei de forma clara e em voz alta o tipo de implante e o tamanho pedido pelo cirurgião até à sua confirmação. O implante só é aberto quando vai ser usado, sendo esta uma estratégia para reduzir a exposição à contaminação do ar e é entregue diretamente na mão do cirurgião (EORNA, 2020).

As ações supramencionadas estão diretamente relacionadas com a assepsia cirúrgica e com os conhecimentos e habilidades que o enfermeiro especialista em perioperatório incorpora para garantir a segurança da pessoa. Portanto, considero que adquiri as competências relativamente à liderança do processo de prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados perioperatórios e que assegurei o cumprimento dos princípios de preparação pré-cirúrgica das mãos e da utilização de barreiras protetoras (Regulamento nº 429/2018).

No final da cirurgia efetuei a limpeza da ferida e o respetivo penso cirúrgico precocemente para evitar a exposição da ferida ao ar. Nesta fase, procedi à substituição das luvas para a execução do procedimento, assegurando o cumprimento dos princípios de assepsia e do controlo da contaminação, de acordo com as evidências científicas (Regulamento nº 429/2018).

Após o procedimento cirúrgico, acondicionei os instrumentos em cestos próprios, separados por kits, de acordo com as regras de acondicionamento, que envolve um grande conhecimento dos instrumentos cirúrgicos.

Assumir o papel de enfermeira instrumentista, despertou em mim um misto de sentimentos, visto ser uma grande responsabilidade a manutenção da assepsia e dar continuidade à cirurgia em tempo útil, mas, simultaneamente provocou entusiasmo e interesse em querer fazer mais.

Como enfermeira na área do perioperatório estimulou a minha prestação de cuidados especializados no cuidar da pessoa tendo-se revelado um processo complexo, exigindo conhecimentos, habilidades e formas de atuação específicas. Contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória através das práticas clínicas proporcionadas, reconheço a infecção como um foco da atenção da minha prática, tendo deste modo maximizado as intervenções para a sua prevenção e controlo, perante a complexidade das situações, atuando com responsabilidade no cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infecção, questionando, refletindo e procurando constante atualização.

### 2.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Os cuidados de enfermagem vivem atualmente uma importância e exigência técnica e científica, que implica uma diferenciação e especialização destes profissionais (Regulamento nº 140/2019).

Ao longo de todo o percurso académico, todo o conhecimento e atividades desenvolvidas estreitam-se para a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sustentando os domínios do enfermeiro especialista anteriormente descritos e analisados. Para obtenção do grau de mestre é necessário o formando adquirir uma especialização, pois as competências de ambos estabelecem uma relação que predispõem a sua aquisição. Assim o enfermeiro especialista atua em todos os contextos da vida da pessoa e nos diferentes níveis de prevenção pelo seu conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades.

O grau de Mestre é conferido aos que demonstrem:

- Possuir conhecimentos profundos na área científica de enfermagem médico-cirúrgica e os desenvolva com recurso à atividade de investigação, inovação e aprofundamento das suas competências profissionais.
- Compreender e resolver problemas em situações novas ou em contextos alargados e multidisciplinares, no exercício da atividade profissional especializada na área da enfermagem médico-cirúrgica.
- Integrar conhecimentos especializados da área de enfermagem médico-cirúrgica, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos, considerando as implicações e responsabilidades éticas e sociais associadas.
- Comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.
- Evidenciar competências que lhe permita uma aprendizagem autónoma ao longo da vida.

Assim e dando cumprimento ao Decreto-Lei nº 65/2018 no artigo 15º, surge de seguida a análise do perfil de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que desde já considero terem sido adquiridas.

Para promover a melhoria contínua da qualidade e a segurança dos cuidados, a enfermagem para o desenvolvimento da sua profissão, deve apostar na formação e investigação, para a uma prática baseada na evidência, uma vez que esta só se faz com a produção de conhecimento. Assim, através da investigação é possível orientar a prática de forma que esta assente numa base científica, facilitando a tomada de decisões nos cuidados.

Neste sentido, a realização do curso permitiu a compreensão e a aplicação efetiva do conhecimento científico, endossando a realidade da prática de enfermagem especializada, através dos estágios realizados. O conhecimento teórico coaduna-se com as experiências vividas no contexto prático, promovendo a minha visão sobre a pessoa em situação perioperatória, tanto numa perspetiva holística como na sua abordagem.

Não obstante à aquisição deste conhecimento, a elaboração do projeto de autoformação, do caso clínico, das reflexões críticas e dos relatórios de estágio incentivaram à pesquisa de bibliografia pertinente e atual baseada na evidência, para a

aquisição de conhecimentos e habilidades, de modo a aprofundar estas competências, sustentando a tomada de decisão e a realização de juízos pautados pela reflexão crítica.

Efetivamente, o conhecimento torna-se uma ferramenta imprescindível, pois pela complexidade da pessoa em situação perioperatória, muitas vezes, esta demanda solicita respostas rápidas e seguras.

No que diz respeito à área de investigação, as aulas foram uma componente importante para aprofundar conhecimentos e desenvolvimento nesta área. Demonstraram uma melhor compreensão da investigação incentivando à reflexão crítica no contexto prático na área do perioperatório e da importância da prática baseada na evidência. Além disso permitiu orientar o pensamento para uma prática de qualidade e segura e a atuar de acordo com estes pressupostos.

O ambiente onde o enfermeiro está envolvido encontra-se em constante transformação e para este encontrar respostas para os seus problemas e se adaptar a este meio, é exigida a capacidade de aprendizagem. Sendo o conhecimento transformador e temporário, pelas constantes mudanças a nível científico, é importante a sua atualização contínua, de forma a adquirir, consolidar e refletir sobre este novo conhecimento, uma vez que este tem implicação na prática. A base do cuidar em Enfermagem engloba as vertentes: física, humana, sociais e espirituais, que em diferentes contextos se encontram na prática podendo solucionar estas questões.

Sendo a minha área de atuação profissional diferente da área do perioperatório, a prestação de cuidados no BO em quase tudo se traduziu em situações novas. Perante este desafio, permitiu-me sair da minha zona de conforto obrigando-me a uma constante busca e atualização de conhecimentos, para desta forma prestar cuidados personalizados nos diferentes contextos que o BO requer.

As valências de enfermagem que desenvolvi durante os estágios como enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista, permitiram-me desenvolver competências especializadas e aprofundar conhecimentos técnico-científicos, no cuidado à pessoa em situação perioperatória, nomeadamente nas medidas na prevenção e controlo da infeção, na gestão de protocolos, na atuação de situações prioritárias, na adaptação a novas tecnologias e técnicas, na preparação cirúrgica do cliente, na prevenção de eventos adversos e segurança da pessoa e da equipa.

Considerando a vasta equipa multidisciplinar que compõe o BO, a comunicação e os instrumentos usados, como a Lista de Verificação de Segurança Segura e o ISBAR foram situações novas e não familiares com as quais me deparei. Nestas estratégias de comunicação interprofissional, destaco a assertividade para a melhoria do trabalho de equipa, a gestão de conflitos e a prevenção de eventos adversos, bem como a tomada de decisão na sala operatória.

A mudança de comportamento e postura no BO, também foi outra situação nova que vivi. O fato de ter que controlar a minha impulsividade e movimentos bruscos dentro da sala operatória, levaram a ponderar os meus movimentos, pois sabemos que estes podem libertar partículas e disseminar microrganismos para o ar da sala operatória comprometendo o cliente ao risco de infeção.

Na consulta pré-operatória tratando-se também de um momento novo permitiu a construção de uma relação terapêutica com o cliente e sua família, sendo necessário muitas vezes recorrer à criatividade e estratégias inovadoras para que a informação seja passada com sucesso para o cliente e respetiva família/convivente significativo.

Claro está, que todas as experiências vividas levaram à mobilização de um vasto corpo de conhecimentos, por forma a tomar decisões mais assertivas e adequadas as necessidades da equipa e do cliente. No entanto, durante a realização dos ensinamentos clínicos não houve situações inesperadas ou de urgência, de forma a tomar tais decisões.

No dia-a-dia da enfermagem perioperatória são inúmeras as situações complexas com as quais nos podemos deparar, que põem em causa as ações dos enfermeiros e que implicam a tomada de decisão, sejam elas de carácter técnico e científico, ético, deontológico ou jurídico.

A tomada de decisão do enfermeiro durante a sua atividade profissional, é sustentada nos critérios anteriormente descritos, pelo código deontológico de enfermagem (2015), quando este enuncia que o enfermeiro deve “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão”, “responsabilizando-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”, assim como deve “defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei” (p.79). Estas competências são transversais às competências comuns do enfermeiro especialista do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, já anteriormente descrita.

Portanto, torna-se imperativo o papel do enfermeiro especialista na tomada de decisão em elevados níveis de julgamento clínico. Por esta razão, deve atuar de modo a contribuir para o melhor interesse do cliente e família, tendo em conta a sua vontade e decisões, numa perspetiva bio-psico-social e espiritual.

Nas unidades curriculares ministradas durante o curso, foram abordados assuntos de suma importância para a prática, como a transmissão da informação ao cliente e família na consulta pré-operatória, o consentimento informado, o sigilo profissional e a privacidade, assuntos estes, que constam do código deontológico de enfermagem (OE, 2015).

Nos locais como o BO, surgem diariamente diversas situações complexas, tanto pelas cirurgias eletivas como pelas cirurgias de urgência, obrigando o enfermeiro especialista à tomada de decisões constantes, para se adaptar à situação que esta a decorrer. Neste sentido durante os estágios procurei desenvolver estas competências, atuando de forma antecipatória, tomando decisões que julguei ser as mais corretas, para assim, obter a melhor prestação de cuidados.

Sem dúvida, que ao acompanhar os enfermeiros especialistas, nomeadamente a minha tutora, foi uma mais-valia para o incremento da minha aprendizagem. Os momentos de observação e partilha, permitiram avaliar cada caso como sendo individual e personalizado, de forma responsável e ponderada, para uma tomada de decisão que assente nas soluções e juízos desenvolvidos, considerando sempre os princípios, éticos, sociais e legais.

O desenvolvimento de conhecimentos aprofundados na área do perioperatório ao longo deste curso e que têm vindo a ser mencionados neste relatório, permitiram-me atuar nos diferentes contextos da prática dos cuidados, com a perspetiva de prevenir e minimizar situações complexas e muitas das vezes imprevisíveis.

O enfermeiro, como descrito no artigo nº 88 do código deontológico (2015), assume o dever deontológico de manter uma atualização contínua de conhecimentos com vista a excelência do exercício profissional, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas. Do mesmo modo, compete ao enfermeiro especialista, o papel de facilitador da aprendizagem dos clientes e dos pares, orientação e aconselhamento suportando a sua prática clínica na investigação, para uma prática especializada (Regulamento nº 140/2019).

A atualização contínua durante os períodos de estágio, levou à partilha e reflexão dos resultados das pesquisas aprofundadas sobre diversos temas com os enfermeiros especialistas e de cuidados gerais dos BO onde estagiei. Isto não só contribuiu para o meu autoconhecimento e aperfeiçoamento da minha investigação, mas também atuar de forma pertinente e fundamentada.

Como já relatado anteriormente, durante o Ensino clínico I no BO, realizei um estudo de caso, apresentado no seminário “Cuidar da pessoa em situação perioperatória” realizado pela Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, na Madeira, onde participei como palestrante e apresentei o tema com discurso claro, sem ambiguidades, através de uma linguagem própria da Enfermagem.

Propus-me também à sugestão e realização de um protocolo para o uso e manipulação de implantes em ortopedia. Para além proporcionar a melhoria contínua da qualidade, permite também a sistematização das intervenções, a coordenação de cuidados e engloba a informação mais atual numa estrutura resumida e clara, auxiliando os profissionais de saúde a tomar as decisões mais corretas.

Para acompanhar a evolução das técnicas e tecnologias, mais especificamente na área do perioperatório, o enfermeiro necessita de uma atualização e aprendizagem constante ao longo da sua vida profissional, que se traduz numa competência em enfermagem perioperatória que possibilita a constante atualização de uma forma autónoma. Cabe ao enfermeiro perioperatório ser capaz de se manter atualizado e dar respostas a estas medidas inovadoras. Para tal, o enfermeiro deve ser provido de autorreflexão e espírito crítico, que desenvolvi com as experiências vivenciadas durante este curso, em particular durante a realização dos estágios.

Durante o meu percurso como enfermeira, percebi que o conhecimento é um processo dinâmico e em constante evolução, o qual, é adquirido por meio da experiência, aprendizagem e empenho na prestação dos cuidados.

Desde o Curso de Licenciatura em Enfermagem que tenho investido na minha formação pessoal e profissional, desde pós-graduações a congressos, dirigidos a áreas do meu interesse de intervenção, formações fornecidas pela instituição e formações em serviço, passando pela especialização que culminou no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em particular na área perioperatória.

Considerando o EEMC como uma de referência dentro das instituições, a prestação de cuidados de excelência torna-se imperativo especialmente para a pessoa em situação perioperatória, que se coloca numa posição voluntariamente vulnerável, consentindo e confiando na qualidade dos cuidados que lhe são prestados. Com esta perspectiva, ao concluir o mestrado e com a aquisição de competências especializadas, almejo a oportunidade de colocar em prática todo o processo desenvolvido até então, no BO da instituição onde desenvolvo funções.

## CONCLUSÃO

Este relatório, surge como um documento da aprendizagem adquirida durante os estágios, usando uma metodologia descritiva e reflexiva das atividades propostas. Expõe o culminar de um trajeto de aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional, num constante envolvimento de conhecimentos e a aquisição de competências ao longo deste período.

A profissão de Enfermagem, é um contínuo de aprendizagem, tanto pela evolução e inovações que requerem uma adaptação constante, como pela grande componente técnica e científica que a constituem. Esta aprendizagem e atualização continua exigem dos enfermeiros um investimento pessoal ao longo do seu percurso profissional.

Assim, torna-se imperioso a permanente reflexão sobre as práticas de cuidados e saberes, com o objetivo de praticar e obter cuidados de excelência. O resultado da reflexão, permite um aperfeiçoamento e atualização das práticas dos enfermeiros, pela interpelação e comparação de ideias, que culminam na construção de conhecimento e desenvolvimento de competências. Estes estágios foram essenciais para analisar e alterar certos comportamentos que resultaram da reflexão realizada, promovendo deste modo, a evolução para a prestação de cuidados de qualidade.

O BO é um local complexo, com múltiplos riscos e experiências, onde o cliente é o “ator” principal. Sendo a enfermagem perioperatória um processo sistemático, esta, assegura cuidados de enfermagem adequados e individualizados à pessoa, desde o período pré ao pós-operatório, através de uma sequência de intervenções que culminam em resultados, que se esperam positivos.

Atualmente, assume-se as ILC's como um desafio para os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros. Através do trabalho em equipa, é possível desenvolver um plano de intervenção simultaneamente com a adesão das boas práticas de modo a prevenir e controlar as mesmas. É incontestável que as ILC's, são uma problemática que continuam a interferir na qualidade de vida dos clientes e respetivas famílias.

Este caminho foi um constante desafio, proporcionando-me vivências e experiências enriquecedoras, que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e

profissional. A aplicação dos conhecimentos adquiridos na teoria em articulação com a prática e o interesse das equipas de enfermagem, em particular das enfermeiras tutoras, em transmitir o conhecimento e experiências profissionais, alargou o espaço de reflexão da prática diária, alicerçando as competências de Enfermeiro e Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização à pessoa em situação perioperatória. Este apoio multidisciplinar foi uma pedra basilar, no decorrer deste percurso para o propósito de alcançar o que ambicionei.

Todas experiências proporcionadas durante o estágio foram novas oportunidades de aprendizagem, conhecer outras realidades de cuidados e, refletir sobre as mesmas, permitindo-me assim desenvolver competências especializadas. Uma vez que a minha atividade profissional se desempenha num contexto diferente, a possibilidade de estar em um ambiente distinto e sair da zona de conforto, contribuiu para a exigência e esforço acrescido de pesquisa bibliográfica. Isto pauta-se de grande relevo para a aquisição destes novos conhecimentos, proporcionando-me desempenhar uma prática de qualidade com base na evidência científica.

O desenvolvimento de competências ao nível cognitivo, comunicacional, relacional e técnico, foram perentórios para atuar e fundamentar estes cuidados. Estas competências, convergem com os pilares que assentam na importância do enfermeiro especialista em enfermagem de perioperatório, que o permite atuar no reconhecimento do outro e na capacitação, na vulnerabilidade, na responsabilidade de cuidado, na prudência e gestão de risco e na consciência cirúrgica.

É com base nestes pressupostos que se constrói e se dá visibilidade à enfermagem perioperatória, fomentando a sua importância para cuidados de qualidade.

Neste sentido, o presente relatório foi elaborado com base nos Regulamento nº 140/2019 referente às competências comuns dos enfermeiros especialistas, nas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, expostas no Regulamento nº 429/2018 e nas competências referentes ao grau de mestre explanadas no Decreto-Lei nº 65/2018. Durante este período, desenvolvi novas competências, atitudes e saberes, o que me possibilitaram, atingir os objetivos traçados e adquirir competências inerentes ao grau de enfermeiro especialista e mestre.

Considero ao longo deste percurso académico existiu um crescimento pessoal e profissional, bem como um esforço diário em ultrapassar as adversidades referentes à gestão do tempo. Nem sempre foi fácil a articulação da vida profissional e familiar, como o cansaço vivenciado nos serviços e, por mim mesma, sendo estas algumas das dificuldades encontradas ao longo deste caminho. No entanto, o resultado foi recompensado pelo esforço e empenho dispensados, alcançando a sensação de dever cumprido neste percurso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Aitasalo, T. & Cao, S. (2021). Making a sterile table. An educational material for nursing students. Satakunta University of Applied Sciences (Samk)  
[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/506..913/Aitasalo\\_Cao.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/506..913/Aitasalo_Cao.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Amaral, G., & Figueiredo, A. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (5). <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/25515/18693>

Associação dos Enfermeiros Portugueses de Ortopedia e Traumatologia (AEPOT). *Condutas Orientadoras do Enfermeiro na área do Bloco Operatório de Ortopedia Traumatologia*. <http://www.aepot.pt/AEPOT/Condutas-Orientadoras-do-Enfermeiro-na-area-do-Bloco-Operatorio-de-Ortopedia-Traumatologia>

Association of periOperative Registered Nurses (2013). 1963 Sterile draping: fundamental practices AORN. <https://www.educationandstaffdevelopment.com/wp-content/uploads/2020/05/1963- Sterile Draping study Guide Rev-2-24-14.pdf>

Association of periOperative Registered Nurses (2019). 8 Tips to Prevent Periprosthetic Infections. AORN. <https://www.aorn.org/article/2019-10-09-Prevent-Periprosthetic-Infections-Now-8-Tips>

Association of periOperative Registered Nurses (2019). Guidelines for Perioperative Practice - Guideline for surgical attire. AORN, 3-17. <https://pdihc.com/wp-content/uploads/2019/10/AORN-Guideline-for-Surgical-Attire.pdf>

Barros, M., Godoi, T., Filho, M., Fernandes, H. & Reis, F. (2021). Luvas cirúrgicas em procedimentos ortopédicos de trauma: Quantas perdem a integridade? *Revista Brasileira de Ortopedia*, 56(3), 379–383. <https://www.scielo.br/j/rbort/a/dBz3PM894qh8cbpwtvTdgq/?format=pdf&lang=pt>

Barros, E., Baptista, S., Passos, A., Araújo, J., Lima, M., Vale, R., Braga, K., Magalhães, R. & Carmo, T. (2022). A importância da limpeza hospitalar para a prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(8), 1-8, e9643-e9643. ISSN 2178-2091. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9643/6361>

Bashaw, M. & Keister, K. (2019). Perioperative Strategies for Surgical Site Infection Prevention. *AORN Journal*, 109(1), 68-78

Benze, C., Spruce, L. & Groah, L. (2021). *Perioperative nursing*. AORN. <https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf>

Borthakur, B., Kumar, S., Talukdar, M. & Bidyananda, A. (2016). Surgical site infection in orthopaedics. *Revista Internacional de Ciências Ortopédicas*, 2(3), 113-117 <https://www.orthopaper.com/archives/2016/vol2issue3/PartB/2-3-21-343.pdf>

Brás, C. & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de Literatura. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*. Vol. 2, 572-577. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796/782>

Breda, L. & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*. 5 (5). <https://www.redalyc.org/journal/3882/388266931006/388266931006.pdf>

Castro, A. (2018). *Indicadores de Qualidade no Bloco Operatório*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola

Choudhary, S. (2019). Postoperative Recovery and Discharge. In: Begani, M., Mulchandani, D., Choudhary, S. (eds) *Anesthesia in Day Care Surgery*. Springer, Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-13-0959-5\\_16](https://doi.org/10.1007/978-981-13-0959-5_16)

Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. (2008). *Cirurgia de ambulatório: Um modelo de qualidade centrado no doente*. Recuperado de <http://docplayer.com.br/17595121-Relatorio-preliminar-cirurgia-de-ambulatorio-um-modelo-de-qualidade-centrado-no-utente.html>

Costa, A. (2011). *Segurança do Doente*. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://docplayer.com.br/73819000-Departamento-da-qualidade-na-saud-seguranca-do-doente-ana-cristina-costa-divisao-de-seguranca-do-doente-22-setembro-2011.html>

Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde (2015). Diário da República, 2.ª série, n.º 28 (10 de fevereiro de 2015).

Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde (2021). Diário da República, 2.ª série, n.º 187 (24 de setembro de 2021).

Direção Geral de Saúde (2010). Circular Normativa n.º 13/ DQS/DSD. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Revogada pela Norma n.º 007/2019 de 16/10/2019. Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2013). Norma n.º 024/2013. *Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. Direção Geral de Saúde. [https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024\\_2013-Prevenc%CC%A7a%CC%83o-da-Infec%CC%A7a%CC%83o-do-Local-Ciru%CC%81rgico.pdf](https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024_2013-Prevenc%CC%A7a%CC%83o-da-Infec%CC%A7a%CC%83o-do-Local-Ciru%CC%81rgico.pdf)

Direção Geral da Saúde. (2013). Norma n.º 2: *Cirurgia segura, salva-vidas*. Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde. Norma nº 015/2013. *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. Norma nº 020/2015 atualizada 17/11/2022. “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>

Direção Geral da Saúde. Norma nº 001/2017. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção Geral de Saúde (2019). Norma nº 007/2019. *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>

Duarte, A. & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. 1ª edição. Edições Lidel

European Operating Room Nurses Association (2020). EORNA Best Practice for perioperative care. 2ª edição. European Operating Room Nurses Association. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Best-Practice-for-Perioperative-Care-Edition-2020.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control (2017) Surveillance of surgical site infections and prevention indicators in European hospitals - HAI-Net SSI protocol, version 2.2. Stockholm: ECDC; 2017. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HAI-Net-SSI-protocol-v2.2.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control (2019). Healthcare-associated infections: surgical site infections. In: ECDC. Annual epidemiological report

for 2017. Stockholm: ECDC; 2019.  
[https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER\\_for\\_2017-SSI.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-SSI.pdf)

European Centre for Disease Prevention and Control (2023). Healthcare-associated infections: surgical site infections. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2018-2020. Stockholm: ECDC; 2023.  
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Healthcare-associated%20infections%20-%20surgical%20site%20infections%202018-2020.pdf>

Falk-Brynhildsen, K., Friberg, O., Soderquist, B. & Nilsson, UG. (2013). Bacterial colonization of the skin following aseptic preoperative preparation and impact of the use of plastic adhesive drapes. *Biological Research For Nursing*, 15(2), 242-8. Doi: 10.1177/1099800411430381.

Gonçalves, C. & Carmo, T. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1), 1-19, e2746. DOI: 10.22235/ech.v11i1.2746.  
<https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/2746/2520>

Gutierrez, L., Santos, J., Peiter, C., Menegon, F., Sebold, L. & Erdmann, A. (2018). Good practices for patient safety in the operating room. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 2775-82.  
<https://www.scielo.br/j/reben/a/9tLBPnJcq4YpLb59jVyVLDs/?format=pdf&lang=en>

Im, E.-O. (2017). Transition Theory. chapter 2. *Nurse Key Fastest Nurse Insight Engine*. <https://nursekey.com/transition-theory/>

Yu, J., Ji, T., Craig, M.,\_McKee, M. &\_Lalonde, D. (2019). Evidence-based Sterility: The Evolving Role of Field Sterility in Skin and Minor Hand Surgery. *Plastic and reconstructive surgery. Global open*, 7(11), e2481.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6908338/>

Júnior, N., Moraes, C. & Neto, S. (2012). Humanização no centro cirúrgico: a percepção do técnico de enfermagem. *Revista SOBECC*, 17(3), 43-49. <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/166/pdf-a>

Júnior, F., Oliveira, I., Correia, K., Machado, M., Quinteiro, J. & Costa, R. (2021). Fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico em pacientes ortopédicos. *Revista Ciência e Saúde*, 6(3),22-31

Kennedy, L. (2013). Implementing AORN recommended practices for sterile technique. *AORN Journey*, 98(1),14-23 doi: 10.1016/j.aorn.2013.05.009.

Lei n.º 156/2015 - Diário Da República, Série I, nº 181/2015 (16 de setembro de 2015). <http://www.homepagejuridica.net/destaques-do-diario-da-republica/7287-lei-n-156-2015-de-16-de-setembro.html>

Lefebvre, A., Saliou, P., Mimos, O., Lucet, J., Le Guyader, A. e, Bruye`re, F., Roche, P., Astruc, K., Tiv, M., Lepelletier, D., Aho-Gle´le, L., French Study Group for the Pre-operative Prevention of Surgical Site Infections (2015). Is surgical site scrubbing before painting of value? Review and meta-analysis of clinical studies. *Journal of Hospital Infection*. 89(1): 28-37

McEwen, M. & Wills, M. (2016). *Bases Teóricas de Enfermagem*. (Regina Machado Garcez, Trad.) (4th ed.). Porto Alegre: Artmed

Mejia, E., Williams, A. & Long, M. (2015). Decreasing Prosthetic Joint Surgical Site Infections: Na Interdisciplinary Approach. *AORN Journal*, 101(2), 213-222. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2014.03.017>

Nogario, A., Barlem, E., Tomaschewski-Barlem, J., Lunardi, V., Ramos, A. & Oliveira, A. (2015). Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente internado em um centro de queimados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(4),580-588. DOI: 10.1590/S0080-623420150000400007.

<https://www.scielo.br/j/reensp/a/3B6nWQwqCxmQNb4zjTmdmQh/?format=pdf&lang=pt>

Nunes, D., Bernardino, S., Mota, F. & Príncipe, F. (2018). Itens cirúrgicos individualizados e packs cirúrgicos personalizados na gestão do bloco operatório. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, vol.1(2), 37- 47

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem da OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2004). Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao\\_7Set2004.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_7Set2004.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2007). Enunciado de posição – Consentimento informado. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroclj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroclj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto REPE. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2017). Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Na Área de Enfermagem à pessoa*

em situação Perioperatória.. Ordem dos enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2020). Guia de Recomendações para as Consultas de Enfermagem à distância. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20833/recomendac-o-es-telenfermagem-src-oe\\_emcp.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20833/recomendac-o-es-telenfermagem-src-oe_emcp.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Prevenção da infeção do local cirúrgico.* Enfermagem às quintas. Webinar SRNOE

Organização Mundial de Saúde (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care - First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 978 92 4 159790 6.  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1)

Organização Mundial de Saúde (2009) Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 - Cirurgia Segura Salva-Vidas.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_por.pdf;sequence=8](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8).

Organização Mundial de Saúde (2016). Summary Report: Hand Hygiene Self-Assessment Framework Survey 2015/2016. A report from the WHO Infection Prevention and Control Global Unit. World Health Organization.  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330067/WHO-HIS-SDS-2016.7-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial De Saúde (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection. 2ªedição. Geneva: World Health Organization ISBN 978-92-4-155047-5  
<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control/surgical-site-infection>

Organização Mundial de Saúde (2018). Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. Geneva: World Health Organization; 2018. Web Appendix 17, Summary of a systematic review on drapes and gowns. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277399/9789241550475-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organização Mundial de Saúde (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Özkul, E., Tekin, R., Ulus, S., Atıç, R., Yiğit, S., Akar, M., Durgut, F. & Dönmez, S. (2022). Boron and orthopedic implants: A review of the literature. *Journal of Applied Nursing and Health*, 4(2), 312–318. <https://doi.org/10.55018/janh.v4i2.117>

Parvizi, J., Barnes, S., Shohat, N. & Jr, C. (2017). Environment of care: Is it time to reassess microbial contamination of the operating room air as a risk factor for surgical site infection in total joint arthroplasty? *American Journal of Infection Control*, 45 (11), 1267-1272.

Privitera, G., Costa, A., Brusaferrò, S., Chirletti, P., Pharm, P., Massimetti, G., Nespoli, A., Petrosillo, N., Pittiruti, M., Scoppettuolo, G., Tumietto, F. & Viale, P. (2016). Skin antiseptics with chlorhexidine versus iodine for the prevention of surgical site infection: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Infection Control*. 45(2):180-189. DOI: [10.1016/j.ajic.2016.09.017](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.09.017)

Portaria nº 306-A/2011. Diário da República n.º 242/2011, 1º Suplemento, Série I de 2011-12-20. Ministérios das Finanças e da Saúde. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/306-a-2011-477277>

Preto, L., Pinto, C., Novo, A., Mendes, E. Barreira, I. & Espuela, F. (2019). Funcionalidade e qualidade de vida em idosos submetidos a artroplastia total do joelho.

*Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 74-78. DOI 10.33194/rper.2019.v2.n2.4584. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/143/96>

Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (2017). Direção Geral da Saúde. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)

Ramos, A., Jordão, A., Gonçalves, F., Carvalho, F., Silva, F., Filipe, I., Gil, L., Sousa, L., Atilano, M., Tomé, M., Garbin, M., Ganito, M., Sardinha, P., Fernandes, S. & Lobo, T. (2019). Um projeto para a prevenção e controlo da infeção no perioperatório. BOC do Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. <https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/05/Prevencao-e-controlo-da-infecao-no-perioperatorio..pdf>

Regulamento nº 101/2015. Diário da República, 2ª Série - Nº 48 – 10 de março de 2015. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_101\\_2015\\_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf)

Regulamento nº 429/2018. Diário da República, 2.ª série - N.º 135 - 16 de julho de 2018. Ordem dos Enfermeiros. [https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Julho/Regulam\\_429\\_2018.pdf](https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Julho/Regulam_429_2018.pdf)

Regulamento nº140/2019. Diário da República, 2ª Série - Nº 26 - 6 de fevereiro de 2019. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ribau, A., Collins, J., Chen, A. & Sousa, J. (2021). Is Preoperative Staphylococcus aureus Screening and Decolonization Effective at Reducing Surgical Site Infection in Patients Undergoing Orthopedic Surgery? A Systematic Review and

Meta-Analysis With a Special Focus on Elective Total Joint Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 36(2), 752-766. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arth.2020.08.014>

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. & Forte, E. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27(2), e3970016. <https://www.scielo.br/j/tce/a/VNs9n4dmCkjRSJVDvyVCyFz/?format=pdf&lang=pt>

Río-Carbajo, L. & Vidal-k, P. (2019). Tipos de antisépticos, presentaciones y normas de uso. *Medicina Intensiva*, Volume 43, Supplement 1, 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.09.013>

Salassa, T. & Swiontkowski, M. (2014). Surgical attire and the operating room: Role in infection prevention. *The Journal of Bone & Joint Surgery*. 96 (17): 1485-1492. <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.M.01133>

Sales, C., Bernardes, A., Gabriel, C., Brito, M., Moura, A. & Zanetti, A. (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1),126-134. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>. <https://www.scielo.br/j/reben/a/cc7m9JRGcVMPS9wpKshkVZz/?format=pdf&lang=pt>

Santos, L. & Neves, O. (2019). A importância da liderança ao enfermeiro na gestão de pessoas em bloco cirúrgico. *Revista Nursing*, 22(249), 2634-2639. <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/247/227>

Serra, L., Oliveira, A. & Castro, J. (2012). *Critérios Fundamentais em Fraturas e Ortopedia*. (3ª edição). Lidel

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O. & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para enfermagem de reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*. Nº 26, 2ª Série, 35-44. [http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE26\\_s2.pdf](http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf)

Silva, E, Silva, R, Carvalho, S, Façanha, D, Carvalho, R & Pereira, F. (2021). Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias traumato-ortopédicas. *Revista Cuidarte*, 12(2). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1292>

Souza, E., Hoffman, I. & Coutinho, I. (2014). *Manual Básico de Metodização Cirúrgica*. Universidade Federal do Tocantins / EDUFT. ISBN 978-85-63526-53-3

Sousa, A., Oliveira, L. & Carvalho, H. (2021) Ocorrência de complicações no pós-operatório tardio de artroplastia de joelho e quadril. *Revista Fundamental Care Online*, 13, 1271-1276. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9692>

Stadler, D., Giordani, A., Paulino, G., Sonobe, H., Zanardo, R. & Valério, M. (2019). Estratégias para o Ensino do Autocuidado de pacientes Cirúrgicos: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Gestão & Saúde*, Edição Especial, 128-141ISSN, 1982-4785.. <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/23332/21009>

Tanner, J. & Melen, K. (2021). Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, 1-80. Doi: 10.1002/14651858.CD004122.pub5. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004122.pub5/epdf/full>

Treviso, P., Peres, S., Silva, A. & Santos, A. (2017). Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *Revista Administração em Saúde*. Vol. 17 (69). <http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.59>.

Vale, N. & Sousa, N. (2019). Assepsia e Antissepsia na Raquianestesia: Aspectos Históricos. *Revista Potiguar de Anestesiologia*, Ano VI, Volume VI, 94-104. [https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Vale-4/publication/332228884\\_Plantao\\_Noturno\\_e\\_determinante\\_da\\_Insonia\\_Cronica\\_do\\_Anestesiologista\\_-\\_Abordagem\\_Cronobiologica/links/5ca74db1a6fdcca26dff61a1/Plantao-Noturno-e-](https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Vale-4/publication/332228884_Plantao_Noturno_e_determinante_da_Insonia_Cronica_do_Anestesiologista_-_Abordagem_Cronobiologica/links/5ca74db1a6fdcca26dff61a1/Plantao-Noturno-e-)

[determinante-da-Insonia-Cronica-do-Anestesiologista-Abordagem-Cronobiologica.pdf#page=95](#)

Vieira, V., Carmona, C., Pinto, J. & Marcos, A. (2017). Recomendações para abordagem anestésica do doente idoso em cirurgia de ambulatório. *Revista Sociedade Portuguesa Anestesiologia*. 26 (2), 51-60.

Vieira, F.& Santana, A. (2022). Estilos de liderança na prática profissional da enfermagem. *Gepnew* 6, (1), 9-12.  
<https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/13964/9859>

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

# **ANEXOS**

---

# **ANEXO I**

---

**PROTOCOLO DE MANUSEAMENTO DE IMPLANTES EM ORTOPEDIA NO  
PERÍODO INTRAOPERATÓRIO PARA A PREVENÇÃO DA ILC**

# **PROTOCOLO DE MANUSEAMENTO DE IMPLANTES EM ORTOPEDIA NO PERÍODO INTRAOPERATÓRIO PARA A PREVENÇÃO DA ILC**

## **1 - OBJETIVO/ENQUADRAMENTO**

Definir estratégias de manuseamento de implantes em ortopedia no período intraoperatório.

## **2 – ÂMBITO**

Clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos ortopédicos com utilização de implantes.

## **3 – SIGLAS**

DM - Dispositivo médico

EORNA - European Operating Room Nurses Association

EPI - Equipamento de proteção individual

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

A ILC define-se como a infecção que ocorre no local da incisão ou na sua proximidade (incisional, profunda ou órgão/espaco), como uma complicação que se desenvolve após a cirurgia, habitualmente entre 30 a 90 dias do pós-operatório ou até um ano nos casos de colocação de implantes de órteses e próteses.

Fatores endógenos e exógenos à pessoa são uma das causas das ILC. Os primeiros referem-se às condições físicas e psicológicas, bem como à presença de patologia associada. Já na segunda, envolvem as lesões cutâneas e as suas características, assim como o tipo de cirurgia, técnica cirúrgica, ar da sala de cirurgia, instrumentos, próteses ou outros implantes ou a equipa cirúrgica.

Os danos causados pelas ILC's são elevados e as práticas de prevenção nas salas cirúrgicas devem identificar que os enfermeiros perioperatórios e demais membros da equipe podem contribuir para reduzir as infecções através da adesão às boas práticas.

As normas de prevenção da ILC, tem como objetivo a diminuição das taxas da incidência deste tipo de infecção. A EORNA (2020) desenvolveu recomendações para as boas práticas nos cuidados perioperatórios, com o objetivo de orientar o enfermeiro perioperatório nos cuidados de enfermagem em relação à cirurgia para alcançar a segurança do paciente.

#### 4 – RESPONSABILIDADES

É da responsabilidade da Comissão de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos a elaboração deste procedimento e das Direções de Serviço a sua implementação.

#### 5 - METODOLOGIA

- O EPI adequado deve ser usado por toda a equipa, como luvas, batas resistentes a fluidos, coberturas para a cabeça e pés, máscaras e proteção para os olhos quando houver potencial de exposição a sangue, substâncias fluidas corporais, ou outro(s) material(s) potencialmente infeccioso(s).
- Minimizar o tráfego na sala durante a cirurgia, tem como objetivo reduzir o movimento de bactérias do próprio ambiente da sala de operações, da equipa perioperatória e dos clientes.
- Na sala devem permanecer apenas o número de elementos necessários de forma a promover a segurança dentro da sala de cirurgia, e seus movimentos e conversas devem ser minimizados.
- As portas da sala de cirurgia devem permanecer fechadas para garantir a ventilação efetiva da área e evitar partículas no ar.
- Todos os suprimentos e equipamentos necessários devem estar disponíveis na sala de cirurgia antes do início da cirurgia. Isso reduzirá o tráfego dentro e fora da sala e conseqüentemente, maximizará a eficiência do sistema de ventilação.

- Uso de duplo par de luvas e critérios de substituição: ao fim de duas horas de cirurgia; antes de implante de DM, no final do tempo sujo/contaminado; antes do encerramento.
- A abertura DM e instrumentos estéreis o mais próximo possível do horário de uso deve ser a principal estratégia para reduzir a exposição à contaminação do ar.
- O implante não deve ser apoiado na pele do cliente. Ainda que tenha sido feita a preparação da pele de forma correta, bactérias podem ser transmitidas ao implante se os dois entrarem em contato.
- Os procedimentos de contagem não devem ser realizados durante as fases críticas da intervenção cirúrgica, como por exemplo nas fases de confirmação e abertura de implantes.
- Todos os rótulos identificadores em produtos estéreis ou implantes devem ser registados para rastreabilidade futura em caso de recolhimento do produto.

## 6 – BIBLIOGRAFIA

Association of periOperative Registered Nurses (2019). 8 Tips to Prevent Periprosthetic Infections. AORN. <https://www.aorn.org/article/2019-10-09-Prevent-Periprosthetic-Infections-Now-8-Tips>

European Operating Room Nurses Association (2020). EORNA Best Practice for perioperative care. 2ª edição. European Operating Room Nurses Association. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Best-Practice-for-Perioperative-Care-Edition-2020.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. (Second Edition). Geneva: World Health Organization ISBN 978-92-4-155047-5

Ramos, A., Jordão, A., Gonçalves, F., Carvalho, F., Silva, F., Filipe, I., Gil, L., Sousa, L., Atilano, M., Tomé, M., Garbin, M., Ganito, M., Sardinha, P., Fernandes, S., Lobo, T. (2019). Um projeto para a prevenção e controlo da infeção no perioperatório. BOC do Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central  
<https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/05/Prevencao-e-controlo-da-infecao-no-perioperatorio..pdf>

Silva, E; Silva, R; Carvalho, S; Façanha, D; Carvalho, R; Pereira, F. (2021). Fatores de risco para infeção de sítio cirúrgico em cirurgias traumato-ortopédicas. *Revista Cuidarte*. 12(2). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1292>