



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação
Perioperatória**

Carla Cristina Guerra Bento

**Rastreabilidade de Dispositivos Médicos
no Bloco Operatório: Perceção dos
Enfermeiros Perioperatórios**

RASTREABILIDADE DE DISPOSITIVOS MÉDICOS NO
BLOCO OPERATÓRIO: PERCEÇÃO DOS
ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS

Relatório Final de Estágio

Carla Cristina Guerra Bento

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, sob orientação da Professora Doutora Sofia Mota.

"It always seems impossible until it's done"

Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Sofia Mota, orientadora deste percurso formativo, pela riqueza dos conhecimentos partilhados, disponibilidade, empatia, motivação e desafio constante no sentido da excelência.

À enfermeira gestora e à enfermeira coordenadora da Unidade de Cirurgia de Ambulatório onde decorreu o estágio pelos contributos e oportunidades de aprendizagem.

À enfermeira tutora pela parceria na caminhada formativa, por contribuir para o processo crítico-reflexivo de aquisição de competências.

A todos os enfermeiros peritos que constituíram o painel *Delphi* e, a todos os enfermeiros perioperatórios que, abnegadamente, participaram no estudo, tornando possível a sua concretização.

À Joana, companheira, cúmplice, amiga. Por me acompanhar e desafiar, pelas reflexões conjuntas, pelo entusiasmo partilhado, pelas longas horas de trabalho a par e passo, pelo equilíbrio e permanência.

Ao Hugo, pilar fundamental da minha existência. Pelo apoio incondicional, por tantas vezes ser pai e mãe, por respeitar o meu espaço e o meu tempo, por não cobrar, por me fazer rir.

Aos meus filhos, Carolina e Francisco. Pelas brincadeiras que ficaram por brincar. Pelos livros que ficaram por ler. Pelos passeios que ficaram por dar. Por não exigirem a minha presença e compreenderem as minhas ausências. Por serem uma fonte inesgotável de amor.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AO – Assistente Operacional

ASA – *American Society of Anesthesiology*

AVAC – Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado

CNADCA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

DGS – Direção Geral de Saúde

DMI – Dispositivos Médicos Implantáveis

DMUM – Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo

DP – Desvio Padrão

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ESSNCVP – Escola Superior Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

IAAC – *International Association for Ambulatory Surgery*

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

KS – *Kolmogorov-Smirnov*

LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

M – Média

Me – Mediana

n – Frequência absoluta

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCIRA – Serviço de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UDI – *Unique Device Identification*

UID - Unidade de Investigação e Desenvolvimento

ULS – Unidade Local de Saúde

UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* / Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

O presente relatório final de estágio enquadra-se no ciclo de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, e tem como objetivo descrever a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Na componente de estágio, desenvolvido numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório, descreveu-se o percurso formativo e de aquisição de competências, com base numa análise crítico-reflexiva das experiências vividas, no sentido da prática avançada de enfermagem.

Na componente de investigação, abordou-se a rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório. A investigação desenvolveu-se em duas fases. Na primeira, procedeu-se ao estudo metodológico de construção e validação (de conteúdo e semântica) de um questionário, realizada através de painel *Delphi*. Numa segunda fase, desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, recorrendo à aplicação do questionário desenvolvido, a enfermeiros perioperatórios. A análise de dados foi realizada com recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* recorrendo à análise estatística descritiva e inferencial. A versão inicial do questionário ficou constituída por 17 questões. Foram realizadas três rondas no painel *Delphi*, tendo resultado uma versão com 19 questões, as quais foram agrupadas em duas dimensões teóricas: conhecimento sobre rastreabilidade (11 itens) e perceção sobre as práticas de rastreabilidade (8 itens). Verificou-se robustez nos conhecimentos e nas práticas efetivas de rastreabilidade, traduzido num *score* global elevado do instrumento de medida.

Palavras-chave: dispositivo médico; enfermagem perioperatória; sala operatória

ABSTRACT

The present final internship report is part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specializing in Perioperative Nursing, at the Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Its purpose is to describe the acquisition and development of both general and specific competencies of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing, focusing on Perioperative Nursing.

The internship component, conducted in an Ambulatory Surgery Unit, describes the training process and the acquisition of competencies based on a critical-reflective analysis of lived experiences, aimed at advanced nursing practice.

The research component addressed the traceability of medical devices in the operating room. The research was developed in two phases. The first phase involved a methodological study to construct and validate (content and semantic) a questionnaire, conducted using a Delphi panel. In the second phase, a quantitative, descriptive-correlational study was carried out by applying the developed questionnaire to perioperative nurses. Data analysis was conducted using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, employing descriptive and inferential statistical analysis. The initial version of the questionnaire consisted of 17 questions. Three rounds were conducted with the Delphi panel, resulting in a version with 19 questions, grouped into two theoretical dimensions: knowledge about traceability (11 items) and perception of traceability practices (8 items). The findings revealed robust knowledge and effective traceability practices, reflected in a high overall mean score of the measurement instrument.

Keywords: medical device; perioperative nursing; operating room

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|-----|
| Tabela 1: Versão inicial do questionário de avaliação da percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos..... | 106 |
| Tabela 2: Resultados da primeira ronda do painel Delphi..... | 107 |
| Tabela 3: Versão final do questionário de avaliação da percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos, após painel Delphi..... | 108 |
| Tabela 4: Caracterização da amostra: género, idade, habilitações académicas, experiência profissional, especialização pós-licenciatura, tipo de bloco operatório onde exerce funções (n=76)..... | 110 |
| Tabela 5: Estatística descritiva e análise de normalidade da escala de percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos..... | 111 |
| Tabela 6: Classificação qualitativa do nível de percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos..... | 112 |
| Tabela 7: Análise descritiva dos itens da escala de percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos: média, desvio-padrão, mediana (n=76)..... | 113 |
| Tabela 8: Itens constituintes da subescala <i>Conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos</i> e da subescala <i>Percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos</i> | 115 |
| Tabela 9: Comparação de médias (teste t) para a subescala <i>conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos</i> e subescala <i>percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos</i> | 116 |
| Tabela 10: Preditores do modelo de regressão linear..... | 116 |
| Tabela 11: Significância global dos modelos para a escala unidimensional, subescala <i>conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos</i> e subescala <i>percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos</i> | 117 |
| Tabela 12: Resultados do modelo da subescala <i>conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos</i> | 118 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1: Perioperative Patient Focused Model | 28 |
| Figura 2: Fluxograma simplificado do circuito da pessoa em situação perioperatória na UCA onde decorreu o estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II | 31 |

ÍNDICE GERAL

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO | 21 |
| PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO | 25 |
| 1. ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO | 27 |
| 1.1. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO | 28 |
| 2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA | 37 |
| 2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL | 37 |
| 2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE | 40 |
| 2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS | 47 |
| 2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS | 52 |
| 3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA | 57 |
| 3.1. DOMÍNIO DO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E RESPECTIVA FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA | 57 |
| 3.2. DOMÍNIO DA MAXIMIZAÇÃO DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E DA EQUIPA PLURIDISCIPLINAR, CONGRUENTE COM A CONSCIÊNCIA CIRÚRGICA | 70 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 79 |
| PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO | 81 |
| 1. RESUMO | 83 |
| 2. ABSTRACT | 85 |
| 3. FUNDAMENTAÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 87 |
| 4. FINALIDADE E OBJETIVOS | 97 |
| 5. METODOLOGIA | 99 |
| 5.1. DESENHO DO ESTUDO | 99 |
| 5.1.1. Estudo Metodológico | 99 |
| 5.1.2. Estudo Quantitativo Descritivo-Correlacional..... | 101 |
| 5.2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... | 102 |

| | |
|--|-----|
| 6. RESULTADOS | 105 |
| 6.1. ESTUDO METODOLÓGICO | 105 |
| 6.1.1. Resultados da primeira ronda do painel <i>Delphi</i> | 106 |
| 6.1.2. Resultados da segunda ronda do painel <i>Delphi</i> | 107 |
| 6.1.3. Resultados da terceira ronda do painel <i>Delphi</i> | 108 |
| 6.2. ESTUDO QUANTITATIVO DESCRITIVO-CORRELACIONAL..... | 109 |
| 6.2.1. Caracterização socioprofissional da amostra | 109 |
| 6.2.2. Análise da fiabilidade | 110 |
| 6.2.3. Estatística descritiva | 111 |
| 6.2.4. Análise dos itens de <i>Likert</i> | 112 |
| 6.2.5. Dimensões do instrumento de medida..... | 114 |
| 6.2.6. Modelo da regressão linear..... | 116 |
| 7. DISCUSSÃO | 119 |
| 8. CONCLUSÃO | 127 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 129 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 131 |
| ANEXOS | 149 |
| ANEXO I: Estrutura física da UCA | 151 |
| ANEXO II: Certificado de Participação “7º Fórum Nacional de Bloco Operatório” | 155 |
| ANEXO III: Certificado de Participação em <i>Workshop</i> “Gestão do doente colonizado/infetado com microrganismos multirresistentes em ambiente Perioperatório” | 159 |
| ANEXO IV: Certificado de apresentação de e-Poster “Rastreabilidade Intraoperatória: o futuro, hoje” | 163 |
| ANEXO V: Certificado de Participação VI Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria “Enfermagem Perioperatória: Inovar e Humanizar” | 167 |
| ANEXO VI: Certificado de apresentação de e-Poster “Sustentabilidade Ambiental em contexto Perioperatório” | 171 |
| ANEXO VII: Certificado de Participação Congresso de Enfermagem Perioperatória “Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência” | 175 |
| ANEXO VIII: Certificado de apresentação do e-Poster "Sustentabilidade ambiental em bloco operatório: que estratégias?" | 179 |

| | |
|---|-----|
| ANEXO IX: Primeiro Prémio e-Poster "Sustentabilidade ambiental em bloco operatório: que estratégias?" | 183 |
| ANEXO X: Pedido de autorização para recolha de imagens | 187 |
| ANEXO XI: Ciclo de Reprocessamento dos DMUM | 191 |
| ANEXO XII: Parecer da UID e Comissão de Ética da ESSNCVP | 195 |
| APÊNDICES | 199 |
| APÊNDICE I: Plano de Formação "Rastreabilidade Intraoperatória" | 201 |
| APÊNDICE II: Formação em Serviço "Rastreabilidade Intraoperatória" | 205 |
| APÊNDICE III: Procedimento de Enfermagem "Rastreabilidade Intraoperatória" | 219 |
| APÊNDICE IV: Documento de Registo da Rastreabilidade Intraoperatória | 231 |
| APÊNDICE V: e-Poster "Rastreabilidade Intraoperatória: o futuro, hoje" | 235 |
| APÊNDICE VI: e-Poster "Sustentabilidade Ambiental em contexto Perioperatório" | 239 |
| APÊNDICE VII: e- Poster "Sustentabilidade ambiental em bloco operatório: que estratégias?" | 243 |
| APÊNDICE VIII: Guião orientador do filme "Circuito da pessoa em situação perioperatória na UCA" | 247 |
| APÊNDICE IX: Pedido para colaboração em painel <i>Delphi</i> | 253 |
| APÊNDICE X: Questionário de avaliação da perceção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos (Apresentação Final) | 257 |
| APÊNDICE XI: Tabela - Correlação entre cada item e o instrumento de medida ajustado excluindo esse mesmo item | 265 |
| APÊNDICE XII: Tabela - Totalidade das respostas possíveis para cada item | 267 |
| APÊNDICE XIII: Tabela - Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre as subescalas conhecimento e perceção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos | 271 |

INTRODUÇÃO

Na saúde, tal como na generalidade dos setores, as rápidas e constantes mudanças, entrelaçadas nos avanços do conhecimento científico e tecnológico, afiguram-se como um desafio emergente para profissionais, instituições e para o próprio Serviço Nacional de Saúde (SNS). Nesta conjuntura, também a Enfermagem e os Enfermeiros enfrentam a necessidade de se atualizarem continuamente, acompanhando a crescente complexidade dos ambientes de saúde, onde a especialização assume um papel cada vez mais relevante.

O ambiente perioperatório, enquanto expoente do desenvolvimento tecnológico em saúde, exige uma resposta diferenciada e diferenciadora dos enfermeiros, alcançada através da especialização das suas competências e dos seus saberes. Na prática, a especialização traduz o padrão de excelência do exercício profissional em contexto perioperatório, através de uma práxis baseada na evidência, investigação, formação e melhoria contínua da qualidade, gestão e liderança, tendo por base os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão e, procurando, incessantemente, a qualidade clínica e organizacional.

O presente relatório final de estágio enquadra-se no ciclo de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNCVP), constituindo-se como instrumento de avaliação da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II.

Este relatório pretende descrever e refletir criticamente sobre o processo de aprendizagem que sustentou a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória durante o estágio, integrando, inevitavelmente, a componente de investigação, essencial na obtenção do grau de mestre e condição *sine qua non* o percurso formativo não estaria completo.

Neste contexto, a atribuição do grau de mestre, legislada no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, prevê a aquisição de uma especialização de cariz profissional e o desenvolvimento de atividades de investigação com base na prática (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, 2018).

A abordagem da rastreabilidade de dispositivos médicos em contexto intraoperatório como epicentro da investigação surgiu de forma natural, quase tácita, dando continuidade ao trabalho desenvolvido durante o percurso académico e procurando satisfazer a sede de

conhecimento numa área com pouca visibilidade, tanto no quadro científico vigente como na prática efetiva de cuidados.

A rastreabilidade de dispositivos médicos pode ser definida como a capacidade para identificar e rastrear o percurso de um dispositivo médico, ao longo do seu ciclo de vida (Tracol, 2016). Em contexto intraoperatório, preconiza-se que o enfermeiro perioperatório documente as informações que garantem a rastreabilidade dos dispositivos médicos utilizados, nomeadamente, Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo (DMUM) cirúrgicos, incluindo os seus indicadores de esterilização, e Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI; Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril, 2017; WHO, 2018b).

A rastreabilidade de dispositivos médicos contribui para a segurança da pessoa em situação perioperatória e para o controlo e prevenção das IACS, constituindo parte integrante da esfera de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

O reconhecimento destes pressupostos, associado à constatação da parca produção científica nacional (e internacional) sobre esta temática, constituiu o ponto de partida deste estudo, contribuindo para o emergir da sua questão de investigação: “qual a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre o processo de rastreabilidade dos dispositivos médicos no bloco operatório?”. Com o intuito de responder à questão de investigação formulada, estabeleceram-se os seguintes objetivos: construir e validar (validação de conteúdo e semântica) um questionário de avaliação da percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório; e descrever a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório.

O desenvolvimento desta investigação envolveu duas fases sequenciais. Primeiro, procedeu-se a um estudo metodológico de construção e validação do instrumento de colheita de dados. A validação semântica e de conteúdo deste instrumento foi realizada através de painel *Delphi*, composto por enfermeiros peritos na área em estudo. Posteriormente, desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional, recorrendo à aplicação do questionário desenvolvido na primeira fase da investigação, aos enfermeiros perioperatórios, que constituíram a amostra do presente estudo.

O presente relatório final de estágio encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira parte, correspondente à componente de estágio, procede-se à caracterização do contexto de estágio e, ulteriormente, à descrição e análise crítico-reflexiva do percurso formativo ao longo do ensino clínico, abordando o desenvolvimento das competências comuns do

enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Na segunda parte, correspondente à componente de investigação, elabora-se o enquadramento teórico que sustenta o estudo da rastreabilidade de dispositivos médicos em contexto intraoperatório, apresentando de seguida, a metodologia utilizada, os resultados obtidos e a respetiva discussão, bem como, as principais conclusões e potenciais implicações para a prática.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II

1. ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE; 2021), o estágio da componente clínica, integrado no ciclo de estudos do mestrado em Enfermagem, é um elemento fundamental no processo de aprendizagem e na consolidação de conhecimentos avançados na respetiva área de especialidade (OE, 2021). Tendo em consideração as recomendações emanadas pela OE, o estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II desenvolveu-se num total de 810 horas, das quais 540 horas de contacto e 270 horas de trabalho autónomo (ESSNCVP, 2023).

O referido estágio decorreu na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região Centro de Portugal, no período de dois de outubro de 2023 a dezasseis de abril de 2024. A cirurgia de ambulatório foi selecionada como contexto de estágio pela sua abrangência e crescente complexidade e, por compreender as diversas etapas do processo perioperatório, permitindo acompanhar a pessoa em situação perioperatória em todas as fases desse processo. Para além disso, o facto deste contexto exigir uma intervenção de enfermagem diferenciada, sugeria existir potencial para desenvolver competências avançadas de enfermagem.

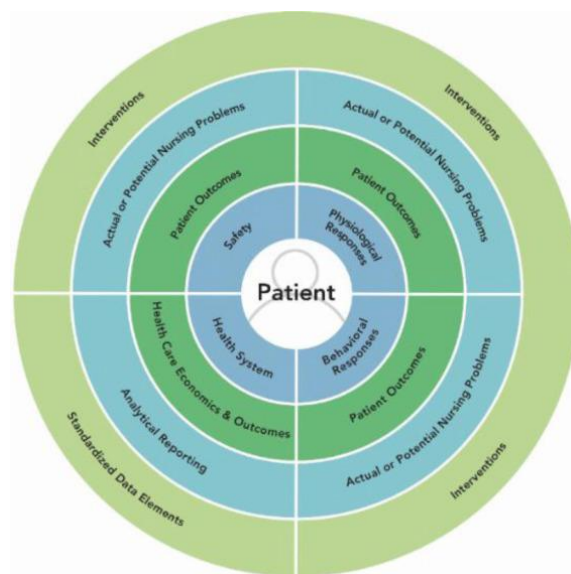
A intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória preconiza como foco dos cuidados “a pessoa a vivenciar processos de saúde/doença que necessita de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, no período perioperatório, visando o empoderamento da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença” (OE, 2017, p. 27). Esta intervenção caracteriza-se por uma atitude antecipatória dos riscos inerentes ao contexto cirúrgico e anestésico e é orientada por princípios como a responsabilidade profissional, a prudência e a consciência cirúrgica (OE, 2017).

Neste sentido, a matriz concetual na qual se fundamentou a prática clínica foi o *Perioperative Patient Focused Model*, entendido como o modelo concetual dedicado ao contexto perioperatório por se centrar na pessoa em situação perioperatória e por ser orientado para os resultados (Rothrock & Smith, 2000). Isto significa que a pessoa em situação perioperatória é o principal foco do cuidado do enfermeiro perioperatório e que, as intervenções de enfermagem são planeadas e executadas com o objetivo de alcançar resultados de elevada qualidade para a pessoa a que se destinam (Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020).

Este modelo divide-se em quatro quadrantes, como se pode observar na Figura 1. Um dos quadrantes representa o sistema de saúde e os outros três representam os domínios centrados na pessoa, designadamente, segurança, respostas fisiológicas e respostas comportamentais (Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020).

De acordo com este modelo concetual, os cuidados de enfermagem perioperatórios visam: garantir a segurança da pessoa em situação perioperatória, evitando lesões físicas não expectáveis, em todas as fases do processo perioperatório; adequar as respostas físicas, bioquímicas e funcionais da pessoa em situação perioperatória durante a adaptação ao seu processo terapêutico; e, auxiliar a pessoa em situação perioperatória na interpretação do seu processo anestésico/cirúrgico, garantindo também a satisfação das suas necessidades psicológicas, sociais e espirituais, bem como, as da sua família ou pessoa significativa. A intervenção de enfermagem contempla ainda a adequação dos meios às necessidades, de acordo com o sistema de saúde onde os cuidados perioperatórios se inserem, tendo em consideração elementos estruturais como por exemplo, recursos materiais, dotações ou fatores administrativos (Van Wicklin, 2020).

Figura 1: Perioperative Patient Focused Model



Fonte: AORN. (2018). Guidelines for Perioperative Practice. Denver. In: Van Wicklin (2020)

1.1. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

De acordo com a *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAC), a cirurgia de ambulatório pode ser entendida como a intervenção cirúrgica programada que, apesar de tradicionalmente realizada em regime de internamento, pode ser efetuada com igual segurança e qualidade, em regime de admissão e alta no mesmo dia. Quando a pessoa em

situação perioperatória necessita de permanecer durante a noite no hospital, tendo alta até 24 horas após a intervenção cirúrgica, esta cirurgia passa a denominar-se por cirurgia ambulatória com pernoita hospitalar (Toftgaard & Parmentier, 2006). Este tipo de designação vai ao encontro da atual semântica da saúde em Portugal, de acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS; 2017), e está em consonância com as definições emanadas pelo Ministério da Saúde através da Portaria n.º 132/2009 e da Portaria n.º 97/2024/1, bem como, pela definição da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) no Estudo sobre a Qualidade da Cirurgia de Ambulatório realizado em 2008 (DGS, 2017; ERS, 2008; Portaria n.º 132/2009 de 30 de janeiro, 2009; Portaria n.º 97/2024/1 de 12 de março, 2024).

A cirurgia de ambulatório incorpora uma complexa estrutura organizacional cujo foco é a pessoa em situação perioperatória, com inerente aumento da qualidade dos cuidados prestados e da satisfação que lhes está associada (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório [CNADCA], 2008). As vantagens da cirurgia de ambulatório são amplamente reconhecidas, entre as quais se sublinham as vantagens para a pessoa em situação perioperatória, tais como: menor dor pós operatória, menor risco de eventos tromboembólicos, menor risco de infeção cruzada, menor nível de *stress*, menor perturbação do quotidiano familiar, social e laboral, entre outros; e as vantagens organizacionais, nomeadamente: redução das listas de espera cirúrgicas, maior eficiência na gestão de recursos humanos e materiais, redução dos custos hospitalares, racionalização da despesa em saúde, satisfação dos profissionais, entre outros (CNADCA, 2008; Despacho n.º 1380/2018 de 8 de fevereiro, 2018; Jarrett & Staniszewski, 2006).

A UCA onde decorreu o estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II é uma unidade relativamente recente (em funcionamento desde 2012), com instalações próprias e construída especificamente para o fim a que se destina, sendo adjacente ao bloco operatório do polo hospitalar onde se insere. Esta unidade é acreditada, desde 2016, pelo modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)*.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, as cirurgias realizadas em regime de ambulatório constituem, atualmente, cerca de 70% da atividade cirúrgica programada do Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2023). A UCA onde se realizou o estágio possui duas salas operatórias exclusivas, no entanto, o acréscimo gradual e consistente da atividade cirúrgica refletiu-se na necessidade de expandir a sua atividade diária para o espaço físico do bloco operatório que lhe é contíguo, fazendo uso de algumas das suas salas operatórias, mediante o programa cirúrgico.

O desenho bem estruturado de uma UCA constitui uma medida primária para alcançar o seu sucesso funcional e financeiro. Uma unidade projetada tendo em linha de conta o fluxo dos doentes, dos profissionais e dos materiais, permitirá diminuir tempos de espera,

diminuir quebras nos fluxos de trabalho e rentabilizar tempos operatórios (CNDCA, 2008; Jarret & Roberts, 2006).

A estrutura física da UCA onde teve lugar o estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II parece estar de acordo com os compartimentos sugeridos como essenciais ao ótimo funcionamento de uma UCA por Jarret & Roberts (2006), pela CNADCA (2008) e pela Portaria n.º 97/2024/1 de 12 de março (2024). E, assim sendo, a sua estrutura física inclui: admissão/secretariado/sala de espera; gabinete de consulta de enfermagem e gabinete de consulta de anestesiologia; vestiário dos utentes; sala de acolhimento/preparação; sala de indução anestésica; sala operatória; Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), dotada de 6 camas onde se processa o recobro imediato (recobro fase I) e o recobro intermédio (recobro fase II) e, 7 cadeirões onde ocorre o recobro tardio (recobro fase III); gabinete de consulta pós operatória; pernoita, dotada de 7 cadeirões e 9 camas para a pessoa em recobro tardio ou situação de pernoita, respetivamente; armazém de material de consumo clínico (armazém avançado); sala de armazenamento de DMUM esterilizados e sala de sujus. Faz também parte da sua estrutura física uma área reservada aos profissionais, onde se situam os vestiários, gabinetes, sala de reuniões e copa; e uma área de estacionamento próxima e acessível. A estrutura física da UCA (e do bloco operatório que lhe é contíguo) pode ser observada no ANEXO I.

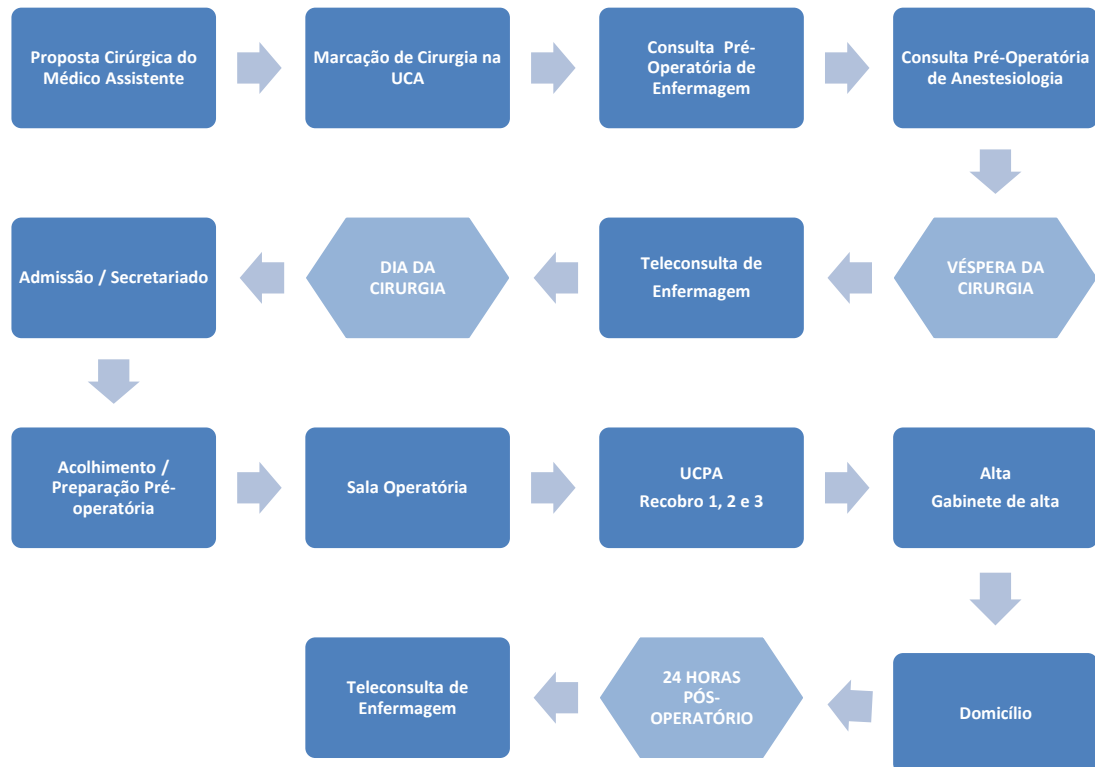
Segundo a CNADCA, existem **critérios básicos na organização de programas de cirurgia de ambulatório** (CNADCA, 2008; Despacho n.º 30114/2008 de 21 de novembro, 2008), constatando-se que a UCA onde teve lugar o estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II preenche cada um desses requisitos.

De acordo com a CNADCA, o primeiro critério básico na organização de qualquer programa de cirurgia de ambulatório é a **adoção de um circuito de doentes estruturado**, de acordo com as boas práticas vigentes, e com uma sequência que inclua a admissão, sala de acolhimento e preparação, sala operatória, UCPA – compreendendo o recobro I, recobro II e recobro III – e gabinete de alta, até ao momento da alta hospitalar. Num programa autónomo de cirurgia de ambulatório todo o circuito da pessoa em situação perioperatória deve ser completamente independente. Num programa integrado, sala operatória e UCPA podem ser partilhadas com as pessoas em situação perioperatória em regime de internamento, mas as restantes áreas devem ser independentes (CNADCA, 2008; Despacho n.º 30114/2008 de 21 de novembro, 2008).

A UCA onde foi realizado o estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II enquadra-se nestes critérios, constituindo-se como um modelo integrado, no caso da utilização das salas operatórias no espaço físico do bloco operatório, e como um modelo autónomo, nas salas operatórias do espaço físico da UCA.

O circuito da pessoa em situação perioperatória na UCA onde foi desenvolvido o estágio está bem estabelecido, incluindo as diversas fases do processo num continuum que visa alcançar a excelência nos cuidados prestados. Este circuito está representado, de forma simplificada, no fluxograma seguinte (Figura 2).

Figura 4: Fluxograma simplificado do circuito da pessoa em situação perioperatória na UCA onde decorreu o estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II



Para a CNADCA, a sala operatória constitui o “coração da unidade” (CNADCA, 2008, p.108), sugerindo que para maximizar a produção cirúrgica é fundamental dispor de mais do que uma sala de operações. A UCA onde decorreu o estágio dispõe de duas salas operatórias que partilham uma sala de indução anestésica e dispõem, cada uma, de uma antecâmara cirúrgica, através da qual a pessoa em situação perioperatória sai após a cirurgia. Segundo a DGS (2017), sala operatória pode ser definida como a “sala equipada e integrada em bloco operatório que permite a execução de cirurgias e de exames que requeiram elevado nível de assepsia e/ou anestesia” (DGS, 2017, p. 46).

De acordo com o Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios (2015), criado pelo Despacho n.º 4321/2013 de 25 de março, a preparação de um doente para cirurgia pode ser longa e consumir tempo considerável, por exemplo, pela utilização de técnicas loco-regionais com bloqueios periféricos, acessos difíceis, entre

outros. A solução para ultrapassar esta dificuldade tem passado pela existência de uma sala de indução anestésica. No entanto, para que a indução anestésica se realize fora da sala de operações mantendo a segurança do doente e melhorando a eficiência ao nível dos tempos operatórios, é mandatório que esteja devidamente equipada, cumprindo os padrões básicos de monitorização hemodinâmica e que estejam disponíveis recursos humanos para o efeito. Assim, se por um lado, a sala de indução pode ser uma mais-valia para a rentabilização dos tempos cirúrgicos e das salas operatórias, por outro, pode forçar um inevitável aumento dos recursos humanos (Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios, 2015). No caso particular da cirurgia de ambulatório, a existência desta sala parece fazer bastante sentido quer pela elevada rotação de doentes, quer pela maximização da produção cirúrgica por tempo disponível de sala operatória (CNADCA, 2008; Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios, 2015).

Na UCA onde foi efetuado o estágio, a sala de indução anestésica é uma sala contígua e comum a ambas as salas de operações da UCA, constituindo-se como um espaço de armazenamento (armazém avançado) e preparação de fármacos, bem como, armazenamento de outros dispositivos e equipamentos – todos acondicionados em armários fechados. É também o local onde, habitualmente, a pessoa em situação perioperatória aguarda entrada para a sala operatória. Para funcionar como verdadeira sala de indução anestésica parece carecer de equipamento de monitorização hemodinâmica adequado e dos imprescindíveis recursos humanos.

Já em relação à sala de desinfeção pré-cirúrgica, a CNADCA (2008) recomenda que se localize “em área aberta, contígua à sala de operações” (CNADCA, 2008, p.125). A Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2011) acrescenta que deve ter comunicação com a sala operatória, através de porta de correr, acionada automaticamente, e comunicação visual através de vidro. Para além disso, não deve integrar-se em espaços de circulação, evitando potenciais contactos pós antissepsia pré cirúrgica (ACSS, 2011). Na UCA, o espaço destinado à desinfeção pré cirúrgica das mãos localiza-se no corredor adjacente à sala operatória, através do qual circulam os artigos esterilizados, mas também os contentores rodados fechados com resíduos e DMUM contaminados resultantes das cirurgias. Esta característica estrutural pode, eventualmente, potenciar os contactos físicos pós antissepsia pré-cirúrgica das mãos, comprometendo a assepsia do procedimento cirúrgico.

Para além da porta entre a zona de desinfeção pré-cirúrgica e a sala operatória, as salas operatórias da UCA dispõem de mais duas portas: uma através da qual entra a pessoa em situação perioperatória e outra através da qual sai a pessoa em situação perioperatória. Estas portas são acionadas através de interruptor e têm fecho automatizado, no entanto,

não são de correr, mas sim de abrir. A elevada rotatividade de doentes traduz-se na intensa circulação de pessoas e equipamentos entre a sala operatória e espaços adjacentes, ao que acresce o facto de as portas abrirem na sua totalidade, provocando grandes movimentações de ar a cada entrada/saída da sala operatória.

Segundo as Especificações Técnicas para Instalações de Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado (AVAC) – ET 06/2008, as salas de operações devem estar em sobrepressão (ou pressão positiva) em relação às áreas adjacentes, e estas em sobrepressão em relação aos restantes locais do bloco operatório (ACSS, 2008). A sobrepressão significa que a pressão existente na sala cirúrgica é superior à das salas contíguas. A pressão positiva força o fluxo de ar a sair pelos espaços e aberturas existentes e a deslocar-se para as áreas comunicantes, garantindo assim que o ar da sala vai fluir para o exterior não sendo alvo de contaminação pelo ar proveniente de outros compartimentos. Pelo mesmo princípio, as zonas sujas/infetadas terão de estar em subpressão (Silva, 2022). Este sistema é essencial em ambiente cirúrgico, diminuindo o risco de contaminação proveniente do exterior e, conseqüentemente, o risco potencial de Infeção do Local Cirúrgico (ILC; Martins & Duarte, 2014).

Importa sublinhar que, numa sala operatória que cumpra os padrões da qualidade do ar, a atividade dos profissionais é a principal fonte de microrganismos em suspensão, tendo como origem a sua pele. Assim, para diminuir o número dessas partículas é necessário reduzir a atividade no interior da sala operatória, por exemplo através da redução do número de pessoas dentro da sala de operações, limitação de movimentos desnecessários ou conversas desnecessárias (Martins & Duarte, 2014). Segundo a ACSS (2011) “a indisciplina nas circulações pode acarretar graves riscos de contaminação, uma porta mantida aberta pode tornar ineficiente a compartimentação corta-fogo ou o esquema de pressões do ar condicionado” (ACSS, 2011, p. 33).

Neste âmbito, qualquer que seja a estrutura física da unidade, as recomendações técnicas apontam para a necessidade de definir circuitos e fluxos de doentes, profissionais e equipamentos (ACSS, 2011; CNADCA, 2008), fazendo referência ao conceito de assepsia progressiva – conceito que determina o controlo da circulação de profissionais, doentes e materiais das áreas mais sujas para as áreas mais limpas, através do estabelecimento de barreiras físicas e, o controlo da circulação de ar das zonas mais limpas para as menos limpas, através da manutenção e controlo da pressão positiva (AESOP, 2006; Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios, 2015).

De acordo com a CNADCA, o segundo critério fundamental na organização de programas de cirurgia de ambulatório é a **inclusão no organograma da instituição** enquanto unidade funcional, com diretor/coordenador nomeado para esse fim, pelo Conselho de

Administração (CNADCA, 2008; Despacho n.º 30114/2008 de 21 de novembro, 2008). A UCA onde decorreu o estágio cumpre este critério.

Esta unidade não tem quadro médico exclusivo sendo que, a atividade assistencial é assegurada pelos serviços utilizadores, nomeadamente o serviço de anestesiologia e os diversos serviços cirúrgicos que ali desenvolvem funções.

A equipa de enfermagem, assistentes operacionais e assistentes técnicos integram o quadro próprio da unidade. A alocação exclusiva dos profissionais de enfermagem, com conhecimento consolidado sobre as diferentes fases do processo perioperatório em ambulatório, permite uma resposta em saúde mais adequada e eficaz (CNADCA, 2008).

A equipa de enfermagem é constituída por 34 enfermeiros, entre os quais uma enfermeira gestora, quatro enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e uma enfermeira especialista em Saúde Comunitária.

A UCA integra diversas especialidades cirúrgicas, designadamente, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia vascular, estomatologia, ginecologia, urologia, neurocirurgia, oftalmologia, ortopedia, cirurgia maxilo-facial e otorrinolaringologia.

Para a CNADCA, a definição de **critérios de admissibilidade e critérios para a alta clínica** são essenciais para o sucesso dos programas de cirurgia de ambulatório, constituindo o terceiro critério básico na organização desses programas (CNADCA, 2008; Despacho n.º 30114/2008 de 21 de novembro, 2008).

Na UCA onde decorreu o ensino clínico, os critérios de admissibilidade incluem critérios sociais e critérios clínicos (definidos no regulamento interno da unidade) de acordo com as especificidades individuais da pessoa em situação perioperatória e com as particularidades dos procedimentos anestésico-cirúrgicos. Os critérios sociais mínimos recomendados são: transporte próprio assegurado em veículo automóvel; área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância da unidade hospitalar; condições de adequada habitabilidade do local de pernoita; acesso a telefone; permanência de familiar ou pessoa significativa junto da pessoa em situação perioperatória, nas primeiras 24 horas de pós-operatório; consentimento em ser operado nas condições oferecidas; capacidade de compreensão da informação transmitida (pelo próprio ou pela pessoa significativa no caso de incapacidade). No que se refere aos critérios clínicos, foram definidos: classificação ASA I ou ASA II (*American Society of Anesthesiology*); estabilidade clínica e psíquica; procedimento cirúrgico previsivelmente de curta duração (<120 minutos); perda sanguínea mínima (<500 ml); baixo risco de ocorrência de complicações pós-operatórias; dor no pós-operatório passível de controlo com medicação por via oral.

Os critérios de alta em uso nesta UCA seguem a literatura vigente incluindo: sinais vitais estáveis e dor controlada; ausência de náuseas e vômitos; deambulação estável e sem auxílio; ausência de sinais e sintomas de hemorragia do local cirúrgico; capacidade para ingerir e tolerar líquidos; capacidade miccional; prescrição médica de terapêutica analgésica; acompanhamento em permanência de familiar/pessoa significativa nas 24 horas seguintes; transporte adequado para o domicílio.

O quarto critério básico recomendado em cirurgia de ambulatório é o desenvolvimento de “informação clínica escrita com **instruções para o pós-operatório**” (Despacho n.º 30114/2008 de 21 de novembro, 2008, p. 47550), que na UCA onde decorreu o estágio se traduziu na elaboração de folhetos informativos sobre os cuidados a ter após a alta. Esses folhetos são entregues e explicados à pessoa em situação perioperatória e familiar/pessoa significativa, no momento da alta.

A análise estatística de **indicadores clínicos**, nomeadamente a taxa de cancelamento da cirurgia e a taxa de admissão hospitalar, é o quinto critério mandatório em programas de cirurgia de ambulatório (CNADCA, 2008; Despacho n.º 30114/2008 de 21 de novembro, 2008). Na UCA procede-se a esta análise estatística de forma consistente e sistemática, sendo função do assistente técnico efetuar o tratamento dos dados e reencaminhar os resultados obtidos ao diretor da UCA.

A criação de **procedimentos de apoio** ao programa de cirurgia de ambulatório é o último critério descrito como imprescindível ao desenvolvimento destes programas. Os referidos procedimentos devem incluir a disponibilização de número telefónico à pessoa em situação perioperatória e respetivo familiar/pessoa significativa e, a realização de telefonema após 24 horas de pós-operatório (Despacho n.º 30114/2008 de 21 de novembro, 2008). A unidade onde teve lugar o estágio dispõe de um contacto telefónico, acessível nas 24 horas seguintes ao procedimento anestésico-cirúrgico, que é disponibilizado à pessoa no momento da alta. Para além disso, a equipa de enfermagem procede à teleconsulta pós-operatória das 24 horas, a todos as pessoas em situação perioperatória submetidas a procedimento anestésico-cirúrgico na UCA, de modo a avaliar a situação de saúde da pessoa e proporcionar a continuidade dos cuidados.

O estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, desenvolvido em contexto de ambulatório, orientou-se por objetivos gerais de nível avançado na referida área de especialização, conforme preconizado no Guia de Orientação de Estágio (ESSNCVP, 2023). No entanto, após o período de integração, foram também definidos objetivos específicos, tendo em conta as particularidades do campo de estágio, a componente de investigação projetada e os interesses pessoais. Neste sentido, foram elaborados os

seguintes objetivos específicos, intimamente relacionados com as competências específicas do enfermeiro especialista na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória: 1) desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, em contexto de cirurgia de ambulatório e, 2) desenvolver competências na gestão e controlo de dispositivos médicos, nomeadamente no âmbito da rastreabilidade.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo Oliveira e Queirós (2015), em enfermagem, o conceito competência pode ser definido como “os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores” do enfermeiro (p. 78). E, neste sentido, é a aquisição e desenvolvimento de competências que permite ao profissional prestar cuidados de forma consistente, com segurança e qualidade (Oliveira & Queirós, 2015). Um estudo descritivo-correlacional, desenvolvido nos hospitais portugueses, permitiu inferir que os enfermeiros com formação especializada em enfermagem demonstram níveis de competência mais elevados do que os enfermeiros sem esse tipo de especialização (Oliveira et al., 2015).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, “o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4744).

Segundo o mesmo regulamento todos os enfermeiros especialistas devem ser detentores de competências comuns, transversais às diferentes áreas de especialidade e aos diferentes contextos de cuidados. Essas competências são “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” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4745).

A esfera de ação destas competências está estruturada em quatro domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados; e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Neste capítulo, pretende-se descrever e refletir criticamente sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, no decorrer do estágio em cirurgia de ambulatório.

2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

As competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal determinam que o enfermeiro especialista “desenvolve uma prática profissional, ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas

legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4746).

A **deontologia profissional** pode definir-se como o conjunto de normas relativas a determinada profissão, baseadas em princípios morais e legais, que procuram definir as boas práticas, orientando o comportamento profissional do indivíduo. Constitui-se assim como a formulação de um “dever ser profissional” (OE, 2005, p. 16).

Os cuidados de enfermagem regem-se pelo Código Deontológico do Enfermeiro, publicado em anexo ao Decreto-Lei 104/98 de 21 de abril (referente aos estatutos da OE) e sujeito a republicação pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Segundo a OE (2005), importa sublinhar que o código deontológico “não pertence ao domínio da meta a alcançar, mas do imediato a cumprir” (OE, 2005, p. 16).

Por sua vez, no que concerne aos padrões éticos da enfermagem, a OE (2005) afirma que assentam, fundamentalmente, na preocupação com o bem-estar do outro, referindo-se, portanto, à qualidade “humana e humanizadora” do profissional (OE, 2005, p.17).

No decorrer do estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, procurou-se adotar uma atitude congruente com estes princípios, em todas as fases do processo perioperatório, desde o acolhimento até à alta. Para além disso, refletiu-se sobre a prática, tendo em consideração as implicações éticas, legais e deontológicas da tomada de decisão.

A pessoa em situação perioperatória está em situação de vulnerabilidade, frequentemente sujeita a perda de consciência em função do procedimento anestésico e, portanto, incapaz de tomar as suas próprias decisões. Neste âmbito, o enfermeiro perioperatório assume um papel fundamental, sendo responsável por assegurar que os direitos e a vontade previamente expressa da pessoa em situação perioperatória são respeitados (Ferrito, 2014). No mesmo sentido, Moola et al. (2023) sublinham que em contexto perioperatório é expectável, e exigido pelos diversos códigos deontológicos e de conduta, que o enfermeiro atue enquanto advogado do doente, zelando pelo seu bem-estar e segurança (Moola et al., 2023). A advocacia do doente está intrinsecamente relacionada com a **responsabilidade profissional**, formalizada no artigo 99º do Código Deontológico do Enfermeiro como um dos princípios orientadores da atividade do enfermeiro (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015; OE, 2015).

Durante o acolhimento da pessoa em situação perioperatória preconiza-se a utilização de uma lista de verificação pré-operatória que inclui, entre outros aspetos, a validação do consentimento da pessoa em situação perioperatória relativamente aos critérios de admissibilidade na UCA (a pessoa consente ser operada nas condições que lhe são

oferecidas) e a verificação dos consentimentos relativos ao procedimento anestésico e ao procedimento cirúrgico, devidamente assinados.

A existência de um documento escrito onde conste o **consentimento informado**, esclarecido e livre é obrigatório nos casos de intervenções cirúrgicas e anestésicas, tal como descrito na Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015, sendo que, este documento deve ficar arquivado no processo clínico do indivíduo (DGS, 2015a).

A confirmação da presença de um documento de consentimento informado assinado é uma responsabilidade do enfermeiro perioperatório, garantindo uma prática de cuidados baseada na segurança e no respeito pela autodeterminação da pessoa, constituindo também uma das primeiras verificações de segurança da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), na fase antes da indução anestésica (DGS, 2010).

“Qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo” (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura [UNESCO], 2006, p. 7).

Neste sentido, procurou-se ir ao encontro da pessoa em situação perioperatória, esclarecendo as suas dúvidas, providenciando a informação solicitada e garantindo que estava elucidada. Procurou-se obter o consentimento para a realização de todos os cuidados e procedimentos, respeitando a sua vontade expressa e possibilitando a sua participação nas tomadas de decisão, demonstrando respeito pelos seus direitos, dignidade e autonomia, bem como pelas suas crenças, valores e cultura. Verificou-se que, em situações específicas, a pessoa em situação perioperatória não estava devidamente informada e o seu consentimento não tinha concordância com a proposta anestésico-cirúrgica, pelo que se procurou intervir junto dos profissionais da equipa multidisciplinar com responsabilidade na área, de modo a esclarecer a pessoa e garantir o seu consentimento informado, livre e esclarecido. Isto vai ao encontro do estabelecido no artigo 105.º do Código Deontológico do Enfermeiro, no sentido em que cabe ao enfermeiro “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015, p. 8103), e, deste modo, garantir o seu direito à autodeterminação. Está ainda em consonância com artigo 112.º, na medida em que cabe ao enfermeiro intervir na sua esfera de competências, reconhecendo os seus limites (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015).

No decurso do processo perioperatório, procurou-se prestar cuidados de enfermagem mantendo a **privacidade** da pessoa, independentemente do seu estado de consciência, expondo apenas as partes do corpo necessárias à execução dos cuidados e procurando resguardar as outras. Para além do respeito pela privacidade da pessoa, restringindo o acesso à sua intimidade, foi também alvo de cuidado o cumprimento do dever de sigilo profissional e confidencialidade da informação, oral e escrita. Assim, nos momentos de transição de cuidados intentou-se partilhar a informação relativa à pessoa em situação perioperatória, apenas com os envolvidos no processo terapêutico, de acordo com o artigo 85º dos Estatutos da OE (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015), garantindo que terceiros, ali presentes pelo fluxo de doentes e profissionais inerente ao funcionamento da unidade, não se apropriassem dessa informação.

Ainda na ótica da segurança e responsabilidade profissional, procedeu-se, sistematicamente, à **identificação inequívoca** da pessoa em situação perioperatória. Deste modo, concretizou-se a identificação positiva da pessoa através da confirmação dos dados da pulseira de identificação e recolha verbal de, pelo menos, dois elementos biográficos, nomeadamente, nome e data de nascimento – de acordo com a Norma n.º 018/2011 de 23/05/2011 que define os mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde (DGS, 2011a). Este procedimento é cumprido meticulosa e sistematicamente pela equipa de enfermagem, e como tal, parece ter potencial para reduzir o risco associado às falhas na identificação da pessoa em situação perioperatória.

2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

As competências comuns do enfermeiro especialista integram o domínio da melhoria contínua da qualidade e pressupõem que o enfermeiro “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4747).

A segurança do doente e a necessidade de cuidados de saúde de qualidade são entendidos como uma prioridade global desde 2004, aquando do lançamento da *World Alliance for Patient Safety* pela Organização Mundial da Saúde (OMS; *World Health Organization* [WHO], 2004). E neste sentido, a implementação de sistemas de qualidade em saúde tem sido uma das grandes prioridades das instituições nos últimos anos.

A ULS da região Centro de Portugal onde foi realizado o estágio dispõe de uma Comissão da Qualidade e Segurança do Doente – constituída por uma equipa multidisciplinar tal como estabelecido no Despacho n.º 3635/2013 – à qual cabe a promoção, implementação, monitorização e integração das atividades e prioridades estratégicas definidas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, priorizando a equidade, a melhoria contínua e a segurança dos cuidados de saúde (Despacho n.º 3635/2013 de 7 de março, 2013).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, tem como missão promover e validar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, garantindo os direitos dos indivíduos na sua interconexão com o sistema de saúde. Uma das ações consideradas mandatórias para concretizar esta missão, é o “reconhecimento da qualidade das unidades de saúde”, através da sua acreditação (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, 2015, p. 13553).

O processo de **acreditação** pode ser entendido como uma ferramenta metodológica para estimular e facilitar a melhoria contínua da qualidade nas unidades de saúde, na intervenção dos profissionais e na sua formação, procurando como fim último a excelência dos cuidados de saúde prestados (DGS, 2011b). Neste sentido, a acreditação corresponde ao “reconhecimento externo e público de que a unidade de saúde acreditada cumpre os requisitos necessários para desenvolver e prestar cuidados de saúde de qualidade, em segurança e que implementou o seu próprio programa de melhoria da qualidade” (DGS, 2011b, p. 20).

Como foi referido, a UCA onde se realizou o estágio, é uma unidade acreditada pelo modelo ACSA – modelo nacional de acreditação implementado pela DGS através do Programa Nacional de Acreditação em Saúde (DGS, 2011b). Este modelo procura atingir a excelência da atividade assistencial e organizacional, colocando-a ao serviço da pessoa – o que está em concordância com o preconizado pelo *Perioperative Patient Focused Model* no domínio sistema de saúde.

A garantia da qualidade em saúde implica a monitorização sistemática de um painel de **indicadores**, de modo a avaliar a qualidade clínica e a qualidade organizacional e, em função da análise dos resultados obtidos, implementar as melhorias necessárias (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, 2015; Donabedian, 2003).

Para Donabedian (2003), a avaliação da qualidade em saúde assenta na monitorização de indicadores de estrutura, indicadores de processo e indicadores de resultado. Estes indicadores correspondem aos diferentes tipos de dados obtidos no decorrer da avaliação da qualidade, permitindo fazer inferências sobre essa qualidade (Donabedian, 2003).

A OE considera a avaliação da qualidade e da produtividade em Enfermagem como um modelo global que integra, simultaneamente, os indicadores propostos por Donabedian (2003) – indicadores para a estrutura, para o processo, para o resultado – e também, indicadores epidemiológicos (OE, 2007a).

Contudo, para que estes indicadores encontrem a adequada expressão, é imprescindível que o processo de enfermagem seja adequadamente documentado. Se esse registo não ocorrer, de forma clara, sistemática e uniformizada, não é possível obter indicadores de avaliação da qualidade – o que põe em causa a visibilidade dos cuidados de enfermagem e a própria melhoria da qualidade desses cuidados (Nascimento et al., 2020).

Neste enquadramento, os **sistemas de informação** em saúde desempenham um papel fundamental uma vez que, disponibilizam dados de qualidade, com rapidez e segurança, permitem a sistematização dos dados recolhidos e garantem a interoperabilidade entre as várias unidades do sistema de saúde (Benito & Licheski, 2009; Nascimento et al., 2021). De acordo com o Despacho 2784/2013 de 20 de fevereiro, os registos eletrónicos de dados e a sua acessibilidade nos vários quadrantes da saúde são essenciais na melhoria dos cuidados prestados ao indivíduo, constituindo um instrumento fulcral na eficácia e na eficiência do sistema de saúde (Despacho 2784/2013 de 20 de fevereiro, 2013).

No que concerne ao domínio da Enfermagem, os sistemas de informação foram criados com o intuito de obter indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, aumentar a visibilidade dos cuidados, valorizar a profissão e monitorizar a atividade profissional (Nascimento et al., 2021; OE, 2007b).

Para a OE (2007b), a importância dos sistemas de informação vai para além das imposições legais ou éticas que lhe estão associadas, abarcando também a sua importância na decisão clínica, na continuidade e qualidade dos cuidados, na gestão, formação, investigação e nos processos de tomada de decisão (OE, 2007b). Os sistemas de informação em enfermagem constituem-se, então, como uma importante “ferramenta de trabalho e avaliação de qualidade” (Fernandes & Tareco, 2016).

Na UCA onde teve lugar o estágio, o Sistema de Informação em Enfermagem apresenta-se sob a forma da aplicação informática *Patient Care*[®], que permite a documentação da tomada de decisão clínica em Enfermagem, em suporte eletrónico. Este sistema de informação tem por base a utilização de linguagem classificada, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), tal como recomendado pela OE (2007b) no documento em que define os princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais dos Sistemas de Informação em Enfermagem.

O sistema de informação *Patient Care*[®] é interoperável com o ventilador e monitores da sala operatória evitando a transcrição manual dos dados monitorizados e, portanto, garantindo maior fiabilidade. Para além disso, permite extrair indicadores estatísticos de forma simples e intuitiva e, por conseguinte, possibilita a produção de indicadores de qualidade.

Nesta unidade, verificou-se a documentação da **tomada de decisão** clínica, valorizando a intervenção autónoma do enfermeiro e respeitando o processo de enfermagem. Assim, após apreciação inicial, são formulados os diagnósticos de enfermagem, planeadas (e executadas) as intervenções de enfermagem e avaliados sistematicamente os resultados/evolução da pessoa em situação perioperatória. O conjunto das ações autónomas do enfermeiro constituem a “essência” dos Sistemas de Informação em Enfermagem (OE, 2007b, p. 2), pois só através da análise desses dados se podem obter os indicadores de qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Durante o ensino clínico surgiu a oportunidade de colaborar com a enfermeira tutora nas auditorias aos registos de enfermagem, através dos dados extraídos da aplicação *Patient Care*[®]. Estas auditorias, com periodicidade trimestral, tiveram por base uma grelha de auditoria construída para o efeito, analisando os registos de enfermagem nas diversas fases do processo perioperatório. Foram auditados processos selecionados aleatoriamente, numa janela temporal pré-definida. O tratamento dos dados é realizado semestralmente, estando prevista a sua realização após o término do estágio, pelo que não foi possível participar nesse processo. Habitualmente, os resultados obtidos e as medidas corretivas propostas são apresentados à equipa, em momento formativo, no final do ano.

De acordo com a Norma n.º 002/2017 atualizada a 03/06/2022, **auditoria** pode definir-se como o “processo sistemático, independente e documentado para obter evidência objetiva e respetiva avaliação objetiva, com vista a determinar em que medida os critérios da auditoria são cumpridos” (DGS, 2022a, p. 2).

As auditorias em Enfermagem promovem a qualidade dos cuidados, através da identificação de não conformidades e sugestão de medidas corretivas com vista à melhoria contínua. Potenciam também a sensibilização das equipas para as boas práticas e para a verificação dos processos envolvidos. Neste sentido, constituem um instrumento essencial para assegurar a segurança, a satisfação e os direitos do indivíduo, contribuindo, portanto, para a excelência dos cuidados (Fernandes & Tareco, 2016; Serra et al., 2022; Vieira et al., 2020).

Por se constituírem como uma representação do processo de enfermagem, permitindo gerar indicadores, os registos de enfermagem são um dos principais objetos de auditoria na

profissão. Os registos em enfermagem são parte fundamental do exercício profissional do enfermeiro pois permitem a continuidade dos cuidados e o necessário acesso dos profissionais aos dados de saúde do indivíduo (Serra et al., 2022). No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro especialista, para além de assegurar a existência de um sistema de registos que integre, sistematicamente, as diferentes fases do processo de enfermagem, deve também garantir a sua padronização, evidenciando os ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem prestados (OE, 2017).

O estabelecimento de protocolos clínicos é fundamental para o sucesso da cirurgia de ambulatório (CNADCA, 2008) e, simultaneamente, um dos critérios parametrizados no modelo de acreditação ACSA (DGS, 2011b). Na UCA onde decorreu o estágio, os procedimentos e protocolos de enfermagem estão sistematizados num manual de procedimentos, baseado na evidência científica atual e sujeito a revisões periódicas pelo grupo da qualidade e segurança, em concordância com a coordenação da unidade. A organização destes documentos num manual tem como objetivo uniformizar práticas reduzindo a variabilidade clínica, facilitar a organização do trabalho e melhorar a qualidade e segurança dos cuidados perioperatórios prestados, constituindo, para além disso, uma mais-valia no processo de integração de novos elementos.

Para além do manual de procedimentos, a unidade dispõe de um conjunto de ferramentas (protocolos clínicos e normas atualizadas) que norteiam o processo assistencial, procurando a adesão às melhores práticas baseadas na evidência científica. Todos os profissionais que integram o quadro da UCA têm acesso à consulta destes documentos, através de plataforma informática. O enfermeiro especialista desempenha, neste contexto, um importante papel, não só pela elaboração, mas também pela atualização periódica destas **normas, procedimentos e instruções de trabalho**, tendo por base a evidência científica atual, as orientações institucionais e a legislação em vigor – indo ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, relativamente à organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2017).

Na ULS onde decorreu o estágio existem diversos projetos e grupos de trabalho institucionais, por forma a dar resposta às orientações da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente desta instituição hospitalar. A ligação desses grupos institucionais aos serviços é dinamizada por eles, na sua maioria enfermeiros especialistas, pelas suas competências no âmbito da formação e melhoria contínua. Os projetos institucionais em curso na UCA incluem: as precauções básicas do controlo de infeção (higiene das mãos; controlo ambiental) e a prevenção da ILC/feixe de intervenções para a prevenção da ILC,

dinamizados pelos elos do Serviço de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (SPCIRA); os sistemas de informação em enfermagem (no apoio à tomada de decisão) dinamizado pelos elos do Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem; e, a prevenção das úlceras por pressão dinamizado pelos elos do Grupo de Prevenção de Úlceras por Pressão.

O contexto de estágio em cirurgia de ambulatório proporcionou a identificação de oportunidades de melhoria através da observação e reflexão sobre as práticas efetivas e, paralelismo com a evidência científica atual. Desta análise resultou a abordagem da rastreabilidade de dispositivos médicos, através de uma proposta de **melhoria contínua**, realizada em co-autoria¹.

Esta temática, com particular interesse ao longo do percurso académico vigente, permaneceu como foco de atenção em contexto de estágio. Deste modo, constatou-se que no seio da equipa de enfermagem a rastreabilidade intraoperatória era um assunto pouco discutido, muitas vezes ignorado ou desconhecido, tendo-se também verificado algumas fragilidades na sua implementação efetiva.

Para além da verificação da conformidade do processo de esterilização e do cumprimento das recomendações de boas práticas antes da incisão na pele, preconiza-se que o enfermeiro perioperatório inclua e registe no processo clínico da pessoa em situação perioperatória as informações relativas aos indicadores de esterilização, aos DMUM cirúrgicos e aos DMI – ou seja, preconiza-se que garanta a rastreabilidade intraoperatória (Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril, 2017; WHO, 2018b).

Em contexto de estágio, inicialmente foram identificadas as principais fragilidades no sistema manual de rastreabilidade da UCA e, simultaneamente, identificadas as necessidades formativas da equipa de enfermagem. Posto isto, desenhou-se o plano de formação (APÊNDICE I) e elaboraram-se os documentos de suporte com o intuito de uniformizar procedimentos e promover as boas práticas. Por último, dinamizou-se a ação de formação, em contexto formal, a toda a equipa de enfermagem (APÊNDICE II).

Nos documentos de suporte incluem-se o procedimento de enfermagem da rastreabilidade intraoperatória (APÊNDICE III), construído de acordo com o modelo institucional e, o documento de registo da rastreabilidade intraoperatória (APÊNDICE IV), ambos apresentados à equipa no decorrer da sessão formativa.

¹ Coautoria com mestranda na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, que realizou ensino clínico na mesma unidade hospitalar, durante o mesmo intervalo temporal.

A ação de formação, dinâmica e interativa, gerou discussão sobre a prática diária e sobre os eventuais moldes da implementação do documento de registo da rastreabilidade intraoperatória na UCA. O feedback da enfermeira gestora foi bastante positivo, tendo manifestado interesse e vontade em instituir o procedimento de enfermagem apresentado. Os documentos elaborados, bem como a própria ação de formação, foram disponibilizados em formato digital à enfermeira gestora para análise e decisão sobre as estratégias de implementação mais adequadas, tendo em conta as especificidades da UCA.

Para além do exposto, foi criada e disponibilizada à equipa de enfermagem, uma pasta informática com os principais regulamentos, normas e recomendações sobre segurança do doente, infeção do local cirúrgico, processo de reprocessamento de dispositivos médicos e rastreabilidade. A criação desta pasta prendeu-se com a necessidade de fornecer algum suporte documental sobre o tema e contribuir para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Na globalidade, com a execução deste conjunto de atividades, procurou-se munir a equipa de enfermagem com as ferramentas necessárias para implementar a rastreabilidade intraoperatória, contribuindo assim para a segurança do doente e dos próprios profissionais e, procurando, por conseguinte, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A ocorrência de **erros e eventos adversos** durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde atuais. Neste contexto, um dos focos das políticas de saúde é a redução de incidentes de segurança, visto que uma parte significativa dos quais é evitável (Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro, 2021). À luz da Taxonomia da Classificação Internacional de Segurança do Doente, utilizada pela DGS, um incidente de segurança pode ser definido como uma circunstância ou ocorrência da qual resultou, ou poderia ter resultado, dano desnecessário para o indivíduo. Um incidente pode constituir-se como “uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso)” (DGS; 2011c, p. 15). Neste âmbito, um evento adverso é um incidente que resulta em dano efetivo para a pessoa, implicando prejuízo físico, psicológico ou social. Entre os eventos adversos, sublinham-se os eventos sentinela por implicarem morte, sério dano físico/psicológico ou risco disso e, por exigirem sinalização imediata, adequada investigação e pronta resposta (DGS, 2011c).

Os eventos sentinela (*never events* ou eventos inadmissíveis) monitorizados no âmbito da norma da LVSC incluem: local cirúrgico errado, procedimento errado, doente errado, retenção de itens no local cirúrgico e morte intra-operatória em doente classificado como ASA I (DGS, 2010; DGS, 2013; DGS, 2015b). Neste contexto, o relatório nacional de monitorização do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, em 2014, aponta taxas de incidência destes eventos próximas de zero (DGS; 2015b).

No contexto cirúrgico, entre os eventos adversos com dano grave para o doente integram-se ainda: a ILC, a tromboembolia venosa ou pulmonar, e os erros de diagnóstico, por exemplo, por extravio de produtos para análise. Descrevem-se também quedas e avarias de equipamentos, posicionamentos incorretos, queimaduras e quebra da técnica asséptica, entre outros. No contexto anestésico, os eventos adversos com dano sério para o doente estão relacionados com a própria prática anestésica, com a administração de terapêutica e hemoderivados e, com problemas na utilização de equipamentos. (AESOP, 2006; Fragata, 2010).

Tendo o exposto em consideração, pode inferir-se que os enfermeiros perioperatórios têm um papel fundamental na **gestão e prevenção do risco**. Os enfermeiros especialistas têm a responsabilidade acrescida de orientar a sua prática profissional pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica emanados pela OE, procurando a excelência dos cuidados de enfermagem. Assim, cabe-lhes contribuir para a manutenção de um ambiente terapêutico seguro, assegurando a gestão do risco inerente à sua atividade e ao contexto perioperatório, o planeamento e organização dos cuidados e a participação na elaboração, aplicação e auditoria de protocolos de gestão do risco (OE, 2017; Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Neste âmbito, no decurso do estágio procurou-se prevenir e reduzir o risco associado ao ambiente cirúrgico e anestésico, colaborando ativamente na organização dos cuidados perioperatórios por forma a minorar a probabilidade de erro humano.

2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

As competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da gestão dos cuidados são por um lado, a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a sua articulação no seio da equipa multidisciplinar e, por outro lado, a adaptação da liderança e gestão de recursos às situações e ao contexto, procurando garantir a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

No âmbito do seu exercício profissional, os enfermeiros desenvolvem funções de gestão preponderantes assegurando a qualidade e segurança das suas práticas e, por conseguinte, a obtenção de ganhos em saúde (Regulamento n.º 76/2018 de 30 de janeiro, 2018). Neste sentido, o enfermeiro com funções de gestão tem um papel significativo no seio das organizações, através da responsabilização contínua dos seus colaboradores, na procura por níveis cada vez mais elevados de qualidade, quer no desempenho profissional quer nos

cuidados prestados, bem como, através da promoção de um ambiente compreensivo e humanizado, focando o trabalho em equipa e a gestão de conflitos (Melo et al., 2017).

A gestão da UCA é responsabilidade da enfermeira gestora, em estreita colaboração com a enfermeira especialista que dá apoio exclusivo à gestão – enfermeira coordenadora da UCA – envolvendo a governação clínica, gestão de recursos humanos e recursos materiais, bem como, a resolução diária de incidentes e imprevistos, particularmente, o absentismo laboral. Este fenómeno parece constituir um desafio quotidiano na distribuição dos profissionais pelos respetivos postos de trabalho, na organização do trabalho e na elaboração de horários.

O **absentismo** pode ser entendido como a ausência inesperada do profissional no seu posto de trabalho (Martinato et al., 2010; Porto & Paulo, 2010; Sancinetti et al., 2011; Santo & Assis, 2021). O absentismo em enfermagem é um problema complexo com múltiplas implicações para a equipa de saúde e para a organização. A ausência do trabalhador, provoca a sobrecarga dos restantes, exige-lhes rapidez e acarreta maior volume de trabalho, podendo afetar a sua saúde e, em última análise, a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Neste sentido, o absentismo eleva os custos e diminui a produtividade, protela a prestação de cuidados e o processo de trabalho, desagrega a equipa e pode ter consequências para o recetor dos cuidados (Martinato et al., 2010; Porto & Paulo, 2010; Santo & Assis, 2021). Martinato et al., 2010, sublinham que a dotação segura de enfermeiros constitui um importante instrumento para minimizar o absentismo, na medida em que, ao oferecer aos trabalhadores as condições adequadas para desempenhar as suas funções, promove a sua saúde e, por conseguinte, promove a qualidade da sua assistência (Martinato et al., 2010). Neste contexto, observa-se o absentismo dos profissionais de enfermagem como um indicador de gestão de recursos humanos que deve ser reconhecido e monitorizado pelos enfermeiros gestores (Sancinetti et al., 2011).

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, a adequada **dotação** de enfermeiros, bem como, as suas qualificações e competências, são aspetos essenciais para alcançar a qualidade e a segurança dos cuidados para a população alvo e para a organização de saúde. Tendo isto em consideração, segundo a OE, importa adequar os recursos humanos às necessidades efetivas de cuidados, sendo que o rácio ideal deve ter em consideração fatores como as competências profissionais, o desenho organizacional, a descentralização de serviços, a formação e a investigação futura. A dotação segura de enfermeiros em Cirurgia de Ambulatório, segue estes princípios, levando em consideração “a complexidade dos cuidados, a capacidade instalada e o modo de organização desses cuidados” (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019, p. 142).

A distribuição diária dos enfermeiros e assistentes operacionais por postos de trabalho é responsabilidade partilhada da enfermeira gestora e da enfermeira coordenadora da UCA.

É efetuada na véspera, afixada em local próprio para o efeito e enviada a toda a equipa através de correio eletrónico institucional. A antecipação da distribuição de funções parece constituir uma mais-valia, permitindo aos enfermeiros planear e organizar atempadamente o seu trabalho e, também lembrar detalhes ou esclarecer eventuais dúvidas relacionadas com as especificidades dos procedimentos anestésico-cirúrgicos para os quais estão distribuídos.

As dotações da UCA onde decorreu o estágio seguem as orientações emanadas pela OE através do Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Assim, nas salas operatórias verifica-se a presença de três enfermeiros, designadamente, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia. Na UCPA constata-se que estão alocados, pelo menos, dois enfermeiros, cumprindo o rácio de um enfermeiro por cada três pessoas em situação perioperatória. Para além disto, a enfermeira gestora da UCA tem em consideração a dotação necessária para dar resposta à consulta pré e pós-operatória, acolhimento pré-operatório e outras atividades de suporte à produção cirúrgica.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, é expectável e recomendável que os enfermeiros que desenvolvem funções em bloco operatório ou UCPA sejam enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. No entanto, no panorama nacional isso não se verifica pois não existem, ainda, enfermeiros especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória em número suficiente (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019). Na UCA onde foi realizado o estágio, observa-se que bloco operatório e UCPA integram, maioritariamente, enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No entanto, esse número é ainda bastante reduzido quando comparado com o número total de enfermeiros que aí desempenham funções – os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica constituem apenas 11,8% dos enfermeiros da equipa.

Em cada sala operatória, é distribuído um elemento como “responsável de equipa”, sendo que, habitualmente, esse papel é atribuído ao enfermeiro perito na área ou ao mais experiente; caso as dotações o permitam, geralmente esse elemento é um enfermeiro especialista. O “responsável de equipa” tem como função fundamental assegurar o normal funcionamento do serviço, ao que acrescem funções relacionadas com a operacionalidade de materiais e equipamentos e a existência de consumíveis clínicos. Tem ainda a responsabilidade de notificar os seus superiores hierárquicos para qualquer aspeto que possa comprometer a qualidade e segurança dos cuidados, tal como a falta de material ou inadequadas condições de trabalho.

Durante o ensino clínico, foi possível acompanhar a enfermeira tutora no desempenho das suas funções de gestão e coordenação da equipa. Assim, em parceria com a enfermeira tutora, colaborou-se na organização dos cuidados de enfermagem em função do procedimento cirúrgico, estabelecendo e procurando adequar os materiais e equipamentos disponíveis às necessidades efetivas. Para além disso, procurou-se participar na tomada de decisão da equipa de enfermagem, contribuindo com informação pertinente baseada em evidência científica, de modo a otimizar o processo de cuidados e garantir a sua qualidade e segurança.

Houve ainda oportunidade para acompanhar a enfermeira coordenadora da UCA no desenvolvimento das suas funções de gestão, de modo a alcançar uma perspetiva mais abrangente sobre a organização, coordenação e gestão do serviço. Essa experiência permitiu refletir sobre as dificuldades diárias associadas à gestão de recursos humanos e recursos materiais, resistência à mudança no seio da equipa de enfermagem e estilo de liderança facilitador dessa mudança, tendo em conta as características da equipa e dos indivíduos que a integram. Numa perspetiva reflexiva, sublinha-se o facto de a enfermeira coordenadora recorrer a ferramentas comunicacionais e estratégias motivacionais, com impacto efetivo na equipa de enfermagem.

Neste seguimento, Lee et al. (2018) consideram que a **liderança** é fundamental para a produtividade organizacional, assim como, para a gestão de novos desafios, sugerindo que, em enfermagem perioperatória, uma liderança efetiva se correlaciona positivamente com a satisfação laboral dos profissionais, fixação no posto de trabalho, otimização do *turnover* e melhoria da qualidade dos cuidados (Lee et al., 2018).

Neste sentido, um estudo nacional enfatiza a importância da liderança para a segurança do doente, inferindo que as competências de liderança, designadamente no que se refere à capacidade do líder para assegurar o cumprimento de normas e objetivos, capacidade de motivação e assunção de responsabilidade, manutenção da produtividade elevada e desenvolvimento de um trabalho colaborativo, contribuem para a promoção da segurança do doente e para melhores resultados de segurança (Mota, 2021).

Para além da gestão de recursos humanos, também a gestão de recursos materiais, nomeadamente no que ao armazém avançado diz respeito, constituiu uma mais-valia a nível formativo, permitindo refletir sobre a sua importância na utilização eficiente dos recursos disponíveis.

Tendo em consideração que a aquisição de material tem um peso preponderante nos custos hospitalares, a **gestão de stocks** assume um papel essencial na eficiência operacional das organizações de saúde. Neste sentido, a manutenção de níveis adequados de *stock* é um desafio diário para os gestores, que procuram minimizar os custos sem pôr em causa o bom funcionamento logístico do serviço e da instituição e, sem que isso afete a qualidade

dos cuidados. Isto é particularmente importante na área da saúde pois, se em empresas industriais a rutura de *stock* equivale a perda de lucros, na saúde, uma rutura de *stock* pode ter consequências humanas graves e acarretar dano para o indivíduo (Teixeira, 2012).

O método de reposição por níveis em armazém avançado é considerado o modelo de gestão de *stocks* mais eficiente no atual contexto hospitalar (Regulamento dos Armazéns Avançados, 2021; Roldão, 2022). Nesta modalidade de abastecimento, o serviço clínico é um cliente da logística hospitalar a quem cabe a responsabilidade de proceder à reposição de *stock*, através de dados de consumo exatos, processados em tempo real (Roldão, 2022). O armazém avançado caracteriza-se, assim, por maior transparência, fiabilidade e controlo de existências, quer no processo de registo de consumo, quer no processo de reposição (Regulamento dos Armazéns Avançados, 2021).

A UCA onde decorreu o estágio dispõe de um armazém avançado de material de consumo clínico, responsabilidade da Logística Hospitalar. Na UCA, todos os artigos em armazém avançado estão identificados com código de barras. Para cada artigo está definido um nível máximo ou *stock* ideal que corresponde ao nível máximo de reposição e, um nível mínimo, que corresponde à quantidade a partir da qual tem de ser, impreterivelmente, efetuada reposição. Quando é atingido o nível mínimo, ou seja, o ponto de reposição, a logística hospitalar recebe um alerta a fim de efetuar a reposição atempada. A reposição de artigos é efetuada três vezes por semana por um elemento da logística hospitalar. O registo de consumo é efetuado pelo enfermeiro, imediatamente antes da sua utilização, através da utilização de *hardware* de leitura ótica e respetivo *software*.

Apesar do armazém avançado ser responsabilidade da logística hospitalar, o serviço utilizador e utilizadores partilham algumas funções. Assim, cabe ao serviço utilizador: monitorizar o desempenho da equipa no registo de consumo; identificar, sugerir e implementar as medidas necessárias para corrigir eventuais inconformidades; monitorizar as existências reais em prateleira e as existências no sistema informático; participar nas auditorias de rotina efetuadas pela logística (Regulamento dos Armazéns Avançados, 2021). Estes aspetos, além de serem prática recomendada, são prática efetiva na UCA, sendo da responsabilidade da enfermeira especialista que monitoriza o funcionamento do armazém avançado, a sua consecução. Também o controlo de validades é um aspeto essencial do armazém avançado, sendo da responsabilidade conjunta da logística hospitalar com o serviço utilizador (Teixeira, 2012), contudo, na UCA, essa responsabilidade é delegada, em exclusivo, à logística hospitalar. As vantagens associadas à reposição automática por *stocks* nivelados passam por libertar os profissionais de saúde para outras atividades, designadamente na área do cuidado ao doente, e, aumentar o tempo disponível para a prestação de cuidados, contribuindo assim para a melhoria da sua qualidade. Para além disso, permitem a redução das existências em armazém; diminuem o risco de desperdício,

deterioração, quebra ou extravio de artigos; permitem manter um inventário permanente e rigoroso dos *stocks* com possibilidade de mobilização de artigos entre serviços; permitem a correta imputação de custos ao serviço clínico (Regulamento dos Armazéns Avançados, 2021; Roldão, 2022; Teixeira, 2012).

Na UCA existe também um armazém avançado de fármacos (*Pyxis*®), sob alçada dos Serviços Farmacêuticos. Este sistema consiste num armário controlado eletronicamente, com acesso restrito mediante *password* individual, cuja reposição por níveis é gerida pelos Serviços Farmacêuticos, em função dos consumos do serviço. Os princípios básicos deste armazém avançado são sobreponíveis aos acima descritos, nomeadamente no que concerne aos níveis máximos e mínimos de *stock*, reposição automática em função dos *stocks* nivelados e controlo de validades.

2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

As competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, incluem os seguintes aspetos: “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, como consta no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4749 (2019).

O **autoconhecimento** consiste no processo de procura e descoberta das próprias características individuais, num contínuo que permite olhar para os outros com a compreensão de quem olha para si mesmo. Em enfermagem, este é um processo essencial uma vez que capacita o enfermeiro para a prestação de cuidados humanizados e para o desenvolvimento de uma comunicação realmente terapêutica (Haboba, 2022).

Neste sentido, Montezeli et al. (2018) referem que a comunicação só é efetiva e eficaz se for pautada pela assertividade (Montezeli et al., 2018). De um modo geral, a **assertividade** pode ser definida como a capacidade para fazer valer os seus direitos, opiniões, crenças e sentimentos sem coagir ou interferir com os direitos, opiniões, crenças e sentimentos dos outros; ou seja, a capacidade para defender os próprios interesses e os interesses dos outros (Alves, 2016; Machado et al., 2022; Montezeli et al., 2019; Nakamura et al., 2017).

Segundo diversos estudos, a assertividade melhora a interação entre os elementos da equipa multidisciplinar, reduz a ocorrência de conflitos, aumenta a satisfação laboral e contribui para uma prática mais reflexiva (Machado et al., 2022).

Esta competência social revela-se fundamental quer na prestação de cuidados, quer na gestão de cuidados, contribuindo para a qualidade assistencial (Montezeli et al., 2018; Montezeli et al. 2019). Machado et al. (2022) acrescentam que, na sua prática diária, os

enfermeiros demonstram comportamentos assertivos com a pessoa alvo dos seus cuidados e com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, e que, essa conduta é fundamental para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Machado et al., 2022).

O ensino clínico em contexto de ambulatório foi compreendido como uma janela de oportunidades tanto para a introspeção, essencial ao autoconhecimento, como para o desenvolvimento da assertividade, enquanto habilidade social fundamental na comunicação com os pares e com a pessoa em situação perioperatória.

O contexto da prática clínica exige ao enfermeiro, sobretudo ao enfermeiro especialista pelo seu papel de liderança na equipa, a atualização permanente dos seus conhecimentos técnico-científicos, fundamentados na mais recente evidência científica, permitindo uma intervenção estruturada (OE, 2005; OE, 2017). A título exemplificativo, e como já foi referido, tendo identificado uma lacuna no conhecimento no contexto da prática de cuidados, efetuou-se formação em contexto de serviço sobre rastreabilidade intraoperatória de dispositivos médicos (APÊNDICE II). Procuraram incorporar-se os conhecimentos sobre o tema na prática diária de cuidados e, assim, contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos e competências dos enfermeiros da UCA.

A **formação** não consiste apenas na aquisição de conhecimentos, mas integra também as modificações de comportamento face a novas situações conduzindo ao aprofundar desses mesmos conhecimentos (Gonçalves et al., 2022). Neste contexto, a formação contínua refere-se às atividades conduzidas após o término da formação de base, de modo a manter e desenvolver conhecimentos, competências e práticas (WHO; 2013). Gonçalves et al. (2022), acrescentam que a formação contínua consiste num conjunto estruturado de ações, em conformidade com as necessidades identificadas, através de um plano de formação (Gonçalves et al., 2022). De acordo com a evidência, a formação contínua parece ter resultados positivos, por exemplo, na melhoria do conhecimento, competências e atitudes, bem como, na prática assistencial e nos resultados de saúde (WHO, 2013).

A política formativa deve, então, ir ao encontro das orientações organizacionais e dos modelos de gestão, de modo a potenciar a eficácia e eficiência da organização, facilitar a integração de novos elementos e promover a adequação dos colaboradores a novas funções e novas tecnologias (Gonçalves et al., 2022; WHO, 2013).

A UCA do contexto de estágio detém um plano de formação anual com o intuito de dar resposta às necessidades formativas dos seus profissionais, tendo em consideração os objetivos institucionais e o plano de atividades do próprio serviço. No decorrer do estágio assistiu-se a um conjunto de sessões formativas subordinadas aos seguintes temas:

segurança cirúrgica: retenção inadvertida de itens, segurança cirúrgica: radiação no bloco operatório; enfermagem em anestesiologia: reflexões da prática; e, SIE no apoio à tomada de decisão clínica em enfermagem: realidade emergente. Estas ações de formação, seguidas de debate e discussão em equipa, constituíram o mote para introduzir melhorias (sob a forma de instruções de trabalho e procedimentos de enfermagem) e eliminar inconformidades; contribuindo ainda para estimular a reflexão crítica sobre a prática e, por conseguinte, para a segurança e qualidade dos cuidados.

No contexto do estágio, participou-se no 7º Fórum Nacional de Bloco Operatório organizado pela AESOP, que decorreu nos dias 26 e 27 de outubro de 2023, em Beja (ANEXO II). Dos diversos temas em análise e debate, sublinha-se a abordagem do controlo de infeção hospitalar enquanto problema de saúde à escala global, cujo ónus cabe, em grande parte, aos profissionais de saúde. O programa deste Fórum pode ser consultado em [Apresentação do PowerPoint \(aesop-enfermeiros.org\)](https://aesop-enfermeiros.org). Ainda no âmbito do 7º Fórum Nacional de Bloco Operatório frequentou-se o *Workshop*: “Gestão do doente colonizado/infectado com microrganismos multirresistentes em ambiente Perioperatório”, com o intuito de adquirir e consolidar conhecimentos na referida área (ANEXO III). Para além disso, apresentou-se um e-Poster intitulado “Rastreabilidade Intraoperatória: o futuro, hoje”, em co-autoria. Este trabalho consistiu numa revisão integrativa da literatura, tendo em vista a partilha e disseminação da mais recente evidência científica na área (APÊNDICE V). O certificado de apresentação do e-Poster consta no ANEXO IV.

Participou-se também nas VI Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria, subordinadas ao tema “Enfermagem Perioperatória: Inovar e Humanizar”, que tiveram lugar nos dias 16 e 17 de novembro de 2023, em Leiria (ANEXO V). O programa destas Jornadas pode ser consultado em [POSTER + PROGRAMA \(eventkey.pt\)](https://eventkey.pt). Entre os diversos temas abordados destaca-se a abordagem da sustentabilidade ambiental em bloco operatório, pela sua pertinência, atualidade e transversalidade nos diversos setores da sociedade.

No contexto perioperatório, o bloco operatório assume-se como um grande consumidor de recursos materiais e, conseqüentemente, grande produtor de resíduos, revelando-se, portanto, como um setor primordial nas práticas de sustentabilidade ambiental (Kagoma et al., 2012). A sustentabilidade ambiental é globalmente aceite como a capacidade de responder às necessidades da geração atual sem comprometer as gerações futuras de dar resposta às suas próprias necessidades (Shelton, 2019). O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2030 é congruente com a abordagem da sustentabilidade ambiental, assumindo o compromisso por uma saúde sustentável e tendo como fim “melhorar a saúde e o bem-

estar da população em todo o ciclo de vida, através de um compromisso social para a Saúde, *sem deixar ninguém para trás*, preservando o planeta e sem comprometer a saúde das gerações futuras” (DGS, 2022c, p.9).

Durante o evento, apresentou-se o e-Poster intitulado “Sustentabilidade Ambiental em contexto Perioperatório”, realizado em co-autoria (APÊNDICE VI). A abordagem desta temática teve como objetivo dar resposta à curiosidade intelectual das autoras, sistematizando a evidência científica atual através de uma revisão integrativa da literatura e, capacitando-as para uma eventual intervenção estruturada no contexto da prática clínica. O certificado de apresentação do e-Poster consta no ANEXO VI.

Por fim, ainda no âmbito do estágio, participou-se no Congresso de Enfermagem Perioperatória, “Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência” (ANEXO VII), que decorreu nos dias 24 e 25 de novembro de 2023, em Lousada [programa disponível em [Cópia de Cartaz BOC Congresso \(boc-chts.com\)](http://Cópia de Cartaz BOC Congresso (boc-chts.com))]. Destacam-se os temas inerentes à humanização dos cuidados de enfermagem perioperatórios e a importância dos SIE em contexto perioperatório, ambos de elevada relevância para a segurança e qualidade. Sublinha-se, mais uma vez, a abordagem da sustentabilidade ambiental, conteúdo comum aos dois eventos formativos.

No seguimento do trabalho previamente desenvolvido, elaborou-se e apresentou-se um e-Poster subordinado ao tema: "Sustentabilidade ambiental em bloco operatório: que estratégias?" (APÊNDICE VII), ao qual foi atribuído o Primeiro Prémio pela Comissão Científica deste Congresso. O certificado de apresentação do e-Poster e atribuição do Primeiro Prémio constam no ANEXO VIII e no ANEXO IX, respetivamente.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

A evolução técnico-científica na área da saúde conduziu a um desenvolvimento extraordinário dos meios de diagnóstico e tratamento, contribuindo para a longevidade e aumento da esperança média de vida. Os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica acompanharam este paradigma, revestindo-se de particular importância pelo seu papel fundamental na melhoria efetiva da qualidade de vida dos indivíduos (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória caracteriza-se por ter como foco dos cuidados a pessoa que vivencia um processo cirúrgico-anestésico bem como, a respetiva família/pessoa significativa, procurando o empoderamento da pessoa em situação perioperatória, a promoção da saúde, o tratamento da doença e a prevenção de eventos adversos (OE, 2017).

Assim, as competências específicas do enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória incluem cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e, maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

3.1. DOMÍNIO DO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E RESPETIVA FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA

A presente competência específica, relacionada com o domínio do cuidar da pessoa em situação perioperatória, remete para a humanização dos cuidados de enfermagem em ambiente perioperatório. Neste âmbito, os cuidados de enfermagem perioperatórios têm por base um “processo padronizado de boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa num contínuo, antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico” (OE, 2017, p.26).

A intervenção do enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória desenvolve-se, então, em cinco áreas complementares, nomeadamente, consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos, comportando as fases pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória (Regulamento n.º

429/2018 de 16 de julho, 2018). Em contexto de cirurgia de ambulatório, os cuidados de enfermagem abrangem todas áreas e todas as fases do processo perioperatório.

Na UCA onde decorreu o estágio, as oportunidades de aprendizagem e intervenção avançada de enfermagem compreenderam todas as fases do processo perioperatório. Deste modo, por forma a facilitar a presente exposição, proceder-se-á à reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências em contexto de estágio tendo como fio condutor o circuito da pessoa em situação perioperatória na UCA.

A experiência anestésico-cirúrgica da pessoa em situação perioperatória na UCA tem início com a **consulta pré-operatória de enfermagem**. De acordo com a Portaria nº 306-A/2011 de 20 de dezembro, a consulta de enfermagem pode ser entendida como uma ferramenta utilizada pelo enfermeiro, no âmbito do processo de enfermagem, com o intuito de promover o autocuidado do indivíduo (Portaria nº 306-A/2011 de 20 de dezembro, 2011).

A consulta pré-operatória de enfermagem afigura-se como o ponto de partida para o estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro e pessoa em situação perioperatória (Kruzik, 2009) e para o desenvolvimento de uma comunicação efetivamente centrada na pessoa: “comunicar com” a pessoa em vez de “comunicar para” a pessoa (Pettersen et al., 2018), preconizando uma abordagem de cuidados com foco na pessoa, tal como sugerido pelo *Perioperative Patient Focused Model*.

Assim, a consulta pré-operatória de enfermagem constitui-se como um momento fulcral no processo de enfermagem permitindo a colheita de dados e o estabelecimento de um plano de intervenção individualizado e, contribuindo para a capacitação e empoderamento da pessoa em situação perioperatória (Breda & Cerejo, 2020; Camargo et al., 2021; Mendes et al., 2020;). Neste âmbito, e de acordo com a OMS, o **empoderamento** pode ser definido como a capacidade do indivíduo para tomar decisões e adquirir maior controlo sobre as ações e decisões que afetam a sua saúde (WHO, 2021).

Durante a consulta pré-operatória de enfermagem, o enfermeiro transmite à pessoa em situação perioperatória e familiar/pessoa significativa, de forma estruturada e personalizada, as informações relativas à preparação pré-operatória, esclarece dúvidas e mitiga eventuais receios, diminuindo o *stress* associado à sua situação de saúde. De facto, a evidência sustenta que a consulta pré-operatória de enfermagem está relacionada com a diminuição da ansiedade nos indivíduos em situação perioperatória, tornando o processo mais sereno (Breda & Cerejo, 2020; Camargo et al., 2021). Para além disso, a consulta pré-operatória de enfermagem influencia a qualidade dos cuidados e associa-se a maior satisfação da pessoa em situação perioperatória relativamente ao processo cirúrgico (Breda & Cerejo, 2020), constituindo também um elemento fundamental para a avaliação de risco

e segurança dos cuidados (Camargo et al.,2021). Na UCA onde decorreu o estágio, em consequência das restrições impostas pela pandemia por Covid-19 e apesar da retoma total da atividade cirúrgica, a consulta pré-operatória de enfermagem permanece em formato não presencial – teleconsulta. De acordo com o Plano Estratégico Nacional para a Telesaúde 2019-2022, a **teleconsulta** pode ser definida como uma consulta em que “o profissional de saúde, à distância e com recurso às tecnologias de informação e comunicação, avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde” (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS], 2019, p. 38). As vantagens da teleconsulta incluem a otimização dos recursos humanos disponíveis, a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, a redução das deslocações do utente e família/pessoa significativa e, a capacitação da pessoa na gestão da sua própria saúde (SPMS, 2019).

Na UCA onde foi realizado o estágio, a teleconsulta pré-operatória de enfermagem envolve o cumprimento dos protocolos instituídos no serviço, nomeadamente ao nível da transmissão e validação de informação, de forma a capacitar a pessoa para o autocuidado, assegurar a segurança do procedimento anestésico-cirúrgico e garantir as condições de admissibilidade para o regime de ambulatório. Assim sendo, os procedimentos de enfermagem previstos incluem a validação de **listas de verificação** pré-operatória (*check-lists*), assegurando a recolha de dados e transmissão de informação sobre: acesso à unidade, identificação do familiar/pessoa significativa de referência, circuito no dia da cirurgia, vestuário adequado, jejum pré-operatório, banho pré-operatório e possibilidade de pernoita. De acordo com Chance et al. (2024), as listas de verificação são ferramentas amplamente utilizadas em diversos contextos clínicos, nomeadamente no contexto perioperatório onde desempenham um papel fulcral na sistematização de procedimentos e na prevenção da omissão de etapas críticas, apresentando eficácia comprovada na redução de erros (Chance et al., 2024).

Todos os dados recolhidos e informações transmitidas em teleconsulta de enfermagem são registados no processo clínico da pessoa em situação perioperatória, garantindo a continuidade de cuidados. Isto vai ao encontro do Guia de Recomendações das Consultas de Enfermagem à Distância, que refere que “todos os cuidados em telenfermagem devem ser devidamente documentados no processo do utente, de acordo com o modelo de registo da instituição” (OE – Centro, 2021, p. 19).

No decurso do estágio e no âmbito da consulta pré-operatória, verificou-se que devido à natureza não presencial da consulta, existem alguns desafios e dificuldades na comunicação com a pessoa em situação perioperatória. A fim de minimizar estas dificuldades, procurou mitigar-se o ruído ambiental durante a teleconsulta, adotou-se um discurso assertivo,

pausado, claro e acessível, e, elaboraram-se questões diretas e concisas dando, no entanto, espaço à pessoa em situação perioperatória para colocar as suas dúvidas e partilhar os seus receios. No fundo, procuraram tomar-se as medidas necessárias para otimizar a comunicação com a pessoa em situação perioperatória, assegurando que compreendia a informação transmitida, de modo a exercer a sua autodeterminação e tomada de decisão.

De acordo com a OE – Centro (2021), tal como nas consultas presenciais, também na teleconsulta de enfermagem, deve ser entregue à pessoa um plano terapêutico sistematizado, sob a forma escrita, bem como, folhetos informativos sobre os principais focos de atenção. Isto é particularmente relevante pois a “informação oral transmitida durante a consulta facilmente é esquecida ou mal-interpretada” (OE – Centro, 2021, p. 20). Na UCA onde decorreu o estágio, a teleconsulta baseia-se apenas na transmissão de informação verbal. Após sinalização informal desta problemática junto da equipa de enfermagem, ponderou-se o envio dos folhetos através de correio eletrónico ou correio postal (no caso dos idosos e/ou indivíduos com parca literacia digital assumida), mas a temática não alcançou consenso, sobretudo, por exigir o envolvimento e esforço acrescido de outras equipas disciplinares.

Para além da teleconsulta pré-operatória de enfermagem, o protocolo assistencial da UCA prevê a validação de alguns dados na véspera do procedimento anestésico-cirúrgico, também através de teleconsulta de enfermagem. Esta teleconsulta, mais curta, tem como principal intuito confirmar a hora do procedimento, reforçar alguns ensinamentos pré-operatórios e esclarecer eventuais dúvidas da pessoa em situação perioperatória.

Em regime de ambulatório, o contacto com a pessoa em situação perioperatória é célere e intenso e, a preparação do indivíduo para o procedimento cirúrgico é consideravelmente mais rápida do que em regime de internamento. Neste sentido, a transmissão da informação em cirurgia de ambulatório é um desafio contínuo, quer no período pré-operatório, quer durante a admissão e acolhimento ou ainda aquando da alta clínica (Castoro et al., 2006).

Durante o **acolhimento** da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro deve privilegiar as informações relativas à sequência dos eventos, informações relativas ao comportamento expectável da pessoa antes, durante e após o procedimento e, informações relativas às sensações decorrentes do procedimento. No entanto, as principais estratégias informativas devem relacionar-se com o suporte psicológico e redução da ansiedade do indivíduo e suporte social do seu familiar/pessoa significativa (Castoro et al., 2006).

No acolhimento da pessoa em situação perioperatória na UCA procuraram cumprir-se estas estratégias, indo ao encontro da pessoa em situação perioperatória e adequando a

quantidade e a qualidade da informação transmitida às suas características e necessidades. Por forma a proporcionar à pessoa em situação perioperatória uma experiência mais humanizada, adotou-se uma conduta assertiva e de proximidade, incluindo a apresentação pessoal e profissional, sem máscara, e o toque terapêutico.

Durante o acolhimento da pessoa em situação perioperatória o enfermeiro perioperatório executa um conjunto de verificações de segurança relacionadas com o processo anestésico e cirúrgico, entre as quais a identificação inequívoca da pessoa em situação perioperatória, garantindo ainda o cumprimento ético e legal das recomendações relacionadas com o consentimento informado. Estas questões já foram abordadas anteriormente, pelo que não vão ser aqui desenvolvidas.

No período intraoperatório, interviu-se no âmbito das áreas funcionais de anestesia e circulação, refletindo sobre as práticas efetivas vs práticas recomendadas das três áreas de atuação do enfermeiro perioperatório e, sobre o papel do enfermeiro especialista perante a disparidade entre evidência e prática.

O **enfermeiro de anestesia** é responsável por deter e dominar um conjunto de conhecimentos e técnicas anestésicas que lhe permitem um desempenho eficaz e eficiente na indução, manutenção e reversão da anestesia. Cabe-lhe implementar um plano de intervenção individualizado, tendo em conta as necessidades da pessoa em situação de vulnerabilidade, promovendo assim, uma prestação de cuidados segura e humanizada (AESOP, 2006).

No decurso do estágio, no desempenho de funções de anestesia, antes de transferir a pessoa em situação perioperatória para a sala operatória, procurou-se executar de forma sistemática um conjunto de ações relacionadas com a confirmação do plano operatório, validando dados sobre o indivíduo, procedimento anestésico-cirúrgico e equipa e, garantindo a funcionalidade de todos os equipamentos relacionados com o processo anestésico (como por exemplo: monitor, ventilador, aspirador de secreções, material de via aérea, manta térmica, fármacos, entre outros). Esta verificação teve por base uma lista de verificação de materiais e equipamentos anestésicos existente na UCA, como é amplamente recomendado (AESOP, 2006; AESOP, 2013; Viegas & Névoa, 2014).

Colaborou-se com a equipa pluridisciplinar no posicionamento da pessoa em situação perioperatória, dando especial atenção à proteção das zonas de pressão em conformidade com o decúbito; proteção ocular; e, proteção da pele do indivíduo do contacto com superfícies metálicas, contacto pele com pele ou contacto com superfícies molhadas – intervenções fundamentais aquando do uso de eletrocirurgia, diminuindo o risco de queimaduras associadas à sua utilização (Almeida & Pacheco, 2014).

Em contexto intraoperatório, pela alteração de consciência associada ao procedimento anestésico-cirúrgico, o doente muitas vezes não tem capacidade para verbalizar dor. Assim, cabe ao enfermeiro especialista gerir adequadamente a dor associada aos procedimentos cirúrgicos, monitorizando a sua evolução e instituindo as estratégias necessárias para a minimizar (DGS, 2017b; OE, 2008). A gestão da dor envolve, por um lado, a sua avaliação e monitorização, e por outro, a implementação de intervenções, farmacológicas (opióide e não opióide) e não-farmacológicas – por exemplo pelo afastamento de estímulos potencialmente dolorosos, tais como, o adequado posicionamento corporal ou correta colocação do tubo endotraqueal (DGS, 2017b; Ferreira et al., 2014).

Neste âmbito, no desenvolvimento de funções de anestesia, procurou-se trabalhar em parceria com o anestesiológico, planeando e antecipando a administração de fármacos analgésicos em momentos específicos da cirurgia, geradores de dor e desconforto (como por exemplo, na especialidade de ginecologia, quando se procede à preensão e tração do colo uterino), indo de encontro ao recomendado pela OE (2008), em que “sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa” (p.17). A fim de promover o conforto da pessoa e reduzir os níveis de dor, procurou-se também implementar algumas estratégias não farmacológicas para o controlo e alívio da dor, como por exemplo, manutenção de um posicionamento o mais anatómico possível, redução da intensidade das luzes e redução do ruído na sala operatória, sobretudo aquando do despertar da pessoa em situação perioperatória.

Em estreita complementaridade com o enfermeiro de anestesia, o **enfermeiro circulante** coordena o conjunto de atividades dentro da sala operatória, garantindo que a cirurgia decorre com segurança para a pessoa em situação perioperatória e equipa. Assim, para além de cuidar holisticamente do indivíduo, dando resposta às suas necessidades de conforto e segurança, é também responsável por dar resposta às necessidades da equipa cirúrgica, zelando pela manutenção de um ambiente cirúrgico seguro e assepsia do campo operatório (AESOP, 2006). De acordo com a OE (2004), cabe ao enfermeiro circulante: identificar as necessidades da pessoa em situação perioperatória e intervir em conformidade; planear e coordenar a intervenção da equipa de enfermagem e assistentes operacionais; gerir e partilhar com a equipa pluridisciplinar a informação necessária sobre a pessoa e o ambiente perioperatório; providenciar os materiais e equipamentos adequados ao tipo de procedimento e verificar a sua funcionalidade; gerir o tempo e recursos durante o *turnover*; e limitar a circulação desnecessária de pessoas durante a cirurgia (OE, 2004).

Enquanto enfermeiro circulante, procurou-se agir de acordo com estes princípios, observando atentamente o ambiente perioperatório e garantindo o cumprimento da técnica asséptica cirúrgica, instituindo as medidas corretivas oportunas (como por exemplo no incumprimento da distância de segurança entre equipa estéril e não estéril).

Tal como nas outras funções do enfermeiro perioperatório, também a prestação de cuidados do **enfermeiro instrumentista** segue a metodologia do processo de enfermagem, exigindo competências relacionais, técnicas e científicas. Assim, a sua função inclui “prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa” (AESOP, 2006, p. 139).

No domínio da promoção de cuidados à pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, garante a verificação da LVSC, com o intuito de garantir a segurança do procedimento cirúrgico (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Com o objetivo de melhorar globalmente a segurança dos cuidados cirúrgicos, a OMS apresentou em 2009 o projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, definindo um conjunto de normas de segurança aplicáveis em todos os ambientes da prática (DGS, 2010). “A utilização da **Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica**, sendo simples e aplicável em qualquer contexto, não acrescenta custos, melhora a segurança cirúrgica e evita mortes e complicações” (DGS, 2013, p. 3). O objetivo da LVSC consiste em “reforçar as práticas de segurança e promover uma melhor comunicação e trabalho de equipa multidisciplinar” (DGS; 2010, p. 155). Este programa parte do pressuposto que, se a equipa trabalhar de forma eficaz em conjunto, utilizando os seus conhecimentos e capacidades em benefício da pessoa em situação perioperatória, pode evitar um número considerável de complicações potencialmente fatais (DGS, 2010).

De acordo com as orientações da OMS para a Cirurgia Segura emanadas em 2009, a implementação da LVSC deve ser da responsabilidade de um único elemento, designado por coordenador da lista de verificação – habitualmente esse elemento é o enfermeiro circulante mas pode ser qualquer membro da equipa que participe no processo. A LVSC divide-se em três fases essenciais, em que cada uma corresponde a um período específico: o período antes da indução anestésica, o período após a indução anestésica e antes da incisão cirúrgica e, o período durante ou imediatamente após o encerramento da ferida cirúrgica, mas antes de retirar o doente da sala de operações. Em cada uma destas fases, o coordenador da LVSC deve ter a oportunidade de confirmar que a equipa completou as tarefas planeadas, antes de prosseguir para a fase seguinte (DGS, 2010).

No decurso do ensino clínico, constatou-se que a execução da LVSC é prática sistemática e uniformizada, sendo executada pelo enfermeiro circulante.

Na primeira fase da LVSC pressupõe-se que o coordenador reveja verbalmente com o anestesista todos os aspetos relacionados com a identificação da pessoa em situação perioperatória e procedimento, ao que acrescem: o risco de hemorragia e reserva de sangue, previsão de via aérea difícil e, se a lista de verificação de segurança do equipamento de anestesia e medicação foi efetuada (DGS, 2010; DGS, 2013). Na UCA onde decorreu o estágio, geralmente, estes passos são confirmados com o anestesista, enquanto se preparam materiais e equipamentos para executar a técnica anestésica.

Depois da indução anestésica e antes de iniciar a incisão da pele, pressupõe-se a existência de um momento de *time-out* ou pausa cirúrgica. Este momento caracteriza-se por uma breve pausa em todas as atividades em curso na sala operatória (pausa inferior a um minuto), imediatamente antes do início da incisão. Constitui um momento em que todos os profissionais envolvidos no procedimento (cirurgiões, anestesistas, enfermeiros) confirmam verbalmente a identidade da pessoa em situação perioperatória, o local da cirurgia e o procedimento a ser efetuado (DGS, 2010), diminuindo fortemente o risco de erro: doente errado, local errado, procedimento errado.

Em contexto de estágio, verificou que o *time out* não é prática comum na consecução da LVSC sendo frequente o coordenador da LVSC efetuar apenas as questões dirigidas ao cirurgião: tempo cirúrgico planeado e perda de sangue prevista, suprimindo as outras. Esta não conformidade parece relacionar-se com a carência de cultura de trabalho que ainda persiste na área da saúde, nesta abordagem importada das indústrias de alta fiabilidade como a aviação e a energia nuclear.

De acordo com a DGS (2010; 2013), nesta fase deveria ser contemplada: a confirmação do nome dos profissionais (se trabalham habitualmente em conjunto este passo é desnecessário), confirmação do nome do doente, procedimento e lateralidade; administração nos últimos 60 minutos de antibioterapia profilática; confirmações específicas para o cirurgião, para o anestesista e para os enfermeiros perioperatórios e, disponibilidade de exames imagiológicos. As verificações da equipa de enfermagem incluem a verificação dos indicadores de esterilização, o que constitui uma prática essencial na manutenção da assepsia do campo cirúrgico, prevenindo a sua contaminação e, portanto, com implicações na prevenção da ILC (DGS, 2010; DGS, 2013). Na UCA; esta verificação é efetuada pelo enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista aquando da preparação da mesa de apoio à instrumentação, mas não é verbalizada durante a execução da LVSC.

Na última fase da LVSC, as verificações de segurança devem ser completadas antes do doente sair da sala operatória. Este procedimento tem o intuito de facilitar a transferência de informação relevante à equipa da UCPA ou equipa responsável pelos cuidados pós-operatórios. Esta fase contempla a contagem de instrumentos cirúrgicos, compressas e cortoperfurantes (DGS, 2010). Na UCA onde foi realizado o estágio este parâmetro é concretizado pelos enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista e, devidamente documentado, tanto na LVSC como no processo clínico da pessoa em situação perioperatória. Para além disso, nesta fase da LVSC preconiza-se a confirmação do nome do procedimento, rotulagem de produtos biológicos, problemas a reportar sobre equipamentos, principais preocupações e necessidades do doente na UCPA (DGS, 2010; DGS, 2013). Na UCA estas verificações são executadas implicitamente pelo enfermeiro coordenador da LVSC, através da informação apreendida durante o ato cirúrgico-anestésico, sem a necessária verbalização das várias verificações.

Num estudo desenvolvido em 24 instituições hospitalares do SNS, com o intuito de avaliar a percepção dos enfermeiros operatórios sobre a segurança do doente no bloco operatório, verificou-se que, na sua maioria, os enfermeiros perioperatórios consideram que a LVSC é implementada em todos os procedimentos cirúrgicos (88,5% dos participantes) e que as verificações da LVSC são realizadas nos tempos preconizados pela OMS (73,5% dos participantes). Contudo, apenas cerca de metade dos enfermeiros considera que todos os grupos profissionais colaboram na consecução da LVSC (56,4% dos participantes; Mota, 2021). Na UCA onde decorreu o estágio, a LVSC é, efetivamente, aplicada a todos os doentes submetidos a procedimento cirúrgico e nos tempos preconizados pela OMS, ainda que a sua implementação apresente algumas não conformidades como foi acima descrito. Neste sentido, a curta duração dos procedimentos anestésico-cirúrgicos, a não adesão de alguns cirurgiões e a lacuna formativa dos diversos elementos da equipa pluridisciplinar, associadas à falta de cultura de trabalho nesta abordagem, parecem influenciar a implementação da LVSC. A literatura aponta que, para implementar a LVSC de forma efetiva e metódica, importa promover a formação contínua das equipas multidisciplinares, reforçar que a utilização da LVSC não está associada ao consumo acrescido de tempo no bloco operatório e sublinhar a sua utilização enquanto *gold standard* de boas práticas (Batista et al., 2023; Haugen et al., 2021; Tostes & Galvão, 2019). Para além disso, a omissão de itens durante a realização da LVSC ou a sua realização de forma meramente burocrática, a par da dificuldade em envolver os vários elementos da equipa, constituem desafios emergentes que exigem compreensão e adequada intervenção local e organizacional (Haugen et al., 2019). Tostes e Galvão (2019) acrescentam que neste

processo, a falta de apoio dos superiores hierárquicos em funções de gestão constitui uma barreira à implementação efetiva da LVSC (Tostes & Galvão, 2019).

Findo o procedimento anestésico-cirúrgico, a pessoa em situação perioperatória é transferida para a UCPA. No campo de estágio selecionado, essa transferência é efetuada pelo médico anestesiológista e pelos enfermeiros de anestesia e enfermeiro circulante que asseguram a necessária transmissão de informação.

A **comunicação** assume um papel essencial na continuidade dos cuidados e segurança do doente em contexto perioperatório, quer pela complexidade dos processos perioperatórios, pela inevitável articulação entre equipas ou pela instrumentalização do ambiente cirúrgico. Segundo a OE (2017), na procura pela excelência dos cuidados, cabe ao enfermeiro especialista na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, utilizar estratégias de comunicação que assegurem a informação e documentação precisa e pertinente no seio da equipa pluridisciplinar, dando continuidade aos cuidados perioperatórios prestados à pessoa (OE, 2017).

A DGS (2017c) preconiza a uniformização da comunicação entre os profissionais das várias equipas, por forma a estruturar o pensamento e o discurso. Neste sentido, recomenda a normalização da técnica ISBAR, com recurso a uma mnemónica que funciona como auxiliar de memória, para ser utilizada na transmissão verbal, sendo que, I corresponde a *Identify* (identificação), S *Situation* (situação atual), B *Background* (antecedentes), A *Assessment* (avaliação) e R *Recommendation* (recomendações; DGS, 2017c).

Segundo a Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017, a transição de cuidados pode ser definida como “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (DGS, 2017c, p. 4). Os momentos de transição de cuidados são mais suscetíveis para a ocorrência de erros ou falhas na comunicação (DGS, 2017c). A transferência para a UCPA foi identificada como um momento crítico da transição de cuidados na UCA onde decorreu o estágio, por se caracterizar por interrupções frequentes, ruído circundante, ausência de *time out* destinado exclusivamente à transmissão verbal da informação (a transmissão verbal realiza-se enquanto o enfermeiro da UCPA instala a pessoa em situação perioperatória na unidade) e, ausência dum suporte escrito que permita a sistematização da informação transmitida. Esta problemática, associada ao facto da metodologia ISBAR não ser prática efetiva na UCA, foi alvo de intervenção e melhoria no contexto do estágio, por outra mestranda na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, através de formação à equipa de enfermagem e instituição de um documento de suporte à transição de cuidados.

Dados nacionais revelam que as boas práticas ao nível da segurança da comunicação no bloco operatório apresentam uma implementação pouco robusta. E, neste seguimento, os enfermeiros perioperatórios consideram existir francas oportunidades de melhoria no âmbito da implementação de um método sistematizado na transmissão de informação, nos momentos de transição de cuidados (Mota, 2021).

Na UCPA, cabe ao enfermeiro perioperatório proceder à vigilância e monitorização da pessoa em situação perioperatória até ao completo restabelecimento das suas funções vitais, de acordo com as especificidades anestésico-cirúrgicas do procedimento a que foi submetido (AESOP, 2006). Os cuidados de enfermagem pós-operatórios imediatos focam a manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória, controlo da dor e prevenção de náuseas e vômitos, bem como, prevenção e rápida resolução de eventuais complicações decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico (Xavier & Carrilho, 2014).

Os **cuidados de enfermagem pós-operatórios** incluem duas fases sequenciais: fase I, correspondente ao pós-operatório imediato e à recuperação anestésica e, fase II, relativa ao pós-operatório tardio e à readaptação da pessoa ao ambiente (Caseiro, 2009; Odom-Forren, 2021). A segunda fase de recuperação pós-operatória na UCA, divide-se em duas fases interdependentes e interrelacionadas: o recobro fase II ou recobro intermédio, onde os cuidados de enfermagem perioperatórios têm como principal objetivo a estabilidade hemodinâmica, o levante progressivo e a tolerância à ingestão de líquidos; e o recobro fase III ou recobro tardio, que tem início após o primeiro levante da pessoa em situação perioperatória e inclui: deambulação e ida à casa de banho (no sentido de despistar resposta vasovagal), repouso na posição de sentado em cadeirão, bem como, a avaliação dos critérios de alta utilizando os protocolos existentes.

Os critérios de alta na UCA incluem dor controlada, ausência de hemorragia ativa, sinais vitais estáveis, ausência de náuseas ou vômitos, recuperação da atividade motora e deambulação e, capacidade miccional (critério clínico que não reúne consenso clínico pelo que a sua pertinência é avaliada caso a caso). Em função da evolução destes critérios, monitorizados, avaliados e registados pelo enfermeiro perioperatório durante o período de recobro anestésico, o cirurgião e o médico anestesiológista procedem à alta da pessoa em situação perioperatória (pontuação ≥ 9 na escala PADS – *Post-anesthesia Discharge Scoring System for Determining Home-Readiness*, Chung et al., 1995).

A programação criteriosa da alta é essencial em cirurgia de ambulatório pois, a partir desse momento, a pessoa em situação perioperatória e respetivo familiar/pessoa significativa são responsáveis pelo seu autocuidado, sem o suporte imediato dos profissionais de saúde (Lima & Pinto, 2014). A alta de enfermagem na UCA onde decorreu o estágio é um processo

criteroso e sistematizado que envolve a avaliação e monitorização do processo de enfermagem e, concomitantemente, a resposta a uma lista de verificação que garante o cumprimento de todos os requisitos necessários.

Neste seguimento, durante a consulta de enfermagem de **preparação para a alta**, procuraram validar-se os principais ensinamentos pós-operatórios com a pessoa em situação perioperatória e seu familiar/pessoa significativa, assegurando que possuía todos os documentos necessários para uma alta informada e em segurança, nomeadamente, cartas médicas e de enfermagem, prescrições médicas, certificado de incapacidade para o trabalho, folhetos informativos, contacto telefónico de urgência nas primeiras 24 horas de pós-operatório e terapêutica analgésica fornecida pela instituição (de acordo com o Decreto-Lei n.º 13/2009 de 12 de janeiro (2009) e com o Decreto-Lei n.º 75/2013 de 4 de junho (2013) que preveem a dispensa de fármacos analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides e antieméticos, entre outros, no período pós-operatório de cirurgias realizadas em regime de ambulatório).

O **controlo da dor** aguda pós-operatória é fundamental para o êxito dos programas de cirurgia de ambulatório, contribuindo para a satisfação do doente e para a qualidade dos cuidados ambulatoriais. A dor afigura-se como o sintoma pós-operatório mais frequente e constitui a primeira causa de admissão/readmissão após cirurgia de ambulatório (Sarmiento et al., 2013), estando relacionada com complicações pós-operatórias, atrasos na recuperação e absentismo laboral (Gupta, 2006). Neste sentido, “a avaliação da dor deve ser ensinada no pré-operatório, deve ser instituída nas fases de recuperação nas Unidades e estender-se ao momento após a alta hospitalar” (Sarmiento et al., 2013, p. 7).

Em contexto de estágio verificou-se que os protocolos para avaliação e gestão da dor pós-operatória estão devidamente implementados e são cumpridos de forma sistemática. Assim, na UCPA; nas fases de recobro I e II, procurou avaliar-se sistematicamente a dor, recorrendo sempre que possível à escala de avaliação numérica da dor e, adaptando as estratégias de avaliação da dor às especificidades da pessoa em situação perioperatória. A avaliação e controlo da dor permaneceram um foco de atenção mesmo após a alta, através dos ensinamentos à pessoa em situação perioperatória e seu familiar/pessoa significativa, bem como, através da teleconsulta de enfermagem às 24 horas de pós-operatório.

Os cuidados pós-operatórios incluem ainda a **teleconsulta de enfermagem das 24 horas**, através da qual o enfermeiro perioperatório avalia a situação de saúde da pessoa e despista eventuais complicações, contribuindo para a continuidade dos cuidados (Lima & Pinto, 2014). Assim, na UCA a teleconsulta das 24 horas efetua-se através do recurso a uma lista de verificação que permite ao enfermeiro avaliar uma série de parâmetros (tais como,

retoma das atividades de autocuidado, ingesta alimentar, dor, ferida cirúrgica, entre outros), reforçar ensinamentos e esclarecer dúvidas, para além de avaliar o grau de satisfação da pessoa em situação perioperatória em relação aos cuidados perioperatórios recebidos.

A fim de alcançar indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, a equipa de enfermagem da UCA procede a uma breve teleconsulta aos 30 dias de pós-operatório (seleção aleatória), com o intuito de avaliar a satisfação da pessoa em situação perioperatória. O facto de a seleção dos respondentes ser aleatória pode contribuir para a obtenção de dados com menor enviesamento e, por conseguinte, para resultados mais fiáveis.

O circuito da pessoa em situação perioperatória na UCA, apesar de se desenvolver num curto intervalo temporal, envolve diversas fases e uma multiplicidade de espaços físicos, intervenientes, cuidados, normas e recomendações.

Tendo por base estes pressupostos, desenvolveu-se um filme demonstrativo do circuito da pessoa em situação perioperatória na UCA, em co-autoria², com o intuito de munir a unidade hospitalar com uma ferramenta prática para a compreensão do circuito perioperatório, na ótica da pessoa em situação perioperatória.

O desenvolvimento deste filme teve, então, como principais objetivos: facilitar a compreensão do circuito perioperatório pela pessoa e respetivo familiar/pessoa significativa; dar a conhecer a sequência dos eventos perioperatórios; dar a conhecer instalações e equipamentos contribuindo para a sua utilização eficaz e eficiente; transmitir informação sobre cuidados pré e pós-operatórios; reduzir a ansiedade e o medo associados à experiência anestésico-cirúrgica; contribuir para o empoderamento da pessoa em situação perioperatória; aumentar a literacia em saúde da pessoa em situação perioperatória; dar visibilidade aos cuidados de enfermagem perioperatórios.

A consecução deste projeto envolveu diversas etapas. Em primeiro lugar, solicitou-se à enfermeira gestora e ao diretor da UCA autorização para a recolha de imagens – pedido esse que foi devidamente aprovado como se pode constatar no ANEXO X. De seguida, elaborou-se um guia (ou guião) orientador para a execução do vídeo, abordando as diferentes fases e momentos do circuito perioperatório (APÊNDICE VIII). Selecionados os “atores” e “figurantes” procedeu-se à recolha de imagens e, por fim, ao tratamento e edição de imagens com recurso a *software* informático específico (*Filmora Wondershare*®). O filme foi apresentado à enfermeira gestora e restante equipa de enfermagem durante

² Coautoria com mestranda na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, que realizou ensino clínico na mesma unidade hospitalar, durante o mesmo intervalo temporal.

uma reunião formativa semanal, tendo obtido excelentes críticas e sendo apontado como uma valiosa ferramenta digital para a unidade de saúde, mas também para o empoderamento da pessoa em situação perioperatória. No decorrer da reunião formativa, as mestrandas apresentaram ainda as seguintes sugestões: transmissão do filme na sala de espera da UCA, enquanto a pessoa em situação perioperatória aguarda chamada para o gabinete de acolhimento; e, envio do filme por correio eletrónico aquando da consulta de enfermagem pré-operatória, de modo a facilitar a compreensão e consolidação da informação transmitida durante essa consulta.

A realização deste filme tem potencial para contribuir para a definição clara e inequívoca dos percursos de cuidados da pessoa, facilitando a sua navegabilidade pelos vários níveis de cuidados (DGS, 2022e), indo de encontro aos pressupostos inerentes ao desenvolvimento e execução de projetos de teleconsulta e telemonitorização, no âmbito da inovação em saúde, conforme definido no Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2016-2021.

Face ao exposto, considera ter-se atingido o primeiro objetivo específico “desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, em contexto de cirurgia de ambulatório” definido no início do estágio. E, neste sentido, a narrativa anterior traduz a aquisição e desenvolvimento de competências no domínio do cuidar da pessoa em situação perioperatória, em todas as fases do processo perioperatório.

3.2. DOMÍNIO DA MAXIMIZAÇÃO DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E DA EQUIPA PLURIDISCIPLINAR, CONGRUENTE COM A CONSCIÊNCIA CIRÚRGICA

A segurança do doente ou *patient safety* é definida como “a inexistência, para o doente, de dano desnecessário ou dano potencial associado aos cuidados de saúde” (DGS, 2011c, p.136), constituindo-se como um elemento central na prática clínica e um fator estruturante na qualidade dos sistemas de saúde (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, 2015; Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória detém e mobiliza conhecimentos técnico-científicos e habilidades que lhe permitem gerir o risco inerente aos cuidados perioperatórios e garantir a prestação de cuidados seguros (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018), atuando de acordo com os princípios de responsabilidade profissional e prudência, congruentes com a consciência cirúrgica (OE, 2017).

Tendo por base a **consciência cirúrgica**, entendida como o princípio ético e moral que guia a prática de cuidados e orienta a atuação do enfermeiro especialista na defesa da pessoa em situação perioperatória, independentemente de qualquer controlo externo (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018), no decurso do estágio procuraram desenvolver-se intervenções promotoras de um ambiente cirúrgico seguro, ultrapassando as preferências e divergências dos diferentes intervenientes no contexto perioperatório, com assertividade e de acordo com a evidência científica vigente. Cumpriram-se e fizeram-se cumprir os princípios de **asepsia progressiva** e circulação de pessoas, as normas e recomendações relativas à higienização das mãos e preparação pré-cirúrgica das mãos, as normas e recomendações para uma implementação coesa do “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da ILC, bem como, as boas práticas relacionadas com a técnica asséptica cirúrgica.

A **preparação pré-cirúrgica das mãos** é fundamental antes de qualquer procedimento cirúrgico ou invasivo, incluindo uma ação mecânica e uma ação química do antisséptico. A ação mecânica remove a sujidade, microrganismos da flora transitória e alguns microrganismos da flora residente. A ação química reduz e inibe a proliferação de microrganismos da flora residente (AESOP, 2013; Fuller, 2013; Gago & Martins, 2014a).

De acordo com a Norma nº 007/2019 de 16 de outubro, a preparação pré-cirúrgica das mãos pode ser efetuada com solução antisséptica de base alcoólica (SABA) ou com água e sabão antimicrobiano (DGS, 2019). Segundo as Orientações da OMS para a Cirurgia Segura, as soluções antissépticas de base alcoólica apresentam o perfil mais adequado para as práticas de preparação pré-cirúrgica das mãos, pela sua elevada ação antisséptica, rápida absorção, largo espectro microbiano e reduzida agressividade para a pele (DGS, 2010). Na UCA onde foi realizado o estágio, verificou-se a utilização de ambas as técnicas de preparação pré-cirúrgica das mãos, em função das preferências do interveniente. A observação empírica parece apontar para algumas lacunas no que concerne ao cumprimento da própria técnica e ao tempo de contacto do produto utilizado – a preparação pré-cirúrgica das mãos dever respeitar a técnica descrita na Norma 007/2019 de 16 de outubro e os tempos de contacto recomendados pelo fabricante (DGS, 2019). Neste sentido, tendo em vista a adesão às boas práticas e a correção de eventuais desvios, procurando eliminar a variabilidade nas técnicas usadas, parece ser pertinente o desenvolvimento de ações formativas aos elementos da equipa multidisciplinar envolvidos na preparação pré-cirúrgica das mãos, bem como, a implementação de um protocolo de preparação pré-cirúrgica das mãos – intervenções da esfera de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de

Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória pelo seu papel na prevenção e controlo da infeção dos cuidados perioperatórios.

A **higienização das mãos** é amplamente aceite como uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), sendo também considerada uma medida com impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos (DGS, 2019). A Norma nº 007/2019 de 16 de outubro, define as orientações de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde, sugerindo a implementação de uma estratégia multimodal para a higiene das mãos a nível nacional. Aqui salientam-se os “cinco momentos” para a higiene das mãos na prática clínica: antes do contacto com o doente; antes de procedimentos limpos ou assépticos; após risco de exposição a fluídos orgânicos; após contacto com o doente e após contacto com o ambiente envolvente do doente (DGS, 2019). Durante o contexto de estágio, procurou-se cumprir, escrupulosamente, estes cinco momentos, atuando como modelo de referência.

Tal como preconizado pela Norma 007/2019 de 16 de outubro, na UCA existem enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica com formação em prevenção e controlo de infeção, distribuídos periodicamente para auditar, monitorizar e implementar medidas que promovem a adequada higienização das mãos.

Outra importante medida na prevenção e controlo da infeção relaciona-se com o uso de luvas estéreis adequadas ao tipo de cirurgia e tipo de atividade, através da técnica apropriada, garantindo, simultaneamente, a boa prática na manutenção da técnica asséptica e a boa gestão dos recursos materiais (AESOP, 2006; AESOP, 2013; King & Spry, 2021). Em contexto cirúrgico ou caso o procedimento invasivo implique o uso de bata estéril, o método preferencial para colocar luvas estéreis é o método fechado. A utilização do método aberto implica o manuseamento da face interna do punho da luva que ficará em contacto com o punho da bata esterilizada, contaminando-a (AESOP, 2013; Fuller, 2013; King & Spry, 2021). Dados recolhidos empiricamente no âmbito do ensino clínico, sugerem que a maioria dos enfermeiros instrumentistas da UCA utiliza o método aberto para colocar luvas estéreis em contexto cirúrgico, verificando-se a inexistência de um protocolo que sustente a utilização padronizada deste tipo de luvas. A abordagem desta temática parece constituir uma oportunidade para a intervenção estruturada do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, através da formação, demonstração e treino sistematizado dos profissionais de enfermagem que desenvolvem funções de instrumentação.

A prevenção da ILC é um processo multifatorial e de grande complexidade, exigindo a integração de diversas medidas nas três fases perioperatórias: pré, intra e pós-operatório.

O “**Feixe de Intervenções**” constitui então um conjunto coeso de ações, que por serem implementadas de forma integrada, potenciam o melhor resultado possível na prevenção e controlo da ILC (DGS, 2022b).

De acordo com a Norma Clínica 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022, um dos elementos do “Feixe de Intervenções” é o **banho pré-operatório** com clorohexidina 2 a 4% na véspera e no dia da cirurgia (DGS, 2022b). O banho pré-operatório permite a remoção de resíduos e a redução da contagem bacteriana na pele da pessoa em situação perioperatória, garantindo que a pele está limpa e constituindo, por conseguinte, uma mais-valia na descontaminação *major* da pele (DGS, 2010; King & Spry, 2021). Indo ao encontro destes pressupostos, entre os cuidados pré-operatórios recomendados à pessoa em situação perioperatória na UCA, inclui-se o banho pré-operatório com clorohexidina a 2% na véspera e no dia da cirurgia. Durante o acolhimento na unidade, no dia da cirurgia, validou-se junto do doente a realização do banho pré-operatório e fez-se o devido registo no seu processo clínico.

O “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da ILC prevê a realização de **antisepsia da pele** utilizando solução antisséptica de clorohexidina a 2% em álcool a 70%, antes da incisão na pele e respeitando o tempo de secagem do produto (DGS, 2022b). O antisséptico utilizado para preparar a pele deve ser aplicado recorrendo a luvas estéreis, com movimentos circulares, partindo da área da incisão para a periferia (DGS, 2010; Gago & Martins, 2014b; King & Spry, 2021), com recurso a alguma pressão, uma vez que, a fricção aumenta o efeito antibacteriano da solução antissética (DGS, 2010). Para além disso, segundo as recomendações da AESOP (2013), a antisepsia da pele deve ser efetuada antes da paramentação com indumentária estéril, pois implica proximidade física com a pessoa em situação perioperatória e com a própria marquesa cirúrgica aumentando, portanto, o risco de contaminação acidental (AESOP, 2013). A documentação da área preparada e antisséptico utilizado é essencial na continuidade dos cuidados e na garantia da sua segurança, mas também, a longo prazo, enquanto indicador da eficácia do processo (King & Spry, 2021). Em contexto de estágio verificou-se que a antisepsia da pele não está padronizada, variando em função da especialidade cirúrgica ou preferência do cirurgião. Segundo a AESOP (2013) deve ser definido um protocolo de antisepsia cirúrgica da pele, especificando a solução antissética e a técnica utilizadas, o elemento da equipa que executa o procedimento e os registos de enfermagem indispensáveis (AESOP, 2013).

No contexto do ensino clínico, promoveu-se e cooperou-se na implementação das recomendações relativas à **tricotomia** (DGS, 2022b), executando-a apenas quando estritamente necessário, no dia da cirurgia, aquando do acolhimento à pessoa em situação

perioperatória; e também, na implementação das recomendações relativas à **profilaxia antibiótica** cirúrgica de acordo com as normas vigentes (DGS, 2022b; DGS, 2022d).

Ainda no âmbito das intervenções recomendadas sob a forma de “Feixe de Intervenções”, sublinha-se as que permitem a manutenção da homeostasia intraoperatória e pós-operatória da pessoa em situação perioperatória. Estas ações incluem a normotermia, o controlo glicémico, a adequada oxigenação e saturação periférica de oxigénio e a normovolémia (DGS, 2022b); todas alvo de atenção no decurso do estágio, fazendo parte sistemática do processo de enfermagem e, constituindo-se como elementos essenciais no processo de prevenção e controlo da infeção associado aos cuidados perioperatórios.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória desempenha um importante papel na manutenção da **técnica assética cirúrgica**. Na UCA são cumpridas as principais recomendações relativas à conformidade dos dispositivos médicos e assepsia do procedimento, entre as quais: a abertura dos DMUM cirúrgicos e outros dispositivos médicos o mais perto possível do início da cirurgia, diminuindo o tempo de exposição a poeiras e outras partículas em suspensão que podem depositar-se nas superfícies e comprometer a assepsia da mesa cirúrgica (AESOP, 2013; Fuller, 2013); a confirmação da integridade e esterilidade de todos os dispositivos antes de os fornecer para o campo cirúrgico, evitando a sua contaminação (AESOP, 2013; Fuller, 2013); entrega dos itens na mão do enfermeiro instrumentista; “não é aceitável a prática de ‘atirar’ artigos esterilizados para o campo operatório” (AESOP, 2013, p.35), essa prática provoca turbulência, o material pode cair ou ficar contaminado, para além do que, não estando sob o campo de visão do enfermeiro instrumentista, não é possível garantir a sua esterilidade (AESOP, 2013); utilização de campos estéreis para definir o local da incisão, bem como, campos estéreis alargados e coberturas estéreis para equipamentos, reduzindo o risco de transferência de microrganismos duma localização para a outra e, conseqüente contaminação do campo cirúrgico (AESOP, 2013; Fuller, 2013).

No âmbito da **gestão de risco** associado à retenção inadvertida de itens no local cirúrgico, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória desempenha um papel ativo não só na prática diária de cuidados, mas também através da elaboração de procedimentos e instruções de trabalho que garantam a segurança dos cuidados. Neste sentido, a evidência sugere ser fundamental o desenvolvimento e implementação de programas de formação contínua no âmbito da segurança do doente e especificamente na contagem de itens cirúrgicos, envolvendo os diversos profissionais da equipa perioperatória, bem como, a elaboração, implementação e treino de protocolos perioperatórios (Fang et al., 2021;

Freitas et al., 2016; Treviso et al., 2022; Warwick et al., 2021). Neste sentido, Warwick et al. (2021) referem que o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios (sobre segurança do doente e contagem de itens) funciona como um facilitador das boas práticas, enquanto outros fatores (características da cirurgia, características do doente, fatores ambientais, expectativas dos membros da equipa) funcionam como barreiras à adequada contagem cirúrgica, potenciando a ocorrência de erros e eventos adversos (Warwick et al., 2021). Em contexto de estágio, constataram-se boas práticas relativamente à contagem compressas, DMUM cirúrgicos e materiais cortoperfurantes, realizada em conjunto pelo enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista e, devidamente documentada no processo clínico da pessoa em situação perioperatória.

Cabe ao enfermeiro especialista assegurar e monitorizar a adequada **higienização ambiental**, garantindo a sua qualidade. No decorrer do estágio constatou-se que, de acordo com as recomendações vigentes, durante o procedimento cirúrgico procede-se à remoção da matéria orgânica derramada e descontaminação precoce da área, reduzindo a contaminação do ambiente cirúrgico (AESOP, 2013; King & Spry, 2021). No entanto, a observação empírica permitiu inferir que o processo de higienização da sala operatória tem início antes da saída do doente e, antes de terem sido evacuados os materiais contaminados, nomeadamente, lixo, roupa e DMUM cirúrgicos; contrariamente ao que é recomendado na literatura (AESOP, 2013; King & Spry, 2021). Para além disso, observou-se que durante a higienização da sala cirúrgica a assistente operacional não utiliza o equipamento de proteção individual recomendado. Segundo a AESOP (2013), a utilização de barreiras protetoras na higienização do ambiente cirúrgico é uma importante medida de proteção dos profissionais que a executam. No sentido de reduzir o risco de contaminação do ambiente cirúrgico e minimizar o risco ocupacional das assistentes operacionais, está em curso na UCA a reformulação do procedimento de enfermagem e respetivas instruções de trabalho sobre higienização ambiental das salas operatórias.

A promoção da **gestão e controlo dos dispositivos médicos** em ambiente perioperatório, enquanto competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018) constituiu-se como um assunto de interesse durante o estágio, de tal modo que, se afigurou também como ponto de partida para a componente de investigação desenvolvida na segunda parte deste relatório.

No decurso do ensino clínico, procurou-se assegurar a disponibilidade dos dispositivos médicos, garantindo a sua integridade e funcionalidade. De acordo com a DGS (2010, p.93), “o uso de materiais estéreis em cirurgia é considerado padrão a nível internacional” e a sua

verificação faz parte integrante da LVSC (DGS, 2010). A utilização de dispositivos médicos estéreis, sejam de uso único ou de uso múltiplo, exige a verificação da integridade da sua embalagem e prazo de validade. Relativamente ao uso de DMUM, acrescem as verificações relativas à presença de manchas ou humidade, vestígios de sujidade e indicador químico externo de esterilização (AESOP, 2013; Pereira & Morya, 2021). A confirmação da integridade das embalagens, das validades e dos indicadores de esterilização são uma medida essencial na prevenção da contaminação do campo estéril e, por conseguinte, na prevenção da infeção (AESOP, 2013).

Para além disso, procedeu-se à gestão da utilização dos DMI assegurando a sua documentação no processo clínico e **rastreabilidade**, de acordo com o preconizado no Regulamento 429/2018 de 16 de julho e, sinalizaram-se e corrigiram-se as situações em que não se verificou o registo das características do DMI no processo clínico nem a disponibilização de cartão de rastreabilidade do DMI à pessoa em situação perioperatória.

Neste âmbito, e como foi previamente descrito, no sentido de dar resposta a algumas fragilidades identificadas no processo de rastreabilidade intraoperatória, desenvolveu-se uma proposta de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. As intervenções desenvolvidas no âmbito da rastreabilidade intraoperatória, contribuíram para a atualização dos conhecimentos da equipa sobre as normas de segurança na utilização de dispositivos médicos, indo ao encontro daquilo que é preconizado nas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Ainda no sentido de desenvolver competências na gestão e controlo de dispositivos médicos, visitaram-se as instalações do Serviço de Reprocessamento de DMUM da unidade hospitalar onde se realizou estágio, acompanhando a equipa de enfermagem durante o período correspondente a um turno. Esta visita teve como objetivos: desenvolver competências no âmbito do reprocessamento de DMUM; desenvolver competências no âmbito da rastreabilidade; compreender a articulação entre a Unidade de Reprocessamento de DMUM e os serviços utilizadores; e, identificar as diferentes fases do reprocessamento de DMUM e respetiva rastreabilidade.

A visita ao Serviço de Reprocessamento de DMUM permitiu compreender o circuito dos DMUM desde a sua recolha em carros fechados após a utilização intraoperatória, passando pela lavagem e descontaminação, inspeção, preparação e embalamento, esterilização, transporte e distribuição aos serviços utilizadores. Sublinha-se também a aprendizagem sobre indicadores biológicos e indicadores químicos, fundamentais na validação do processo de esterilização (Calicchio & Laranjeira, 2021; DGS, 2010; OMS & Organização Pan-

Americana da Saúde [OPAS], 2016) e, sobre os quais, apenas se detinha conhecimento teórico e se passou a compreender, na prática, como se utilizam, como se interpretam e o que significam.

Os **indicadores biológicos** asseguram que o processo de esterilização inativou os microrganismos contidos no indicador-teste e constituem a principal ferramenta na monitorização do processo de esterilização, uma vez que são os únicos indicadores que avaliam a letalidade microbiana do processo (Calicchio & Laranjeira, 2021). Os **indicadores químicos** permitem a monitorização dos ciclos de esterilização e devem ser utilizados, por rotina, com o objetivo de avaliar e monitorizar o desempenho dos esterilizadores, assegurando a qualidade do processo de esterilização e detetando eventuais falhas. Para além disso, por permitirem o controlo e verificação da esterilidade da embalagem, contribuem para a rastreabilidade dos dispositivos médicos reprocessados (Calicchio & Laranjeira, 2021; DGS,2010; OMS & OPAS, 2016).

Ainda no que concerne ao processo de reprocessamento de DMUM, e concretamente à identificação e rotulagem dos DMUM reprocessados, a literatura sugere que deve conter: nome do produto, número do lote, data da esterilização, data-limite de uso, método de esterilização e, responsável pelo processo (Fuller, 2013; Pereira & Morya, 2021). Contudo, no serviço visitado, o número do lote é suprimido aquando da identificação dos DMUM cirúrgicos, o que pode dificultar a sua rastreabilidade e comprometer a segurança e garantia de qualidade do processo de reprocessamento – conforme referenciado por Fuller (2013) o número do lote é essencial para identificar e monitorizar os DMUM presentes na carga, em caso de anomalia biológica ou mecânica no processo de esterilização (Fuller, 2013).

Além de oferecer uma perspetiva global sobre o processo de reprocessamento, esta visita permitiu apreender o papel fundamental do enfermeiro no Serviço de Reprocessamento de DMUM, quer pelo conjunto de conhecimentos técnico-científicos que o capacitam para intervir no processo de reprocessamento, garantindo a sua segurança e qualidade, quer pela coordenação e supervisão dos processos de trabalho dos assistentes operacionais envolvidos na atividade de reprocessamento.

Pelo exposto, parece apropriado afirmar que o segundo objetivo específico delineado no início do estágio (“desenvolver competências na gestão e controlo de dispositivos médicos, nomeadamente no âmbito da rastreabilidade”) foi cumprido. Assim, adquiriram-se e desenvolveram-se as pretendidas competências na gestão e controlo de dispositivos médicos, através de uma prática sustentada na evidência, envolvendo e motivando os outros

membros da equipa de enfermagem, por forma a participarem ativamente no processo de formação e melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira parte do presente relatório procurou descrever o percurso desenvolvido ao longo do estágio, num processo pautado pela reflexão crítica e ancorado na integração e mobilização da evidência científica.

O caminho não foi fácil nem linear. Na prática clínica, exigiu a apropriação de uma panóplia de conhecimentos, técnicas e procedimentos em virtude da abrangência e crescente complexidade da cirurgia de ambulatório. Exigiu também o desenvolvimento de estratégias comunicacionais e de liderança, em consequência dos desafios resultantes do acompanhamento da pessoa em situação perioperatória e familiar/pessoa significativa durante todas as fases do processo perioperatório e, em consequência dos desafios impostos pelos intensos fluxos comunicacionais, múltiplas transições de cuidados e pluridisciplinaridade das equipas. Na área da investigação, o percurso foi calcorreado com base na mais recente evidência científica, procurando ultrapassar a inexperiência sobre os métodos e os processos e, tendo em vista a implementação e disseminação do conhecimento científico em Enfermagem.

Sublinha-se aqui o papel fundamental da reflexão crítica, transversal a todos os domínios da prática, na aquisição e desenvolvimento das competências comuns e das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Neste sentido, durante o ensino clínico, a conduta crítico-reflexiva, aliada a uma prática sustentada na evidência, constituíram-se como ferramentas essenciais para a tomada de decisão em Enfermagem e, por conseguinte, para alcançar o padrão de excelência dos cuidados perioperatórios.

Findo o estágio, permanece a certeza de ter desenvolvido um perfil individualizado de competências, fundado nas competências do enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, que capacita o exercício de uma prática avançada de Enfermagem. Fica também a certeza e a (satisfação) de ter acrescentado valor ao contexto de estágio, não só ao nível da prática clínica, enquanto modelo de referência, mas também ao nível da formação e melhoria contínua da qualidade, através do projeto de melhoria contínua sobre rastreabilidade intraoperatória de dispositivos médicos e, também, pela consecução do filme sobre o circuito da pessoa em situação perioperatória na UCA, pelo seu impacto potencial na literacia em saúde da pessoa em situação perioperatória e por dar visibilidade aos cuidados de enfermagem perioperatórios.

A principal dificuldade inerente à elaboração deste relatório na componente de estágio, prendeu-se com a seleção e sistematização da informação que nele deveria constar. A multiplicidade de experiências e reflexões, a par da complexidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, deixam a sensação de que muito mais haveria a dizer.

Este percurso de aprendizagem e consolidação de competências não se encerra nele mesmo, afigurando-se como um processo cumulativo, dinâmico e em constante construção. Neste sentido, numa perspetiva pessoal, parece ser possível afirmar que a prática avançada de enfermagem é algo que se conquista diariamente, a cada intervenção avançada de enfermagem, a cada pessoa cuidada, a cada projeto de melhoria contínua da qualidade, a cada projeto de investigação. E, assim sendo, cabe ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória procurar, a cada dia, “saber fazer” mais e melhor, “saber ser” mais e melhor e “saber estar” mais e melhor.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Rastreabilidade de Dispositivos Médicos no Bloco Operatório: Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios

1. RESUMO

Enquadramento: A rastreabilidade de dispositivos médicos tem implicações na segurança da pessoa em situação perioperatória e no controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente, a infeção do local cirúrgico. O enfermeiro perioperatório desempenha um importante papel na promoção da gestão e controlo de dispositivos médicos, incluindo a sua rastreabilidade.

Objetivos: Construir e validar um questionário de avaliação da percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório; e, descrever a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório.

Metodologia: Na primeira fase da investigação, procedeu-se ao estudo metodológico de construção e validação do instrumento de colheita de dados. A validação semântica e de conteúdo deste instrumento foi realizada através de painel *Delphi*, composto por enfermeiros peritos na área em estudo. Na segunda fase, desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, recorrendo à aplicação do questionário desenvolvido na primeira fase da investigação, a enfermeiros perioperatórios. A amostra ficou constituída por 76 enfermeiros. A análise de dados foi realizada com recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social*, versão 28.

Resultados: Após submissão ao painel *Delphi*, a versão final do questionário ficou constituída por 19 questões (11 sobre conhecimento e 8 sobre percepção sobre a prática). O instrumento de medida unidimensional é fiável ($\alpha=0.82$). O *score* global do instrumento de medida ($M=4.43$ pontos) corresponde a um nível elevado de conhecimento e percepção sobre as práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos. A dimensão *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* apresenta um valor médio ($M=4.75$, $DP=0.36$) superior à dimensão *percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos* ($M=4.03$, $DP=0.77$). A diferença entre médias é estatisticamente muito significativa ($t=0.72$, $p<0.00$).

Conclusão: O questionário desenvolvido tem potencial para descrever o conhecimento e percepção sobre as práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos. Verificou-se robustez nos conhecimentos e nas práticas efetivas de rastreabilidade intraoperatória, no entanto os resultados parecem indicar que as práticas efetivas de rastreabilidade não acompanham os elevados padrões de conhecimento dos profissionais.

Palavras chave: dispositivo médico; enfermagem perioperatória; sala operatória

2. ABSTRACT

Context: The traceability of medical devices has implications for the safety of perioperative patients and the control of healthcare-associated infections, particularly surgical site infections. The perioperative nurse plays a critical role in promoting the management and control of medical devices, including their traceability.

Objectives: To construct and validate a questionnaire to assess perioperative nurses' perceptions of the traceability of medical devices in the operating room; and, to describe perioperative nurses' perceptions of the traceability of medical devices in the operating room.

Methodology: In the first phase of the research, a methodological study was conducted to develop and validate the data collection instrument. Semantic and content validation of this instrument was performed using a Delphi panel comprising expert nurses in the study area. In the second phase, a quantitative, descriptive-correlational study was conducted, using the questionnaire developed in the first phase. The sample consisted of 76 nurses. Data analysis was conducted using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 28.

Results: After submission to the Delphi panel, the final version of the questionnaire comprised 19 questions (11 on knowledge and 8 on perceptions of practice). The unidimensional measurement instrument was reliable ($\alpha=0.82$). The overall mean score of the instrument ($M = 4.43$) corresponds to a high level of knowledge and perception regarding medical device traceability practices. The dimension "knowledge about medical device traceability" had a higher mean ($M=4.75$, $SD=0.36$) than the dimension "perception of traceability practices" ($M=4.03$, $SD=0.77$). The difference between means was statistically highly significant ($t=0.72$, $p<0.00$).

Conclusion: The developed questionnaire has the potential to describe knowledge and perceptions regarding medical device traceability practices. Robust knowledge and effective intraoperative traceability practices were observed; however, the results suggest that effective traceability practices do not fully align with the high knowledge standards of the professionals.

Keywords: medical device; perioperative nursing; operating room

3. FUNDAMENTAÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A qualidade dos cuidados de saúde assume-se como um conceito estruturante nas políticas e nas estratégias de saúde, constituindo um objetivo global dos sistemas de saúde atuais (OMS, 2020). Neste contexto, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, parte integrante da Resolução da Organização das Nações Unidas “Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável” aprovada a 25 de setembro de 2015, ambicionam atingir a cobertura universal de saúde, enquanto garantia de acesso equitativo aos serviços essenciais de saúde, para todos e em todas as idades (quem precisa, quando precisa e onde precisa), assegurando cuidados eficazes e de qualidade, sem imputar esforço financeiro aos indivíduos (*United Nations*, 2020).

A definição de **qualidade em saúde** não é consensual mas, na generalidade, reconhecem-se cuidados de saúde de qualidade como cuidados seguros, eficazes e centrados nas pessoas (OMS, 2020). Segurança do doente e qualidade são, então, constructos intrinsecamente relacionados, “podendo os cuidados seguros ser encarados como um barómetro do sucesso do sistema básico para melhorar a qualidade” (OMS, 2020, p. 13).

A segurança do doente e a necessidade de cuidados de saúde de qualidade são entendidos como uma prioridade global desde 2004, aquando do lançamento da *World Alliance for Patient Safety* pela OMS (WHO, 2004). As políticas nacionais acompanharam esta tendência, tendo sido desenvolvidos esforços para alcançar a qualidade organizacional dos serviços de saúde, designadamente, através do desenvolvimento da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS). Na continuidade da ENQS 2009-2014 (Despacho n.º 14223/2009 de 24 de junho, 2009), a ENQS 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, 2015) visa garantir a equidade dos cuidados de saúde, com base em processos de melhoria contínua da qualidade e segurança.

Segundo a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, a **segurança do doente** é definida como “a redução de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (DGS, 2011c, p. 14). A evidência sugere que os serviços de saúde que descuram a cultura interna de segurança, bem como, a promoção de boas práticas clínicas, têm maior risco de ocorrência de incidentes de segurança (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, 2015).

Neste âmbito, com o intuito de assegurar e promover as medidas relativas à segurança do doente e à qualidade da prestação de cuidados de saúde, foi elaborado o PNSD, que integra

a ENQS. O PNSD 2021-2026, aprovado pelo Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, dá continuidade ao PNSD 2015-2020 e, encontra-se estruturado em cinco pilares: cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros (DGS, 2022e).

Pela sua pertinência para o desenvolvimento deste estudo, destaca-se o pilar 5 “práticas seguras em ambientes seguros”, por promover a implementação e consolidação de práticas seguras em ambientes de prática seguros e, por priorizar a redução das IACS e das resistências aos antimicrobianos, através dos objetivos estratégicos 5.1 e 5.3, respetivamente.

As **infecções associadas aos cuidados de saúde** podem ser definidas como as infeções adquiridas pela pessoa durante a prestação de cuidados de saúde, em unidades de saúde, cuja presença ou incubação não se verificava à data de admissão (WHO, 2016). Este tipo de infeção constitui um problema major de saúde pública e um desafio significativo à escala mundial (WHO, 2016; *European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2024*). De acordo com o relatório de prevalência das IACS e resistências aos antimicrobianos do ECDC 2022-2023, a sua prevalência na União Europeia e países do Espaço Económico Europeu ronda os 8%, o que significa que, por dia, cerca de 93305 doentes adquirem uma IACS nos hospitais europeus (ECDC, 2024).

As IACS acarretam graves consequências humanas e financeiras, tanto a nível local como nacional, conduzindo a mortes evitáveis, prolongamento do tempo de internamento e consequente aumento da incapacidade e custos associados, bem como, aumento das resistências aos antimicrobianos (WHO, 2016). A utilização inadequada de dispositivos médicos invasivos e de antibióticos, os procedimentos invasivos e a subaplicação de práticas de prevenção e controlo da infeção são algumas das condições que contribuem para a ocorrência de IACS em todos os ambientes de cuidados (WHO, 2016).

A ILC constitui a infeção associada aos cuidados de saúde mais frequente nos países em desenvolvimento, podendo afetar até um terço dos doentes cirúrgicos (Allegranzi et al., 2011). Nos países desenvolvidos, concretamente na União Europeia e países do Espaço Económico Europeu, a ILC ocupa a terceira posição, situando-se entre as cinco IACS mais comuns em contexto hospitalar (ECDC, 2024). Neste enquadramento, as ILC representam um fardo financeiro significativo para as instituições e sistemas de saúde, estando associadas a internamentos hospitalares mais longos, necessidade de reintervenções cirúrgicas e tratamentos em unidades de cuidados intensivos, aumento das resistências aos antimicrobianos e maiores taxas de mortalidade (ECDC, 2023; WHO, 2018a).

A **infecção do local cirúrgico** é definida como a infecção que ocorre num período até 30 dias após a intervenção cirúrgica ou, até três meses após implante de prótese e, envolve o local da incisão, superficial ou profundo, e/ou qualquer outro órgão anatómico ou espaço que tenha sido manipulado durante a cirurgia (ECDC, 2012; DGS, 2022b). É uma condição multifatorial, envolvendo fatores endógenos, isto é, relacionados com a pessoa (como a idade ou o género) e fatores exógenos, ou seja, relacionados com o processo e o procedimento (como o uso adequado antimicrobianos ou adequada técnica cirúrgica; WHO, 2018b). As *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection* chamam ainda atenção para a importância dos fatores ambientais (descontaminação, resíduos, ventilação) e dos fatores relacionados com o processo de descontaminação dos dispositivos médicos reutilizáveis, como por exemplo os DMUM cirúrgicos, na transmissão de microrganismos e, por conseguinte, no risco potencial de infecção (WHO, 2018b).

Tal como as IACS, também as ILC são tendencialmente evitáveis (WHO, 2018b). Dados recentes estimam que pelo menos 20% das IACS sejam prevenidas através da implementação de programas estruturados e multimodais de prevenção e controlo da infecção, incluindo a vigilância epidemiológica (WHO, 2018b; ECDC, 2024). Segundo a evidência atual, a utilização deste tipo de programas parece ter melhores resultados na prevenção de infeções associadas ao uso de dispositivos médicos e na prevenção de ILC (ECDC, 2024).

Neste âmbito, o desenvolvimento do programa “Cirurgia Segura, Salva Vidas” pela OMS em 2009, fundamental na melhoria da **segurança cirúrgica**, contribuiu para a prevenção e controlo da infecção, através da utilização sistemática de um conjunto de medidas sustentadas na evidência (DGS, 2010). Entre as medidas de **prevenção e controlo da infecção** promovidas pela implementação da LVSC, destacam-se as relativas à verificação da administração do antibiótico profilático e à verificação da conformidade dos indicadores de esterilização (DGS, 2010).

A descontaminação e reprocessamento dos DMUM cirúrgicos e a garantia da sua esterilidade são entendidos, globalmente, como fatores de relevo na prevenção e controlo da ILC (OMS & OPAS, 2016; WHO, 2018b). O **reprocessamento** pode ser definido como o processo sequencial das várias etapas necessárias para que um dispositivo médico contaminado se torne reutilizável em condições de segurança. Estas etapas incluem a limpeza, inspeção, embalagem, esterilização, armazenamento e transporte (conforme se pode verificar no ANEXO XI; OMS & OPAS, 2016), compreendendo também a verificação da sua conformidade técnica e funcional, como consta no artigo 2.º do Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril (2017). Cada uma das fases do ciclo de reprocessamento é

igualmente importante para o uso adequado e seguro dos DMUM cirúrgicos. O controlo e documentação do ciclo de reprocessamento e a validação de cada uma das suas etapas constituem medidas essenciais para garantir a qualidade do processo, contribuindo para a prevenção e controlo das IACS (Calicchio & Laranjeira, 2021; OMS & OPAS, 2016).

Os erros no reprocessamento de DMUM (como por exemplo, erros no embalamento, identificação ou dano da embalagem) são comuns, constituindo uma barreira à qualidade dos cuidados. Apesar da maioria destes erros, não se reflectir diretamente nos resultados de saúde do doente, cada um deles tem potencial para aumentar o tempo cirúrgico, conduzir a complicações técnicas ou causar contaminação do campo operatório (Blackmore, 2013).

Neste contexto, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, assume um papel fundamental através da gestão e controlo de dispositivos médicos em ambiente perioperatório. Compete-lhe assim assegurar a disponibilidade, integridade, funcionalidade e adequada utilização dos dispositivos médicos, promovendo a sua rastreabilidade; garantir a atualização da equipa sobre normas de segurança na utilização de dispositivos médicos; gerir a utilização de DMI conforme as recomendações vigentes, certificando a sua documentação e rastreabilidade; e, participar na definição e implementação dos processos de reprocessamento de DMUM (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Antes de mais importa esclarecer sobre as diferenças e similaridades entre dispositivos médicos, DMUM e DMI. De acordo com o artigo 2.º do Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril, **dispositivo médico** é “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, implante, reagente, material ou outro artigo” (p. 15) utilizado, isolado ou em conjunto, com fins médicos como por exemplo o diagnóstico ou o tratamento, e, cujo principal objetivo no corpo humano não seja alcançado através de métodos farmacológicos, imunológicos ou metabólicos (Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril, 2017).

No mesmo Regulamento, concretamente no anexo VIII, define-se **instrumento cirúrgico reutilizável**³ como o instrumento utilizado para “cortar, perfurar, serrar, raspar, remover, agrafar, afastar, aparar” (p. 140) ou procedimentos similares, no âmbito de procedimentos cirúrgicos, e que pode ser reutilizado após tratamento adequado (Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril, 2017).

Por fim, no artigo 2.º, **dispositivo médico implantável** é definido como um dispositivo cujo objetivo é a introdução parcial ou total no corpo humano ou substituição de uma superfície

³ No decorrer deste trabalho, optou-se pela designação “Dispositivo Médico de Uso Múltiplo” cirúrgico em detrimento de “instrumento cirúrgico reutilizável”, por ser a designação atual e globalmente aceite.

epitelial (incluindo os dispositivos total ou parcialmente absorvidos), através duma intervenção clínica, com o objetivo de aí permanecerem após a intervenção ou ficarem implantados por um período não inferior a 30 dias (Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril, 2017).

De acordo com o artigo 51.º do Regulamento (UE) 2017/745, os dispositivos médicos integram diferentes classes: I (baixo risco), IIa (médio risco), IIb (médio risco) e III (alto risco), em função da sua finalidade prevista e riscos intrínsecos. As regras de classificação dos dispositivos médicos constam no anexo VIII do referido regulamento e, de um modo geral, compreendem os seguintes critérios: finalidade do dispositivo médico (constante da documentação técnica, rotulagem, folheto de instruções e artigos promocionais); duração de utilização, tendo em conta o uso real ininterrupto (temporário: até 60 minutos; curto prazo: entre 60 minutos a 30 dias; longo prazo: mais de 30 dias), invasibilidade (penetrar no corpo humano, através de um orifício natural ou de uma abertura cirúrgica); anatomia afetada (local ou sistémico); e, utilização potencialmente perigosa. De acordo com estes critérios, e salvo as devidas exceções regulamentadas, os DMUM cirúrgicos são classificados na classe I e os DMI são classificados na classe IIb (Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril, 2017).

Esclarecidos estes constructos, impõe-se agora a definição de rastreabilidade, conceito central neste estudo pelo seu papel na prevenção das IACS e na segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, constituindo parte integrante da esfera de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

A **rastreabilidade** pode ser definida como capacidade para rastrear o percurso de um dispositivo médico ao longo da sua vida útil (Tracol, 2016). Constitui, portanto, a capacidade para recuperar o histórico – da aplicação, localização ou atividade – de um processo ou produto, através de informações previamente registadas (Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA], 2012; Martins & Ribeiro, 2017; Vasconcelos et al., 2021).

A transparência e a acessibilidade da informação sobre dispositivos médicos são fundamentais na proteção da saúde pública e na autonomia do profissional e do doente, capacitando-os para uma tomada de decisão informada e fundamentada (Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril, 2017). Neste sentido, Tracol (2016) considera que a rastreabilidade é um dos direitos fundamentais do doente, na medida em que, todos os indivíduos têm o direito de serem informados sobre o seu estado de saúde (Tracol, 2016).

No que concerne aos DMUM cirúrgicos, todas as etapas do ciclo de reprocessamento devem incluir a rastreabilidade do produto e do processo e, nesta perspetiva, a

rastreabilidade afigura-se como parte integrante do sistema de gestão da qualidade do ciclo de reprocessamento (Calicchio & Laranjeira, 2021; Goh et al., 2016; OMS & OPAS, 2016; Xia et al., 2016).

As informações que permitem a rastreabilidade de dispositivos médicos devem, necessariamente, ser registadas e documentadas, fazendo uso de um sistema de informação que pode ser manual ou automatizado (ANVISA, 2012; Martins & Ribeiro, 2017; Vasconcelos et al., 2021). Nos últimos anos verificou-se uma significativa evolução nos sistemas de rastreabilidade com a incorporação das novas tecnologias e maior rapidez na transmissão da informação (Duro, 2014). Contudo, ainda é frequente a utilização da rastreabilidade manual, recorrendo ao registo da informação em documentos de suporte físico (Vasconcelos et al., 2021). Num estudo sobre a manutenção de registos numa Unidade de Reprocessamento de DMUM, Basu et al. (2016) consideram que a manutenção apropriada de registos, seja informatizada ou em papel, é uma responsabilidade legal das instituições e dos profissionais, de acordo com a regulamentação vigente. A manutenção de registos clínicos é, então, fundamental para a segurança do doente, documentação futura em caso de incidente ou auditoria, bem como, para efeitos de controlo das IACS (Basu et al., 2016).

A rastreabilidade sustentada num sistema informatizado permite pesquisar sobre o processo de utilização dos DMUM cirúrgicos, em todo o ciclo de reprocessamento, incluindo a sua utilização intraoperatória. O acesso ao histórico dos DMUM cirúrgicos permite identificar os processos a que foram submetidos, que operadores os executaram, os equipamentos e respetivos testes de controlo, bem como, os procedimentos cirúrgicos em que foram utilizados. De acordo com a literatura vigente, o sistema de rastreabilidade automatizada apresenta vantagens relativamente ao sistema manual, nomeadamente, no que diz respeito à disponibilidade e fiabilidade dos dados, monitorização e auditoria do processo, aumento da produtividade, redução de custos e redução da probabilidade de erro humano (Bento et al., 2022; Duro, 2014; Galhardo et al., 2022; Goh et al., 2016; Martins & Ribeiro, 2017; Xia et al., 2016).

Goh et al. (2016) acrescentam as vantagens da rastreabilidade automatizada na manutenção preventiva dos DMUM, bem como, na rápida identificação e resolução de erros ou anomalias (Goh et al., 2016). As principais desvantagens relacionam-se com o elevado custo de investimento, complexidade da implementação e falta de formação das equipas envolvidas (Bento et al., 2022; Galhardo et al., 2022; Gunarathne et al., 2022).

Entre os estudos que descrevem a implementação de sistemas de rastreabilidade automatizada de DMUM cirúrgicos (Bento et al., 2022; Goh et al., 2016; Gunarathne et al.,

2022; Martins & Ribeiro, 2017; Rodrigues et al., 2019; Xia et al., 2016) parece ser consensual o seu contributo para a melhoria da qualidade e segurança, através da padronização dos processos, bem como, o estabelecimento de uma gestão mais eficiente. Neste sentido, Xia et al. (2016) referem também que a implementação de um sistema efetivo de rastreabilidade de DMUM cirúrgicos, garante a utilização segura dos dispositivos médicos durante a intervenção cirúrgica, contribuindo para a proteção da saúde da pessoa em situação perioperatória (Xia et al., 2016). Sob outra perspetiva, os sistemas de rastreabilidade automatizada de DMUM contribuem para a adequada e atempada organização dos cuidados de enfermagem e gestão do tempo disponível para a prestação efetiva de cuidados, sendo por isso valorizados pelo enfermeiro na sua prática diária (Rodrigues et al., 2019; Sanchez et al., 2018).

O Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril prevê o reforço de procedimentos de avaliação da conformidade de dispositivos médicos e a vigilância do mercado e, sugere a introdução sistematizada de medidas que contemplam a transparência e rastreabilidade dos dispositivos médicos, especificamente dos DMI⁴. No que concerne à avaliação da conformidade, admite-se que todos os dispositivos médicos devem cumprir uma série de requisitos gerais e de segurança constantes no anexo I (por exemplo, instruções de uso e adequada rotulagem), de forma a eliminar ou reduzir tanto quanto possível os riscos associados à sua utilização. Em relação à rastreabilidade, o referido regulamento recomenda a rastreabilidade de todos os dispositivos médicos (com exceção dos dispositivos feitos por medida e dispositivos experimentais) através de um sistema de Identificação Única dos Dispositivos (UDI [*Unique Device Identification*]), com vantagens ao nível da notificação de incidentes, adoção de ações corretivas de segurança, redução do erro médico e melhor monitorização pelas entidades competentes (Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril, 2017).

Em **contexto intraoperatório**, para além da verificação da conformidade da esterilização prevista na LVSC (DGS, 2010) e do cumprimento das recomendações de boas práticas antes da incisão da pele (AESOP, 2013; DGS, 2022b; WHO, 2018b), preconiza-se que o enfermeiro perioperatório documente as informações que garantem a rastreabilidade dos dispositivos médicos utilizados (Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril, 2017; WHO, 2018b).

⁴ O Regulamento (UE) 2020/561 de 23 de abril de 2020, altera o Regulamento (UE) 2017/745 apenas no que diz respeito às datas de aplicação de algumas das suas disposições, pelo que, no decorrer deste trabalho se recorre ao quadro regulamentar descrito no Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril.

Neste sentido, o Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril (2017), promove a criação de registos informáticos ou bases de dados para os diferentes dispositivos, com vista à avaliação da conformidade e segurança a longo prazo e/ou à rastreabilidade de DMI (artigo 108.º; Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril, 2017). Para além disso, este regulamento preconiza a criação de uma base de dados europeia, *Eudamed*, constituída por vários sistemas eletrónicos, para armazenamento e registo das informações relativas aos dispositivos médicos existentes no mercado (artigo 33º; Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril, 2017).

A utilização de dispositivos médicos estéreis, sejam de origem ou reprocessados, exige a verificação da integridade da embalagem e respetiva esterilidade, confirmação da rotulagem e prazo de validade. Para os DMUM cirúrgicos acrescem as verificações relativas ao sistema de embalagem, averiguando a sua integridade, presença de manchas, humidade, condensação ou vestígios de sujidade, e a confirmação dos indicadores químicos de esterilização (AESOP, 2013; Pereira & Morya, 2021).

Os indicadores químicos de esterilização são constituídos por tinta termocrómica que reage quando exposta a um ou mais parâmetros de esterilização: temperatura, pressão e tempo de exposição (Calicchio & Laranjeira, 2021). A sua finalidade é o controlo da embalagem esterilizada, tanto interna como externamente (DGS,2010; OMS & OPAS, 2016). Os indicadores químicos externos, como o indicador de fita, são colocados fora da embalagem para identificar e diferenciar os dispositivos médicos que foram reprocessados dos que não foram reprocessados (Calicchio & Laranjeira, 2021; DGS, 2010). Os indicadores químicos internos são utilizados dentro de cada embalagem (posicionados na área considerada como menos favorável à penetração do agente esterilizante), de modo a garantir a presença do agente esterilizante no interior do dispositivo reprocessado e demonstrar a efetividade do ciclo de esterilização (Calicchio & Laranjeira, 2021; DGS, 2010).

A WHO (2018b) recomenda a inclusão dos indicadores químicos de esterilização no processo clínico da pessoa em situação perioperatória, assegurando a sua rastreabilidade (WHO, 2018b).

Para serem rastreáveis, a identificação dos DMUM cirúrgicos deve obedecer a regras e critérios rigorosos (Cabral et al., 2021). Assim, os DMUM cirúrgicos devem apresentar identificação clara e legível, através de rótulos ou etiquetas, contemplando os seguintes elementos: nome do dispositivo, lote ou número de controlo da carga, data da esterilização, data-limite de utilização, método de esterilização, identificação do profissional responsável pelo processo (Fuller, 2013; Pereira & Morya, 2021). O número do lote é essencial para identificar os DMUM cirúrgicos constantes na carga, garantindo a sua

rastreabilidade e permitindo, portanto, identificar os dispositivos em caso de anomalia no processo de esterilização (Fuller, 2013).

Neste sentido, de acordo com o anexo I do Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril (2017), todos os dispositivos médicos devem apresentar rotulagem adequada, que inclua as seguintes informações: nome do dispositivo médico; nome do fabricante; número de lote ou número de série; data-limite de utilização ou implantação; indicação de condições específicas de armazenamento ou manipulação; se o dispositivo for fornecido no estado estéril, indicação do seu estado e do método de esterilização; caso o dispositivo seja reutilizável, informação sobre limpeza, desinfecção, acondicionamento e método validado de re-esterilização (Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril, 2017).

A consecução do processo de rastreabilidade de DMUM exige ao enfermeiro a mobilização de conhecimentos sobre o processo de reprocessamento, indicadores de qualidade do processo de esterilização e boas práticas na manipulação de DMUM, fazendo uso do pensamento crítico (Souza e Silva, 2019; Vasconcelos et al., 2021).

O Regulamento (UE) 2017/745 promove, recomenda e regulamenta a implementação de estratégias que garantam a rastreabilidade dos DMI. Neste âmbito, as instituições de saúde têm a obrigação de fornecer ao doente, informações claras, objetivas e de fácil acesso, que permitam identificar o DMI (nome e modelo; número de série; número de lote; UDI; nome, endereço e *website* do fabricante), bem como eventuais advertências ou precauções. Cumulativamente, têm o dever de fornecer ao doente um cartão de implante, onde conste a sua identificação, bem como, as informações que permitem identificar o DMI (artigo 18.º)⁵ (Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril, 2017).

No território nacional, o Decreto-Lei n.º 29/2024 de 5 de abril, assegura a execução, na ordem jurídica interna, do Regulamento (UE) 2017/745, relativo aos dispositivos médicos, indo de encontro à legislação europeia, nomeadamente no que concerne à rastreabilidade de DMI (artigo 11.º). Sublinha-se a recomendação dirigida às entidades públicas e privadas para registo e armazenamento da identificação única dos DMI, utilizados ou que lhes foram fornecidos, preferencialmente através de recursos eletrónicos (artigo 12.º; Decreto-Lei n.º 29/2024 de 5 de abril, 2024).

O implante de dispositivos médicos acarreta riscos associados à intervenção cirúrgica durante a sua inserção ou extração, probabilidade de infeção no local de implante e falhas

⁵ As obrigações legais estabelecidas no artigo 18.º do Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril (2017) não são aplicáveis aos seguintes implantes: “suturas, agrafos, obturações dentárias, aparelhos ortodônticos, coroas dentárias, parafusos, cunhas, placas, fios retos, pinos, cliques e conectores” (Regulamento (UE) 2017/745 de 5 de abril, 2017, p.32).

ou anomalias do dispositivo implantado. Posto isto, a rastreabilidade dos DMI surge como um processo essencial pois, em caso de anomalia ou infeção, permite identificar o dispositivo e a pessoa a quem foi implantado (Cabral et al., 2021).

No estudo bibliométrico desenvolvido por Cabral et al. (2021), alguns autores sublinham a importância do sistema UDI na vigilância pós-comercialização e rastreabilidade dos DMI. Outros, descrevem o sistema de rastreabilidade baseado na UDI como desafiante, a nível tecnológico e digital, atestando dificuldades na sua implementação por falta de informação (legislação pouco esclarecedora) e dificuldades de rotulagem associadas à especificidade de cada dispositivo médico (Cabral et al., 2021). Os autores concluem que a produção científica e o envolvimento da comunidade científica não acompanham a importância atribuída à temática da UDI e da rastreabilidade de DMI para a área da segurança do doente nos últimos anos (Cabral et al., 2021).

4. FINALIDADE E OBJETIVOS

O reconhecimento do contributo da rastreabilidade de dispositivos médicos para a segurança da pessoa em situação perioperatória e para o controlo e prevenção das IACS, associado à intervenção do enfermeiro perioperatório na promoção da gestão e controlo de dispositivos médicos neste contexto e, ainda, à asserção da parca produção científica nacional acerca desta temática, contribuíram para o emergir da seguinte questão de investigação:

- Qual a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre o processo de rastreabilidade dos dispositivos médicos no bloco operatório?

Com o intuito de responder à questão de investigação, estabeleceram-se os seguintes objetivos:

- Construir e validar (validação de conteúdo e semântica) um questionário de avaliação da percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório;
- Descrever a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório.

Através da consecução deste estudo pretende-se, portanto, disponibilizar um questionário de avaliação diagnóstica sobre a percepção dos enfermeiros perioperatórios no âmbito da rastreabilidade de dispositivos médicos. Simultaneamente, almeja-se contribuir para a sensibilização dos enfermeiros perioperatórios para as boas práticas no âmbito da rastreabilidade e, em consequência, para a maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória. Espera-se ainda que o estudo potencie eventuais intervenções de melhoria contínua no desenvolvimento de competências do enfermeiro perioperatório.

5. METODOLOGIA

O primeiro passo no processo científico de construção de conhecimento é a definição de um problema ou questão de investigação. Estabelecida a questão de investigação e definidos os seus objetivos, importa estabelecer os procedimentos que permitem operacionalizar o estudo, esclarecendo sobre a sua sequencialidade (Almeida & Freire, 2008). Neste sentido, o presente capítulo pretende descrever os procedimentos metodológicos utilizados para operacionalizar este estudo de investigação.

5.1. DESENHO DO ESTUDO

O desenho de estudo integra o plano metodológico definido pelo investigador – “o que se vai fazer, quando e como vai ser feito, junto de quem e por quem será feito” (Almeida & Freire, 2008, p. 79) – com o intuito de dar resposta à questão de investigação e, assumindo, portanto, um papel decisivo na qualidade da investigação e na consecução dos seus objetivos (Almeida & Freire, 2008; Fortin, 2009).

O presente estudo foi implementado em duas fases distintas e sequenciais. Na primeira, procedeu-se ao estudo metodológico de construção e validação do instrumento de colheita de dados. A validação semântica e de conteúdo deste instrumento foi realizada através de painel *Delphi*, composto por enfermeiros peritos na área em estudo.

Numa segunda fase, desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional, recorrendo à aplicação do questionário desenvolvido na primeira fase da investigação, aos enfermeiros perioperatórios, que constituem a população-alvo.

5.1.1. Estudo Metodológico

O desenvolvimento de um estudo metodológico fundou-se na necessidade de construir um instrumento de colheita de dados que permitisse dar resposta à questão de investigação. E neste sentido, o objetivo do presente estudo metodológico consistiu na construção e validação de um questionário de avaliação da percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório.

Optou-se pelo desenvolvimento de um questionário por ser um instrumento que permite recolher uma quantidade significativa de dados com celeridade e rigor, assegurando a padronização e uniformidade das respostas e facilitando, por conseguinte, a análise

estatística da informação recolhida (Bastos et al., 2023; Fortin, 2009). Para além disso, o facto de poder ser disponibilizado em formato eletrónico, via *online*, permite chegar a um maior número de pessoas, independentemente da sua localização geográfica, agilizando a consecução do processo de investigação (Bastos et al., 2023).

Definido o método de colheita de dados, procedeu-se à revisão da literatura de modo a sustentar a construção do instrumento selecionado. A versão inicial do questionário foi elaborada com base nas orientações e recomendações da OMS & OPAS (2016), Regulamento (UE) 2017/745 (2017) de 5 de abril (2017), WHO (2018b) e Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018).

O processo de construção de um instrumento de medida implica a análise da sua validade de conteúdo, definida como o grau em que o conteúdo de um instrumento traduz o constructo que está a ser medido (Dixe, 2022).

A validação de semântica e conteúdo deste instrumento foi concretizada através da técnica *Delphi*. Esta técnica consiste na aplicação de um questionário, ou das questões que se pretendem submeter a avaliação, a um grupo de especialistas – habitualmente denominado painel *Delphi* – em rondas sucessivas, até que seja alcançado consenso. Preconiza-se que os especialistas avaliem cada item quantitativamente, através de uma escala de *Likert* que traduz o seu nível de concordância em relação ao conteúdo, clareza, forma, compreensibilidade, pertinência e adequabilidade; e, qualitativamente, emitindo os juízos ou opiniões que entendam como relevantes para avaliar o constructo em estudo (Dixe, 2022; Marques & Freitas, 2018; Zarili et al., 2021).

Para integrar o painel *Delphi*, composto por enfermeiros peritos na área da rastreabilidade de dispositivos médicos, definiram-se como critérios de inclusão: a) ser enfermeiro perioperatório, com experiência na área de pelo menos 5 anos e ser especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, b) ser enfermeiro a desenvolver funções no âmbito da prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos, com experiência na área de pelo menos 5 anos e ser especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; c) ser enfermeiro a desenvolver funções no âmbito do reprocessamento de DMUM, com experiência na área de pelo menos 5 anos e ser especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Definidos os critérios de inclusão, procurou obter-se a colaboração de nove peritos para integrar o painel *Delphi*. O número de especialistas que devem integrar o painel *Delphi* não é consensual, mas a maioria dos autores parece entender que esse número ronda os dez elementos (Marques & Freitas, 2018; Zarili et al., 2021). Yusoff (2019) sugere como aceitável para a validação de conteúdo, um mínimo de seis peritos e um máximo de dez

(Yusoff, 2019). Na generalidade, os autores parecem sublinhar a importância da qualidade do grupo em detrimento do número (Marques & Freitas, 2018; Zarili et al., 2021).

Neste sentido, procedeu-se a convite formal para participação no estudo, dirigido à presidente da AESOP, presidente da Associação Nacional de Esterilização (ANES) e Enfermeira Gestora do Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos da unidade hospitalar onde decorreu o estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II. O convite, concretizado através de correio eletrónico, integrou uma breve descrição da investigação e o pedido de colaboração de peritos mediante os critérios de inclusão previamente definidos (APÊNDICE IX). Confirmada a intenção de participar no estudo, enviou-se a versão inicial do instrumento de colheita de dados às diferentes organizações que, servindo de intermediário, o reencaminharam para os peritos selecionados, garantindo assim o anonimato dos participantes neste processo.

Aos participantes solicitou-se que indicassem a sua concordância em relação aos itens que compõem o questionário, através de uma escala de *Likert* pontuada de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), deixando espaço para a manifestação de opiniões ou sugestões, quer a nível semântico, quer de conteúdo – tal como sugerido na literatura (Dixe, 2022; Marques & Freitas, 2018; Zarili et al., 2021).

Foi definida como aceite a conformidade do painel acima de 75% de concordância, indo de encontro ao encontrado noutros estudos (Mota & Castilho, 2019).

O painel de Delphi decorreu durante o período temporal compreendido entre fevereiro e maio de 2024.

5.1.2. Estudo Quantitativo Descritivo-Correlacional

Numa segunda fase, foi desenvolvido um estudo: quantitativo, com recurso à análise estatística descritiva e inferencial; transversal, visto que cada indivíduo foi avaliado uma única vez, num determinado momento do tempo; e, descritivo-correlacional, sendo descritivo porque pretende investigar de forma aprofundada um conceito (a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre a rastreabilidade de dispositivos médicos), de modo a transmitir toda a sua complexidade de forma narrativa (Fortin, 2009), e correlacional, uma vez que não se efetuou qualquer intervenção com a finalidade de controlar os resultados, pelo que não é possível estabelecer relações de causa-efeito (Fortin, 2009).

O objetivo deste estudo é descrever a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório, procedendo à aplicação do questionário desenvolvido na primeira fase da investigação. Para selecionar a população de estudo, recorreu-se à técnica de amostragem não probabilística, por conveniência e, concomitantemente, à definição de critérios de inclusão e exclusão.

Segundo Duarte et al., (2022), podem distinguir-se três tipos de população: a população-alvo, entendida como aquela na qual são aplicáveis os resultados do estudo; a população de origem, definida como parte da população-alvo e a partir da qual são selecionados os participantes; e, a população do estudo ou amostra, percebida como o conjunto de indivíduos que efetivamente participam no estudo (Duarte et al., 2022).

A amostragem do tipo não probabilística permite a obtenção de uma amostra de forma mais célere e parcimoniosa, contudo não garante a sua representatividade, uma vez que nem todos os indivíduos da população de origem têm a mesma probabilidade de serem incluídos na amostra (Duarte et al., 2022). A amostragem do subtipo por conveniência, permite a seleção dos indivíduos de acordo com a facilidade em aceder aos mesmos (Duarte et al., 2022), neste caso, os indivíduos que entenderam participar voluntariamente e aqueles a quem se teve facilidade em chegar por motivos de proximidade geográfica e/ou social.

Partindo destes pressupostos, foram definidos como critérios de inclusão na amostra: ser enfermeiro perioperatório e ter experiência profissional em bloco operatório superior a seis meses. Os critérios de exclusão consistiram na experiência profissional em bloco operatório inferior a seis meses e estar ausente no período de colheita de dados por licença de férias ou outras.

A recolha de dados foi operacionalizada através de formulário digital (*Google Forms*), divulgado por meios digitais, tendo decorrido durante o mês de setembro de 2024.

A análise de dados foi realizada com recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 28, recorrendo à análise estatística descritiva, através de medidas de tendência central e medidas de dispersão e, à análise estatística inferencial.

Na estatística inferencial usou-se uma significância α de 0.05 (implicando um nível de confiança de 95%).

5.2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Qualquer estudo realizado com ou para pessoas deve assegurar, em todas as fases do seu desenvolvimento, o respeito pela dignidade da pessoa humana, garantindo o “primado do ser humano face à investigação” (p. 99). Isto traduz-se na proteção da pessoa e respeito pela sua liberdade individual e, por conseguinte, na imprescindível obtenção do seu consentimento livre e esclarecido, no caso de participar num estudo de investigação (Deodato, 2022). Neste sentido, procuraram salvaguardar-se os fundamentos éticos que norteiam a investigação científica em saúde, e nessa demanda, procedeu-se à submissão do

projeto de investigação à Unidade de Investigação e Desenvolvimento (UID) da ESSNCVP, tendo obtido parecer favorável pela UID e pela Comissão de Ética da ESSNCVP – Parecer n.º 032/2024 (ANEXO XII).

Respeitaram-se os princípios da Declaração de Helsínquia, designadamente no que concerne à confidencialidade e ao anonimato dos dados.

Aos participantes do estudo metodológico, foi descrito o estudo e dadas as necessárias instruções sobre o seu papel enquanto parte integrante do painel *Delphi*, assegurando a sua participação voluntária e anónima. Esta participação só foi aceite depois de obtido o consentimento informado, livre e esclarecido dos peritos.

De igual modo, aos participantes do estudo quantitativo descritivo-correlacional, foi dado a conhecer o tipo de estudo, tema e objetivos, garantindo a sua participação voluntária e anónima e, assegurando a possibilidade de interromper o seu envolvimento no estudo, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou inconveniente. A participação só foi aceite depois de obtido o consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes, assinalado impreterivelmente no formulário digital.

Todos os dados recolhidos foram armazenados em suporte digital, através de conta de *email* exclusiva para o efeito, com acesso restrito ao investigador mediante *password*. Os dados recolhidos foram utilizados exclusivamente para a finalidade prevista, de acordo com a legislação em vigor, e não foram disponibilizados a qualquer entidade externa. Após o término da investigação, garante-se a eliminação de todos os dados armazenados.

A investigação não acarretou riscos acrescidos nem quaisquer custos aos participantes, de ambos os estudos. Declara-se a não existência de conflito de interesses no domínio do estudo.

6. RESULTADOS

Os resultados de um estudo devem ser sistematizados de forma clara e objetiva, garantindo a sua compreensibilidade (Sampaio & Sardo, 2022). No presente capítulo pretendem descrever-se os resultados obtidos em ambos os estudos desenvolvidos, começando pelo estudo metodológico e passando, de seguida, ao estudo quantitativo descritivo-correlacional.

6.1. ESTUDO METODOLÓGICO

A versão inicial do instrumento de colheita de dados resultou numa composição de 17 itens, agrupados em duas dimensões teóricas, nomeadamente, conhecimento sobre rastreabilidade (nove itens) e percepção sobre as práticas de rastreabilidade (oito itens). Os itens 1 a 9 remetem para o conhecimento e, os itens 10 a 17 para a percepção sobre as práticas. Na tabela 1 são apresentados os 17 itens que constituem a versão inicial deste questionário.

Tabela 1: Versão inicial do questionário de avaliação da percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos

| | |
|----|--|
| 1 | As boas práticas no âmbito da rastreabilidade de dispositivos médicos contribuem para a garantia da qualidade dos cuidados perioperatórios e para melhores resultados em saúde |
| 2 | A ausência de rastreabilidade de dispositivos médicos pode ter implicações jurídico-legais |
| 3 | A rastreabilidade de dispositivos médicos, no caso de ocorrer uma infecção, contribui para o estudo dos fatores contribuintes |
| 4 | Perante uma não conformidade de um dispositivo médico implantável, a rastreabilidade permite sinalizar os doentes onde esses dispositivos foram implantados, permitindo implementar de forma mais efetiva medidas corretivas |
| 5 | A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo permite identificar o histórico do reprocessamento do dispositivo |
| 6 | Os enfermeiros perioperatórios devem garantir a rastreabilidade intraoperatória dos dispositivos médicos de uso múltiplo |
| 7 | Os enfermeiros perioperatórios devem garantir a rastreabilidade intraoperatória dos dispositivos médicos implantáveis. |
| 8 | A existência de um processo de enfermagem exclusivamente eletrónico impede a rastreabilidade dos dispositivos médicos. |
| 9 | A rastreabilidade de dispositivos médicos de uso múltiplo não tem repercussões na segurança do doente |
| 10 | A temática da rastreabilidade de dispositivos médicos deve estar incluída no plano de formação anual do serviço. |
| 11 | A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo, como são exemplo as caixas de material cirúrgico, é realizada no processo clínico do doente |
| 12 | Os dispositivos médicos de uso múltiplo provenientes da Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (Central de Esterilização), apresentam os elementos necessários para garantir a sua rastreabilidade |
| 13 | Quando é implantado um dispositivo médico as características do dispositivo médico implantável são registadas no processo clínico do doente |
| 14 | Quando é implantado um dispositivo médico é facultado ao doente um cartão com a informação relativa ao dispositivo médico que permite a sua rastreabilidade |
| 15 | Os enfermeiros perioperatórios garantem a rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo |
| 16 | Os enfermeiros perioperatórios garantem a rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis |
| 17 | Os enfermeiros perioperatórios notificam os aspetos que impedem a realização efetiva da rastreabilidade dos dispositivos médicos |

6.1.1. Resultados da primeira ronda do painel *Delphi*

A versão inicial do questionário foi submetida à avaliação de um painel *Delphi* constituído por 9 peritos, de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos.

Pela análise dos resultados da primeira ronda, foi possível constatar que sete itens apresentavam um nível de concordância inferior a 75% e que, todos os outros cumpriam o critério de aceitação. De acordo com as sugestões do painel, realizou-se a alteração semântica dos sete itens com nível de concordância inferior a 75% e adicionaram-se três itens: um relacionado com a prática (item 20) e, dois relacionados com o conhecimento sobre rastreabilidade (item 18 e 19). Para além disso, realizaram-se pequenas alterações semânticas em dois itens, apesar de terem atingido o critério de aceitação, tendo em consideração as sugestões reiteradas pelos peritos. Na tabela 2, apresentam-se os resultados da primeira ronda do painel *Delphi*.

Tabela 2: Resultados da primeira ronda do painel Delphi

| Item | Nível Concordância | Intervenção | Resultado |
|------|--------------------|---------------------|---|
| 3 | < 75% | Alteração semântica | No caso de ocorrer uma infeção, a rastreabilidade de dispositivos médicos concorre para o estudo das causas prováveis |
| 4 | < 75% | Alteração semântica | A rastreabilidade de dispositivos médicos implantáveis, facilita a identificação do doente e implementação de medidas corretivas, se necessário. |
| 8 | < 75% | Alteração semântica | A existência de um processo clínico exclusivamente eletrónico dificulta a rastreabilidade dos dispositivos médicos |
| 9 | < 75% | Alteração semântica | A rastreabilidade de dispositivos médicos de uso múltiplo tem repercussões na segurança do doente |
| 11 | < 75% | Alteração semântica | A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo, como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, acompanha o processo clínico do doente. |
| 12 | < 75% | Alteração semântica | Os dispositivos médicos de uso múltiplo provenientes da Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (Central de Esterilização), apresentam os elementos necessários para garantir a sua rastreabilidade, nomeadamente, identificação do conjunto cirúrgico, esterilizador e lote de carga. |
| 13 | > 75% (sugestões) | Alteração semântica | A rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis integra o processo clínico do doente. |
| 14 | > 75% (sugestões) | Alteração semântica | Quando é implantado um dispositivo médico é facultado ao doente um cartão de implante, garantindo a sua rastreabilidade. |
| 17 | < 75% | Alteração semântica | Os enfermeiros perioperatórios notificam não conformidades na rastreabilidade dos dispositivos médicos. |
| 18 | -- | Novo item | A rastreabilidade intraoperatória de dispositivos médicos enquadra-se na área de competências dos enfermeiros perioperatórios. |
| 19 | -- | Novo item | A conformidade dos indicadores químicos de esterilização deve ser validada pelo enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante e anexada ao processo clínico do doente. |
| 20 | -- | Novo item | A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo é executada em todos os procedimentos cirúrgicos, inclusive naqueles com curta duração. |

Realizou-se uma segunda ronda do painel *Delphi*, submetendo à apreciação dos peritos a totalidade dos itens que não obtiveram consenso na primeira ronda, aos quais se acrescentaram os três novos itens formulados com base nas sugestões dos peritos.

6.1.2. Resultados da segunda ronda do painel *Delphi*

Após análise dos resultados obtidos na segunda ronda do painel *Delphi*, constatou-se que seis itens não reuniam critérios de concordância (itens 8, 11, 12, 14, 17 e 19). Tanto os resultados, como as próprias sugestões dos peritos, faziam pressupor a existência de dúvidas na compreensão dos itens. Optou-se então por esclarecer os peritos sobre o propósito do estudo e sobre os itens submetidos a avaliação, procurando suprimir qualquer incerteza. Uma vez confirmada a compreensão da informação, submeteram-se os seis itens a nova apreciação do painel de peritos.

6.1.3. Resultados da terceira ronda do painel *Delphi*

Durante a terceira ronda do painel *Delphi*, um perito desistiu da participação no estudo e, por conseguinte, o painel ficou constituído por oito elementos.

Analisados os resultados, constatou-se que todos os itens cumpriam o critério de aceitação, com exceção do item 8 (“A existência de um processo clínico exclusivamente eletrónico dificulta a rastreabilidade dos dispositivos médicos”) que foi eliminado.

A versão final do questionário, após submissão ao painel *Delphi*, ficou constituída por 19 questões, em que onze remetem para o conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos e oito contemplam a percepção sobre as práticas. A versão final do questionário pode ser observada na Tabela 3.

Tabela 3: Versão final do questionário de avaliação da percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos, após painel *Delphi*

| | |
|----|--|
| 1 | As boas práticas no âmbito da rastreabilidade de dispositivos médicos contribuem para a garantia da qualidade dos cuidados perioperatórios e para melhores resultados em saúde. |
| 2 | A ausência de rastreabilidade de dispositivos médicos pode ter implicações jurídico-legais. |
| 3 | A rastreabilidade intraoperatória de dispositivos médicos enquadra-se na área de competências dos enfermeiros perioperatórios. |
| 4 | No caso de ocorrer uma infeção, a rastreabilidade de dispositivos médicos concorre para o estudo das causas prováveis. |
| 5 | A rastreabilidade de dispositivos médicos tem repercussões na segurança do doente. |
| 6 | A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo, como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, permite identificar o histórico do reprocessamento do dispositivo. |
| 7 | A rastreabilidade de dispositivos médicos implantáveis, facilita a identificação do doente e implementação de medidas corretivas, se necessário. |
| 8 | Os enfermeiros perioperatórios devem garantir a rastreabilidade intraoperatória dos dispositivos médicos de uso múltiplo. |
| 9 | A conformidade dos indicadores químicos de esterilização deve ser validada pelo enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante e anexada ao processo clínico do doente. |
| 10 | Os enfermeiros perioperatórios devem garantir a rastreabilidade intraoperatória dos dispositivos médicos implantáveis. |
| 11 | A temática da rastreabilidade de dispositivos médicos deve estar incluída no plano de formação anual do serviço. |
| 12 | A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo, como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, acompanha o processo clínico do doente. |
| 13 | A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo é executada em todos os procedimentos cirúrgicos, inclusive naqueles com curta duração. |
| 14 | Os dispositivos médicos de uso múltiplo provenientes da Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (Central de Esterilização), apresentam os elementos necessários para garantir a sua rastreabilidade, nomeadamente, identificação do conjunto cirúrgico, identificação do esterilizador e lote de carga. |
| 15 | Os enfermeiros perioperatórios garantem a rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo. |
| 16 | A rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis integra o processo clínico do doente. |
| 17 | Quando é implantado um dispositivo médico é facultado ao doente um cartão de implante, garantindo a sua rastreabilidade. |
| 18 | Os enfermeiros perioperatórios garantem a rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis. |
| 19 | Os enfermeiros perioperatórios notificam não conformidades na rastreabilidade dos dispositivos médicos. |

Após a realização das três rondas do painel *Delphi*, o questionário foi submetido a um **pré-teste** com cinco enfermeiros perioperatórios não incluídos no estudo, que voluntariamente

se dispuseram a colaborar. Após a análise da informação recolhida, constatou-se uma dúvida transversal a todos os intervenientes sobre a forma como era expectável responder às questões: tendo em conta o conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos ou tendo em conta a prática efetiva de rastreabilidade de dispositivos médicos. De forma a minimizar a ambiguidade sentida pelos indivíduos, optou-se por dividir o questionário em duas seções: uma relativa ao conhecimento dos enfermeiros perioperatórios (item 1 ao 11) e outra relativa à sua prática profissional quotidiana (item 12 ao 19). O questionário, na sua apresentação final, pode ser consultado no APÊNDICE X.

6.2. ESTUDO QUANTITATIVO DESCRITIVO-CORRELACIONAL

Neste capítulo proceder-se-á, em primeiro lugar, à caracterização socioprofissional da amostra, e de seguida, à apresentação dos resultados do estudo descritivo-correlacional.

6.2.1. Caracterização socioprofissional da amostra

A caracterização das variáveis independentes da amostra, que neste estudo são os dados socioprofissionais, consta deste capítulo. No caso de variáveis qualitativas, é apresentada a frequência absoluta (n) e relativa (%) de cada uma das categorias da variável. No caso de variáveis quantitativas, é apresentada a média (M) como medida de tendência central e o desvio padrão (DP) como medida de dispersão. Estas estatísticas são complementadas pela mediana (Me) e pelos valores mínimo e máximo.

Relativamente às características dos participantes da amostra (Tabela 4), verifica-se que os enfermeiros são predominantemente do sexo feminino (81.6%); em média, os inquiridos têm 43,1 anos de idade, 20 anos de experiência total como enfermeiro e 14.8 anos de prática clínica em contexto perioperatório.

A grande maioria dos enfermeiros possui habilitação académica ao nível da licenciatura (82.9%), e apenas 34.2% referiram ter uma especialidade pós-licenciatura em enfermagem. A especialidade mais frequente é de Enfermagem Médico-Cirúrgica (61.5%). Dos enfermeiros com a especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 68.8% (11 em 16) detêm a especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Os enfermeiros com esta área de especialização constituem 42.3% (11 em 26) de todos os enfermeiros que possuem uma especialidade, independentemente da área.

Tabela 4: Caracterização da amostra: género, idade, habilitações académicas, experiência profissional, especialização pós-licenciatura, tipo de bloco operatório onde exerce funções (n=76)

| Variável | Amostra (n=76) |
|---|-------------------|
| Género (%) | |
| Feminino | 62 (81.6%) |
| Masculino | 14 (18.4%) |
| Idade (anos) | |
| Média (DP) | 43.1 (9.7) |
| Mediana | 43.0 |
| Min-Max | 25-62 |
| Habilitações académicas (%) | |
| Bacharelato | 1 (1.3%) |
| Licenciatura | 63 (82.9%) |
| Mestrado | 12 (15.8%) |
| Experiência profissional – Total (anos) | |
| Média (DP) | 20.0 (9.8) |
| Mediana | 20.0 |
| Min-Max | 3-40 |
| Experiência profissional – Perioperatório (anos) | |
| Média (DP) | 14.8 (9.5) |
| Mediana | 12.5 |
| Min-Max | 1-38 |
| Título de especialista atribuído pela OE | |
| Sim | 26 (34.2%) |
| Não | 50 (65.8%) |
| Especialidade, quando aplicável (%) | |
| Enfermagem Médico-Cirúrgica | 16 (61.5%) |
| Enfermagem Comunitária | 4 (15.4%) |
| Enfermagem de Reabilitação | 3 (11.5%) |
| Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica | 2 (7.7%) |
| Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica | 1 (3.8%) |
| Tipo de bloco operatório onde exerce funções (%) | |
| Central | 42 (55.3%) |
| Periférico | 20 (26.3%) |
| Unidade de Cirurgia de Ambulatório | 14 (18.4%) |

6.2.2. Análise da fiabilidade

O instrumento de medida da percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos é constituído por 19 afirmações, operacionalizadas em itens do tipo *Likert* de 5 pontos, onde 1 corresponde à categoria “Discordo totalmente”

e 5 à categoria “Concordo totalmente”. Todas as afirmações se encontram formuladas na positiva, pelo que quanto maior o valor num item específico, maior o nível de conhecimento ou alinhamento com a prática clínica percebido pelo enfermeiro. O *score* global (isto é, unidimensional) deste instrumento é obtido pela média aritmética dos valores dos 19 itens de *Likert* que o compõem.

A fiabilidade indica a precisão do instrumento de medida; ou seja, diz respeito à consistência com que um parâmetro ou variável está a ser medido. Existem vários tipos de fiabilidade, sendo a mais conhecida e utilizada, a consistência interna, tipicamente medida pelo alfa de *Cronbach* (α). Esta pretende avaliar se todos os itens associados a uma escala (ou subescala) contribuem de forma positiva e uniforme para essa mesma escala (ou subescala). O alfa de *Cronbach* deverá ser idealmente superior a 0.7, sendo que valores inferiores a 0.5 são inaceitáveis do ponto de vista da fiabilidade dos dados usados (Dixe, 2022; Field, 2018; Nunnally & Bernstein, 1994). Para o instrumento de medida unidimensional, obteve-se um alfa de *Cronbach* de 0.82, podendo concluir-se que este é fiável. Procedeu-se também a uma análise fina de correlação entre cada item e o instrumento de medida ajustado excluindo esse mesmo item (tabela remetida para o APÊNDICE XI), verificando-se que todos os itens apresentam correlação positiva com o instrumento de medida ajustado, o que significa que os itens individuais estão em alinhamento com a escala.

6.2.3. Estatística descritiva

Para aferir a normalidade, foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* (KS), apropriado quando o número de indivíduos na amostra é superior a 50 (Marôco, 2021), tendo sido obtido um valor-*p* inferior a 0.05, o que significa que a distribuição do instrumento de medida não segue uma curva normal. Contudo, estudos de simulação mostraram que valores absolutos de assimetria inferiores a 3 e curtose inferiores a 7 tendem a não ser problemáticos em aplicações que requeiram a normalidade das distribuições (Kline, 1998, citado por Marôco, 2021). A Tabela 5 apresenta a estatística descritiva e análise de normalidade para o instrumento de medida unidimensional.

Tabela 5: Estatística descritiva e análise de normalidade da escala de percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos

| Escala | Média (DP) | Mediana | Min - Max | Assimetria | Curtose | Valor- <i>p</i> (teste KS) |
|------------------|-------------|---------|-----------|------------|---------|----------------------------|
| Percepção global | 4.43 (0.42) | 4.5 | 2.75 - 5 | -1.28 | 2.58 | 0.01 |

Pela análise da tabela 5, é possível verificar que o valor médio do instrumento de medida é 4.43 pontos, o que de acordo com a matriz de classificação qualitativa da Tabela 6,

corresponde a um nível de percepção considerado elevado no que respeita ao conhecimento e práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório. O valor mínimo obtido na amostra foi de 2.75 pontos (baixo com tendência a razoável) e o máximo de 5 pontos (valor atingido por dois enfermeiros – 2.6% da amostra – e que corresponde a uma percepção de domínio perfeito, tanto teórico como na prática diária, do tema em estudo).

Tabela 6: Classificação qualitativa do nível de percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos

| Intervalo | Percepção sobre rastreabilidade de dispositivos médicos | % da amostra (n=76) |
|--------------|---|---------------------|
| De 1.0 a 2.0 | Muito baixo | 0 (0.0%) |
| De 2.0 a 3.0 | Baixo | 1 (1.3%) |
| De 3.0 a 4.0 | Razoável | 10 (13.2%) |
| De 4.0 a 5.0 | Elevado | 65 (85.5%) |

Tendo em conta a classificação qualitativa da Tabela 6, onde foram criados quatro intervalos de igual amplitude, correspondendo a níveis crescentes de percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre o conhecimento e as práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório, verifica-se que a maioria dos enfermeiros apresenta um nível elevado de conhecimento e práticas (n=65, 85.5%), havendo, contudo, um número não negligenciável (n=10, 13.2%) no nível razoável ou moderado. Há, por fim, o caso atípico de baixo nível de conhecimento e práticas (n=1, 1.3%) já mencionado.

6.2.4. Análise dos itens de *Likert*

Cada afirmação ou item de *Likert* é uma variável qualitativa ordinal, com 5 categorias, existindo uma ordenação natural entre elas, sendo neste contexto a mediana a estatística apropriada para descrever os dados (Marôco, 2021). Embora a média não tenha um sentido claro neste tipo de variáveis, é tradicionalmente apresentada, pelo que tal será feito também neste estudo. A tabela com todas as respostas possíveis para cada item foi remetida para anexo (APÊNDICE XII).

Para simplificar a interpretação, foi feita a dicotomização de todos os itens através da criação da variável “% respostas positivas (4+5)”, que contém a percentagem de enfermeiros que respondeu “4 – Concordo” ou “5 – Concordo totalmente” para cada um dos itens. A estatística descritiva por item pode observar-se na Tabela 7.

Tabela 7: Análise descritiva dos itens da escala de percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos: média, desvio-padrão, mediana (n=76)

| Item / Questão | Média (DP) | Mediana | % Respostas positivas (4+5) |
|---|-------------|---------|-----------------------------|
| 1. As boas práticas no âmbito da rastreabilidade de dispositivos médicos contribuem para a garantia da qualidade dos cuidados perioperatórios e para melhores resultados em saúde. | 4.89 (0.39) | 5 | 97.4% |
| 2. A ausência de rastreabilidade de dispositivos médicos pode ter implicações jurídico-legais. | 4.66 (0.81) | 5 | 90.8% |
| 3. A rastreabilidade intraoperatória de dispositivos médicos enquadra-se na área de competências dos enfermeiros perioperatórios. | 4.84 (0.43) | 5 | 97.3% |
| 4. No caso de ocorrer uma infeção, a rastreabilidade de dispositivos médicos concorre para o estudo das causas prováveis. | 4.61 (0.77) | 5 | 92.1% |
| 5. A rastreabilidade de dispositivos médicos tem repercussões na segurança do doente. | 4.89 (0.35) | 5 | 98.7% |
| 6. A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo, como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, permite identificar o histórico do reprocessamento do dispositivo. | 4.42 (1.01) | 5 | 84.2% |
| 7. A rastreabilidade de dispositivos médicos implantáveis, facilita a identificação do doente e implementação de medidas corretivas, se necessário. | 4.71 (0.59) | 5 | 93.4% |
| 8. Os enfermeiros perioperatórios devem garantir a rastreabilidade intraoperatória dos dispositivos médicos de uso múltiplo. | 4.74 (0.64) | 5 | 96.1% |
| 9. A conformidade dos indicadores químicos de esterilização deve ser validada pelo enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante e anexada ao processo clínico do doente. | 4.75 (0.66) | 5 | 94.7% |
| 10. Os enfermeiros perioperatórios devem garantir a rastreabilidade intraoperatória dos dispositivos médicos implantáveis. | 4.86 (0.39) | 5 | 98.6% |
| 11. A temática da rastreabilidade de dispositivos médicos deve estar incluída no plano de formação anual do serviço. | 4.86 (0.42) | 5 | 97.4% |
| 12. A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo, como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, acompanha o processo clínico do doente. | 3.99 (1.36) | 5 | 69.8% |
| 13. A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo é executada em todos os procedimentos cirúrgicos, inclusive naqueles com curta duração. | 4.26 (1.24) | 5 | 76.3% |
| 14. Os dispositivos médicos de uso múltiplo provenientes da Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (Central de Esterilização) apresentam os elementos necessários para garantir a sua rastreabilidade | 4.20 (1.29) | 5 | 79.0% |
| 15. Os enfermeiros perioperatórios garantem a rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo. | 4.17 (1.33) | 5 | 73.7% |
| 16. A rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis integra o processo clínico do doente. | 4.17 (1.18) | 5 | 77.7% |
| 17. Quando é implantado um dispositivo médico é facultado ao doente um cartão de implante, garantindo a sua rastreabilidade. | 4.37 (0.88) | 5 | 80.3% |
| 18. Os enfermeiros perioperatórios garantem a rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis. | 4.55 (0.81) | 5 | 88.2% |
| 19. Os enfermeiros perioperatórios notificam não conformidades na rastreabilidade dos dispositivos médicos. | 3.80 (1.36) | 4 | 60.6% |

Com base numa análise conjunta de mediana e percentagem de respostas positivas, pode afirmar-se que a mediana máxima possível (5 pontos) é atingida em 18 das 19 afirmações do instrumento, incluindo todos os itens da dimensão teórica *conhecimento sobre*

rastreabilidade de dispositivos médicos e, sendo as percentagens típicas de concordância nestas questões superiores a 90%.

A questão 1, “As boas práticas no âmbito da rastreabilidade de dispositivos médicos contribuem para a garantia da qualidade dos cuidados perioperatórios e para melhores resultados em saúde”, (M=4,89; DP=0,39; Me=5; 97,4% de concordância) e a questão 5, “A rastreabilidade de dispositivos médicos tem repercussões na segurança do doente”, (M=4,89; DP=0,35; Me=5; 98,7% de concordância) apresentam os melhores resultados, revelando elevados níveis de conhecimento sobre a importância da rastreabilidade de dispositivos médicos na segurança da pessoa em situação perioperatória e na qualidade dos cuidados.

Na questão 12, “A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo, como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, acompanha o processo clínico do doente”, (M= 3,99; DP=1,36; Me=5; 69.8% de concordância), apesar de se ter obtido a mediana máxima possível, a percentagem de concordância é significativamente mais baixa do que nos restantes itens com igual mediana. Este resultado traduz a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre eventuais lacunas na prática diária, nomeadamente, ao nível do registo da rastreabilidade de DMUM cirúrgicos.

A questão 19, “Os enfermeiros perioperatórios notificam não conformidades na rastreabilidade dos dispositivos médicos”, (M=3,80; DP=1,36; Me=4; 60.6% de concordância) demonstra a percepção dos enfermeiros sobre a notificação de não conformidades na rastreabilidade, evidenciando que essa prática não é frequente no seu quotidiano.

6.2.5. Dimensões do instrumento de medida

Embora uma análise fatorial exploratória, com vista a determinar se existem subescalas (dimensões) dentro da escala unidimensional, esteja fora do âmbito deste trabalho, a análise qualitativa das afirmações, tendo por base o seu conteúdo semântico, revela 11 itens relacionados com o conhecimento teórico sobre rastreabilidade de dispositivos médicos (subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos*) e, 8 itens relacionados com a percepção sobre as práticas diárias efetivas no âmbito da rastreabilidade de dispositivos médicos (subescala *percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos*), conforme se pode observar na Tabela 8.

Tabela 8: Itens constituintes da subescala *Conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* e da subescala *Percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos*

| SUBESCALA <i>Conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos</i>: | |
|--|--|
| 1 | As boas práticas no âmbito da rastreabilidade de dispositivos médicos contribuem para a garantia da qualidade dos cuidados perioperatórios e para melhores resultados em saúde. |
| 2 | A ausência de rastreabilidade de dispositivos médicos pode ter implicações jurídico-legais. |
| 3 | A rastreabilidade intraoperatória de dispositivos médicos enquadra-se na área de competências dos enfermeiros perioperatórios. |
| 4 | No caso de ocorrer uma infeção, a rastreabilidade de dispositivos médicos concorre para o estudo das causas prováveis. |
| 5 | A rastreabilidade de dispositivos médicos tem repercussões na segurança do doente. |
| 6 | A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo, como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, permite identificar o histórico do reprocessamento do dispositivo. |
| 7 | A rastreabilidade de dispositivos médicos implantáveis, facilita a identificação do doente e implementação de medidas corretivas, se necessário. |
| 8 | Os enfermeiros perioperatórios devem garantir a rastreabilidade intraoperatória dos dispositivos médicos de uso múltiplo. |
| 9 | A conformidade dos indicadores químicos de esterilização deve ser validada pelo enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante e anexada ao processo clínico do doente. |
| 10 | Os enfermeiros perioperatórios devem garantir a rastreabilidade intraoperatória dos dispositivos médicos implantáveis. |
| 11 | A temática da rastreabilidade de dispositivos médicos deve estar incluída no plano de formação anual do serviço. |
| SUBESCALA <i>Percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos</i>: | |
| 12 | A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo, como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, acompanha o processo clínico do doente. |
| 13 | A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo é executada em todos os procedimentos cirúrgicos, inclusive naqueles com curta duração. |
| 14 | Os dispositivos médicos de uso múltiplo provenientes da Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (Central de Esterilização), apresentam os elementos necessários para garantir a sua rastreabilidade, nomeadamente, identificação do conjunto cirúrgico, identificação do esterilizador e lote de carga. |
| 15 | Os enfermeiros perioperatórios garantem a rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo. |
| 16 | A rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis integra o processo clínico do doente. |
| 17 | Quando é implantado um dispositivo médico é facultado ao doente um cartão de implante, garantindo a sua rastreabilidade. |
| 18 | Os enfermeiros perioperatórios garantem a rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis. |
| 19 | Os enfermeiros perioperatórios notificam não conformidades na rastreabilidade dos dispositivos médicos. |

A análise quantitativa destas subescalas permite obter conclusões relevantes. Do ponto de vista da fiabilidade, a subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* apresenta um alfa de *Cronbach* de 0.80 e a subescala *percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos* obtém um alfa de *Cronbach* de 0.81, o que demonstra boa fiabilidade em ambos os casos.

O valor médio da subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* (M=4.75, DP=0.36) é elevado e bastante superior ao valor médio da subescala *percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos* (M=4.03, DP=0.77), que se encontra na fronteira entre razoável e elevado. A diferença entre médias é de 0.72, sendo este valor estatisticamente muito significativo ($p < 0.001$), tendo sido usado o teste *t* de amostras emparelhadas para a comparação de médias, como se pode observar na Tabela 9.

Tabela 9: Comparação de médias (teste t) para a subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* e subescala *percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos*

| Subescala | N | Média | Dif. Média | SEM* | Valor teste t | Valor-p |
|--------------------------|----|-------|------------|------|---------------|---------|
| Conhecimento | 76 | 4.75 | 0.72 | 0.09 | 7.83 | < 0.001 |
| Percepção sobre práticas | 76 | 4.03 | | | | |

*SEM – *Standard Error Mean* ou Erro padrão da média

Foi ainda calculado o coeficiente de correlação de *Pearson* entre as subescalas *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* e *percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos* (APÊNDICE XIII), resultando numa correlação positiva fraca e estatisticamente não significativa ($r=0.15$, $p=0.21$), o que significa que as variáveis não se encontram associadas

6.2.6. Modelo da regressão linear

O objetivo deste subcapítulo é determinar se existem variáveis independentes (que são potenciais preditores) com influência sobre a variável dependente, que neste estudo é o *score* da escala que avalia a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos. A técnica estatística apropriada para este tipo de análise é a regressão linear múltipla, uma vez que permite avaliar, simultaneamente, o impacto de todos os potenciais preditores na variável dependente. Além disso, tem em conta as interações entre os próprios preditores, permitindo assim ao modelo de regressão ajustar o impacto efetivo de cada uma destas variáveis.

A Tabela 10 apresenta as variáveis independentes que foram usadas no modelo inicial como potenciais preditores do *score* da escala.

Tabela 10: Preditores do modelo de regressão linear

| Variável independente (preditor) | Tipo de variável |
|---|---------------------|
| Género | Qualitativa nominal |
| Idade | Quantitativa |
| Habilitações académicas | Qualitativa ordinal |
| Experiência profissional – Total | Quantitativa |
| Experiência profissional – Perioperatório | Quantitativa |
| Título de especialista | Qualitativa nominal |
| Tipo de Bloco Operatório | Qualitativa nominal |

Foram ajustados três modelos, um para a escala unidimensional e os restantes para as subescalas *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* e *percepção sobre*

práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos. Contudo, como mostra a Tabela 11, apenas o modelo da subescala do *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* apresenta um valor significativo ($p=0.02$), sendo os restantes modelos não significativos ($p>0.05$).

Tabela 11: Significância global dos modelos para a escala unidimensional, subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* e subescala *percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos*

| Variável dependente (resposta) do modelo | Teste F (ANOVA) | Valor-p |
|--|-----------------|-----------|
| Escala unidimensional | 1.01 | 0.42 (ns) |
| Subescala <i>conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos</i> (C) | 4.07 | 0.02* |
| Subescala <i>percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos</i> (P) | 0.92 | 0.48 (ns) |

* $p<0.05$ (nível de confiança de 95%)

No que respeita à subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos*, os resultados encontram-se na Tabela 12. Tendo em conta que a importância relativa de cada preditor na variável dependente é dada pelo coeficiente estandardizado (β) e, que o impacto absoluto de cada preditor na variável dependente é dado pelo coeficiente não-estandardizado (B); é possível inferir que a variável mais importante do modelo é a Especialização em Enfermagem ($\beta=0.32$), associada positivamente ao *score* da subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos*. Os enfermeiros que possuem uma especialização têm, em média, mais 0.24 pontos na subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos*, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p=0.01$).

Para além disso, a idade está negativamente associada ao *score* da subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* ($\beta=-0.27$). Por cada ano de idade, verifica-se uma perda média de 0.01 pontos na subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos*, valor que atinge significância estatística no modelo ($p=0.03$).

Tabela 12: Resultados do modelo da subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos*

| Variável independente / Preditor | Coefficiente não-estandardizado B | Coefficiente estandardizado β | t | Valor-p |
|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------|---------|
| (Constante) | 2.75 | | 32.64 | <0.001 |
| Idade | -0.01 | -0.27 | -2.21 | 0.03 |
| Especialização em enfermagem | 0.24 | 0.32 | 2.58 | 0.01 |

O R^2 (coeficiente de determinação) do modelo final é de 0.10 e o R^2_{aj} (coeficiente de determinação ajustado) de 0.08. Tal significa que 10.0% da variância observada no *score* da subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* pode ser explicado pelos dois preditores presentes no modelo final (idade e especialização em enfermagem). Foi ainda feita a validação de pressupostos do modelo, tendo-se confirmado que os resíduos (erros do modelo) possuíam distribuição normal, variância constante e ausência de autocorrelação.

7. DISCUSSÃO

Neste capítulo, pretendem interpretar-se os resultados obtidos, à luz da evidência científica atual, com o propósito de dar resposta à questão de investigação que norteou este estudo: “Qual a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre o processo de rastreabilidade dos dispositivos médicos no bloco operatório?”.

A técnica *Delphi*, utilizada no desenvolvimento do estudo metodológico, exigiu a seleção de peritos com conhecimentos especializados na área da gestão de dispositivos médicos em ambiente perioperatório, reprocessamento de DMUM, rastreabilidade e controlo de infeção, procurando alcançar um grupo heterogéneo de indivíduos. Isto vai de encontro ao recomendado na literatura onde se sublinha que, na técnica *Delphi*, as soluções de maior qualidade são produzidas, tendencialmente, por grupos heterogéneos (Powell, 2003; Marques & Freitas, 2018). É importante que o conjunto de peritos selecionados seja, simultaneamente, imparcial e interessado na temática em estudo, bem como, variado em termos de experiência e perspetivas. E, neste sentido, os resultados desta técnica são tão válidos quanto as opiniões dos especialistas que constituem o painel (Yousuf, 2007; Powell, 2003; Marques & Freitas, 2018).

Na segunda ronda do painel *Delphi*, o número de itens que não obteve concordância (praticamente sobreponível ao número de itens que não obteve concordância na primeira ronda) sugeria eventuais dificuldades na compreensão das questões ou quiçá na compreensão do estudo e dos seus objetivos. A análise qualitativa das sugestões e opiniões dos peritos também insinuava estas dificuldades. Neste contexto, a evidência sugere ser muito importante assegurar que os peritos compreendem os objetivos da técnica *Delphi*, caso contrário podem responder de forma inadequada ou perder o interesse (Powell, 2003; Marques & Freitas, 2018). Para além disso, também o *feedback* dado aos participantes entre rondas, apresentando os resultados obtidos ao painel de especialistas, de forma sistemática e sucinta, é apontado como essencial para o sucesso desta técnica (Marques & Freitas, 2018). Antes de dar início à terceira ronda, o painel de peritos foi devidamente esclarecido, tendo sido reforçadas algumas questões essenciais sobre o estudo, clarificadas as dúvidas remanescentes e, dado o adequado *feedback* sobre os resultados obtidos na ronda anterior.

Na terceira ronda, os peritos chegaram a consenso e todos os itens atingiram o nível de aceitação estabelecido. Assim, pode afirmar-se que o instrumento construído é validado,

tem potencial para descrever a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre a rastreabilidade de dispositivos médicos em bloco operatório. Para além disso, este questionário afigura-se como um contributo na sensibilização dos enfermeiros perioperatórios para as boas práticas no âmbito da rastreabilidade e para a importância da melhoria contínua.

Na terceira ronda do painel *Delphi*, um participante desistiu da sua participação no estudo. De acordo com Marques e Freitas (2018), é frequente alguns participantes desistirem no decorrer do processo, levando o tamanho do painel a diminuir de ronda para ronda. Este evento é inócuo desde que assegurado um número suficiente (superior ao mínimo previsto) de participantes (Marques & Freitas, 2018). Neste estudo, o número de participantes foi acautelado desde logo, seguindo as recomendações da literatura vigente (Yusoff, 2019).

Aquando da caracterização socioprofissional dos enfermeiros perioperatórios que participaram no estudo quantitativo, descritivo-correlacional, constatou-se que são predominantemente do sexo feminino, totalmente em linha com o observado na população destes profissionais a nível nacional – 82.7% segundo o Anuário Estatístico da OE (OE, 2023).

Denota-se, em termos médios, uma experiência profissional significativa. Aqui sublinha-se que é através da experiência que o enfermeiro aprende a focar o que é relevante num determinado contexto, atribuindo-lhe significado e agindo em conformidade. Neste sentido, as competências essenciais para a excelência dos cuidados, são adquiridas e desenvolvidas através da aprendizagem experiencial, no sentido da perícia profissional – o perito “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 58). Deste modo, entende-se que a amostra, em termos médios, possui a experiência profissional necessária para se posicionar num nível de competência equivalente a proficiente ou a perito, de acordo com a classificação de Benner (2001).

A grande maioria dos enfermeiros deste estudo possui habilitação académica ao nível da licenciatura e apenas um terço tem uma especialidade pós-licenciatura em enfermagem. Tendo em conta, o contexto de prática profissional em bloco operatório, a maioria das especializações são de Enfermagem Médico-Cirúrgica, como era expectável.

Dado que a diferenciação por área de especialização é relativamente recente, não é possível quantificar a sua verdadeira representatividade. No entanto, pode afirmar-se que os enfermeiros da área de especialização “Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória” representam a maioria de todos os especialistas em Enfermagem Médico-

Cirúrgica e, constituem quase metade dos enfermeiros que possuem uma especialização, independentemente da área.

O recurso à análise estatística dos dados, permite ao investigador defender um significado específico para os seus dados, em função dos resultados obtidos. Neste processo há que ter em conta diversos aspetos metodológicos, entre os quais se sublinha o tipo de instrumento utilizado na recolha de dados, sendo necessário questionar em que medida os resultados obtidos podem ser determinados pelas especificidades do instrumento utilizado (Almeida & Freire, 2008). Assim, ainda que se retirem eventuais conclusões, importa sempre analisar o suporte empírico em que as mesmas assentam.

A consistência interna do instrumento de medida da percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório permitiu inferir a sua fiabilidade.

O instrumento de medida construído com base nas orientações e recomendações da OMS & OPAS (2016), Regulamento (UE) 2017/745 (2017) de 5 de abril (2017), WHO (2018b) e Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018) e, validado através do estudo metodológico, organizou-se em duas dimensões: *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* e *percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos*. Os resultados globais do questionário indiciam uma percepção elevada dos enfermeiros perioperatórios no que concerne aos conhecimentos e à prática efetiva da rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório.

No mesmo sentido, um estudo qualitativo realizado no Hospital Universitário Federal do Rio de Janeiro (Brasil), com o objetivo de analisar a importância da rastreabilidade do instrumental cirúrgico pela equipa de enfermagem de um bloco operatório, identificou que 87% dos profissionais conheciam o processo de rastreabilidade de DMUM cirúrgicos e apenas 13% referiram não ter conhecimento sobre o processo (Galhardo & Lopes, 2022). Neste estudo, a maioria dos enfermeiros afirmou que as informações relativas aos DMUM (nome, lote, data de validade, indicador de esterilização, quantidade de peças) eram anexadas ao processo clínico do doente, contudo, os investigadores verificaram a existência de algumas falhas na rastreabilidade de DMUM cirúrgicos, associadas à falta de padronização do procedimento (Galhardo & Lopes, 2022).

Noutro estudo, de cariz quantitativo, desenvolvido na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Brasil), investigou-se o conhecimento dos enfermeiros sobre indicadores químicos de esterilização e, inferiu-se que a maioria dos enfermeiros inquiridos, considera deter o conhecimento necessário para avaliar o resultado de um indicador químico de

esterilização e, entende esses indicadores como essenciais no processo de rastreabilidade dos DMUM cirúrgicos (Lima et al., 2021).

Já num estudo quantitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido no bloco operatório de um hospital público brasileiro, procurou avaliar-se o conhecimento da equipa multidisciplinar do bloco operatório sobre os critérios de monitorização e rastreabilidade dos dispositivos médicos esterilizados, obtendo resultados distintos da presente investigação, na medida em que foram evidenciadas lacunas importantes no conhecimento dos profissionais. Independentemente da categoria profissional, inferiu-se o desconhecimento sobre os métodos de esterilização e o entendimento do indicador químico externo como garantia absoluta de esterilização. Face a estes resultados, os investigadores sublinham a importância da formação contínua da equipa multidisciplinar do bloco operatório, evidenciando a importância do conhecimento sobre indicadores químicos e biológicos de esterilização, devido ao uso diário de dispositivos médicos reprocessados e, destacando a importância da rastreabilidade desses dispositivos médicos, de modo a garantir que estão asseguradas as condições ideais para a sua utilização (Souza e Silva et al., 2019).

Relativamente à análise dos itens do instrumento de medida da percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos, verificou-se que a mediana máxima é atingida em 18 das 19 afirmações do instrumento, o que inclui todas as questões da dimensão teórica *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos*. As percentagens de concordância nestas questões são superiores a 90%, o que parece sustentar o elevado nível de conhecimento dos enfermeiros inquiridos sobre rastreabilidade, já evidenciado no *score* global da escala.

Os itens que atingiram um nível de concordância inferior, abaixo dos 70%, remetem para a percepção sobre as práticas de rastreabilidade intraoperatória, nomeadamente o item 12 (“A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo, como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, acompanha o processo clínico do doente”) e o item 19 (“Os enfermeiros perioperatórios notificam não conformidades na rastreabilidade dos dispositivos médicos”).

O item 12 (“A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo, como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, acompanha o processo clínico do doente”) parece traduzir a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre eventuais lacunas na prática diária, nomeadamente, ao nível do registo da rastreabilidade dos DMUM cirúrgicos no processo clínico do doente. Este facto pode estar relacionado com o facto da maioria dos sistemas de rastreabilidade intraoperatória, no panorama nacional, serem manuais, o que aumenta a

probabilidade de erro humano tal como encontrado na literatura (Bento et al., 2022; Duro, 2014; Galhardo et al., 2022; Martins & Ribeiro, 2017; Goh et al., 2016; Xia et al., 2016). Ou porque, no contexto nacional, muitos dos sistemas manuais de rastreabilidade registam apenas parte do processo (Pena, 2022). Ou ainda, porque como já foi descrito, não existe uma padronização do procedimento de rastreabilidade intraoperatória, o que dá espaço a práticas distintas em função da variabilidade individual e da variabilidade de situações clínicas.

Já o item 19 (“Os enfermeiros perioperatórios notificam não conformidades na rastreabilidade dos dispositivos médicos”) demonstra a percepção dos enfermeiros sobre a notificação de não conformidades na rastreabilidade intraoperatória, evidenciando que essa prática não é frequente no seu quotidiano. Isto parece ir de encontro a estudos recentes sobre a segurança do doente no bloco operatório, cujos resultados inferiram a baixa adesão ao sistema de notificação de incidentes de segurança, constatando que a maioria dos enfermeiros não utiliza este sistema de forma consistente (Mota et al., 2021; Ferreira & Dixe, 2024).

Assim, de um modo geral, os resultados obtidos no item 12 (“A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo, como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, acompanha o processo clínico do doente”) e no item 19 (“Os enfermeiros perioperatórios notificam não conformidades na rastreabilidade dos dispositivos médicos”) parecem revelar as fragilidades e, simultaneamente, as oportunidades de melhoria, tanto na documentação da rastreabilidade, como no processo de notificação de não conformidades da rastreabilidade de dispositivos médicos.

As duas dimensões teóricas do instrumento de medida (*conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos e percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos*), entendidas qualitativamente como duas subescalas, viabilizaram uma análise quantitativa, isolada, de cada uma delas. Ambas as subescalas apresentam um alfa de *Cronbach* aceitável, o que permite afirmar a sua fiabilidade.

O valor médio obtido na subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* parece indiciar que os enfermeiros perioperatórios apresentam conhecimentos consistentes sobre rastreabilidade, cumprindo as recomendações legais (Regulamento (UE) 2017/745 (2017) de 5 de abril, 2017; Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018) e de boas práticas (OMS & OPAS, 2016; WHO, 2018b). O valor médio obtido na subescala *percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos*, é mais baixo do que na subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* o que parece indicar

que as práticas efetivas de rastreabilidade intraoperatória não acompanham o elevado conhecimento dos profissionais sobre o tema.

A diferença entre estas médias, calculada através do teste *t* de amostras emparelhadas, é estatisticamente muito significativa ($p < 0.001$). Esta discrepância parece indiciar dificuldades na operacionalização do conhecimento. Esta disparidade entre conhecimento e prática efetiva pode dever-se ao facto desta temática ser pouco abordada quer no panorama científico nacional, quer a nível organizacional e, por conseguinte, alvo de escassa atenção da gestão intermédia e gestão de topo das organizações, não constituindo foco sistemático de intervenção, formação contínua ou auditorias. Neste sentido, Pena (2022), considera existirem carências profundas no cumprimento do quadro legal e recomendações normativas, ao nível do reprocessamento de DMUM e do seu processo de rastreabilidade, no contexto nacional.

Para além do exposto, a disparidade encontrada entre conhecimento e percepção sobre as práticas profissionais pode indicar a necessidade de uniformização dos procedimentos de rastreabilidade intraoperatória de dispositivos médicos, tal como sugerido por Galhardo e Lopes (2022), ou a necessidade de formação contínua, como apontado por Souza e Silva et al. (2019).

Na tentativa de perceber a relação entre as duas dimensões teóricas acima descritas, procedeu-se à análise do coeficiente de correlação de *Pearson*, verificando-se uma correlação positiva fraca e estatisticamente não significativa entre as subescalas *conhecimento* e *percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos*; o que significa que as duas variáveis não se encontram associadas. Assim sendo, os participantes da amostra que percecionam as práticas diárias de rastreabilidade num nível equivalente ao razoável, abaixo do ideal, podem ter um conhecimento mais ou menos elevado sobre rastreabilidade. Por outras palavras, deter conhecimento sobre a temática em estudo não parece traduzir-se, necessariamente, na percepção de melhores práticas. Aqui importa ressaltar que a percepção sobre as práticas traduz, não só a percepção sobre a sua própria prática, mas também a percepção sobre as práticas coletivas, em função dos procedimentos executados e protocolados no bloco operatório onde o enfermeiro exerce funções; o que remete novamente para a necessidade de padronização dos procedimentos (Galhardo & Lopes, 2022).

Com o intuito de avaliar se as variáveis independentes (género, idade, habilitações académicas, experiência profissional, título de especialista, tipo de bloco operatório) têm influência sobre a variável dependente (*score* do instrumento de medida) procedeu-se à regressão linear múltipla. Foram ajustados três modelos, um para a escala unidimensional e

os restantes para a subescala (qualitativa) *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* e para a subescala (qualitativa) *percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos*.

Contudo, apenas o modelo da subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* apresenta um valor significativo, sendo os restantes modelos não significativos. Isto significa que nenhuma das variáveis independentes apreendidas no questionário tem valor explicativo ou preditivo no que respeita a identificar perfis de enfermeiros com práticas diferentes relativas à rastreabilidade de dispositivos médicos, sendo apenas possível fazê-lo no que no concerne ao conhecimento.

A variável mais importante do modelo é a especialização pós-licenciatura em enfermagem, associada positivamente ao *score* da subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos*. Assim, os enfermeiros que possuem uma especialização têm maior pontuação na subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos*, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p=0.01$). Apesar de não terem sido encontrados estudos que sustentem esta relação, a nível empírico parece fazer sentido que o enfermeiro especialista, por ser detentor de um corpo específico de conhecimentos e competências, apresente níveis de conhecimento mais elevados do que o enfermeiro de cuidados gerais.

Também a variável idade se associa ao *score* da subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos*, mas no sentido negativo. Deste modo, por cada ano de idade, verifica-se uma perda de pontos na subescala *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos*, valor que atinge significância estatística no modelo ($p=0.03$). O conhecimento científico, essencialmente dinâmico e em constante evolução, exige aos profissionais um esforço contínuo para acompanhar as suas transformações. Assim sendo, estes resultados podem estar relacionados com o facto de a rastreabilidade ser um conceito relativamente recente e, por conseguinte, ainda não integrar o corpo teórico dos enfermeiros perioperatórios com mais idade.

8. CONCLUSÃO

Finda a análise e discussão dos resultados, pretende agora inferir-se sobre as principais conclusões do presente estudo de investigação, sobre as suas limitações e eventuais implicações para a prática de cuidados.

O desenvolvimento desta investigação fundou-se no reconhecimento da rastreabilidade de dispositivos médicos como um processo que contribui para a segurança da pessoa em situação perioperatória e para o controlo e prevenção das IACS, bem como, no reconhecimento do importante papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, na gestão e controlo de dispositivos médicos. Após revisão da literatura, constatou-se a ausência de estudos nacionais sobre esta temática, fazendo emergir a necessidade de construir e validar um instrumento de medida que permitisse descrever a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre a rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório.

Este trabalho de investigação envolveu diversas fases e dois estudos sequenciais: o estudo metodológico, através do qual foi construído e validado o instrumento de medida da percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório e, o estudo quantitativo descritivo-correlacional, que permitiu descrever a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório.

O estudo metodológico foi concretizado através da técnica *Delphi*, sendo que, após três rondas, a concordância do painel superior a 75% permitiu encerrar a validação de conteúdo do instrumento de medida, constituído por 19 questões, organizadas em duas dimensões teóricas: conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos e percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos.

O estudo quantitativo descritivo-correlacional permitiu descrever a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório, verificando-se robustez nos conhecimentos e nas práticas efetivas de rastreabilidade, traduzido num *score* global elevado do instrumento de medida.

Contudo, quando analisadas isoladamente as duas dimensões teóricas do instrumento de medida, o valor médio obtido na subescala *percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos* é mais baixo do que na subescala *conhecimento sobre rastreabilidade*

de dispositivos médicos, o que parece indicar que as práticas efetivas de rastreabilidade intraoperatória não acompanham os elevados padrões de conhecimento dos profissionais. Este instrumento demonstrou ser fiável, tanto para a escala global como para as subescalas qualitativas *conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos* e *percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos*. Para além disso, o facto destas subescalas apresentarem uma correlação estatisticamente não significativa, evidenciando não estar associadas, levanta algumas questões sobre a pertinência do domínio *percepção sobre as práticas*; questões essas que poderão, eventualmente, ser respondidas em estudos subsequentes, que tenham por base esta investigação.

Como todos os estudos de investigação, também este tem algumas limitações. Ao nível do estudo metodológico, podem referir-se as limitações associadas à própria técnica *Delphi*, nomeadamente, a longa duração do processo, com eventual perda de interesse dos peritos envolvidos e ausência de compromisso com o processo; e, dificuldades associadas ao seu *design* e implementação. Relativamente às limitações do estudo quantitativo descritivo-correlacional, podem apontar-se o tamanho da amostra e a sua representatividade, o que impossibilita a generalização dos resultados. Para além disso, este estudo, por ser de natureza correlacional e cariz transversal não possibilita o estabelecimento de uma relação causa-efeito, exigindo assim cautela na interpretação dos resultados obtidos.

Num quadro científico praticamente inexistente a nível nacional e parco a nível internacional, onde os estudos encontrados focam a rastreabilidade de DMUM cirúrgicos sobretudo ao nível das Unidades de Reprocessamento de DMUM e não em contexto intraoperatório, a presente investigação assume particular relevância, pelo seu carácter pioneiro e inovador, contribuindo para a sensibilização da comunidade científica, e dos próprios enfermeiros perioperatórios.

A consecução desta investigação abre caminho ao desenvolvimento da temática em estudo, tanto a nível científico como ao nível das boas práticas, potenciando intervenções de melhoria contínua no âmbito da rastreabilidade intraoperatória de dispositivos médicos. Os resultados obtidos poderão, assim, servir de base à consecução de investigações futuras, nomeadamente, com a aplicação do questionário a uma amostra mais alargada que permita a sua validação psicométrica.

Neste sentido, na procura pela excelência do exercício profissional, cabe ao enfermeiro especialista na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória assegurar estes processos, contribuindo para a gestão e controlo de dispositivos médicos em contexto intraoperatório, através da promoção de “práticas seguras em ambientes seguros”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório, que agora se aproxima do fim, é produto de um longo e sinuoso processo de reflexão crítica, pautado pela (re)interpretação de experiências à luz da evidência científica atual. O seu término faz adivinhar a conclusão do percurso acadêmico que lhe está inerente e que marcou, de forma indelével, a mestrandia, como pessoa e como enfermeira.

O estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II constituiu um momento-chave do percurso formativo, muito para além do cumprimento de uma unidade curricular. Afigurou-se como elemento fundamental na transição de enfermeiro para enfermeiro especialista, contribuindo para *olhar* a enfermagem perioperatória sob outro prisma. Este novo *olhar*, congruente com a consciência cirúrgica, acarretou de forma tácita e inevitável, novas responsabilidades no exercício da profissão. Exigiu, deste modo, capacidade de adaptação e flexibilidade perante novos e diversos ambientes da prática, num continuum marcado pela aquisição, mobilização e integração de conhecimentos e habilidades, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, no sentido de uma prática especializada de enfermagem.

Desenvolvido em contexto de ambulatório, o ensino clínico permitiu cuidar da pessoa em situação perioperatória ao longo de todo o processo perioperatório, numa prática de cuidados centrada na pessoa, na assunção da sua vulnerabilidade e na garantia da sua segurança.

Terminado o estágio, permanece a certeza de ter desenvolvido um perfil individualizado de competências, fundado nas competências comuns e nas competências específicas do enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

O desenvolvimento do projeto de melhoria contínua sobre rastreabilidade intraoperatória de dispositivos médicos, a elaboração do filme sobre o circuito da pessoa em situação perioperatória na UCA e, a consecução do estudo de investigação *Rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório: Percepção dos enfermeiros perioperatórios*, parte integrante deste relatório final, constituem objetivos concretizados que, na perspetiva da enfermagem avançada, se coadunam com a aquisição de competências de mestre, tal como preconizado no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018).

Os resultados do estudo, analisados com a devida cautela pelas suas limitações metodológicas, sugerem que, de um modo geral, os enfermeiros perioperatórios detêm elevado conhecimento sobre rastreabilidade de dispositivos médicos, contudo a sua percepção sobre as práticas de rastreabilidade não acompanha esses padrões de

conhecimento. Estes resultados parecem constituir um alerta para a abordagem séria e sistemática do tema, sublinhando a importância da padronização de procedimentos, formação contínua e auditoria dos processos.

Tendo em consideração a parca moldura científica sobre rastreabilidade intraoperatória de dispositivos médicos, o estudo de investigação desenvolvido assume particular relevância por contribuir para a sensibilização sobre o tema junto da comunidade científica, constituindo-se como eventual ponto de partida para futuras investigações e promovendo intervenções de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

O caminho *fez-se* caminhando. Apesar dos momentos de cansaço, do desgaste, da fadiga. Apesar da dureza emocional, da dificuldade em conciliar papéis. Apesar de todas as batalhas travadas. Foi um caminho extraordinário. Gratificante. Indescritível. Um caminho pautado pelo crescimento pessoal e profissional.

Após o percurso descrito, fica a certeza de terem sido alcançados os objetivos propostos e adquiridas as competências fundamentais ao exercício de uma enfermagem avançada, de acordo com o perfil do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2008). Especificações Técnicas para Instalações de AVAC – ET 06/2008. [ET_6_2008_v.2022.pdf \(min-saude.pt\)](#)
- Administração Central do Sistema de Saúde (2011). Recomendações Técnicas para Bloco Operatório – RT 05/2011. [CAPA RT BO.cdr \(min-saude.pt\)](#)
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2012). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 15 de 15 de março de 2012: Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasil: Ministério da Saúde. [e08bf584-0ea3-47da-a053-648a1c87f45d \(anvisa.gov.br\)](#)
- Allegranzi, B., Bagheri Nejad, S., Combescure, C., Graafmans, W., Attar, H., Donaldson, L., & Pittet, D. (2011). Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 377(9761), 228–241. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61458-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61458-4)
- Almeida, F. & Pacheco, C. (2014). Eletrocirurgia. In: A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 103-105). Lidel.
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Psiquilíbrios Edições.
- Alves, H. (2016). *Competências motivacionais, emocionais e comunicacionais em estudantes estagiários da área da saúde* [Tese de Doutoramento, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. Repositório da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/9005>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2013). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório* (3.ª Ed.). AESOP.
- Bastos, J., Sousa, J., Silva, P. & Aquino, R. (2023). O Uso do Questionário como Ferramenta Metodológica: potencialidades e desafios. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(3), 623-636.
- Batista, J., Cruz, E., Silva, D., Nazário, S., & Antunes, B. (2023). Impact of surgical checklists on the time of surgical processes: a cross-sectional study. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 50, e20233425. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20233425-en>

- Benito, G. & Licheski, A. (2009). Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (3), 447-450. DOI: [10.1590/S0034-71672009000300018](https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000300018)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto.
- Bento, L., Daflon, Y. & Silva, C. (2022). Desenvolvimento de sistema de rastreabilidade automatizada de baixo custo para centro de material e esterilização. *Revista SOBECC*, 27, e2227801, 1-7. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202227801>
- Breda, L., & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, V(5), e20088, 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20088>
- Cabral, A., Machado, D., Bridi, A., Marta, C., Silva, P., Junior, J., Barroso, N., Mendes, C., Joazeiro, V., Dutra, L. & Neves, R. (2021). A rastreabilidade de dispositivos médicos implantáveis e o sistema único de identificação de dispositivos: Um estudo bibliométrico. *Global Academic Nursing Journal*. 2(4), e200, 1-13. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200200>
- Calicchio, L. & Laranjeira, P. (2021). Controle da esterilização e desinfecção de produtos para saúde: monitoramento e validação de processos. In: Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde [APECIH], *Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Produtos Para Saúde (4ª Ed.)* (pp. 321-357). APECIH.
- Camargo, C., Araujo, B., Francisco, A., Lourenço, A., & Caregnato, R. (2022). Visitas de enfermagem pré e pósoperatórias: revisão integrativa. *Revista SOBECC*, 26(4), 246-252. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100040008>
- Caseiro, J. (2009). Critérios de admissão e de alta em cirurgia do ambulatório – A perspectiva do Anestesiologista. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, (8), 49-57. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/223>
- Castoro, C., Drace, C. & Baccaglioni, U. (2006). Patient information, assessment and preparation of day cases: Guidelines and a practical application toolkit. In P. Lemos, P. Jarret & B. Philip (Eds.), *Day Surgery Development and Practice* (pp. 157-184) [Ebook]. [Day Surgery \(theiaas.net\)](http://DaySurgery(theiaas.net))
- Chance E., Florence, D. & Sardi, A. (2024). The effectiveness of checklists and error reporting systems in enhancing patient safety and reducing medical errors in hospital settings: A narrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 11(3), 387-398. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.06.003>

- Chung, F., Chan, V. W., & Ong, D. (1995). A post-anesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. *Journal of clinical anesthesia*, 7(6), 500-506. [https://doi.org/10.1016/0952-8180\(95\)00130-a](https://doi.org/10.1016/0952-8180(95)00130-a)
- Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (2008). Relatório Preliminar: "Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente". Ministério Da Saúde. [Relatório Cirurgia de Ambulatório by cristina mota - Issuu](#)
- Decreto-Lei n.º 13/2009 de 12 de janeiro (2009). Estabelece as condições e os requisitos para que os estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde, públicos e privados, independentemente da sua natureza jurídica, dispensem medicamentos para tratamento no período pós-operatório de situações de cirurgia de ambulatório. Diário da República, 1.ª Série, n.º 7 (12-01-2009) (232). [getpdf.pdf \(min-saude.pt\)](#)
- Decreto-Lei n.º 75/2013 de 4 de junho (2013). Procede à primeira alteração ao [Decreto-Lei n.º 13/2009](#), de 12 de janeiro, que estabelece as condições e os requisitos para que os estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde, dispensem medicamentos para tratamento no período pós-operatório de situações de cirurgia de ambulatório. Diário da República, 1.ª Série, n.º 107 (04-06-2013) (3218-3219). [0321803219.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1.ª Série, n.º 157 (06-08-2018) (4147-4182). [0414704182.pdf](#)
- Deodato, S. (2022). Ética da investigação em saúde. In: M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (pp. 97-108). Lidel.
- Despacho n.º 1380/2018 de 8 de fevereiro (2018). Cria um Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (GTADCA), com o objetivo de proceder à avaliação da cirurgia de ambulatório (CA) nos últimos 10 anos em Portugal e identificar áreas de intervenção prioritária. Diário da República, Série II, n.º 28 (08-02-2018) (47550-47551). [0451104511.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Despacho n.º 14223/2009 de 24 de junho (2009). Procede à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Diário da República, 2.ª Série, n.º 120 (24-06-2009) (24667-24669). [2466724669.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Despacho n.º 2784/2013 de 20 de fevereiro (2013). Estabelece disposições relativas aos registos electrónicos referentes às notas de alta médica e de enfermagem, bem como às notas de transferência das unidades de cuidados intensivos, nos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Diário da

República, Série II, n.º 36 (20-02-2013) (6908-6909). [Despacho n.º 2784/2013 | DR \(diariodarepublica.pt\)](#)

Despacho n.º 30114/2008 de 21 de novembro (2008). Cirurgia de ambulatório (CA) – definição de critérios a serem adoptados pelos conselhos de administração dos hospitais do SNS em que existe bloco operatório. Diário da República, Série II, n.º 227 (21-11-2008) (47550-47551) [4755047551.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

Despacho n.º 3635/2013 de 7 de março (2013). Estabelece disposições no âmbito da implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, nas instituições do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, Série II, n.º 47 (07-03-2013) (8528-8529). [0852808529.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

Despacho n.º 4321/2013 de 25 de março (2013). Cria um Grupo de Trabalho (GT) para proceder à avaliação da situação nacional dos Blocos Operatórios em Portugal Continental. Diário da República, 1.ª Série, n.º 59 (25-03-2013) (1042610427) [dre-307905.pdf \(tretas.org\)](#)

Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio (2015). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que consta do anexo ao presente despacho. Diário da República, Série II, n.º 102 (27-05-2015) (13550-13553). [1355013553.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). Diário da República, 2.ª Série, n.º 187 (24-09-2021) (96-103). [Despacho n.º 9390/2021 | DR \(diariodarepublica.pt\)](#)

Direção Geral da Saúde (2010). Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS: Cirurgia Segura Salva Vidas: Versão Portuguesa. Departamento da Qualidade na Saúde.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;jsessionid=

Direção Geral da Saúde (2011a). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Orientação n.º 18/2011 atualizada a 23/05/2011. Departamento da Qualidade na Saúde. [Orient 018 2011.pdf \(sanchoeassociados.com\)](#)

Direção Geral da Saúde (2011b). Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Manual de Acreditação de Unidades de Saúde – Gestão Clínica. Departamento da Qualidade na Saúde. [Programa Nacional de Acreditação em Saúde.pdf \(min-saude.pt\)](#)

- Direção Geral da Saúde (2011c). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: Relatório Técnico Final. Departamento da Qualidade na Saúde. [Microsoft Word - Taxonomia Final.doc \(who.int\)](#)
- Direção Geral da Saúde (2013). Cirurgia Segura, Salva Vidas. Norma nº 002/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013. Departamento da Qualidade na Saúde. [Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf \(anes.pt\)](#)
- Direção Geral da Saúde (2015a). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015. Departamento da Qualidade na Saúde. [Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf \(aenfermagemeasleis.pt\)](#)
- [Direção-Geral da Saúde \(2015b\). Cirurgia Segura Salva Vidas. Relatório de Monitorização - 2014.](#) Departamento da Qualidade na Saúde. [Microsoft Word - Cirurgia Segura Salva Vidas_Relatorio 2014.docx](#)Direção Geral da Saúde (2017a). Semântica da Informação em Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. [Semântica da Informação em Saúde 2017.pdf \(rcaap.pt\)](#)
- Direção Geral da Saúde (2017b). Programa Nacional de Controlo da Dor. Direção Geral da Saúde. [programa nacional para a prevencao e controlo da dor.pdf \(atlasdasaude.pt\)](#)
- Direção Geral da Saúde (2017c). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Departamento da Qualidade na Saúde. [comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf \(min-saude.pt\)](#)
- Direção Geral da Saúde (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma nº 007/2019 de 16/10/2019. Departamento da Qualidade na Saúde. [higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf \(min-saude.pt\)](#)
- Direção Geral da Saúde (2022a). Preparação e Condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de Saúde. Orientação n.º 002/2017 de 20/01/2017 atualizada a 03/06/2022. Departamento da Qualidade na Saúde. [orientacao-n-0022017-de-20012017-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#)
- Direção Geral da Saúde (2022b). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Norma Clínica: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. Departamento da Qualidade na Saúde. [Norma 2 \(novo design\) SPMS V2 \(min-saude.pt\)](#)
- Direção Geral da Saúde (2022c). Plano Nacional de Saúde 2030: Documento Síntese. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Guião para implementação. Ministério da Saúde. [PNS-2030-Versao-Resumo-Set-2023.pdf \(dgs.pt\)](#)

- Direção Geral da Saúde (2022d). Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. Norma n.º 031/2013 de 31/12/2013 atualizada a 17/11/2022. Departamento da Qualidade na Saúde. [Microsoft Word - Norma 031 2013 act 17 11 2022 corrigida 29 03 2023 \(min-saude.pt\)](#)
- Direção Geral da Saúde (2022e). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Ministério da Saúde. [Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.pdf \(tecnohospital.pt\)](#)
- Dixe, M. (2022). Validação e adaptação de instrumentos de medida. In: M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (pp. 51-70). Lidel.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care* [Ebook]. Edited by Rashid Bashshur. Oxford University Press. [E+BOOK+AN+INTRODUCTION+TO+QUALITY+ASSURANCE+IN+HEALTH+CARE+2003.pdf - Google Drive](#)
- Duarte, J., Gonçalves, A. & Sequeira, C. (2022). Metodologia da investigação quantitativa. In: M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (pp. 15-50). Lidel.
- Duro, M. (2014). Surgical instrument tracking system advancements and benefits. *AORN Connections*, 100 (1), C7-C8. DOI: [10.1016/s0001-2092\(14\)00665-6](#)
- Entidade Reguladora da Saúde (2008). Estudo sobre qualidade da cirurgia de ambulatório. [\(Microsoft Word - Relat\363rio Qualidade em Cirurgia de Ambulat\363rio VFinal\) \(ers.pt\)](#)
- Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (2023). Guia de Orientação: Estágio de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II – Área de especialização de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Oliveira de Azeméis.
- Pena, S. (2022). O processo de centralização do Reprocessamento de Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo na unidade do SECH – Serviço de Esterilização Comum dos Hospitais. *Revista TecnoHospital*. [RDM ARTIGO SaraPena](#)
- European Centre for Disease Prevention and Control (2012). Surveillance of surgical site infections in European hospitals – HAISSI protocol (Version 1.02). Stockholm: ECDC. [120215 TED SSI protocol.pdf \(europa.eu\)](#)
- European Centre for Disease Prevention and Control (2013). Core competencies for infection control and hospital hygiene professionals in the European Union. Stockholm: ECDC. [infection-control-core-competencies.pdf \(europa.eu\)](#)

- European Centre for Disease Prevention and Control (2023). Healthcare-associated infections: surgical site infections. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2018-2020. Stockholm: ECDC. [Healthcare-associated infections: - surgical site infections 2018-2020 \(europa.eu\)](https://ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections-surgical-site-infections-2018-2020)
- European Centre for Disease Prevention and Control (2024). ECDC Surveillance Report: Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2022–2023. Stockholm: ECDC. [Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2022-2023 \(europa.eu\)](https://ecdc.europa.eu/en/surveillance-reports/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-european-acute-care-hospitals-2022-2023)
- Fang, J., Yuan, X., Fan, L., Du, M., Sui, W., Ma, W., Wang, H., & Pan, A. (2021). Risk factors for incorrect surgical count during surgery: An observational study. *International journal of nursing practice*, 27(4), e12942, 1-7. DOI:[10.1111/ijn.12942](https://doi.org/10.1111/ijn.12942)
- Fernandes, S. & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 19, 32-45. DOI:[10.17013/risti.19.32-45](https://doi.org/10.17013/risti.19.32-45)
- Ferreira, T., & Dixe, M. (2024). Adesão à notificação de incidentes pelos enfermeiros de um bloco operatório: Diagnóstico da situação. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3, Supl. 1), 1-9. <https://doi.org/10.12707/RVI23.58.29350>
- Ferrito, C. (2014). Conceitos Básicos da Enfermagem Perioperatória. In: A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 3-9). Lidel.
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5ª ed.). Sage Publications Ltd.
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção á realização* (5ª ed.). Lusociência.
- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. Temático (10), 17-26. [Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte | Revista Portuguesa de Saúde Pública \(elsevier.es\)](https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2010.05.001)
- Freitas, P., Silveira, R., Clark, A., & Galvão, C. (2016). Surgical count process for prevention of retained surgical items: an integrative review. *Journal of clinical nursing*, 25(13-14), 1835–1847. DOI:[10.1111/jocn.13216](https://doi.org/10.1111/jocn.13216)
- Fuller, J. (2013). *Instrumentación Quirúrgica: Principios y Práctica* (5ª Ed.). Editorial Medica Panamericana.
- Gago, C. & Martins, O. (2014a). Lavagem e antissepsia das mãos. In: A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 137-139). Lidel.

- Gago, C. & Martins, O. (2014b). Lavagem e antisepsia da pele na área operatória. In: A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 145-149). Lidel.
- Galhardo, G. F., & Lopes, A. J. (2022). A importância da rastreabilidade do instrumental pela equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário Federal do Rio de Janeiro/Brasil. *Research, Society and Development*, 11(14), e409111436409, 1-11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36409>
- Galhardo, G., Duarte, C., Xavier, R., Jesus, C. & Lopes, A. (2022). Enfermeiro frente a rastreabilidade automatizada do instrumental cirúrgico no Centro de Esterilização de Material. *Research, Society and Development*, 11(10), e266111032619, 1-11. DOI:[10.33448/rsd-v11i10.32619](https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32619)
- Goh, M., Tan, A. & Leong, M. (2016). Bar Code–Based Management to Enhance Efficiency of a Sterile Supply Unit in Singapore. *AORN Journal*, 103(4), 407–413. doi:10.1016/j.aorn.2016.01.018
- Gonçalves, R., Calheiros, A. & Lobão, C. (2022). Formação e desenvolvimento de competências. In: M. Frederico & F. Sousa (Coords.). *Gerir com qualidade em saúde* (pp. 157-164). Lidel.
- Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios (2015). Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios: Relatório Final. Ministério da Saúde. [Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf \(apca.com.pt\)](https://apca.com.pt/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf)
- Gunarathne, P., Gunathilake, H. & Wijenayakke, W. (2022). Surgical Instrument Tracking and Maintenance System for the University Hospital KDU. General Sir John Kotelawala Defence University, Sri Lanka. <http://ir.kdu.ac.lk/handle/345/6454>
- Gupta, A. (2006). Analgesia Techniques for Day Cases. In: In P. Lemos, P. Jarret & B. Philip (Eds.), *Day Surgery Development and Practice* (pp. 209-227) [Ebook]. [Day Surgery \(theiaas.net\)](http://theiaas.net)
- Haboba, L. (2022). A construção da Comunicação Terapêutica, a partir da prática do autoconhecimento para o profissional da enfermagem. In: Semana da Enfermagem – 2022: “Ensinando gerações futuras”. *Revista Remecs – Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, Anais da Semana da Enfermagem, 21. <https://www.revistaremece.com.br/index.php/remecs/article/view/802>.
- Haugen, A., Sevdalis, N. & Sjøteland, E. (2019). Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety. *Anesthesiology*, 131 (2), 420-425 doi:<https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002674>

- Jarret, P. & Roberts, L. (2006). Planning and designing a Day Surgery Unit. In P. Lemos, P. Jarret & B. Philip (Eds.), *Day Surgery Development and Practice* (pp. 61-87) [Ebook]. [Day Surgery \(theiaas.net\)](#)
- Jarrett, P. & Staniszewski, A. (2006). International Terminology in Ambulatory Surgery and its Worldwide Practice. In P. Lemos, P. Jarret & B. Philip (Eds.), *Day Surgery Development and Practice* (pp. 21-34) [Ebook]. [Day Surgery \(theiaas.net\)](#)
- Kagoma, Y., Stall, N., Rubinstein, E., & Naudie, D. (2012). People, planet and profits: The case for greening operating rooms. *CMAJ*, 184(17), 1905–1911. <https://doi.org/10/gjrjkd>
- King, C. & Spry, C. (2021). Prevenção e Controle de Infecções In: J. Rothrock (Ed.), *Alexander: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico* (16ª ed.) (57-110). Guanabara Koogan.
- Lee, E., Daugherty, J. & Hamelin, T. (2018). Reimagine Health Care Leadership, Challenges and Opportunities in the 21st Century. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 34, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.11.007>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República, 1.ª série, n.º 181 (16-09-2015) (8059-8105). [0805908105.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Lima, N. & Pinto, S. (2014). Cirurgia Ambulatória. In: A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 123-133). Lidel.
- Lima, T., Martins, T., Inácio, L., Oliveira, Z., Barbosa, A., Gonçalves, R., Sé, A., Tonini, T. (2021). Conhecimento dos enfermeiros residentes sobre leitura e registro do indicador químico nos processos de esterilização de produtos para a saúde. *Research, Society and Development*, 10(5), 1-8. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14724>
- Machado, D., Almeida, A., & Tavares, J. (2022). Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 47-58. <https://doi:10.37914/riis.v5i2.236>
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8ª ed.). ReportNumber.
- Marques, J. & Freitas, D. (2018). Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-posições*, 29(2), 389-415. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>

- Martinato, M., Severo, D. Marchand, E. & Siqueira, H. (2010). Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(1), 160-166. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100022>
- Martins, F. & Ribeiro, M. (2017). Implantação e uso de sistema de rastreabilidade automatizado em central de materiais e esterilização. *Revista SOBECC*, 22(1), 52–58. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700010009>
- Martins, O. & Duarte, A. (2014). Bloco Operatório: Elementos físicos e estruturais. In: A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 11-18). Lidel.
- Melo, R., Mónico, L., Carvalho, C. & Parreira, P. (2017). A liderança de enfermagem nas organizações de saúde. In P. Parreira, I. Mónico & C. Carvalho (Orgs.). *Liderança e seus efeitos* (pp. 7-26). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [livro3 Pedro Parreira web.pdf](#)
- Mendes, D., Ferrito, C., & Gonçalves, M. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. *Cadernos De Saúde*, 12(1), 47-53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>
- Montezeli, J., Almeida, K., & Haddad, M. (2018). Nurses' perceptions about social skills in care management from the perspective of complexity. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 52, e03391, 1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017048103391>
- Montezeli, J., Haddad, M., Garanhani, M., Peres, A. (2019). A. Improving social skills in care management provided by nurses: intervention research. *Rev Bras Enferm*, 72(Suppl 1), 49-57. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0918>
- Moola, S., Munday, J. & Hines, S. (2023). As experiências dos enfermeiros na advocacia do doente no ambiente perioperatório [Folheto Informativo de Boas Práticas – JBI]. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1-4. <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/33285/23277>
- Mota, A. S., & Castilho, A. F. (2019). Construção e validação psicométrica do Questionário de Segurança do Doente no Bloco Operatório. *Revista De Enfermagem Referência*, 4(21), 67-78. <https://doi.org/10.12707/RIV19012>
- Mota, A. S., Castilho, A. F. & Martins, M. M. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(6), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20134>
- Mota, A. S. (2021). Segurança do doente no bloco operatório: Contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem. [Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do

- Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/140139>
- Nakamura, Y., Yoshinaga, N., Tanoue, H., Kato, S., Nakamura, S., Aoishi, K., & Shiraishi, Y. (2017). Development and evaluation of a modified brief assertiveness training for nurses in the workplace: A single-group feasibility study. *BMC Nursing*, *16*(29), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0224-4>
- Nancy Kruzik. (2009). Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients. *AORN Journal*, *90*(3), 381–387. DOI:[10.1016/j.aorn.2009.06.022](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.06.022)
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, *26*(2), 505-510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1994). *Psychometric Theory – Issue 972* (3ª ed.). McGraw-Hill Companies.
- Odom-Forren, J. (2021). Cuidados ao Paciente Pós-Operatório e Controlo da Dor. In: J. Rothrock (Ed.), *Alexander: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico* (16ª ed.) (267-290). Guanabara Koogan.
- Oliveira, L. & Queirós, P. (2015). Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Nurse Competence Scale (NCS) para a População Portuguesa. *Revista Investigação em Enfermagem*, 77-89. https://www.researchgate.net/publication/275714022_TRADUCAO_ADAPTACAO_CULTURAL_E_VALIDACAO_DA_NURSE_COMPETENCE_SCALE_NCS_PARA_A_POPULACAO_PORTUGUESA
- Oliveira, L., Queirós, P., & Castro, F. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD Revista de Psicología*, *1*(2), 143–158. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331~>
- Ordem dos Enfermeiros (2023). Anuário Estatístico 2023. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Ordem dos Enfermeiros – Centro (2021). Consultas de Enfermagem à distância TELENFERMAGEM: Guia de Recomendações. [guia-telenfermagem_final.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](https://www.ordemenfermeiros.pt/guia-telenfermagem_final.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2004) Enfermagem em Bloco Operatório: Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante. [\(Microsoft Word - EnunciadoPosi\347\343o-Enfermeiro Circulante com insignia.doc\) \(ordemenfermeiros.pt\)](https://www.ordemenfermeiros.pt/Microsoft%20Word%20-%20Enunciado%20Posi%20347%20343o-Enfermeiro%20Circulante%20com%20insignia.doc)

- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código deontológico do enfermeiro: do comentário à análise de casos. [codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros (2007a). Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. [\(Microsoft Word - RME e CORE IND ENF_vers\343o de OUT de 2007.doc\) \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros (2007b). Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. [Microsoft Word - SIENormasFinal-FormatadoDivulgação versão de Abril de 2007.doc \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico dos Enfermeiros (inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). [CodigoDeontologico.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica – Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. [recomendacoes-para-estagio-e-relatorio-da-componente-clinica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia orientador de boa prática. Ordem dos Enfermeiros: Conselho de Enfermagem. [cadernosoe-dor.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura [UNESCO] (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Comissão Nacional da UNESCO: Portugal. [Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; 2006 \(ufp.pt\)](#)
- Organização Mundial da Saúde & Organização Pan-Americana da Saúde. (2016). Descontaminação e reprocessamento de produtos para saúde em instituições de assistência à saúde. [REPROCESSAMENTO DE MATERIAIS - OMS - 2016 PT.indd \(sindhoesg.org.br\)](#)

- Organização Mundial da Saúde (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care]. Genebra: World Health Organization. [9789240005709-por.pdf \(who.int\)](#)
- Pereira, M. & Morya, G. (2021). Preparo, embalagem, rastreabilidade, transporte e armazenagem de produtos para saúde. In: Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde [APECIH], *Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Produtos Para Saúde* (4ª Ed.) (pp. 145-183). APECIH.
- Pettersson, M., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L., Wallengren, C., Sarenmalm, E., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery: Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of clinical nursing*, 27(13-14), 2904-2916. <https://doi.org/10.1111/jocn.14312>
- Portaria n.º 132/2009 de 30 de janeiro (2009). Aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respectivo Regulamento. Diário da República, 1.ª série, n.º 21 (30-01-2009) (660-758) <https://data.dre.pt/eli/port/132/2009/01/30/p/dre/pt/html>
- Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de dezembro (2011). Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respectivas regras de apuramento e cobrança. Diário da República, 1.ª Série, n.º 242 (20-12-2011) (5348-2 – 5348-4).[0000200004.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Portaria n.º 97/2024/1 de 12 de março (2024). Estabelece os requisitos mínimos relativos ao licenciamento, instalação, organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas nas unidades de cirurgia de ambulatório detidas por pessoas coletivas públicas, instituições militares, instituições particulares de solidariedade social e entidades privadas. Diário da República, Série I, n.º 54 (12-03-2024) (1-30) <https://data.dre.pt/eli/port/97/2024/03/12/p/dre/pt/html>
- Porto, D. & Paula, N. (2010). Estratégias de recursos humanos relacionados ao absentismo em profissionais de enfermagem. *Revista Saúde e Pesquisa*, 3(3), 365-70. [Estratégias de Recursos Humanos Relacionados ao Absenteísmo em Profissionais de Enfermagem | Saúde e Pesquisa \(unicesumar.edu.br\)](#)
- Powell C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of advanced nursing*, 41(4), 376-382. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02537.x>

- Ramos, S., Sales, L. & Barroso, F. (2021). Segurança do doente: Princípios e Conceitos. In: F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Coords.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 3-10). Lidel.
- Regulamento (UE) 2017/745 (2017). Regulamento (UE) 2017/745 do Parlamento Europeu e do Conselho de 5 de Abril de 2017 relativo aos dispositivos médicos, que altera a Diretiva 2001/83/CE, o Regulamento (CE) nº 178/2002 e o Regulamento (CE) nº 1223/2009 e que revoga as Diretivas 90/385/CEE e 93/42/CEE do Conselho. Jornal Oficial da União Europeia, L117 (05-04-2017) (1–173). [REGULAMENTO \(UE\) 2017/745 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO - de 5 de abril de 2017 - relativo aos dispositivos médicos, que altera a Diretiva 2001/ 83/ CE, o Regulamento \(CE\) n.o 178/ 2002 e o Regulamento \(CE\) n.o 1223/ 2009 e que revoga as Diretivas 90/ 385/ CEE e 93/ 42/ CEE do Conselho \(europa.eu\)](#)
- Regulamento (UE) 2020/561 de 23 de abril. (2020). Regulamento (UE) 2020/561 do Parlamento Europeu e do Conselho de 23 de abril de 2020 que altera o Regulamento (UE) 2017/745 relativo aos dispositivos médicos no que diz respeito às datas de aplicação de algumas das suas disposições. Jornal Oficial da União Europeia, L130 (23-04-2020) (18–22). [eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32020R0561&qid=1693969031835](#)
- Regulamento dos Armazéns Avançados (2021). Regulamento Armazéns Avançados: Hospital Distrital de Santarém (02-12-2021). [Regulamento Armazens-avancados.pdf \(min-saude.pt\)](#)
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2ª série, n.º 26 (06-02-2019) (4744-4750). [0474404750.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista. Diário da República, 2ª série, n.º 135 (16-07-2018) (19359-19370). [1935919370.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª Série, n.º 184 (25-09-2019) (128-155). [0012800155.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Regulamento n.º 76/2018 de 30 de janeiro (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Diário da República, 2.ª série, n.º 21 (30-01-2018) (3478-3487). [regulamento-nº-76-2018-regulamento-da-competência-acrescida-avançada-em-gestão.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

- Rodrigues, A., Schneider, D., Silveira, D., Trevisan, I., Camargo, M. & Thomé, E. (2019). Estrutura informatizada para processos no centro de material e esterilização. *Revista SOBECC*, 24(2), 107–114. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900020009>
- Roldão, P. (2022). A evolução das filosofias da gestão de *stocks* e logística em saúde. In: M. Frederico & F. Sousa (Coords.). *Gerir com qualidade em saúde* (pp. 89-97). Lidel.
- Rothrock, J. & Smith, D. (2000). Selecting the Perioperative Patient Focused Model. *AORN Journal*. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)61552-4)
- Sampaio, F., & Sardo, P. (2022). Escrita de artigos científicos. In: M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (pp. 189-208). Lidel.
- Sanchez M., Silveira R., Figueiredo P., Mancia J., Schwonke C., & Gonçalves N. (2018). Estratégias que contribuem para a visibilidade do trabalho do enfermeiro na central de material e esterilização. *Texto contexto Enferm.*, 27(1), e6530015, 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018006530015>
- Sancinetti, T., Soares, A., Lima, A., Santos, N., Melleiro, M., Fugulin, F. & Gaidzinski, R. (2011). Taxa de absentéismo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 1007-1012. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400031>
- Santo, S., & Assis, M. (2021). Absenteísmo entre os trabalhadores da enfermagem: causas e consequências. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(8), 466-486. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i8.1970>
- Sarmiento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M., Lemos P. & Vieira, V. (2013). Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória em Cirurgia Ambulatória. Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatória. https://www.apca.com.pt/documentos/anestesia/recomendacao_DorAguda.pdf
- Serra, D., Costa, I., Godinho, S., Henriques, M., & Gouveia, M. (2022). As auditorias em enfermagem nas organizações de saúde: revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 317-337. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11388>
- Serviço Nacional de Saúde (2023). [Novo recorde de cirurgias de ambulatório – SNS](#)
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2019). Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022. Centro Nacional de TeleSaúde. [PENTS português.pdf \(min-saude.pt\)](#)

- Shelton, C., McBain, S., Mortimer, F., & White, S. (2019). A new role for anaesthetists in environmentally-sustainable healthcare. *Anaesthesia*, 74(9), 1091–1094. <https://doi.org/10/gjrjrh>
- Silva, T. (2022). Desenvolvimento de um Bloco Operatório: projeto, construção, equipamentos médicos e vídeo-integração. [Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Instrumentação Biomédica, Instituto Superior de Engenharia de Coimbra]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/41825>
- Souza e Silva, G., Farias, I., Almeida, T., Novaes, M., Neves, G., Vasconcelos, E., Pereira, E., Macedo, J. (2019). Monitoring and Traceability of Sterilized Items on the Operating Block. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*, 13(4), 1064-1070. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i4a238636p1064-1070-2019>
- Teixeira, D. (2012). Armazém avançado em contexto hospitalar: Método de reposição por níveis. [Relatório de projeto apresentado para obtenção do grau de Mestre em Engenharia e Gestão Industrial, Universidade de Aveiro, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <dissertação.pdf.ua.pt>
- Toftgaard, C. & Parmentier, G. (2006). International Terminology in Ambulatory Surgery and its Worldwide Practice. In P. Lemos, P. Jarret & B. Philip (Eds.), *Day Surgery Development and Practice* (pp. 35-59) [Ebook]. [Day Surgery \(theiaas.net\)](Day Surgery (theiaas.net))
- Tostes, M., & Galvão, C. (2019). Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 40 (ESP.), e20180180, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180180>
- Tracol P. (2016). Materials vigilance and traceability. *Orthopaedics & traumatology, Surgery & Research*, 102(1 Suppl.), S95–S103. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2015.05.013>
- Treviso, P., Siqueira, M., Corso de Souza, A., Peralta, T., Pereira, M., & Moriya, G. (2022). Retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos: medidas de segurança propostas por enfermeiros especialistas. *Revista SOBECC*, 27, e2227777, 1-10. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202227777>
- United Nations (2020). The Sustainable Development Goals Report 2020. United States of America: Department of Economic and Social Affairs. [The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020.pdf\(un.org\)](The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020.pdf(un.org))
- Van Wicklin, S. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>

- Vasconcelos, G., Balbino, J., Ferreira, M., Germano, N. & Alvim, A. (2021). Fatores que influenciam o processo de rastreabilidade no centro de materiais e esterilização. *Enfermagem em Foco*, 12(5), 929-933. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4448>
- Viegas, C. & Névoa, I. (2014). Recursos Humanos. In: A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 29-37). Lidel.
- Vieira, N., Alencar, B., Pinto, D., Teotonio, D., & Conceição, R. (2020). Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Coletiva*, 10(56), 3186–3197. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i56p3186-3197>
- Warwick, V., Gillespie, B., McMurray, A., & Clark-Burg, K. (2021). Undertaking the surgical count: An observational study, *Journal of Perioperative Nursing*, 34(3), e-3 – e-14. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1089>
- World Health Organization (2004). World Alliance for Patient Safety: forward programme. Health System Policies and Operations: Switzerland <https://iris.who.int/rest/bitstreams/51122/retrieve>
- World Health Organization (2013). Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Department of Health Systems Policies and Workforce: Switzerland. [9789241506502_eng.pdf \(who.int\)](https://iris.who.int/bitstreams/9789241506502/retrieve)
- World Health Organization (2016). Health care without avoidable infections: The critical role of infection prevention and control (WHO/HIS/SDS/2016.10). World Health Organization. [WHO-HIS-SDS-2016.10-eng.pdf](https://iris.who.int/bitstreams/9789241506502/retrieve)
- World Health Organization (2018a). Preventing surgical site infections: Implementation approaches for evidence-based recommendations. Geneva: World Health Organization. [9789241514385-eng.pdf \(who.int\)](https://iris.who.int/bitstreams/9789241514385/retrieve)
- World Health Organization (2018b). Global guidelines for the prevention of surgical site infection Geneva: World Health Organization. [1-186 GuidelinesFinalCorrect9 \(who.int\)](https://iris.who.int/bitstreams/9789241514385/retrieve)
- World Health Organization (2021). Health promotion glossary of terms 2021. Switzerland: Geneva. [9789240038349-eng.pdf \(who.int\)](https://iris.who.int/bitstreams/9789240038349/retrieve)
- Xavier, F. & Carrilho, S. (2014). Cuidados Pós-Operatórios. In: A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 115-122). Lidel.

- Xia, S., Yu, C. & Zhao, T. (2016). Quality Control Circle Application in the Surgical Instrument Traceability for Security Management. *Annals of Clinical and Laboratory Research*, 4 (2:93), 1-5. DOI:[10.21767/2386-5180.100093](https://doi.org/10.21767/2386-5180.100093)
- Yousuf, M. (2007). Using Experts' Opinions Through Delphi Technique. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 12(1), 1-8. DOI: <https://doi.org/10.7275/rrph-t210>
- Yusoff, M. (2019). ABC of content validation and content validity index calculation. *Education in Medicine Journal*, 11(2), 49–54. <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>
- Zarili, T., Castanheira, E., Nunes, L., Sanine, P., Carrapato, J., Machado, D., Ramos, N., Mendonça, C., Nasser, M., Andrade, M. & Nemes, M. (2021). Técnica Delphi no processo de validação do Questionário de Avaliação da Atenção Básica (QualiAB) para aplicação nacional. *Saúde e Sociedade*, 30(2), e190505, 1-14. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190505>

ANEXOS

ANEXO I: Estrutura física da UCA



ANEXO II: Certificado de Participação “7º Fórum Nacional de Bloco Operatório”



ANEXO III: Certificado de Participação em *Workshop* “Gestão do doente colonizado/infetado com microrganismos multirresistentes em ambiente Perioperatório”



**ANEXO IV: Certificado de apresentação de e-Poster “Rastreabilidade
Intraoperatória: o futuro, hoje”**



**ANEXO V: Certificado de Participação VI Jornadas de Enfermagem
Perioperatória de Leiria “Enfermagem Perioperatória: Inovar e
Humanizar”**



**ANEXO VI: Certificado de apresentação de e-Poster “Sustentabilidade
Ambiental em contexto Perioperatório”**



**ANEXO VII: Certificado de Participação Congresso de Enfermagem
Perioperatória "Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência"**



CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
TECNOLOGIA, HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS DE EXCELÊNCIA

24 - 25 Nov 2023
AUDITÓRIO MUNICIPAL DE LOUSADA

B C
BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

CERTIFICADO

Certifica-se que **Carla Cristina Guerra Bento**

Participou no **Congresso Enfermagem Perioperatória – Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência**, que se realizou no Auditório Municipal de Lousada, nos dias 24 e 25 de novembro de 2023.



"Congresso de Enfermagem Perioperatória Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência" a realizar pelo Centro Hospitalar Tâmega e Sousa – Serviço de Ensino Formação e Investigação está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação Profissional, com a atribuição de 0,60 Crédito de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Penafiel, 25 de novembro de 2023

O CONSELHO DA ADMINISTRAÇÃO



José Ribeiro

Enfermeiro Diretor

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFÉ - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sefi@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262



REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

SEFI SERVIÇO DE ENSINO
FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

PROGRAMA | 24 NOVEMBRO

8:00 ABERTURA DO SECRETARIADO
08:30 APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS / COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS

9:00H MESA 1: TECNOLOGIAS AVANÇADAS NO PERIOPERATÓRIO
MODERADOR: ENF. JOSÉ RIBEIRO, ENFERMEIRO DIRETOR - CHTS
 Cirurgia Robótica: um desafio para a Enfermagem Perioperatória - *Enf. Luís Botelho - Hospital Luz*
 Cirurgia Robótica e Inteligência Artificial: o papel da Enfermagem na prática de cirurgias automatizadas - *Enf. Patrícia Nogueira, CHUSA*
 Impressão 3D no planeamento cirúrgico: como a Enfermagem se pode preparar para essa tecnologia? - *Eng. Rogério Henriques, Black Drop Biomedical*

10H25 COFFEE BREAK

10:45H MESA 2: INOVAÇÃO NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM PORTUGAL
MODERADOR: ENF. EMERALDA NUNES - PRESIDENTE DA AESOP
 Perfil de competências específicas do enfermeiro perioperatório - *Enf. Isabel Miranda - Secretária Conselho Diretivo da Ordem das Enfermeiras*
 Prevenção de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico: o impacto da escala ELPO - *Enf. Andreia Salvini - IPO do Porto*
 Eficiência do Bloco Operatório através dos Dados - *Eng. Alice Paulo - Leon Health Portugal*
 Inovação na Prevenção de Retenção de Itens Cirúrgicos: Mudanças, Desafios e Percentas da Jornada Rumo à Excelência... - *Enf. Bruno Tebeira - ULISM*

12H30 SESSÃO SOLENE DE ABERTURA

13H00 ALMOÇO

14H30 MESA 3: CONCEPÇÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
MODERADOR: PROF. BEATRIZ EDRA - ESCOLA SUPERIOR SAÚDE DE SANTA MARIA
 Cuidados de Enfermagem perioperatórios em doentes pediátricos - *Enf. Paulo Quezada - CMVM*
 Proteção e segurança radiológica em procedimentos guiados por Fluoroscopia em contexto de Bloco Operatório - *Dra. Cristina TSOT - CHTS*
 Enfermagem Endovascular: Cuidados Especializados para procedimentos minimamente invasivos - *Enf. Maria Camela - CHTS*

15H45 SIMPÓSIO: LUVAS DE EXAME NO BLOCO OPERATÓRIO, O QUE HÁ DE NOVO? - RAICLAC

16H00 COFFEE BREAK

16H20 MESA 4 - HUMANIZAÇÃO E SUSTENTABILIDADE: O FUTURO CHAMA!
MODERADOR: ENF. PAULA GUMARÃES - ENFERMEIRA GESTORA BLOCO OPERATÓRIO DO CHTS
 Humanização no Bloco Operatório - tudo começa em Mim - *Dra. Carla Resende*
 Projeto: "Começar sem medos, acabar sem dores" - *Enf. Liliana Magalhães - USLAM*
 Ecologia: estratégias adaptadas no Bloco Operatório para uma prática amiga do ambiente - *Enf. Manuela Veloso e Enf. José Alberto - H. Braga*

17H55 APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS / COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS

PROGRAMA | 25 NOVEMBRO

8H30 ABERTURA DO SECRETARIADO
9:00H MESA 5: NOVOS DESAFIOS NA PRÁTICA ANESTÉSICA
MODERADOR: DR. FERNANDO MOURA - DIRECTOR SERVIÇO ANESTESIOLOGIA DO CHTS
 Desbloquear a Anestesia: um novo paradigma de ensino - *Blocker DSI - Dra. Soraia Amorim - Influencer e Anestesiologista do Hospital Regional/ Deputada Altrosa Guizra, Brazil*
 Técnicas Inovadoras no controlo da dor no perioperatório - *Dr. João Rego - CHTS*
 Enfermagem perioperatória em situações de emergência - *Enf. Eva Dias - ULISM*

10H20 COFFEE BREAK

10H40 MESA 6: AS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO AO SERVIÇO DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
MODERADOR: ENF. RUBEN LOPES - ESCMO DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DO CHTS
 A importância de comunicação eficaz no perioperatório: o contributo de técnica ISBAR - *Enf. Graziela Fagundes - CHTS*
 Sistemas de Informação de enfermagem no Bloco Operatório: Qual o mais adequado? SciInico vs PatientCare - *Enf. Paula Tebeira - ULISM & Enf. Ana Sofia Sousa - CHVNGE*

12H05 ENTREGA DE PRÉMIOS

12H30 SESSÃO DE ENCERRAMENTO

COMISSÃO ORGANIZADORA
 Agostina Melo, Inês Mendes, Alberto Preto, Oscar Merino, Ana Fátima Mendes, Patrícia Barros, Ana Ribeiro, Paula Magalhães, Ana Teresa Leal, Sílvia Lopes, Ana Vieira, Sandra Pinheiro, Anabela Rodrigues, Sílvia Machado, Jureia Moreira, Sónia Silva, Bruno Teixeira, Sónia Sousa, Cláudia Cavaleiro, Tânia Correia, Cláudia Gonçalves, Tânia Leal, Cláudia Sousa, Cláudia Pereira, Diana Miranda, Érica Serra, Filipa Ferreira, Fátima Dias, Graciete Fagundes, Glória Magalhães, Hugo Minhoto, Jureia Correia, Lívia Santos, Mariana Cortes, Maria Carmo

COMISSÃO CIENTÍFICA
 Robert Lopes, Sónia Silva, Maria Carmo, Alberto Preto, Cláudia Ferreira, Tânia Correia, Graciete Fagundes, Cláudia Cavaleiro, Filipa Ferreira, Hugo Minhoto, Diana Miranda, Oscar Merino, Emeralda Nunes, Beatrix Edra, Cláudia Magalhães, Fátima Preto, Mero Cláudia Aguiar

WORKSHOPS

25 DE NOVEMBRO

14:00H

ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO AUXILIADA POR NAVEGAÇÃO (Guided Personalized Surgery)
 Álvaro Correia - COARTECH | Dr. Nuno Ferreira - Enf. Alberto Enf, Sónia Silva - Enf. Agostina Melo

14:00H


INSTRUMENTAÇÃO DE ARTROPLASTIA DO OMBRO: DA TEORIA À PRÁTICA
 Enf. Pedro Faria | Dr. Daniel Brás Lopes | Enf. Oscar Marinho | Enf. Patrícia Barros

14:00H


INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA E SUTURAS MANUAIS: PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS
 Enf. Maria Carmo | Enf. Érica Serra | Enf. Ana Teresa Leal | Dra. Margarida Coelho




REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Centro Hospitalar do Oporto e Saúde, S.P.L.



SEFI
SERVIÇO DE ENSINO
LÍNGUA, N.º 1 - INVESTIGAR

ANEXO VIII: Certificado de apresentação do e-Poster
"Sustentabilidade ambiental em bloco operatório: que estratégias?"



CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
TECNOLOGIA, HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS DE EXCELÊNCIA

24 - 25 Nov 2023
AUDITÓRIO MUNICIPAL DE LOUSADA



BOC
BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

CERTIFICADO

Certifica-se que **Carla Cristina Guerra Bento**

Foi **autora** do E-Poster sob o tema “Sustentabilidade ambiental em Bloco Operatório: que estratégias?”, apresentado no Congresso Enfermagem Perioperatória – Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência, que se realizou no Auditório Municipal de Lousada, nos dias 24 e 25 de novembro de 2023.



ATIVIDADE ACREDITADA
PELA ORDEM DOS ENFERMEIROS
0,6 CDP

“Congresso de Enfermagem Perioperatória Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência” a realizar pelo Centro Hospitalar Tâmega e Sousa – Serviço de Ensino Formação e Investigação está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação Profissional, com a atribuição de 0,60 Crédito de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Penafiel, 25 de novembro de 2023

O CONSELHO DA ADMINISTRAÇÃO



José Ribeiro

Enfermeiro Diretor

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFÉ - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sefi@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262



REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.



SEFI
SERVIÇO DE ENSINO
FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

PROGRAMA | 24 NOVEMBRO

8:00 ABERTURA DO SECRETARIADO
08:30 APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS / COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS

9:00H MESA 1: TECNOLOGIAS AVANÇADAS NO PERIOPERATÓRIO
MODERADOR: ENP JOSÉ RIBEIRO, ENFERMEIRO DIRETOR - CHTS
 Cirurgia Robótica: um desafio para a Enfermagem Perioperatória - *Enf Luís Botelho - Hospital Luz*
 Cirurgia Robótica e Inteligência Artificial: o papel da Enfermagem na prática de cirurgias automatizadas - *Enf Patrícia Nogueira, CHUSDA*
 Impressão 3D no planeamento cirúrgico: como a Enfermagem se pode preparar para essa tecnologia? - *Eng Rogério Henriques, Black Drop Biomedical*

10H25 COFFEE BREAK

10:45H MESA 2: INOVAÇÃO NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM PORTUGAL
MODERADOR: ENP ESMERALDA NUNES - PRESIDENTE DA AESOP
 Perfil de competências específicas do enfermeiro perioperatório - *Enf Isabel Miranda - Secretária Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros*
 Prevenção de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico: o impacto da escala ELPO - *Enf Andreia Salvini - IPO do Porto*
 Eficiência do Bloco Operatório através dos Dados - *Eng Alica Paulo - Leon Health Portugal*
 Inovação na Prevenção de Retenção de Itens Cirúrgicos: Mudanças, Desafios e Parceiros da Jornada Rumo à Excelência... - *Enf Bruno Teixeira - ULSM*

12H30 SESSÃO SOLENE DE ABERTURA

13H00 ALMOÇO

14H30 MESA 3: CONCEPÇÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
MODERADOR: PROFª BEATRIZ EDRA - ESCOLA SUPERIOR SAÚDE DE SANTA MARIA
 Cuidados da Enfermagem perioperatórios em doentes pediátricos - *Enf Paula Quezada - CMIN*
 Proteção e segurança radiológica em procedimentos guiados por Fluoroscopia em contexto de Bloco Operatório - *Dra Cristina, TSDT - CHTS*
 Enfermagem Endovascular: Cuidados Especializados para procedimentos minimamente Invasivos - *Enf Maria Carneiro - CHTS*

15H45 SIMPÓSIO: LUVAS DE EXAME NO BLOCO OPERATÓRIO, O QUE HÁ DE NOVO? - RACLAC

16H00 COFFEE BREAK

16H20 MESA 4 - HUMANIZAÇÃO E SUSTENTABILIDADE: O FUTURO CHAMA!
MODERADOR: ENP PAULA GUMARÃES - ENFERMEIRA GESTORA BLOCO OPERATÓRIO DO CHTS
 Humanização no Bloco Operatório - tudo começa em Mim - *Dra Carla Resende*
 Projeto "Começar sem medos, acabar sem dores" - *Enf Liliana Magalhães - USLAM*
 Ecologia: estratégias adaptadas no Bloco Operatório para uma prática amiga do ambiente - *Enf Manuela Veloso e Enf José Alberto - H. Braga*

17H55 APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS / COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS

PROGRAMA | 25 NOVEMBRO

8H30 ABERTURA DO SECRETARIADO

9:00H MESA 5: NOVOS DESAFIOS NA PRÁTICA ANESTÉSICA
MODERADOR: DR. FERNANDO MOURA - DIRECTOR SERVIÇO ANESTESIOLOGIA DO CHTS
 Desbloquear a Anestesia: um novo paradigma de ensino - *Blocker Girl - Dra Sara Amaral - Influencer e Anestesta da Hospital Regional Deputado Afonso Gusão, Brasil*
 Técnicas inovadoras no controlo da dor no perioperatório - *Dr João Rego - CHTS*
 Enfermagem perioperatória em situações de emergência - *Enf Eva Dias - ULSM*

10H20 COFFEE BREAK

10H40 MESA 6: AS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO AO SERVIÇO DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
MODERADOR: ENP RUBEN LOPES - ENIC DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DO CHTS
 A importância da comunicação eficaz no perioperatório: o contributo da técnica ISBAR - *Enf Graziela Fagundes - CHTS*
 Sistemas de Informação de enfermagem no Bloco Operatório: Qual o mais adequado? SCInico vs PatientCare - *Enf Paula Teixeira - ULSM & Enf Ana Sofia Sousa - CHVNGE*

12H05 ENTREGA DE PRÉMIOS

12H30 SESSÃO DE ENCERRAMENTO

COMISSÃO ORGANIZADORA
 Agostinho Meo, Mónica Mendes, Alberto Preto, Oscar Machado, Ana Emilia Mendes, Patrícia Ramos, Ana Iliário Peix Magalhães, Ana Teresa Leal, Ruben Lopes, Ana Vieira, Sandra Pereira, Anabela Barros, Sílvia Machado, Aures Moreira, Sofia Silva, Bruno Ribeiro, Sónia Sousa, Catarina Cavaleiro, Tânia Correia, Célia Gonçalves, Jéssica Leal, Carolina Sousa, Cristiana Pereira, Daniela Miranda, Erica Serra, Filipa Paula, Fátima Dias, Graziela Fagundes, Glória Magalhães, Hugo Minhoto, Joana Carmilho, Liliana Santos, Micaela Correia, Maria Carneiro

COMISSÃO CIENTÍFICA
 Ruben Lopes, Sónia Silva, Maria Carneiro, Alberto Preto, Cristina Ferreira, Tânia Correia, Graziela Fagundes, Catarina Cavaleiro, Filipa Paula, Hugo Minhoto, Dana Miranda, Oscar Machado, Esmeralda Nunes, Benedita Silva, Carolina Magalhães, Fátima Paula, Maria Cristina Augusta

WORKSHOPS

25 DE NOVEMBRO

14:00H ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO AUXILIADA POR NAVEGAÇÃO (Guided Personalized Surgery)
 Aline Almeida - EXACTECH | Dr Nuno Ferreira | Enf. Albertal Enp. Sónia Silva
 Enf. Agostinha Meo

14:00H INSTRUMENTAÇÃO DE ARTROPLASTIA DO OMBRO: DA TEORIA À PRÁTICA
 Enf. Pedro Faria | Dr Daniel Rêis Lopes | Enf. Oscar Machado | Enf. Patrícia Barros

14:00H INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA E SUTURAS MANUAIS: PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS
 Enf. Maria Carneiro | Enf. Erica Serra | Enf. Ana Teresa Leal | Dra Margarida Coelho



**ANEXO IX: Primeiro Prémio e-Poster "Sustentabilidade ambiental em
bloco operatório: que estratégias?"**



CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
TECNOLOGIA, HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS DE EXCELÊNCIA

24 - 25 Nov 2023
AUDITÓRIO MUNICIPAL DE LOUSADA

BOC
BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

CERTIFICADO

Certifica-se que ao E-Poster subordinado ao tema **“Sustentabilidade ambiental em Bloco Operatório: que estratégias?”**, da autoria **Carla Bento** e coautora **Joana Soares**, apresentado no **Congresso Enfermagem Perioperatória – Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência**, que se realizou no **Auditório Municipal de Lousada**, nos dias 24 e 25 de novembro de 2023, foi atribuído o **Primeiro Prémio**.



“Congresso de Enfermagem Perioperatória Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência” a realizar pelo Centro Hospitalar Tâmega e Sousa – Serviço de Ensino Formação e Investigação está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação Profissional, com a atribuição de 0,60 Crédito de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Penafiel, 25 de novembro de 2023

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



José Ribeiro
Enfermeiro Diretor

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFÉ - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sefi@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262



REPÚBLICA PORTUGUESA SAUDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E. P. E. I. P. S. | SEFI SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

PROGRAMA | 24 NOVEMBRO

8:00 ABERTURA DO SECRETARIADO

08:30 APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS / COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS

9:00H MESA 1: TECNOLOGIAS AVANÇADAS NO PERIOPERATÓRIO
MODERADOR: ENP JOSÉ RIBEIRO, ENFERMEIRO DIRETOR - CHTS
 Cirurgia Robótica: um desafio para a Enfermagem Perioperatória - *Enf. Lúcia Botelho - Hospital Luz*
 Cirurgia Robótica e Inteligência Artificial: o papel da Enfermagem na prática de cirurgias automatizadas - *Enf. Patrícia Nogueira, CHUSA*
 Impressão 3D no planeamento cirúrgico: como a Enfermagem se pode preparar para essa tecnologia? - *Eng. Rogério Henriques, Black Drop Biomedical*

10:25 COFFEE BREAK

10:45H MESA 2: INOVAÇÃO NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM PORTUGAL
MODERADOR: ENP ESMERALDA NUNES - PRESIDENTE DA AESOP
 Perfil de competências específicas do enfermeiro perioperatório - *Enf. Isabel Miranda - Secretária Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros*
 Prevenção de lesões decubitas do posicionamento cirúrgico: o impacto da escala ELPO - *Enf. Andreia Saúde - IPO do Porto*
 Eficiência do Bloco Operatório através dos Dados - *Eng. Alice Paulo - Leon Health Portugal*
 Inovação na Prevenção de Retenção de Itens Cirúrgicos: Mudanças, Desafios e Parcerias da Jornada Rumo à Excelência... - *Enf. Bruno Teixeira - ULSM*

12:30 SESSÃO SOLENE DE ABERTURA

13:00 ALMOÇO

14:30 MESA 3: CONCEPÇÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
MODERADOR: PROF.ª BEATRIZ EDRA - ESCOLA SUPERIOR SAÚDE DE SANTA MARIA
 Cuidados de Enfermagem perioperatórios em doentes pediátricos - *Enf. Paulo Quezada - CAMIN*
 Proteção e segurança radiológica em procedimentos guiados por Fluoroscopia em contexto de Bloco Operatório - *Dra Cristina, TSDT - CHTS*
 Enfermagem Endovascular: Cuidados Especializados para procedimentos minimamente Invasivos - *Enf. Maria Carneiro - CHTS*

15:45 SIMPÓSIO: LUVAS DE EXAME NO BLOCO OPERATÓRIO, O QUE HÁ DE NOVO? - RACLAC

16:00 COFFEE BREAK

16:20 MESA 4 - HUMANIZAÇÃO E SUSTENTABILIDADE: O FUTURO CHAMA!
MODERADOR: ENP PAULA GUNARÃES - ENFERMEIRA GESTORA BLOCO OPERATÓRIO DO CHTS
 Humanização no Bloco Operatório - tudo começa em Mim - *Dra Carla Resende*
 Projeto: "Começar sem medos, acabar sem doras" - *Enf. Liliana Magalhães - USLAM*
 Ecologia: estratégias adaptadas no Bloco Operatório para uma prática amiga do ambiente - *Enf. Manuela Veloso e Enf. José Alberto - H. Braga*

17:55 APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS / COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS

PROGRAMA | 25 NOVEMBRO

8:30 ABERTURA DO SECRETARIADO

9:00H MESA 5: NOVOS DESAFIOS NA PRÁTICA ANESTÉSICA
MODERADOR: DR. FERNANDO MOURA - DIRECTOR SERVIÇO ANESTESIOLOGIA DO CHTS
 Desbloquear a Anestesia: um novo paradigma de ensino - *Blocker Giri - Dra Sara Amaral - Influencer e Anestesta do Hospital Regional Deputado Afonso Gusso, Brasil*
 Técnicas inovadoras no controlo da dor no perioperatório - *Dr João Rego - CHTS*
 Enfermagem perioperatória em situações de emergência - *Enf. Eva Dias - ULSM*

10:20 COFFEE BREAK

10:40 MESA 6: AS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO AO SERVIÇO DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
MODERADOR: ENP RUBEN LOPES - BSMC DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DO CHTS
 A importância da comunicação eficaz no perioperatório: o contributo da técnica ISBAR - *Enf. Graziela Fagundes - CHTS*
 Sistemas de Informação de enfermagem no Bloco Operatório: Qual a mais adequada? SCInico vs PatientCare - *Enf. Paula Takeba - ULSM e Enf. Ana Sofia Sousa - CHVNGE*

12:05 ENTREGA DE PRÉMIOS

12:30 SESSÃO DE ENCERRAMENTO

COMISSÃO ORGANIZADORA
 Agostine Melo, Mónica Mendes, Alberto Prieto, Oscar Martins, Ana Emília Mendes, Patrícia Barros, Ana Ribeiro, Paula Magalhães, Liliana Edra, Isabel Lopes, Ana Vieira, Sónia Ferreira, Mariana Barros, Sílvia Machado, Aurea Moreira, Sónia Silva, Bruno Teixeira, Sónia Sousa, Catarina Carvalho, Tânia Correia, Célia Gonçalves, Zélia Leal, Cláudia Sousa, Cristina Ferreira, Diana Mendes, Inês Serra, Hugo Perla, Fátima Dias, Graziela Fagundes, Glória Magalhães, Hugo Milhazes, Joana Calhaz, Liliana Santos, Mariana Correia, Maria Carneiro

COMISSÃO CIENTÍFICA
 Ruben Lopes, Sónia Silva, Maria Carneiro, Alberto Prieto, Cláudia Ferreira, Tânia Correia, Graziela Fagundes, Catarina Correia, Filipa Peite, Hugo Milhazes, Diana Mendes, Oscar Martins, Esmeralda Nunes, Beatriz Edra, Célia Magalhães, Priscilla Prieto, Maria Cristina Augusto

WORKSHOPS

25 DE NOVEMBRO

14:00H **ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO AUXILIADA POR NAVEGAÇÃO (Guided Personalized Surgery)**
 Álvaro Carneiro - EXACTECH | Dr Nuno Ferreira | Enf. Abelardo ENP - Sílvia Silva
 Enf. Agostine Melo

14:00H **INSTRUMENTAÇÃO DE ARTROPLASTIA DO OMBRO: DA TEORIA À PRÁTICA**
 Enf. Pedro Faria | Dr Daniel Brito Lopes | Enf. Óscar Martins | Enf.ª Patrícia Barros

14:00H **INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA E SUTURAS MANUAIS: PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS**
 Enf. Maria Cândido | Enf.ª Erica Serra | Enf.ª Ana Teresa Leal | Drs Margarida Cocho



REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Centro Hospitalar do Médio e Sul de Alentejo, E. P. E. S. L.



SEFI
SERVIÇO DE ENSINO
FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

ANEXO X: Pedido de autorização para recolha de imagens

 Outlook

FW: Pedido de captação de imagens na UCA

De [REDACTED]

Data qua, 24/01/2024 14:14

Para Carla Bento <4415@essnortecvp.pt>; Joana Soares <4412@essnortecvp.pt>

[REDACTED]

Boa tarde

Conforme email infra, está autorizado o vosso pedido.

Bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos

[REDACTED]
Enfermeira Gestora da Unidade de Cirurgia de Ambulatório e Bloco Operatório [REDACTED]

[REDACTED]
Unidade Local de Saúde de [REDACTED]



De [REDACTED]

Enviado: 24 de janeiro de 2024 09:59

Para: [REDACTED]

Assunto: RE: Pedido de captação de imagens na UCA

Bom dia,

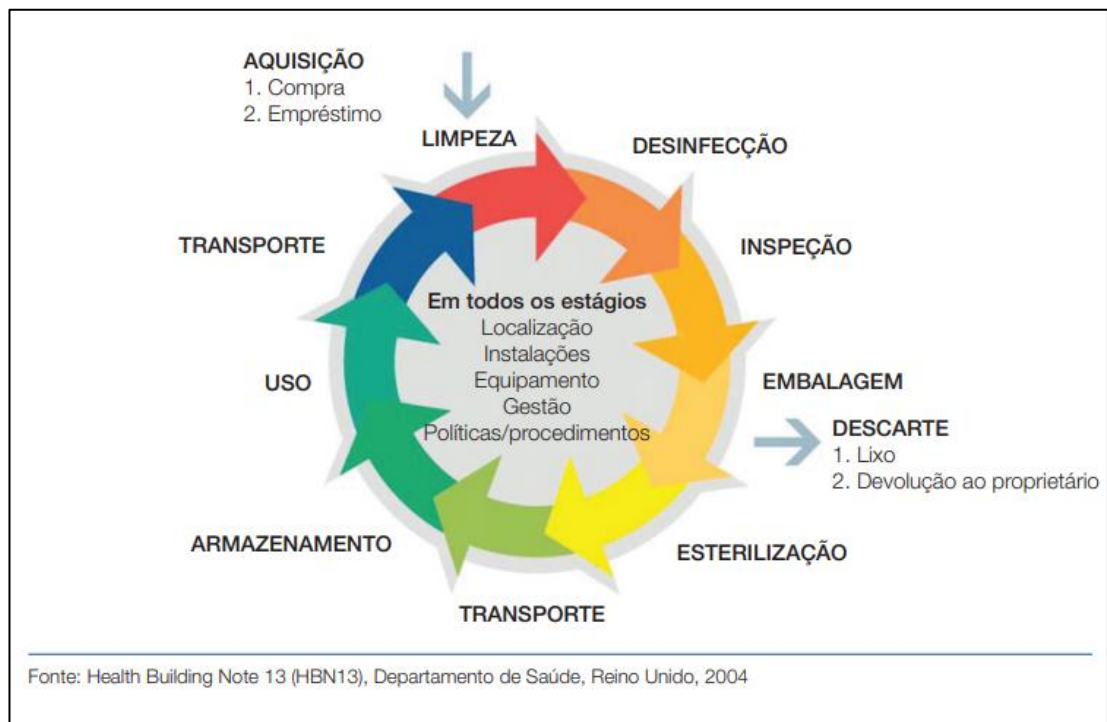
Nada a opor.

[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
Assistente Hospitalar de Anestesiologia

Diretora do Bloco Operatório Central [REDACTED]
[REDACTED]

ANEXO XI: Ciclo de Reprocessamento dos DMUM



(Fonte: OMS & OPAS, 2016)

ANEXO XII: Parecer da UID e Comissão de Ética da ESSNCVP



APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

| | | |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Parecer n.º 032/2024 | Código: 2024.051 | Data: 14 de junho de 2024 |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------------------|

| | |
|---|--------------------------------------|
| Título do estudo de investigação: Rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório: Perceção dos enfermeiros perioperatório | |
| Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: L1 Resposta Humana processo de doença e saúde | |
| Investigador responsável: Carla Cristina Guerra Bento (orientador: Ana Sofia de Carvalho Mota) | Protocolo (se aplicável): N/A |

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novais, Alda Portugal, Teresa Guerreiro.


| | | |
|------------------------------|--|--|
| Resultado da votação: | Aprovado por unanimidade <input checked="" type="checkbox"/> | Rejeitado por unanimidade <input type="checkbox"/> |
| | Aprovado por maioria | Rejeitado por maioria <input type="checkbox"/> |

- Resumo do Parecer/Recomendações:**
- Este estudo é importante e pertinente para a área científica a que se propõe a investigar
 - Assegura os principais aspetos éticos da investigação, conforme código de ética e integridade científica da EssNorteCVP e o Código Europeu de ética e Integridade Científica na investigação.
 - Está salvaguardado a confidencialidade da informação recolhida e a garantia do anonimato e privacidade do participante.

CONCLUSÃO:

Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto

Pelo que se submete à consideração superior.

| | |
|----------------------------------|---|
| Data: 14 de junho de 2024 | Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes  Assinatura: |
|----------------------------------|---|



APÊNDICES

APÊNDICE I: Plano de Formação “Rastreabilidade Intraoperatória”

PLANO DE FORMAÇÃO**Método:** Expositivo com recurso a slides**Material:** Computador, projetor**Duração:** 15 minutos

| | |
|----------------------|--|
| DESIGNAÇÃO | Rastreabilidade em contexto intraoperatório |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Clarificar o conceito de rastreabilidade; ✓ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da rastreabilidade em contexto intraoperatório; ✓ Promover a implementação da rastreabilidade em contexto intraoperatório; ✓ Definir dispositivo médico, instrumento cirúrgico reutilizável e dispositivo médico implantável; ✓ Sistematizar informação sobre o processo de reprocessamento de dispositivos médicos; ✓ Apresentar os diferentes indicadores de esterilização; ✓ Esclarecer sobre: <ul style="list-style-type: none"> • rastreabilidade de indicadores de esterilização; • rastreabilidade de instrumental cirúrgico; • rastreabilidade de dispositivos médicos implantáveis; ✓ Refletir sobre as práticas realizadas, ✓ Apresentar sugestões de ações de melhoria; ✓ Apresentar documento que permita a operacionalização da rastreabilidade dos dispositivos médicos em contexto intraoperatório. |
| CONTEÚDOS | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conceito de rastreabilidade; ✓ Reprocessamento de instrumentos cirúrgicos; ✓ Indicadores de esterilização; ✓ Rastreabilidade de indicadores de esterilização; ✓ Rastreabilidade de instrumental cirúrgico; ✓ Rastreabilidade de dispositivos médicos implantáveis. |
| DESTINATÁRIOS | Enfermeiros dos serviços de Bloco Operatório Central e Unidade de Cirurgia de Ambulatório – |
| FORMADORES | Alunas do Mestrado em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória: Carla Bento e Joana Soares |
| DATA/HORA | 16 de Fevereiro: 8h00m (presencial) |
| LOCAL | Sala de Reuniões da Unidade de Cirurgia de Ambulatório |

APÊNDICE II: Formação em Serviço “Rastreabilidade Intraoperatória”

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

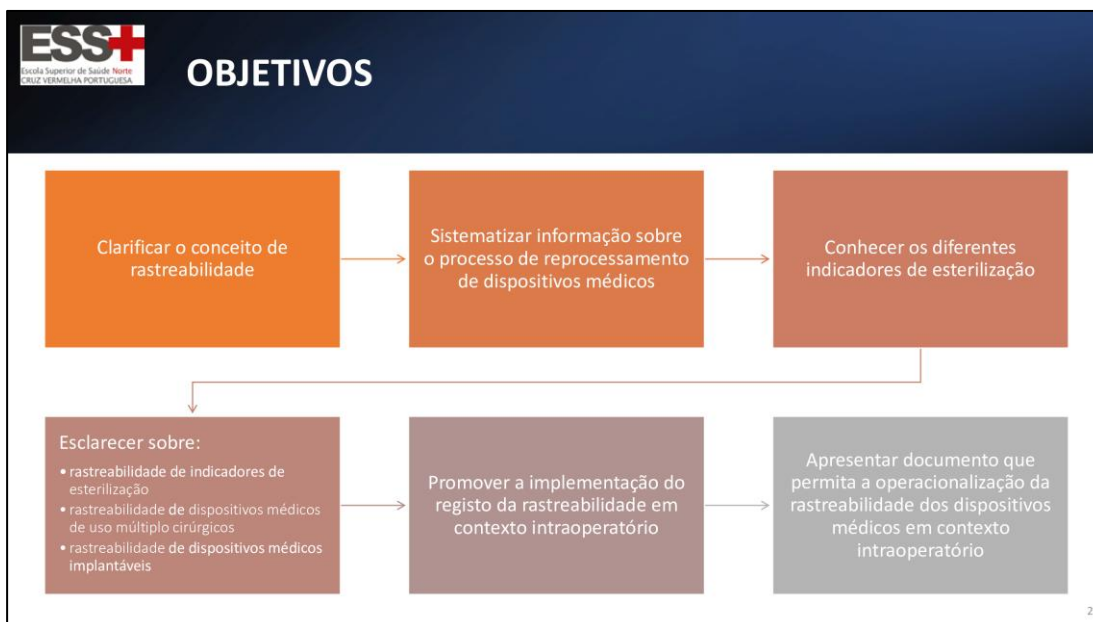
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA
1º SEMESTRE

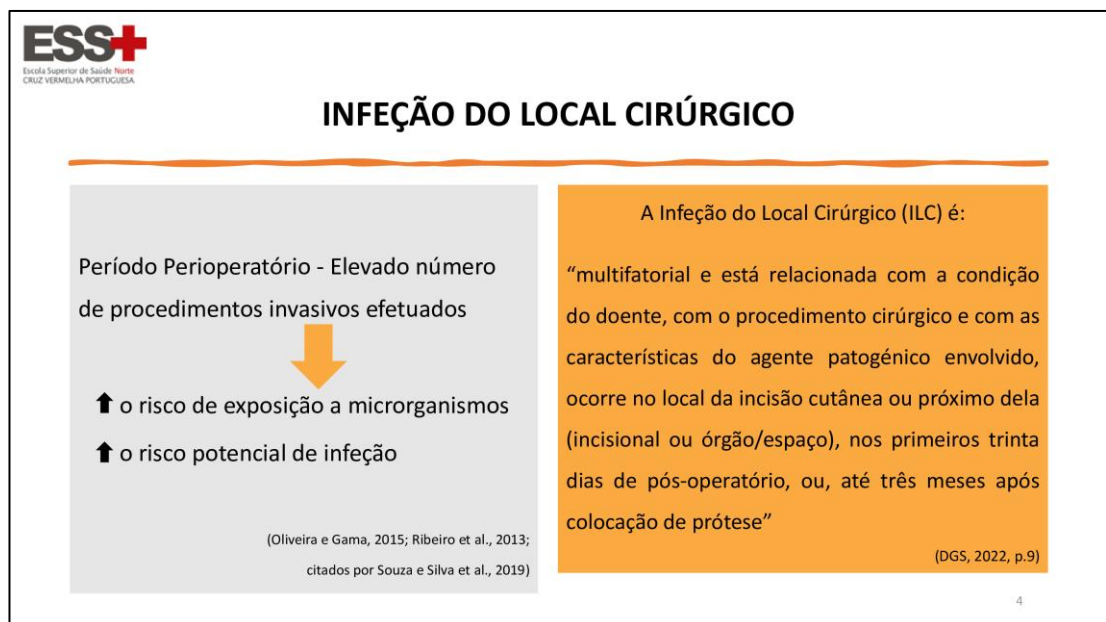
- ESTÁGIO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA II -
- UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO -
- BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL -

- Rastreabilidade em Contexto Intraoperatório -

Carla Bento, 4415
Joana Soares, 4412

Sob orientação da
Professora Doutora Sofia Mota







- A Infeção do Local Cirúrgico (ILC) pode estar associada a:
 - características intrínsecas ao doente
 - características relacionadas com a cirurgia

↓

inadequada esterilização dos instrumentos cirúrgicos

(DGS, 2010)

- **“O uso de materiais estéreis em cirurgia é considerado padrão a nível internacional”**

(DGS, 2010, p.93)

- A sua verificação faz parte integrante da **Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC)**

5



Estima-se que cerca de **metade** das ILC sejam **evitáveis** pelo uso de normas baseadas em **evidência** e de **“feixes de intervenções”** (DGS, 2022)



A LVSC contempla a verificação da esterilização dos materiais e instrumentos, sendo requerida a avaliação da conformidade dos indicadores de esterilização antes da incisão da pele (DGS, 2010)

No Manual de Implementação da LVSC o **enfermeiro instrumentista** deve validar que a esterilização foi realizada e que, para os materiais/instrumentos esterilizados, um **indicador de esterilização** o confirme (DGS, 2010)



É da responsabilidade dos **enfermeiros perioperatórios**, nomeadamente do enfermeiro circulante e do enfermeiro instrumentista, a **validação dos indicadores de esterilização** dos equipamentos e dispositivos



6

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

“(...) garante a **rastreabilidade** dos dispositivos médicos, gere a utilização dos dispositivos médicos implantáveis de acordo com a legislação, políticas, instruções do fabricante e protocolos, (...) e participa na conceção e na implementação dos processos de **reprocessamento** de dispositivos médicos de uso múltiplo”

(Regulamento nº 429/2018, pp.19367-19368)

7

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Dispositivo médico (DM): instrumento, aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo utilizado para diagnóstico ou fins terapêuticos (Decreto-Lei 145/2009)

Instrumento cirúrgico reutilizável: “instrumento que se destina a cortar, seccionar, perfurar, serrar, raspar, remover, agrafar, afastar, aparar (...) no âmbito de intervenções cirúrgicas, (...) e que pode ser reutilizado após tratamento adequado” (Decreto-Lei 145/2009, p.3746)

Dispositivo médico implantável (DMI): dispositivo médico criado para ser total ou parcialmente introduzido no corpo humano através duma intervenção cirúrgica e com o objetivo de permanecer implantado por mais de 30 dias (Infarmed, 2013)

8



ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

INDICADORES DE ESTERILIZAÇÃO

| BIOLÓGICOS | QUÍMICOS |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Contém carga de microrganismos resistentes destruídos pelo processo de esterilização• Após terminar a esterilização, a viabilidade dos microrganismos é avaliada• Os resultados ficam disponíveis em horas <p>(DGS, 2010)</p> | <ul style="list-style-type: none">• Constituídos por tinta termocrómica que muda de cor quando exposta ao agente esterilizante• Tem como objetivo o controlo da embalagem esterilizada, tanto interna como externamente• Avaliam e monitorizam o desempenho dos esterilizadores <p>(DGS,2010; OMS/OPAS, 2016; Gonçalves, et al., 2020)</p> |

Asseguram a qualidade do processo de esterilização e monitorizam eventuais falhas

11

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

RASTREABILIDADE

- Recuperação do histórico, da aplicação ou localização de uma atividade, processo ou produto através de informações previamente registadas
(Vasconcelos et al., 2021)
- DMUM cirúrgicos - Capacidade de traçar e identificar o histórico de reprocessamento dos DMUM
 - através de um sistema de informação, manual ou automatizado,
 - garante os requisitos de boas práticas
(Martins & Ribeiro, 2017).
- Parte integrante do sistema de gestão de qualidade do ciclo de reprocessamento
(Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde, 2016; Xia, Yu & Zhao, 2016)
- Se ocorrer quebra de algum processo durante o ciclo de reprocessamento dos DMUM, é necessário identificar o que levou ao erro, a fim de minimizar o seu impacto o mais precocemente possível
(Sanchez et al., 2018; Vasconcelos et al., 2021)

12

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

RASTREABILIDADE

Os sistemas que permitem a rastreabilidade dos DMUM:

- Garantem materiais **isentos** de contaminantes
- Reduzem o risco de **erros** perioperatórios
- Aumentam a **segurança** do doente e dos profissionais
- Melhoram a **qualidade** dos cuidados de saúde prestados
- Reduzem os **custos** associados a esses cuidados

(Galhardo et al., 2022; Souza & Silva et al., 2019; Zhu et al., 2019)

13

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

RASTREABILIDADE DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS DE USO MÚLTIPLO CIRÚRGICOS

Todas as embalagens de instrumentos cirúrgicos devem estar identificadas. São elementos de identificação:

- Nome do artigo
- Lote da carga
- Identificação do esterilizador
- Profissional responsável
- Data de embalamento

Existem programas que rastreiam os instrumentos cirúrgicos através de um código de barras **QR Code**, permitindo: identificar a localização exata das caixas e instrumentos cirúrgicos, enumerar o número de vezes que cada dispositivo foi utilizado e alertar para a necessidade de manutenção preventiva

(Fuller, 2013)


14

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

RASTREABILIDADE DOS INDICADORES QUÍMICOS DE ESTERILIZAÇÃO

- Falha do indicador químico interno compromete a segurança do processo de esterilização (Lima et al., 2021)
- A leitura e avaliação do indicador exige raciocínio clínico, tomada de decisão e conhecimento prévio (Gonçalves & Santana, 2013; Vasconcelos et al., 2021)

- ✓ Constituídos por **tinta termocrômica** que muda de cor quando exposta ao agente esterilizante
- ✓ **Externo ou Indicador de fita**
 - Colocado fora da embalagem
 - Distingue artigos processados/não processados
- ✓ **Interno**
 - Colocado dentro da embalagem
 - Comprova que a esterilização foi eficaz



(DGS,2010)

15

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

RASTREABILIDADE DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTÁVEIS

É amplamente recomendado que as características do DMI sejam:

- Registadas no **PROCESSO CLÍNICO** do doente
- Fornecidas ao doente através de **CARTÃO** específico
- Registadas em **BASE DE DADOS** institucional

A rastreabilidade dos DMI garante a segurança do doente, permitindo detetar e agir em conformidade perante infeção do local cirúrgico, falha dos seus componentes ou qualquer outra condição anómala

- O registo deve incluir:
 - **Nome do dispositivo**
 - Fabricante
 - **Referência**
 - **Lote**
 - Tamanho
 - Validade
 - Data de implante
 - Identificação do doente
 - Identificação do profissional

Cabral et al., 2021; Regulamento (UE) 2017/745, 2017

16

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA


CONTEXTO ATUAL
Unidade Cirurgia Ambulatório/
Bloco Operatório Central

- Avaliação da conformidade dos indicadores de esterilização antes da incisão na pele - enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista
- Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
- Registo de DMI na aplicação *Patient Care* (nome, referência e lote)

- Inexistência de registo dos indicadores de esterilização
- Inexistência de registo dos DMUM cirúrgicos
- Ausência de cartão de implante de DMI
- Inexistência de um documento para registo intraoperatório da rastreabilidade

↓






Dificuldade na rastreabilidade dos dispositivos médicos, se ocorrência de incidentes ou ILC


 Segurança do Doente e dos Profissionais

17


ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

SUGESTÕES DE MELHORIA

-  Uniformizar práticas - Procedimento de Enfermagem
[Procedimento Rastreabilidade Intraoperatória.pdf](#)
-  Documento de registo intraoperatório da rastreabilidade
-  Registo da rastreabilidade intraoperatória no campo "Notas - Observações Gerais" da aplicação *Patient Care*
-  Preencher e anexar cartão do DMI ao processo clínico do doente
-  No futuro... criação de campo pré definido para rastreabilidade na aplicação *Patient care*



18



RASTREABILIDADE DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS DE USO MÚLTIPLO CIRÚRGICOS

Data: _____ ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

Procedimento: _____

Ent. Circulante: _____

| CASA CIRÚRGICA | LOTE DE CARGA | REESTERILIZAÇÃO E ESTERILIZADOR | INDICADOR EXTERNO (Presente / Ausente) | INDICADOR INTERNO (Presente / Ausente) (Color Indicator) |
|----------------|---------------|---------------------------------|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

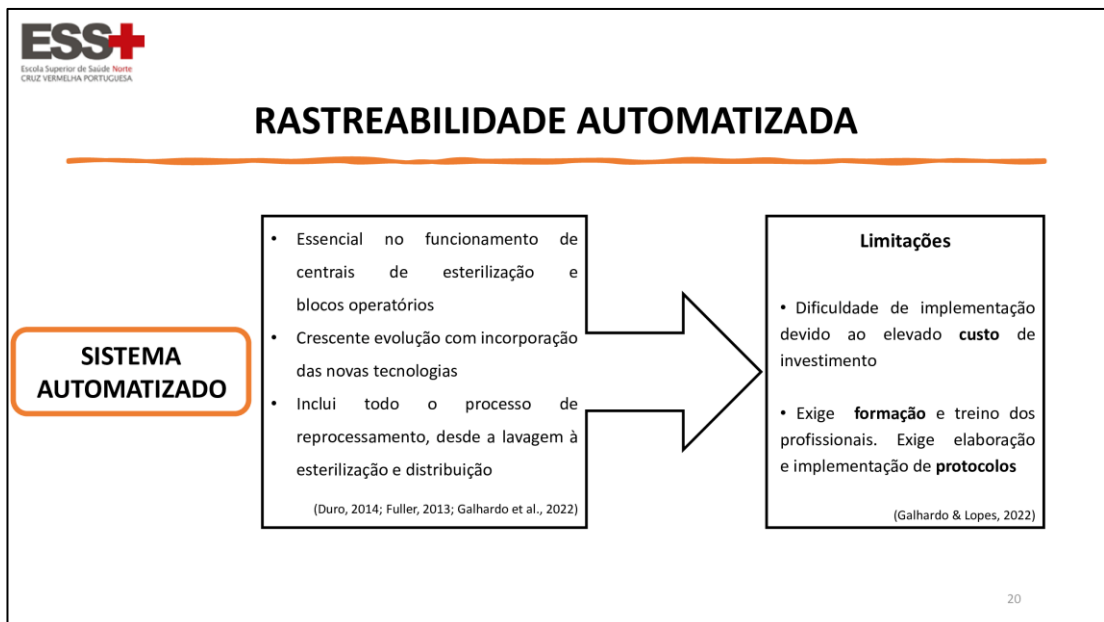
RASTREABILIDADE DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTÁVEIS

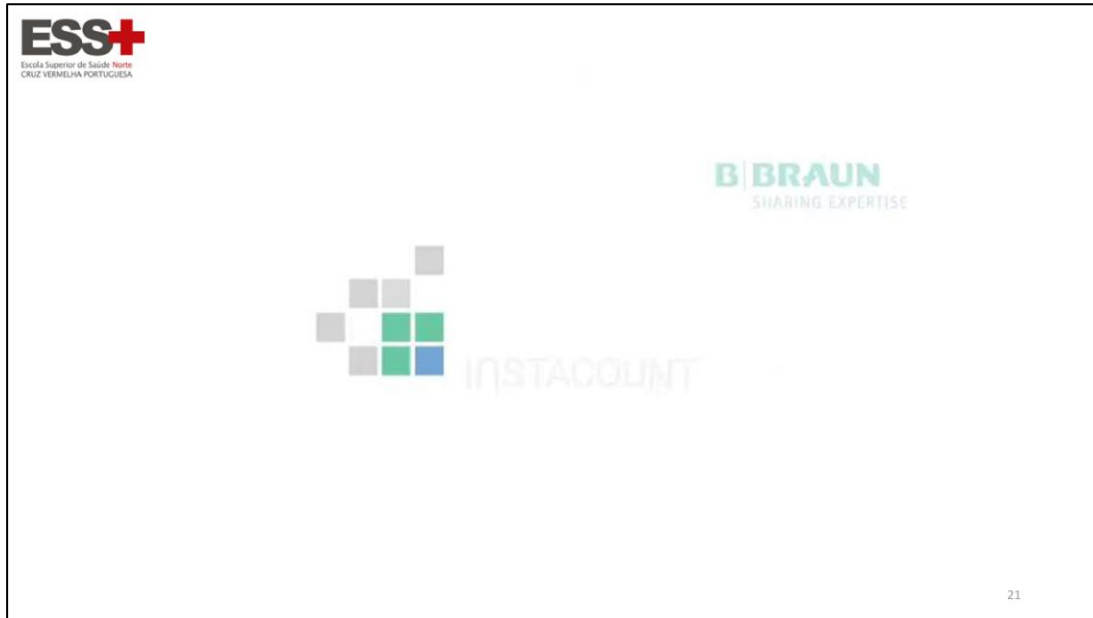
Data: _____ ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

Procedimento: _____

Ent. Circulante: _____

DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTÁVEIS
(colar etiqueta)






ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

CONSIDERAÇÕES FINAIS...

...Dúvidas?



23

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS



**Obrigada pela
atenção!**

**APÊNDICE III: Procedimento de Enfermagem “Rastreabilidade
Intraoperatória”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Procedimento de Enfermagem:
Rastreabilidade em Contexto Intraoperatório
 PE-UCA/BOC
 Unidade de Cirurgia de Ambulatório
 Bloco Operatório Central –

Página 1 de 9

| | | |
|---|----------------------------------|---------------------------|
| ELABORAÇÃO: Enfermeira Carla Bento Enfermeira Joana Soares | | APROVAÇÃO: |
| VERIFICAÇÃO DO CONTEÚDO: | VERIFICAÇÃO DA ESTRUTURA: | |
| PRÓXIMA REVISÃO: | | |
| | | DATA DE APROVAÇÃO: |

OBJECTIVO

- Definir e uniformizar procedimentos;
- Assegurar o registo adequado da rastreabilidade de:
 - ✓ indicadores químicos de esterilização,
 - ✓ dispositivos médicos de uso múltiplo cirúrgicos,
 - ✓ dispositivos médicos implantados.
- Contribuir para a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde e infeções do local cirúrgico;
- Promover a segurança do doente;
- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Promover a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

APLICABILIDADE

Aplica-se a todos os enfermeiros que desenvolvem atividade profissional em contexto intraoperatório.

SIGLAS, ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS e DEFINIÇÕES

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

DGS - Direção Geral de Saúde

WHO – World Health Organization

Dispositivo médico: instrumento, aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo utilizado, isoladamente ou em conjunto, para diagnóstico, prevenção, controlo ou tratamento de uma doença humana (Decreto-Lei 145/2009).



Instrumento cirúrgico reutilizável: instrumento que se destina a cortar, seccionar, perfurar, serrar, raspar, remover, agrafar, afastar ou aparar, no âmbito de procedimentos cirúrgicos, e que pode ser reutilizado após tratamento adequado (Decreto-Lei 145/2009).

Dispositivo médico implantável: dispositivo médico criado para ser total ou parcialmente introduzido no corpo humano através duma intervenção cirúrgica e com o objetivo de permanecer implantado por mais de 30 dias (Infarmed, 2013).

Reprocessamento de instrumentos cirúrgicos: processo a que é sujeito o instrumento cirúrgico, com o objetivo de permitir a sua reutilização segura. Inclui a limpeza e descontaminação, inspeção, preparação e embalagem, esterilização, armazenamento e transporte dos instrumentos cirúrgicos. Cada fase do ciclo de reprocessamento é fundamental para o uso adequado e seguro destes dispositivos durante a intervenção (Direção Geral de Saúde [DGS], 2010).

Limpeza e Descontaminação: remoção química e mecânica dos resíduos orgânicos ou inorgânicos de um dispositivo, podendo ser efetuada manual ou automaticamente (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas [AESOP], 2006).

Inspeção: visualização direta dos instrumentos limpos, habitualmente através de uma lupa, para detetar qualquer matéria residual que possa interferir com a esterilização (DGS, 2010).

Preparação e Embalagem: sistema de embalagem deve ser permeável ao agente esterilizante mas resistente à tração e manipulação por forma a permitir a sua manipulação após a esterilização sem contaminar o interior (DGS, 2010).

Todas as embalagens devem estar devidamente identificadas.

Constituem elementos de identificação: nome do artigo, número do lote, identificação do esterilizador, profissional responsável pelo processo e data de embalagem (Fuller, 2013).

Esterilização: exposição controlada de instrumentos, dispositivos e outros materiais a um agente esterilizante, permitindo a eliminação de todos os microrganismos e esporos remanescentes (DGS, 2010).

Armazenamento e Transporte: materiais esterilizados devem ser armazenados e transportados adequadamente: prateleiras fechadas, livres de pó e em ambiente seco; preservando a integridade e a impermeabilidade da embalagem (DGS, 2010).



Indicadores Químicos: são constituídos por tinta termocrómica que muda de cor quando exposta ao agente esterilizante. A maioria dos indicadores químicos varia da cor bege para preto quando a esterilização está concluída.

Os indicadores químicos externos, como o indicador de fita, são colocados fora da embalagem para demonstrar se os dispositivos foram processados.

Os indicadores químicos internos são utilizados dentro de cada embalagem para demonstrar a penetração do agente esterilizante e a eficácia da esterilização (DGS, 2010).

Rastreabilidade: capacidade de traçar e identificar o histórico de processamento dos dispositivos médicos de uso múltiplo cirúrgicos e da sua utilização, por meio de informações previamente registadas, através de um sistema de informação manual ou automatizado (Martins & Ribeiro, 2017).

Infeção do Local Cirúrgico: é uma infeção multifatorial relacionada com a condição do doente, com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico envolvido, que ocorre no local da incisão cutânea ou próximo dela, nos primeiros trinta dias de pós-operatório, ou, até três meses no caso de colocação de prótese (DGS, 2022).

DESCRIÇÃO

A fim de reduzir o risco de infeção do local cirúrgico, e de acordo com a DGS (2010, p.93) “**o uso de materiais estéreis em cirurgia é considerado padrão a nível internacional**” e a sua verificação faz parte integrante da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

O enfermeiro circulante e o enfermeiro instrumentista devem comprovar a esterilidade do instrumental cirúrgico e dispositivos médicos, atestando que os respetivos **indicadores de esterilização** estão em conformidade (DGS, 2010).

A confirmação da integridade das embalagens, das validades e dos indicadores químicos de esterilização são uma medida essencial na **prevenção da contaminação do campo estéril** (AESOP, 2013).

Para além disso, é responsabilidade do **enfermeiro circulante e do enfermeiro instrumentista** incluir os indicadores de esterilização no processo clínico do doente, garantindo a rastreabilidade dos dispositivos médicos utilizados (World Health Organization [WHO], 2018).

Um sistema de **rastreabilidade** eficaz, assegura o uso seguro de dispositivos médicos durante as cirurgias e tem impacto direto sobre a segurança do doente (Xia, Yu & Zhao, 2016).



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

**Procedimento de Enfermagem:
Rastreabilidade em Contexto Intraoperatório**

PE-UCA/BOC

Unidade de Cirurgia de Ambulatório
Bloco Operatório Central –

Página 4 de 9

A rastreabilidade em contexto intraoperatório deve realizar-se através da **verificação e registo** em documento adequado de:

- indicadores químicos de esterilização,
- dados dos dispositivos médicos de uso múltiplo cirúrgicos,
- dados dos dispositivos médicos implantados.

O documento de registo da rastreabilidade intraoperatória (ANEXO I e ANEXO II) deve ser parte integrante do processo clínico do doente.



| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | JUSTIFICAÇÃO |
|---|---|
| <p>Antes da abertura dos dispositivos médicos para o campo estéril, o enfermeiro circulante deve verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indicador químico de esterilização externo ✓ Prazo de validade ✓ Integridade da embalagem: selagem, humidade, coloração | <p>Garantir a segurança do doente Prevenir infeção do local cirúrgico</p> |
| <p>Após a abertura dos dispositivos médicos para o campo estéril, e antes da incisão na pele, o enfermeiro instrumentista deve verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conformidade do indicador químico de esterilização interno ✓ Inspeção visual do instrumental cirúrgico e restantes dispositivos médicos, verificando a sua conformidade e funcionalidade | <p>Garantir a segurança do doente Prevenir complicações Prevenir infeção do local cirúrgico</p> |
| <p>Registar rastreabilidade dos indicadores químicos de esterilização:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Registar conformidade do indicador químico de esterilização externo (fita testemunho) ✓ Registar conformidade do indicador químico de esterilização interno ✓ Anexar (agrafar ou colar) indicador químico de esterilização interno | <p>Garantir a rastreabilidade Garantir a segurança do doente</p> |



| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | JUSTIFICAÇÃO |
|---|--|
| Registrar rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo cirúrgicos : ✓ Nome da caixa cirúrgica ✓ Lote de Carga ✓ Identificação do Esterilizador | Garantir a rastreabilidade Garantir a segurança do doente |
| Registrar rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis : ✓ Colar etiqueta do dispositivo médico implantado ✓ Caso não tenha etiqueta, transcrever: <ul style="list-style-type: none"> • Nome do dispositivo • Firma • Referência • Lote • Validade | Garantir a rastreabilidade Garantir a segurança do doente |

RESPONSABILIDADES

- Enfermeira Gestora: implementação e revisão do procedimento
- Enfermeiros: execução do procedimento.

DOCUMENTOS CONSULTADOS

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. 2006. Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Lusodidacta.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. 2013. Práticas Recomendadas Para Bloco Operatório. 3ª Edição AESOP.

Direção Geral da Saúde. (2010). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;jsessionid=



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

**Procedimento de Enfermagem:
Rastreabilidade em Contexto Intraoperatório**

PE-UCA/BOC

Unidade de Cirurgia de Ambulatório
Bloco Operatório Central –

Página 7 de 9

Direção Geral da Saúde, (2022). Norma Clínica: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Lisboa. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Decreto-Lei nº 145/2009 de 17 de Junho (2009). Diário da República I série, nº115 (17-06-2009).
Infarmed. (2013). Circular informativa Nº 108/CD/8.1.6. Esclarecimentos sobre o Despacho nº 5456-B/2013, de 23 de abril – Circular elaborada conjuntamente com a ACSS e a SPMS. Lisboa
Fuller, J. (2013). Instrumentación Quirúrgica: Principios y Práctica. 2013. 5ª Edição. Editorial Medica Paramericana.

Martins, F., Ribeiro, M. (2017). Implantação e Uso de Sistema de Rastreabilidade Automatizado em Central de Materiais e Esterilização. Revista SOBECC. Volume 22. Páginas 52-58. <http://10.5327/Z1414-4425201700010009>

World Health Organization. (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection. ISBN: 9789241550475. [Global guidelines for the prevention of surgical site infection, 2nd ed. \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789241550475)

Xia, S., Yu, C., Zhao, T. (2016). Quality Control Circle Application in the Surgical Instrument Traceability for Security Management. Annals of Clinical and Laboratory Research. Volume 4. Páginas 1-5. DOI:10.21767/2386-5180.100093

ANEXOS

ANEXO I - Documento de registo da rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplos cirúrgicos

ANEXO II - Documento de registo da rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis



ANEXO I - Documento de registo da rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplos cirúrgicos

RASTREABILIDADE DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS DE USO MÚLTIPLO CIRÚRGICOS

Data: _____
Procedimento: _____
Eq. Circulante: _____

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

| CAIXA CIRÚRGICA | LOTE DE CARGA | IDENTIFICAÇÃO ESTERILIZADOR | INDICADOR EXTERNO (Presente / Conforme) | INDICADOR INTERNO (Presente / Conforme) (Color Indicator) |
|-----------------|---------------|--------------------------------|--|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

**Procedimento de Enfermagem:
Rastreabilidade em Contexto Intraoperatório**
PE-UCA/BOC
Unidade de Cirurgia de Ambulatório
Bloco Operatório Central –


Página 9 de 9

ANEXO II - Documento de registo da rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis

RASTREABILIDADE DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTÁVEIS

Data: _____

Procedimento: _____

 Circulante: _____

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTÁVEIS
(colar etiqueta)

| |
|--|
| |
|--|

**APÊNDICE IV: Documento de Registo da Rastreabilidade
Intraoperatória**

RASTREABILIDADE DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS DE USO MÚLTIPLO CIRÚRGICOS

Data: _____

Procedimento: _____

Enfº Circulante: _____

| |
|-------------------------------------|
| ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE |
|-------------------------------------|

| CAIXA CIRÚRGICA | LOTE DE CARGA | IDENTIFICAÇÃO ESTERILIZADOR | INDICADOR EXTERNO (Presente / Conforme) | INDICADOR INTERNO (Presente / Conforme) (Colar indicador) |
|-----------------|---------------|--------------------------------|--|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**APÊNDICE V: e-Poster “Rastreabilidade Intraoperatória: o futuro,
hoje”**

RASTREABILIDADE INTRAOPERATÓRIA: O FUTURO, HOJE

Bento, Carla & Soares, Joana

Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



INTRODUÇÃO

A rastreabilidade é a capacidade de traçar e identificar o histórico de processamento do instrumental cirúrgico e dispositivos médicos e, da sua utilização por meio de informações previamente registadas, através de um sistema de informação, que pode ser manual ou automatizado (Martins e Ribeiro, 2017; Vasconcelos et al., 2021). Os sistemas que permitem a rastreabilidade do instrumental cirúrgico melhoram a qualidade dos cuidados, aumentam a segurança do doente e dos profissionais e reduzem os custos associados aos cuidados de saúde (Xia, Yu, Zhao, 2016; Zhu et al., 2019).

OBJETIVO

Conhecer os sistemas de rastreabilidade atuais em contexto intraoperatório.

METODOLOGIA

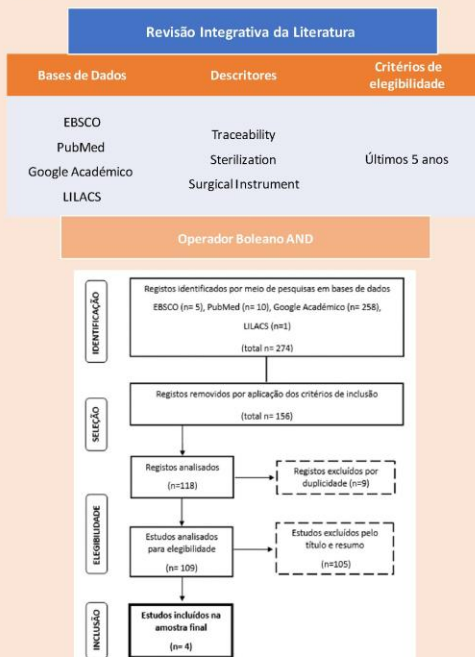


Diagrama Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses [Prisma] (2015)

RESULTADOS

| | Autores | Ano | País | Título |
|---|--|------|-----------|---|
| 1 | Pang, X., Wu, Z., Ling, C., Li, Q. | 2018 | China | Application of the traceability system in integrated management of operating room and central sterile supply department |
| 2 | Galhardo, G., Duarte, C., Xavier, R., Jesus, C., Lopes, A. | 2022 | Brasil | Enfermeiro frente a rastreabilidade automatizada do instrumental cirúrgico no Centro de Esterilização de Material |
| 3 | Gunaratne, P., Gunathilake, H., Wijenayakke, W. | 2022 | Sri Lanka | Surgical Instrument Tracking and Maintenance System for the University Hospital KDU |
| 4 | Walravens, J. | 2023 | Brasil | Uso da Rastreabilidade de instrumental cirúrgico em Centro de Materiais Estéreis |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1

- O sistema de rastreabilidade automatizada assegura o registo da informação ao longo de todo o processo de reprocessamento, permitindo detetar em caso de alguma falha, a fase em que ocorreu e as suas causas.
- A rastreabilidade contribui para a garantia da segurança do doente cirúrgico, bem como, diminui a incidência de infeções.

2

- A rastreabilidade automatizada tem como principal vantagem concentrar num único sistema toda a informação sobre o reprocessamento do instrumental cirúrgico.
- Garante as boas práticas e a segurança do doente.
- Ainda não está implementada em todas as unidades de saúde pois exige formação das equipas e comporta elevados custos de investimento.

3

- O uso de rastreabilidade automatizada, através da implementação de QR code apresenta benefícios para a segurança do doente.
- A principal dificuldade de implementação da rastreabilidade automatizada é a formação dos funcionários.

4

- O enfermeiro apresenta uma atuação essencial na capacitação das equipas nas diferentes fases do reprocessamento, evitando erros e falhas.
- A rastreabilidade do instrumental cirúrgico contribui para a segurança do doente, através da gestão adequada de material, evitando o cancelamento de cirurgias por falhas ou falta de material cirúrgico.
- O processo de rastreabilidade permite a deteção de alterações da qualidade, redução de custos e controlo de stock.

CONCLUSÃO

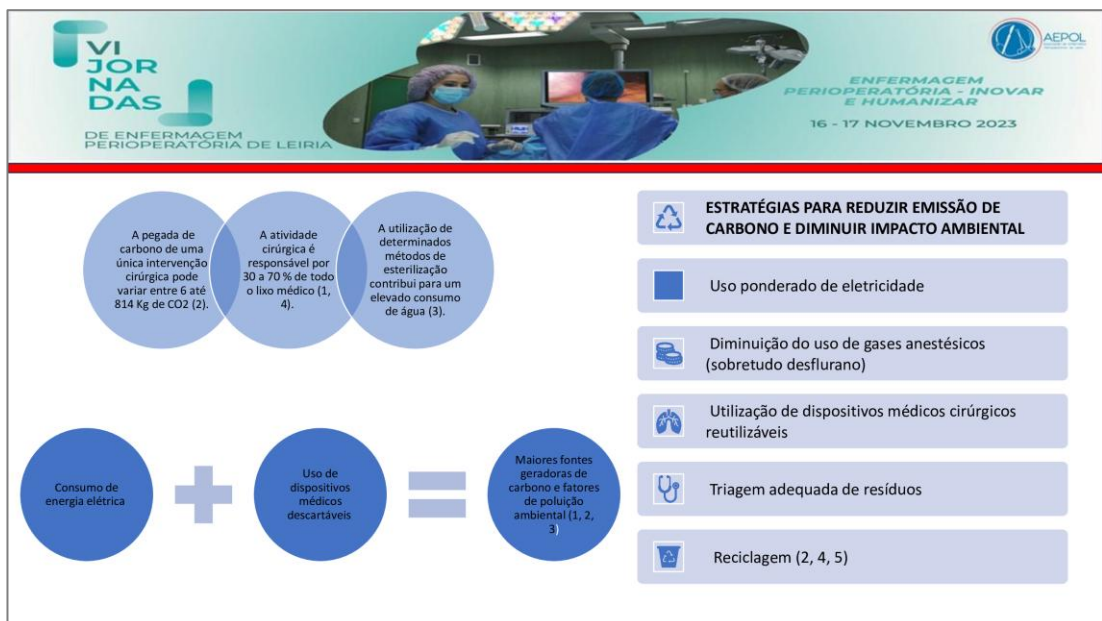
Um sistema de rastreabilidade eficaz garante o uso seguro de dispositivos médicos durante as cirurgias e tem impacto direto na segurança do utente e na qualidade dos cuidados prestados.

Os sistemas de rastreabilidade automatizada parecem ser a tendência atual em contexto intraoperatório, no entanto, os elevados custos de implementação e a necessidade de formação dos trabalhadores ditam que ainda não estejam genericamente instituídos na maioria das unidades de saúde.

Como limitação deste estudo sublinha-se a escassez de literatura sobre a temática abordada, sobretudo a nível nacional.

**APÊNDICE VI: e-Poster “Sustentabilidade Ambiental em contexto
Perioperatório”**







VI JORNADAS
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA DE LEIRIA

ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - INOVAR E HUMANIZAR
16 - 17 NOVEMBRO 2023

AEPOL



GUIA ORIENTADOR PARA GESTÃO DOS RESÍDUOS HOSPITALARES (4)

Repensar → Reduzir → Reutilizar → Reciclar → Recusar → Repensar

Formação dos profissionais de saúde → Regulamentação governamental (1, 4)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O bloco operatório é um dos maiores utilizadores de recursos hospitalares, que por sua vez, exigem elevado consumo de energia, utilização de inúmeros dispositivos descartáveis e proporcionais volumes de resíduos. As estratégias de redução do impacto ambiental sugeridas pelos diversos autores passam pela sensibilização e formação dos profissionais de saúde e, pela implementação de diversas medidas, entre as quais os 5 R's.

As diferentes estratégias de diminuição do impacto ambiental da atividade cirúrgica não devem comprometer a segurança do doente (MacNeill et al., 2017).

Como limitação pode apontar-se a escassez da literatura sobre a temática abordada, no contexto perioperatório nacional. No futuro, sugerimos a realização de uma revisão sistemática da literatura ou uma pesquisa bibliográfica mais abrangente, contextualizada ao longo de 10 anos, de modo a compreender a evolução do conceito de sustentabilidade ambiental em contexto perioperatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



**APÊNDICE VII: e- Poster "Sustentabilidade ambiental em bloco
operatório: que estratégias?"**

BLOC SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL EM BLOCO OPERATÓRIO: QUE ESTRATÉGIAS?
 Bento, Carla & Soares, Joana
 Hospital da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

RESUMO

O bloco operatório é um dos maiores utilizadores de recursos hospitalares, sendo responsável por elevado consumo de energia e proporcionais volumes de resíduos. Assim sendo, é essencial implementar estratégias que permitam reduzir a pegada de carbono, garantindo a sustentabilidade ambiental.

INTRODUÇÃO

A sustentabilidade ambiental é globalmente aceite como a capacidade de responder às necessidades da geração atual sem comprometer as gerações futuras de dar resposta às suas próprias necessidades (Owen, 2016). A Organização Mundial de Saúde tem enfatizado que os hospitais têm a responsabilidade de tomar os cuidados de saúde mais sustentáveis, devendo ser tomadas as medidas adequadas de modo a racionalizar os recursos disponíveis (World Health Organization & World Health Summit, 2020; World Health Summit, 2021; World Health Organization, 2022). O Bloco Operatório constitui-se como um grande consumidor de recursos materiais e, consequentemente, um grande produtor de resíduos, revelando-se, portanto, como um setor primordial nas práticas de sustentabilidade ambiental (Riquiera et al., 2020).

OBJETIVO

Identificar as principais estratégias promotoras da sustentabilidade ambiental em bloco operatório

METODOLOGIA

Revisão Integrativa da Literatura

| Bases de Dados | Descritores | Critérios de elegibilidade |
|-------------------------------------|---|----------------------------|
| EBSCO PubMed Google Académico | Environmental Sustainability Green Surgery Operating Room | Últimos 5 anos |

Operador Booleano AND

Diagrama Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis (PRISMA) (2020)

RESULTADOS

| Autores | Ano | País | Título |
|---|------|---------------------------|--|
| Ansheng, F., Esmail, M., Demirci, M., & Taouky, J. | 2020 | Estados Unidos da América | Quantifying hospital services by carbon footprint: a systematic literature review of patient care observation |
| Ruan, C., Sandbach, L., Nicholas, R., Reed, M., & Bhatt, M. | 2020 | Reino Unido | The carbon footprint of surgical operations: a systematic review |
| Neuner, S., Prangenberg, C., Witt, D., Burger, C., Veit, K., & Katz, K. | 2022 | Alemanha | Klimawandel: Wie die Chirurgie auf Klimawandel reagiert |
| Lafont, S., Saffarini, E., O'Donnovan, M., Cacciatore, G., Kilmartin, G., Higgins, G., Tufar, S., & Blumh, J. | 2022 | Suécia | Waste management and the perception of a green hospital—a systematic narrative review |
| Bhanga, A. | 2023 | Reino Unido | Reducing the environmental impact of surgery in a global scale: a systematic review and co-prioritization with healthcare workers in 132 countries |

DISCUSSÃO

A pegada de carbono do setor da saúde é responsável por 20% a 25% de todos os resíduos em todo o mundo (1, 2). A atividade cirúrgica é responsável por 30% a 70% de todos os resíduos em todo o mundo (3, 4). A utilização de determinados materiais de esterilização contribui para um elevado consumo de água (5).

CONCLUSÃO: Estratégias para reduzir a pegada de carbono e diminuir o impacto ambiental.

ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR EMISSÃO DE CARBONO E DIMINUIR IMPACTO AMBIENTAL

- USO PODERADO DE ELECTRICIDADE
- MINIMIZAÇÃO DO USO DE GASES ANESTÉSICOS - SOBREVELHO EXPLORADO
- UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS OBRIGADOS REUTILIZÁVEIS
- TRAGEM ADEQUADA DE RESÍDUOS
- RECOLEÇÃO G. A. S.

REFLEXÃO DO PROCESSO DE SAÚDE

Formação dos profissionais de saúde

Regulamentação governamental (1, 4)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias de redução do impacto ambiental sugeridas pelos diversos autores passam pela sensibilização e formação dos profissionais de saúde e, pela implementação de diversas medidas, entre as quais os 5 R's. Como limitação pode apontar-se a escassez da literatura sobre a temática abordada, no contexto perioperatório nacional. No futuro, sugere-se a realização de uma revisão sistemática da literatura de modo a compreender a evolução do conceito de sustentabilidade ambiental em bloco operatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



APÊNDICE VIII: Guião orientador do filme “Circuito da pessoa em situação perioperatória na UCA”

GUIÃO VIDEO – VOU SER OPERADO NA UCA, E AGORA?

Unidade de Cirurgia Ambulatória

Bem-vindo à Unidade de Cirurgia de Ambulatório da ULS de . Esta unidade está localizada no Polo , mais conhecido como Hospital .

Encontra-se em funcionamento desde 2012 e é caracterizada por instalações próprias e elevada inovação tecnológica.

O que é a cirurgia de ambulatório?

A cirurgia de ambulatório é uma intervenção programada, que se caracteriza pela admissão e alta do doente no mesmo dia da cirurgia. Em alguns casos, pode ser necessário pernoitar no hospital de um dia para o outro.

Esta unidade é dotada de uma equipa multidisciplinar que o vai tratar, cuidar e orientar no dia da sua cirurgia.

GABINETE DE CONSULTA – TELEFONEMA

O seu processo na UCA tem início com a consulta de anestesia e com a consulta de enfermagem, que são realizadas telefonicamente, dias antes da cirurgia.

Mas não se preocupe, na véspera da cirurgia será contactado novamente pelo enfermeiro, para o recordar dos cuidados a ter, bem como, esclarecer eventuais dúvidas.

SALA DE ESPERA -HALL DE ENTRADA

Admissão no guichet administrativo

Ao chegar à UCA, deve dirigir-se com o seu acompanhante ao assistente administrativo, que irá organizar o seu processo para a cirurgia.

VESTIÁRIOS

Após realizar a admissão, aguarda na sala de espera com o seu acompanhante, até ser chamado pelo assistente operacional. O assistente operacional irá acompanhá-lo até aos vestiários, onde lhe será disponibilizado um cacifo para guardar os seus pertences, bem como, o vestuário específico da UCA.

GABINETE DE ACOLHIMENTO

No acolhimento vai ser recebido por um enfermeiro que o vai preparar para a sua cirurgia.

Neste momento serão validados alguns requisitos pré-operatórios, de forma a garantir a sua segurança e a segurança de todo o procedimento cirúrgico.

Para além disso, o enfermeiro irá avaliar os seus sinais vitais e irá puncioná-lo, ou seja, colocar-lhe um cateter com um soro.

Chegada a hora da cirurgia, será transferido para o bloco operatório, acompanhado por um dos enfermeiros que estará consigo durante a intervenção cirúrgica.

Na sala operatória vai encontrar uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, cirurgiões, médico anestesiológico e assistente operacional.

SALA OPERATÓRIA

O enfermeiro vai acolhê-lo na sala operatória, efetuando algumas questões e confirmando dados que permitam aumentar a segurança do procedimento cirúrgico e anestésico e diminuir o risco de complicações. Toda a equipa está coordenada para lhe prestar os melhores cuidados.

A sala operatória apresenta um ambiente frio, mas não esteja preocupado, pois assim que esteja instalado, será colocada uma manta com aquecimento, impedindo a perda de calor.

Existem vários tipos de anestesia sendo que pode ficar acordado ou a dormir, mas tranquilo que estaremos a cuidar de si...

UCPA

No final da cirurgia é encaminhado para a unidade de cuidados pós-anestésicos, mais conhecido como recobro, onde ficará sob vigilância da equipa de enfermagem.

Aqui, serão avaliados e registados os seus sinais vitais. Será administrada medicação analgésica para controlo da dor, bem como, detetadas e tratadas precocemente as eventuais complicações.

Numa fase mais tardia de recobro irá realizar levante progressivo até conseguir andar sem ajuda. Irá ainda, ingerir uma refeição ligeira, tal como um sumo e umas bolachas, de forma a avaliar a tolerância gástrica.

Após avaliação do médico anestesiológico, e reunidas todas as condições para uma alta clínica em segurança, poderá ter alta para o domicílio.

ALTA

O seu acompanhante será contactado para estar presente no momento da alta, sendo envolvido no processo de cuidar, de forma a garantir a continuidade dos cuidados.

Assim, no momento da alta, irão receber as cartas de alta médica e de enfermagem, recomendações sobre cuidados pós-operatórios e respetivo folheto informativo. Não se preocupe, pois, todas as informações estão escritas.

Sabia que, leva consigo alguns medicamentos fornecidos pelo hospital para os dias seguintes? Isso permite-lhe o controlo da dor no conforto da sua casa.

Esta equipa valoriza a proximidade com o doente e cuidador, o que permite diminuir o número de complicações cirúrgicas e da ansiedade. Assim, no dia seguinte à cirurgia, vai ser contactado telefonicamente por um enfermeiro da UCA, para saber como está a decorrer o pós-operatório e aconselhar em conformidade.

A qualidade dos cuidados prestados e satisfação do doente e cuidador são das principais prioridades da UCA. Deste modo, pretendemos proporcionar-lhe uma experiência cirúrgica segura, humanizada e de qualidade.

Humanização Satisfação do Cliente Qualidade dos cuidados Segurança Excelência

APÊNDICE IX: Pedido para colaboração em painel *Delphi*



Exma. Sra. Presidente da ANES,
Exma. Sra. Presidente da AESOP,
Exma. Sra. Enfermeira Gestora do SPCIRA,

Carla Cristina Guerra Bento, estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, encontra-se a desenvolver um trabalho de investigação intitulado "Rastreabilidade de Dispositivos Médicos no Bloco Operatório: Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios", sob orientação da professora Doutora Sofia Mota.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento nº 429/2018) e com Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica emanados pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2017), o enfermeiro perioperatório desempenha um importante papel na maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória, nomeadamente através da promoção, gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados.

Neste âmbito, através da intervenção avançada, o enfermeiro perioperatório garante a rastreabilidade dos dispositivos médicos, contribuindo para a segurança do doente e dos próprios profissionais, bem como, para a qualidade dos cuidados de saúde.

Os objetivos do presente estudo são construir e validar um questionário de avaliação da perceção dos enfermeiros perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos e, descrever a perceção dos enfermeiros perioperatórios sobre a rastreabilidade de dispositivos médicos. Para atingir estes objetivos preconizamos realizar uma investigação de carácter exploratório-descritivo.

Nesta fase do estudo pretendemos realizar a validação de conteúdo e semântica do instrumento de colheita de dados intitulado: "Rastreabilidade de Dispositivos Médicos no Bloco Operatório: Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios". A versão inicial do instrumento de colheita de dados é composta por 17 itens agrupados em duas dimensões teóricas: conhecimento sobre rastreabilidade (nove itens) e boas práticas de rastreabilidade (oito itens). Os itens serão avaliados através de uma escala de Likert pontuada de um a cinco.

Página 1 de 2



Preconiza-se que a validação semântica e de conteúdo deste instrumento seja realizada através de painel de Delphi, composto por enfermeiros peritos na temática em estudo. Definiram-se como critérios de inclusão: ser enfermeiro perioperatório, com experiência na área de pelo menos 5 anos e ser especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Pretende-se que os peritos manifestem a sua concordância, numa escala de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente) com os itens que compõem o questionário quanto à pertinência, clareza, conteúdo e semântica dos mesmos, e caso considerem pertinente que sugiram a alteração da sua construção frásica ou adição de novos itens. No sentido de alcançar consenso entre peritos, o questionário será reencaminhado com as alterações propostas pelos intervenientes, até se obter o nível de concordância definido.

Neste sentido, vimos solicitar a Vossa Excelência que encaminhe o questionário, em formato eletrónico, aos peritos que se enquadrem nos critérios de inclusão e que aceitem, voluntariamente, participar no estudo.

As investigadoras garantem a confidencialidade das respostas.

Agradecemos antecipadamente a colaboração na construção do conhecimento científico em enfermagem perioperatória e comprometemo-nos a disseminar a informação científica resultante.

Com os melhores cumprimentos,

Oliveira de Azeméis, 15 de Janeiro de 2023

Carla Bento

Mestranda em Enfermagem Médico Cirúrgica

Área de especialização de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória

Contactos: 4415@essnortecvp.pt; 916292004

**APÊNDICE X: Questionário de avaliação da percepção dos enfermeiros
perioperatórios sobre rastreabilidade de dispositivos médicos
(Apresentação Final)**

**Rastreabilidade de Dispositivos Médicos no Bloco Operatório:
Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios**

Este questionário faz parte de um **estudo de investigação** desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, sob a orientação da Professora Doutora Sofia Mota.

O estudo tem como **objetivo** descrever a perceção dos enfermeiros perioperatórios sobre a rastreabilidade de dispositivos médicos no bloco operatório.

A sua participação no estudo é **voluntária** e totalmente **anónima**, pelo que garantimos a **confidencialidade** da informação recolhida. A qualquer momento pode desistir da sua participação, sem qualquer prejuízo ou inconveniente. Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para a finalidade do presente estudo, de acordo com a **legislação em vigor**, e não serão disponibilizados a qualquer entidade externa.

Cada questionário só pode ser **respondido uma vez**, demora cerca de **5 minutos** e, permite-lhe editar as suas respostas enquanto não for submetido. Após a submissão do questionário, fica concluída a sua participação neste estudo, que antecipadamente agradecemos.

Para qualquer esclarecimento adicional contactar a investigadora (Carla Bento: 4415@essnortecvp.pt)

Aceitando estes termos, consente livremente participar neste estudo? Sim Não

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL E ACADÉMICA

Género: Feminino Masculino

Idade: _____

Formação Académica:

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Formação Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem:

Sim

Não

Se respondeu SIM à questão anterior, qual a área de Especialização?

Enfermagem médico-cirúrgica

Enfermagem médico-cirúrgica – Enfermagem à pessoa em situação crítica

Enfermagem médico-cirúrgica – Enfermagem à pessoa em situação crónica

Enfermagem médico-cirúrgica – Enfermagem à pessoa em situação paliativa

Enfermagem médico-cirúrgica – Enfermagem à pessoa em situação perioperatória

Enfermagem de Reabilitação

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Enfermagem Comunitária

Tempo de exercício profissional como enfermeiro (anos):

Tempo de exercício profissional como enfermeiro perioperatório (anos):

O Bloco Operatório onde exerce funções é:

Central

Periférico

UCA

PARTE II – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS SOBRE RASTREABILIDADE DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

Responda às questões apresentadas de acordo com o seu grau de concordância, através de uma **escala de Likert** pontuada de 1 a 5, em que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 corresponde a “concordo totalmente”.

As questões estão divididas em DUAS SECÇÕES: na PRIMEIRA SECÇÃO pretende-se que responda de acordo com o seu **conhecimento** sobre rastreabilidade intraoperatória; na SEGUNDA SECÇÃO pretende-se que responda de acordo com **aquilo que efetivamente se faz** no bloco operatório onde exerce funções.

Lembre-se: não há respostas certas ou erradas!

Todas as respostas estão certas na medida em que traduzem a sua percepção individual.

| Responda de acordo com o seu conhecimento. | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. As boas práticas no âmbito da rastreabilidade de dispositivos médicos contribuem para a garantia da qualidade dos cuidados perioperatórios e para melhores resultados em saúde. | | | | | |
| 2. A ausência de rastreabilidade de dispositivos médicos pode ter implicações jurídico-legais. | | | | | |
| 3. A rastreabilidade intraoperatória de dispositivos médicos enquadra-se na área de competências dos enfermeiros perioperatórios. | | | | | |
| 4. No caso de ocorrer uma infeção, a rastreabilidade de dispositivos médicos concorre para o estudo das causas prováveis. | | | | | |
| 5. A rastreabilidade de dispositivos médicos tem repercussões na segurança do doente. | | | | | |
| 6. A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo , como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, permite identificar o histórico do reprocessamento do dispositivo. | | | | | |
| 7. A rastreabilidade de dispositivos médicos implantáveis , facilita a identificação do doente e implementação de medidas corretivas, se necessário. | | | | | |
| 8. Os enfermeiros perioperatórios devem garantir a rastreabilidade intraoperatória dos dispositivos médicos de uso múltiplo . | | | | | |
| 9. A conformidade dos indicadores químicos de esterilização deve ser validada pelo enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante e anexada ao processo clínico do doente. | | | | | |
| 10. Os enfermeiros perioperatórios devem garantir a rastreabilidade intraoperatória dos dispositivos médicos implantáveis . | | | | | |
| 11. A temática da rastreabilidade de dispositivos médicos deve estar incluída no plano de formação anual do serviço. | | | | | |

| Resposta de acordo com a sua prática profissional diária. | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo , como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, acompanha o processo clínico do doente. | | | | | |
| 13. A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo é executada em todos os procedimentos cirúrgicos, inclusive naqueles com curta duração. | | | | | |
| 14. Os dispositivos médicos de uso múltiplo provenientes da Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (Central de Esterilização), apresentam os elementos necessários para garantir a sua rastreabilidade, nomeadamente, identificação do conjunto cirúrgico, identificação do esterilizador e lote de carga. | | | | | |
| 15. Os enfermeiros perioperatórios garantem a rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo . | | | | | |
| 16. A rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis integra o processo clínico do doente. | | | | | |
| 17. Quando é implantado um dispositivo médico é facultado ao doente um cartão de implante, garantindo a sua rastreabilidade. | | | | | |
| 18. Os enfermeiros perioperatórios garantem a rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis . | | | | | |
| 19. Os enfermeiros perioperatórios notificam não conformidades na rastreabilidade dos dispositivos médicos. | | | | | |

**APÊNDICE XI: Tabela - Correlação entre cada item e o instrumento de
medida ajustado excluindo esse mesmo item**

| Item / Afirmação | Correlação entre item e escala ajustada | Alfa de Cronbach se item for eliminado |
|--|---|--|
| 1. As boas práticas no âmbito da rastreabilidade de dispositivos médicos contribuem para a garantia da qualidade dos cuidados perioperatórios e para melhores resultados em saúde. | 0.136 | 0.791 |
| 2. A ausência de rastreabilidade de dispositivos médicos pode ter implicações jurídico-legais. | 0.188 | 0.790 |
| 3. A rastreabilidade intraoperatória de dispositivos médicos enquadra-se na área de competências dos enfermeiros perioperatórios. | 0.240 | 0.788 |
| 4. No caso de ocorrer uma infeção, a rastreabilidade de dispositivos médicos concorre para o estudo das causas prováveis. | 0.307 | 0.784 |
| 5. A rastreabilidade de dispositivos médicos tem repercussões na segurança do doente. | 0.424 | 0.784 |
| 6. A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo, como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, permite identificar o histórico do reprocessamento do dispositivo. | 0.291 | 0.786 |
| 7. A rastreabilidade de dispositivos médicos implantáveis, facilita a identificação do doente e implementação de medidas corretivas, se necessário. | 0.380 | 0.782 |
| 8. Os enfermeiros perioperatórios devem garantir a rastreabilidade intraoperatória dos dispositivos médicos de uso múltiplo. | 0.262 | 0.786 |
| 9. A conformidade dos indicadores químicos de esterilização deve ser validada pelo enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante e anexada ao processo clínico do doente. | 0.248 | 0.787 |
| 10. Os enfermeiros perioperatórios devem garantir a rastreabilidade intraoperatória dos dispositivos médicos implantáveis. | 0.461 | 0.783 |
| 11. A temática da rastreabilidade de dispositivos médicos deve estar incluída no plano de formação anual do serviço. | 0.320 | 0.786 |
| 12. A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo, como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, acompanha o processo clínico do doente. | 0.453 | 0.775 |
| 13. A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo é executada em todos os procedimentos cirúrgicos, inclusive naqueles com curta duração. | 0.539 | 0.767 |
| 14. Os dispositivos médicos de uso múltiplo provenientes da Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (Central de Esterilização), apresentam os elementos necessários para garantir a sua rastreabilidade | 0.607 | 0.761 |
| 15. Os enfermeiros perioperatórios garantem a rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo. | 0.609 | 0.760 |
| 16. A rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis integra o processo clínico do doente. | 0.531 | 0.768 |
| 17. Quando é implantado um dispositivo médico é facultado ao doente um cartão de implante, garantindo a sua rastreabilidade. | 0.482 | 0.774 |
| 18. Os enfermeiros perioperatórios garantem a rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis. | 0.602 | 0.768 |
| 19. Os enfermeiros perioperatórios notificam não conformidades na rastreabilidade dos dispositivos médicos. | 0.423 | 0.778 |

**APÊNDICE XII: Tabela - Totalidade das respostas possíveis para cada
item**

Rastreabilidade de Dispositivos Médicos no Bloco Operatório: Percepção dos Enfermeiros Perioperatórios

| Item / Afirmação | Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|--|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| 1. As boas práticas no âmbito da rastreabilidade de dispositivos médicos contribuem para a garantia da qualidade dos cuidados perioperatórios e para melhores resultados em saúde. | 0.0% | 0.0% | 2.6% | 5.3% | 92.1% |
| 2. A ausência de rastreabilidade de dispositivos médicos pode ter implicações jurídico-legais. | 1.3% | 2.6% | 5.3% | 10.5% | 80.3% |
| 3. A rastreabilidade intraoperatória de dispositivos médicos enquadra-se na área de competências dos enfermeiros perioperatórios. | 0.0% | 0.0% | 2.6% | 10.5% | 86.8% |
| 4. No caso de ocorrer uma infeção, a rastreabilidade de dispositivos médicos concorre para o estudo das causas prováveis. | 1.3% | 1.3% | 5.3% | 19.7% | 72.4% |
| 5. A rastreabilidade de dispositivos médicos tem repercussões na segurança do doente. | 0.0% | 0.0% | 1.3% | 7.9% | 90.8% |
| 6. A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo, como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, permite identificar o histórico do reprocessamento do dispositivo. | 3.9% | 1.3% | 10.5% | 17.1% | 67.1% |
| 7. A rastreabilidade de dispositivos médicos implantáveis, facilita a identificação do doente e implementação de medidas corretivas, se necessário. | 0.0% | 0.0% | 6.6% | 15.8% | 77.6% |
| 8. Os enfermeiros perioperatórios devem garantir a rastreabilidade intraoperatória dos dispositivos médicos de uso múltiplo. | 1.3% | 0.0% | 2.6% | 15.8% | 80.3% |
| 9. A conformidade dos indicadores químicos de esterilização deve ser validada pelo enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante e anexada ao processo clínico do doente. | 1.3% | 0.0% | 3.9% | 11.8% | 82.9% |
| 10. Os enfermeiros perioperatórios devem garantir a rastreabilidade intraoperatória dos dispositivos médicos implantáveis. | 0.0% | 0.0% | 1.3% | 11.8% | 86.8% |
| 11. A temática da rastreabilidade de dispositivos médicos deve estar incluída no plano de formação anual do serviço. | 0.0% | 0.0% | 2.6% | 9.2% | 88.2% |
| 12. A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo, como são exemplo os conjuntos cirúrgicos, acompanha o processo clínico do doente. | 9.2% | 7.9% | 13.2% | 14.5% | 55.3% |
| 13. A rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo é executada em todos os procedimentos cirúrgicos, inclusive naqueles com curta duração. | 5.3% | 7.9% | 10.5% | 7.9% | 68.4% |
| 14. Os dispositivos médicos de uso múltiplo provenientes da Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (Central de Esterilização), apresentam os elementos necessários para garantir a sua rastreabilidade | 7.9% | 6.6% | 6.6% | 15.8% | 63.2% |
| 15. Os enfermeiros perioperatórios garantem a rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso múltiplo. | 6.6% | 10.5% | 9.2% | 6.6% | 67.1% |
| 16. A rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis integra o processo clínico do doente. | 5.3% | 6.6% | 10.5% | 21.1% | 56.6% |
| 17. Quando é implantado um dispositivo médico é facultado ao doente um cartão de implante, garantindo a sua rastreabilidade. | 1.3% | 0.0% | 18.4% | 21.1% | 59.2% |
| 18. Os enfermeiros perioperatórios garantem a rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis. | 0.0% | 3.9% | 7.9% | 17.1% | 71.1% |
| 19. Os enfermeiros perioperatórios notificam não conformidades na rastreabilidade dos dispositivos médicos. | 7.9% | 11.8% | 19.7% | 13.2% | 47.4% |

APÊNDICE XIII: Tabela - Coeficiente de correlação de *Pearson* entre as subescalas conhecimento e percepção sobre práticas de rastreabilidade de dispositivos médicos

| | Coefficiente Correlação <i>Pearson (r)</i> | Valor-p |
|---|---|----------------|
| Total da subescala Conhecimento & Total da subescala Percepção sobre as Práticas | 0.148 | 0.202 |