



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

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM
À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Susana Margarida Ferra da Silva Pepino

POSICIONAMENTO
CIRÚRGICO:
CONHECIMENTO DOS
ENFERMEIROS
PERIOPERATÓRIOS

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

POSICIONAMENTO CIRÚRGICO: CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS

Relatório Final de Estágio

Susana Margarida Ferra da Silva Pepino

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

Oliveira de Azeméis | 2024

“Desafios são o que tornam a vida interessante,
superá-los é o que dá sentido à vida.”

Joshua J. Marinho

AGRADECIMENTOS

Na elaboração deste trabalho, foram várias as pessoas que contribuíram para o seu desenvolvimento, sem as quais a sua concretização não teria sido possível. A todos, o meu obrigada!

À Orientadora Professora Doutora Sofia Mota, pela disponibilidade e colaboração no desenvolvimento das atividades, assim como pelo rigor e aprendizagens proporcionadas!

Aos Docentes da Escola Superior de Saúde Norte – Cruz Vermelha Portuguesa pelo acompanhamento durante o percurso!

À instituição que autorizou que o estudo de Investigação fosse realizado!

À Enfermeira Gestora e enfermeiros do local da realização do Estágio, pela disponibilidade em realizar trocas de horário.

Aos Tutores, pelas oportunidades de partilha e reflexão.

A TODOS os que me motivaram a continuar a caminhada nos momentos em que as fraquezas se sobrepunham às forças! Vocês sabem quem são OBRIGADA!

Aos participantes no painel de Delphi e do estudo de Investigação, que graças à sua colaboração, o mesmo foi possível.

À minha família pelos momentos em que não estive presente.....desculpa Constança....

E aos que não estiveram e que ainda assim me motivaram!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AORN – Association of PeriOperative Registered Nurses

ACSS – Administração Central de Sistema de Saúde

BO – Bloco Operatório

CA – Conselho de Administração

CSSV – Cirurgia Segura, Salva Vidas

DP – Desvio padrão

DGS – Direção Geral da Saúde

€ - Euro

EA – Eventos adversos

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf^o. - Enfermeiro

Enf^a. – Enfermeira

EORNA - European Operating Room Nurses Association

EPI – Equipamento de proteção individual

EPO – Enfermagem Perioperatória

EPUAP/NPIAP/PPPIA – European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel e PanPacific Pressure Injury Alliance

Esp. – Especialista

Fem. - Feminino

G - Género

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência Antimicrobiana

h – Hora

IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde

ILC- Infecção Local Cirúrgico

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISBAR – Identificação, situação atual, background, avaliação, recomendações

LASA – Look-alike, sound-alike

LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

M – Média

M_F – Média Feminino

M_M – Média Masculino

Masc. – Masculino
Max. – Máximo
Min. – Mínimo
MS – Membros superiores
Mg/dl – miligrama por decilitro
n - Amostra
nº - número
N. Esp. – Não Especialista
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
% - Percentagem
p. – Página
p – Nível de significância
PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência Antimicrobiana
r – Valor correlação *Pearson*
RAM – Resistência Antimicrobiana
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
Rev. – Revista
SAMR - *Staphylococcus aureus* metilicina resistente
SD – Segurança do Doente
SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica
e Centro de Material e Esterilização
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos
VAS – Visual Analog Scale
VPOE – Visita Pré-Operatória de Enfermagem

RESUMO

A segurança da pessoa em situação perioperatória assume hoje especial importância pela diversidade de fatores que a podem influenciar. No que respeita à segurança cirúrgica, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória assume um papel determinante na defesa, manutenção e promoção da segurança da pessoa, intervindo na redução de incidentes em contexto perioperatório.

Inserido no 2º Ciclo de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, o presente relatório, através de uma exposição descritiva e reflexiva, evidencia o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista nesta área, demonstrando o percurso efetuado, e a consolidação dos conhecimentos adquiridos através da realização do Estágio, num Bloco Operatório de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo. A segurança cirúrgica foi assim, o fio condutor para definir os objetivos para a realização do mesmo. Neste âmbito, o posicionamento cirúrgica parte integrante dos cuidados perioperatórios, assume especial importância na medida em que compete ao enfermeiro integrado numa equipa multiprofissional garantir a segurança da pessoa em todo o seu percurso, nomeadamente na prevenção e redução de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Através do estudo desenvolvido construiu-se e validou-se um questionário de verificação de conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico e descreveram-se e analisaram-se os resultados. A investigação foi estruturada em duas fases, a primeira através do estudo metodológico de validação de conteúdo e semântica do questionário elaborado e posteriormente no desenvolvimento de um estudo quantitativo descritivo e correlacional. Da análise dos resultados observou-se robustez do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios a sobre a temática em estudo.

Palavras-chave: segurança do paciente; enfermagem perioperatória; cuidados perioperatórios; posicionamento do paciente.

ABSTRACT

The safety of people in perioperative situations is of particular importance today due to the diversity of factors that can influence it. As far as surgical safety is concerned, the nurse specializing in medical-surgical nursing, in the area of specialization in perioperative nursing, plays a decisive role in defending, maintaining and promoting the safety of the person, intervening in the reduction of incidents in the perioperative context.

As part of the 2nd Cycle of Studies of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Specialization in Perioperative Nursing, this report, through a descriptive and reflective exposition, shows the development of the common and specific competences of the specialist nurse in this area, demonstrating the path taken, and the consolidation of the knowledge acquired through internship, in an Operating Room of a Hospital in the Lisbon and Tagus Valley Region. Surgical safety was the guiding principle for defining the objectives. In this context, surgical positioning, an integral part of perioperative care, is particularly important as it is the responsibility of the nurse, as part of a multi-professional team, to ensure the safety of the person throughout their journey, particularly in the prevention and reduction of injuries resulting from surgical positioning. A questionnaire was developed and validated through the study. The study developed a questionnaire to verify perioperative nurses' knowledge of the care inherent in surgical positioning, and the results were described and analyzed. The research was structured in two phases, the first through a methodological study to validate the content and semantics of the questionnaire developed, and then the development of a quantitative descriptive and correlational study. Analysis of the results showed that perioperative nurses' knowledge of the subject under study was robust.

Keywords: patient safety; perioperative nursing; perioperative care; patient positioning.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Versão inicial do questionário de avaliação do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico.....	94
Tabela 2: Resultados da primeira Ronda do painel de Delphi.....	95
Tabela 3: Resultados da segunda Ronda do painel de Delphi.....	96
Tabela 4: Versão final do questionário resultante do painel de Delphi.....	97
Tabela 5: Caracterização da amostra: género, grau académico, especialidade, idade, tempo de exercício e tempo de exercício profissional (n=28)	98
Tabela 6: Análise descritiva dos itens do questionário de “Avaliação do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico”: mínimo; máximo, média e desvio padrão (n=28)	100
Tabela 7: Teste t para amostras independentes do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico em função do género (n=28)	101
Tabela 8: Teste t para amostras independentes do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico em função do título de Especialista (n=28)	103
Tabela 9: Correlação de Pearson entre a idade e o tempo de exercício no Bloco Ope o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico (n=28)	105

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Adaptação do Modelo do Queijo Suíço ao circuito do medicamento.....	55
Figura 2: Posicionamento Membros Superiores, com lençol.....	82

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	25
1. Enquadramento do contexto de Estágio	27
1.1. Caracterização do Local de Estágio	27
1.2. Objetivos Específicos propostos para o Estágio	31
1.3. Perioperative Patient Focused Model.....	32
2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	35
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	35
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	36
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados.....	39
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	40
3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	43
3.1. Cuida da Pessoa em Situação Perioperatória e Respetiva Família/Pessoa significativa	45
3.2. Maximiza a Segurança da Pessoa em Situação Perioperatória e da Equipa Pluridisciplinar, Congruente com a Consciência Cirúrgica.....	49
3.2.1. Segurança na Transição de Cuidados	50
3.2.2. Segurança na Medicação: Contributo dos Enfermeiros em Contexto Perioperatório ..	54
3.2.3. Contributo do Enfermeiro Perioperatório na Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico	60
4. Estratégias de Avaliação das Práticas de Melhoria Contínua	65
5. Considerações Finais.....	67
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	69
1. Resumo	71
2. Abstract.....	73

3. Fundamentação/Enquadramento Teórico.....	75
3.1. Segurança Cirúrgica.....	76
3.2. Posicionamento Cirúrgico	79
4. Finalidade e Objetivos	87
5. Metodologia	89
5.1. Desenho do estudo	89
5.1.1 Estudo Metodológico	89
5.1.2. Estudo Quantitativo Descritivo e Correlacional	90
5.2. Considerações éticas	91
6. Resultados	93
6.1. Resultados do estudo metodológico.....	93
6.2. Resultados do estudo descritivo quantitativo e correlacional.....	98
6.3-Conhecimento dos Enfermeiros Perioperatórios Sobre os Cuidados Inerentes ao Posicionamento Cirúrgico e Variáveis Socioprofissionais	101
6.3.1. Análise Correlacional “Género e conhecimento dos enfermeiros perioperatórios”	101
6.3.2. Análise Correlacional “Título Especialista e conhecimento dos enfermeiros perioperatórios”	102
6.3.3. Idade e o tempo de exercício no Bloco Operatório	104
7. Discussão	107
8. Conclusão	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	127
ANEXO I: COMPROVATIVO DE PARTICIPAÇÃO 1º SEMINÁRIO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA “CULTURA DE SEGURANÇA E CONSCIÊNCIA CIRÚRGICA”	129
ANEXO II: MODELO EXPLICATIVO DA TÉCNICA ISBAR.....	133
ANEXO III: PARECER DA COMISSÃO ÉTICA DA INSTITUIÇÃO.....	137
ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DIRETORA DO BLOCO OPERATÓRIO	141

ANEXO V: AUTORIZAÇÃO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	145
APÊNDICES	149
APÊNDICE I: OBJETIVOS ESPECÍFICOS ESTÁGIO	151
APÊNDICE II: INSTRUMENTO ORIENTADOR “ISBAR”	157
APÊNDICE III: PROCEDIMENTO DE TRABALHO: “PROFILAXIA ANTIBIÓTICA CIRÚRGICA NA CRIANÇA E NO ADULTO”	161
APÊNDICE IV: DIAPOSITIVOS: APRESENTAÇÃO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	165
APÊNDICE V: PLANO DE SESSÃO E DIAPOSITIVOS: SEGURANÇA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS	179
APÊNDICE VI – PLANO DE SESSÃO E DIAPOSITIVOS: SEGURANÇA DA MEDICAÇÃO: CONTRIBUTO DOS ENFERMEIROS EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO	197
APÊNDICE VII – QUADRO SÍNTESE DE RECONSTITUIÇÃO /ADMINISTRAÇÃO DE ANTIBIOTERAPIA	219
APÊNDICE VIII– PLANO DE SESSÃO E DIAPOSITIVOS: CONTRIBUTOS DOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO.....	223
APÊNDICE IX–: GRELHAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS DE MELHORIA: SEGURANÇA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS,SEGURANÇA DA MEDICAÇÃO E PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO	239
APÊNDICE X – AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE MELHORIA	245
APÊNDICE XI – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS	255

INTRODUÇÃO

A vivência de uma experiência anestésico-cirúrgica influencia a estabilidade da pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa, independentemente da idade ou contexto da sua realização. Associado está o medo ou o receio das técnicas anestésicas, do procedimento cirúrgico, da recuperação e até mesmo do impacto que toda esta experiência pode causar no âmbito pessoal e profissional, ou mesmo na dinâmica familiar. É neste contexto, que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória se diferencia, promovendo e desenvolvendo cuidados de enfermagem seguros, personalizados e de qualidade fundamentada na prática baseada na evidência.

A segurança da pessoa é uma dimensão importante da qualidade em saúde, constituindo um desafio para os profissionais integrados nas instituições prestadoras de cuidados. O Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 determina aos intervenientes na saúde nos diferentes níveis de prestação de cuidados, ações que promovam uma cultura de segurança e a implementação continuada de práticas seguras reduzindo-se assim a ocorrência de resultados indesejáveis (Despacho nº 9390/2021).

A imobilidade necessária à realização do procedimento cirúrgico torna o posicionamento cirúrgico foco de atenção, na medida em que o mesmo pode mitigar a ocorrência de incidentes, relacionados com a tolerância física e fisiológica que a pessoa possa suportar, além deste ser fator essencial na abordagem cirúrgica. Os incidentes podem ser evitados ou reduzidos com base numa avaliação de risco da pessoa em situação perioperatória, conduzindo à tomada de decisão relativamente à utilização de dispositivos médicos adequados e implementação de intervenções baseadas na avaliação de risco realizada (European Operating Room Nurses Association, 2023). A responsabilidade do posicionamento cirúrgico é de todos os elementos da equipa multiprofissional.

É neste sentido, que se torna fundamental avaliar o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios relativamente aos cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico, uma vez que o mesmo é parte integrante dos cuidados perioperatórios, sendo fundamental para a garantia da segurança da pessoa. Ao identificar lacunas de conhecimento, poderão ser introduzidas melhorias no processo formativo e consequentemente na prática, que previnem complicações associadas ao posicionamento cirúrgico, garantindo assim uma prestação de cuidados de qualidade.

O presente relatório surge no âmbito do 2º ciclo de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória e tem como objetivo evidenciar o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Neste sentido, pretende ser um relatório crítico do percurso da aquisição e desenvolvimento das competências comuns e aquisição das competências específicas de enfermeiro especialista na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, integrando uma componente de investigação.

O Modelo Concetual que esteve na base do desenvolvimento e aquisição das competências específicas inerentes à prática do enfermeiro especialista na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, foi o *PeriOperative Patient Focused Model*. Este modelo é constituído por 4 domínios, nomeadamente: a segurança, as respostas fisiológicas, as respostas comportamentais e o sistema de saúde onde a prestação de cuidados ocorre (Van Wicklin, 2020).

O relatório foi elaborado tendo por base o método descritivo e reflexivo e está estruturado em duas componentes. A primeira dedicada ao Estágio, onde caracterizamos o local onde o mesmo se realizou e apresentamos quais os objetivos propostos com base no Modelo Concetual norteador do desenvolvimento do Estágio. Apresentamos ainda as atividades desenvolvidas, analisando o contributo das mesmas para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória. A segunda componente do relatório está direcionada para o estudo de Investigação, onde procuramos obter resposta para a seguinte questão de investigação: *Qual o conhecimento que os enfermeiros perioperatórios têm sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico?* Como forma de responder à questão de investigação, foram definidos os seguintes objetivos: construir e validar um questionário de avaliação do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico, caracterizar o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico e descrever o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico e algumas características socioprofissionais dos inquiridos. Iniciamos por apresentar um breve enquadramento teórico da temática em estudo, seguindo-se a apresentação da finalidade e objetivos do estudo, da metodologia utilizada, dos resultados e da discussão dos mesmos. Na conclusão, procuramos

dar resposta aos objetivos e hipóteses de investigação formuladas, identificar as limitações da presente investigação e as perspetivas de investigação futura.

Espera-se que o estudo contribua para a uniformização das práticas de posicionamento cirúrgico e consequentemente para a redução de complicações associadas ao mesmo, promovendo a segurança da pessoa em situação perioperatória. Consideramos que a realização deste estudo irá contribuir para o desenvolvimento de conhecimento no âmbito dos cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico, disponibilizando um instrumento de colheita de dados que permitirá realizar uma avaliação diagnóstica neste âmbito, para definição de ações de melhoria continua a implementar.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

O reconhecimento da essência da Enfermagem Perioperatória

1. Enquadramento do contexto de Estágio

O Estágio é o elemento crucial para a aquisição de competências, pela oportunidade de desenvolvimento de autonomia, iniciativa, comprometimento, criatividade, fomentando a tomada de decisão, reflexão e a consciência crítica.

Neste capítulo, de uma forma breve e sucinta, procuramos caracterizar o local onde o Estágio foi realizado, os objetivos propostos e o Modelo conceitual que norteou a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória.

1.1. Caracterização do Local de Estágio

O Estágio decorreu no Bloco Operatório (BO) de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo, no período compreendido entre 20 de setembro de 2022 a 14 de março de 2023, perfazendo um total de 440 h.

O Hospital foi inaugurado em 1985, na altura com uma capacidade de 240 camas. Atualmente o total de camas ronda as 390, estando a distribuição das camas efetuada do seguinte modo: 140 atribuídas à área cirúrgica, 213 à área médica, 17 aos Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios, três para Hospitalização Domiciliária e 16 berços. A construção é do tipo monobloco, com 14 pisos, 11 dos quais a partir da zona térrea. No sentido de dar resposta, às necessidades da população de referência, o Hospital está organizado em departamentos e estes agregados em duas grandes áreas: Área da Prestação de Cuidados e Área de Suporte à Prestação de Cuidados.

O BO é um Bloco Operatório Central, que contempla as especialidades cirúrgicas de Ginecologia, Obstetrícia, Urologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular e Ortopedia, funcionando também como BO de urgência (24h), para todas as especialidades, incluindo a Obstetrícia. A equipa de enfermagem de urgência em dias úteis, das 8 às 16h é constituída por três elementos. Nos restantes turnos (tardes, noites, feriados e fins de semana) é constituída por cinco elementos, assegurando apenas o funcionamento de uma sala operatória, estando asseguradas desta forma, as funções de enfermeiro de anestesia, de instrumentista, de circulante, de recobro, chefe de equipa e enfermeiro de apoio.

A atividade cirúrgica de cirurgias programadas em dias úteis decorre entre as 8h30m e as 15h30m. No período da tarde, para além da urgência, algumas salas são atribuídas às equipas que desenvolvem atividade no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

O BO localiza-se no piso um, com proximidade física à Unidade de Cirurgia de Ambulatório e tem acesso contíguo à Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos, encontrando-se em concordância com as recomendações da Administração Central de Sistema de Saúde (ACSS, 2011), pelo facto do BO ser o consumidor major de dispositivos médicos de uso múltiplo. O serviço de Urgência localiza-se no piso zero, estando reservado um elevador para uso exclusivo pelas equipas que necessitem de transferir doentes para BO, cujo acesso só é possível com uso de cartão. Presentemente, a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) também está temporariamente instalada no piso zero, por motivos de remodelações na unidade primária, no entanto e de acordo com o projeto, a mesma está localizada no piso um. Constatamos que o projeto estrutural de base da Instituição prevê que o BO e a UCI se situem no mesmo piso, o que está alinhado com as recomendações da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) que refere que “os serviços com os quais os cuidados intensivos mais se relacionam e com os quais deve ser mantida uma relação de continuidade são o bloco operatório e a radiologia” (ACSS, 2013, p.2) Por constrangimentos existentes relacionados com plano interventivo de melhoria na UCI, e como dito anteriormente, atualmente a referida unidade está situada no piso zero, contíguo ao serviço de urgência, indo ao encontro da recomendação que “os cuidados intensivos devem ter uma relação de proximidade com as urgências...” (ACSS, 2013, p.2). Idealmente para corresponder às recomendações da ACSS, os serviços deveriam estar em continuidade, no mesmo piso.

O BO foi alvo de uma intervenção para reestruturação e requalificação das suas instalações (que terminou em fevereiro de 2020), ficando dotado de cinco salas operatórias. Além do aumento da capacidade de resposta, para diminuição dos tempos de espera, com o consequente aumento da atividade cirúrgica, o impacto que a intervenção promoveu foi a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, pela aquisição de novos equipamentos, melhoria dos sistemas de climatização e o aumento de áreas de prestação de cuidados, proporcionando a individualização dos cuidados.

A Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) encontra-se integrada no BO, constatando-se cumprimento da recomendação de que “a relação com o recobro um, deve ser de continuidade, podendo mesmo esta unidade ser integrada no BO” (ACSS, 2011, p.3). A acessibilidade às salas operatórias é realizada através de um corredor comum de circulação, semi-restrita, onde circulam os profissionais/pessoas e materiais de consumo clínico,

produtos farmacêuticos e dispositivos médicos provenientes da Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos.

Para além dos espaços de prestação de cuidados, integram a estrutura do BO três salas de acondicionamento de material estéril, uma sala de materiais não estéreis e equipamentos, uma sala de pausa, uma sala de registos, um gabinete dos enfermeiros que colaboram com a Enfermeira Gestora na coordenação do serviço, um gabinete da Enfermeira Gestora e da Diretora do BO. As salas operatórias são constituídas por uma antecâmara sala de pré-anestesia e uma sala de lavagem cirúrgica das mãos. A comunicação com a zona suja é realizada através de uma janela, onde são colocados instrumentais utilizados (acondicionados em contentores próprios e transportados para a Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos em carro fechado), resíduos, envio de peças anatómicas. As salas estão divididas por especialidades cirúrgicas, sendo constituídas por uma antecâmara, onde em cada uma delas estão disponíveis os equipamentos utilizados como sejam torres de laparoscopia, dispositivos destinados ao posicionamento cirúrgico, entre outros. Destaca-se que estas salas estão dotadas de rampas de oxigénio e de vácuo, porém não se realizam procedimentos anestésicos nestas áreas. Alocados à sala três, na antecâmara, estão equipamentos de uso emergente, como seja o carro de emergência e desfibrilhador, o vídeo laringoscópio e os carros da Via Aérea Difícil (pediátrico e adulto), que são revistos diariamente pela equipa de enfermagem de urgência. A decisão de ser neste espaço, prende-se pela centralidade física para a atividade cirúrgica nas salas operatórias. Na UCPA está alocado outro carro de emergência. A definição das salas de urgência é determinada pela programação diária, ou seja, a cirurgia de urgência pode ser realizada em qualquer sala operatória.

O stock de artigos de consumo clínico e a farmácia localizam-se junto à UCPA. Por rotina, no final de cada turno, os carros das salas operatórias (anestesia e circulante) são repostos de acordo com os níveis estabelecidos em lista definida.

O instrumental cirúrgico está acondicionado em três salas específicas, contíguas às salas operatórias. É também da responsabilidade da equipa de enfermagem o acondicionamento do mesmo, à medida que é disponibilizado pela Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos.

Por fim, e numa zona já fisicamente afastada das salas operatórias, existe uma sala de acondicionamento de equipamentos (como unidades de eletrocirurgia), componentes dos equipamentos de anestesia, para garantir substituição em caso de dano ou avaria.

No que respeita aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por 46 enfermeiros, 19 assistentes operacionais e dois assistentes técnicos/administrativos. Os

anestesiologistas que têm vínculo profissional à instituição são oito, sendo parte dos serviços assegurados por prestadores externos à instituição.

De acordo com o Regulamento nº743/2019, as dotações seguras por sala operatória são de três enfermeiros, assegurando assim as funções de enfermeiro de anestesia, instrumentista e circulante, preferencialmente especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória. O mesmo documento recomenda, que na UCPA, são necessários dois enfermeiros, no rácio de um enfermeiro para dois doentes convencionais ou para três doentes, se o regime de cirurgia for de ambulatório. Constatase que para a realidade do funcionamento do BO, o número de enfermeiros está dentro do regulado pelo referido documento, pois para cada sala de cirurgia programada e urgência o número de enfermeiros são de três, e dois distribuídos na UCPA, no entanto, em termos de título de especialista, não é possível cumprir o recomendado pelo número insuficiente de elementos detentores do título, em concreto na área da especialização à pessoa em situação perioperatória (especialização recente). Diariamente é prevista a distribuição de enfermeiros para assegurar a realização da atividade da Unidade da Dor Aguda, Visita Pré-Operatória de Enfermagem (VPOE) e atividades de suporte à prestação de cuidados, sendo que aos fins-de-semana e feriados apenas a visita em contexto da Unidade da Dor Aguda é assegurada. Destaca-se que existem enfermeiros especialistas noutras áreas de Especialização, como na área da pessoa em Situação Crítica, Saúde Infantil e Pediátrica e de Reabilitação, esta última área de especialização da enfermeira responsável pela UCPA. Sendo um BO com atividade de urgência, é frequente a realização de cirurgias em crianças, maioritariamente a partir dos seis anos, pelo que a intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica é determinante para a segurança e qualidade dos cuidados. O descritivo “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018a, p.19193) determina que o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, deverá mobilizar os “...recursos oportunamente para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência.” (OE, 2018a, p.19193). Para a consecução destes descritivos, compete ao enfermeiro especialista nesta área de especialização referida, reconhecer “...situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte...” (OE, 2018a, p.19193) e prestar “...cuidados de enfermagem apropriados.” (OE, 2018a, p.19193), conjugando a “...gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem otimizando as respostas.” (OE, 2018a, p.19193). O regulamento nº743/2019, salienta que “nos blocos operatórios onde a população servida seja pediátrica, deve existir preferencialmente, um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, de apoio à sala de operações, ao recobro e às consultas perioperatórias” (OE,

2019b, p.142). Pelo número insuficiente de enfermeiros nesta área, a presença não é garantida em todos os turnos.

No caso de existirem pessoas em situação perioperatória em regime de cuidados intensivos, ou se a indicação é para a permanência para “recobro prolongado”, a equipa da UCPA é reforçada sempre que possível (pois depende da disponibilidade imediata) com um elemento extra.

Diariamente é facultada à equipa de enfermagem e à equipa de assistentes operacionais, a distribuição pelas salas operatórias e planos operatórios para o dia seguinte, por meio de correio eletrónico, o que é determinante para um planeamento efetivo (recursos materiais e preparação individual e em equipa para a função atribuída). A imprevisibilidade está associada à dinâmica do contexto perioperatório, pelo que poderão ocorrer alterações na distribuição inicial, principalmente por alterações dos planos operatórios. Motivos por ausência relacionados com doença, também são geradores de alterações. Está preconizada a atribuição de turnos aos responsáveis de especialidade para que não desenvolvam atividades relacionadas com prestação direta de cuidados, mas que executem as funções que lhes estão associadas, como gestão do stock de material de consumo clínico, verificação de validades de dispositivos médicos de uso múltiplo, revisão /elaboração de protocolos operatórios, integração de novos elementos e colaboração na gestão do funcionamento da sala de especialidade. Porém, caso surja necessidade de reforçar a equipa, estes elementos assumem os postos de trabalho necessários.

Os objetivos definidos para o desenvolvimento do Estágio são agora apresentados.

1.2. Objetivos Específicos propostos para o Estágio

Os objetivos específicos foram definidos com base na análise das oportunidades de melhoria para a prática da enfermagem perioperatória no contexto onde o Estágio se realizou e de acordo com as necessidades de desenvolvimento de competências da estudante. Assim foram definidos os seguintes objetivos específicos: implementar a metodologia de Comunicação “ISBAR”, na transição de cuidados da pessoa em situação perioperatória da sala operatória para a UCPA; sensibilizar a equipa de Enfermagem do BO relativamente à atualização da norma “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na criança e no Adulto”; sensibilizar a equipa de Enfermagem do BO relativamente à atualização da norma “Feixe de intervenções para a prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (ILC) ”; capacitar a equipa de enfermagem para adoção de práticas seguras no âmbito do posicionamento cirúrgico seguro e identificar o contributo da realização da VPOE para a pessoa em situação perioperatória (Apêndice I).

O Modelo Concetual “*Perioperative Patient Focused Model*”, que passamos a descrever, foi norteador do desenvolvimento de competências neste percurso de aprendizagem.

1.3. Perioperative Patient Focused Model

O desenvolvimento do modelo centrado na pessoa em situação perioperatória iniciou-se em 1998, por iniciativa da AORN com vista a responder às necessidades da organização em fundamentar a prática da enfermagem perioperatória. Da pesquisa realizada pelo grupo de trabalho, foram identificados 15 modelos que estariam relacionados com a prática da enfermagem perioperatória. Sendo formalmente assumido como estrutura concetual para a prática da enfermagem perioperatória em 2000. O *PeriOperative Patient Focused Model* é constituído por quatro domínios, nomeadamente: a segurança, as respostas fisiológicas, as respostas comportamentais e o sistema de saúde e no centro do modelo está a pessoa em situação perioperatória (Van Wicklin, 2020).

Este modelo enquadra as competências dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, pois uma das competências definidas é a maximização da segurança da pessoa. As intervenções de enfermagem no perioperatório estão direcionadas para a prevenção, baseada no conhecimento dos riscos inerentes aos procedimentos cirúrgicos ou invasivos.

A segurança é um dos domínios do modelo. A pessoa que aceita submeter-se a procedimentos técnicos complexos, deverá ver a sua segurança mantida ou assegurada. Neste âmbito, os enfermeiros implementam uma variedade de intervenções com vista à redução do erro e à minimização da ocorrência de incidentes. A segurança, à luz deste modelo é definida como “a ausência de sinais e sintomas de lesão física não relacionada aos efeitos terapêuticos pretendidos de um procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo” (Van Wicklin, 2020, p.4).

Outro domínio do modelo são as respostas fisiológicas, que remetem para “as respostas físicas, bioquímicas e funcionais, resultantes dos efeitos terapêuticos pretendidos de um procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo” (Van Wicklin, 2020, p.5). Ao enfermeiro perioperatório compete a prestação de cuidados que mantenham as respostas fisiológicas da pessoa em situação perioperatória.

As respostas comportamentais definem “as respostas psicológicas, sociológicas e espirituais do doente e da sua família/pessoas significativas ao procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo” (Van Wicklin, 2020, p.5). Desta forma, deverá o enfermeiro perioperatório assegurar que a pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa estão informados acerca da vivência que experienciam ou irão experienciar.

Por último, o sistema de saúde é definido como “os elementos de dados estruturais que existem no ambiente perioperatório ou no sistema de saúde” (Van Wicklin, 2020, p.6).

Os cuidados prestados às pessoas em situação perioperatória são um reflexo de conhecimento clínico, julgamento e competências adquiridas e, como enfermeiros, temos o dever de basear as decisões em evidência científica. Assim, a segurança da pessoa em situação perioperatória é um domínio central da competência dos enfermeiros perioperatórios, onde se inclui a prevenção de complicações associadas ao posicionamento (OE, 2018b; Van Wicklin, 2020), promovendo desta forma uma cultura de segurança, com vista à redução de incidentes. As práticas seguras do posicionamento da pessoa em situação perioperatória contribuem para a sua segurança, reduzindo a ocorrência de lesões físicas, incidindo assim sobre um dos domínios centrais no âmbito da prestação dos cuidados perioperatórios de acordo com o modelo conceptual da prática de enfermagem perioperatória. Também à luz do regulamento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória, estas práticas seguras enquadram-se numa das duas competências específicas no âmbito da maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória, que define que o enfermeiro especialista “estabelece procedimentos relativos à mobilização e ao posicionamento cirúrgico, que garantam o conforto e previnam complicações (OE, 2018b, p.19367).

No capítulo seguinte apresentamos as atividades realizadas com base nos objetivos específicos definidos, analisando o contributo das mesmas para o desenvolvimento e aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, necessárias para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação perioperatória, em conformidade com as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019a), com as competências específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (OE, 2018b) e com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (OE, 2017).

2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Ao longo da realização do Estágio desenvolvemos competências que respondem ao perfil das competências comuns do enfermeiro especialista de acordo com o Regulamento nº 140/2019, que correspondem às “...competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade...” (OE, 2019a, p.4745).

O desenvolvimento de competências é indispensável à melhoria da segurança e consequentemente à qualidade dos cuidados. A OE no Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista reconhece que “os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (p. 4744), e define o enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (p.4744). Este regulamento define os quatro domínios de competências do enfermeiro especialista, que são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Seguidamente iremos descrever de forma sucinta o desenvolvimento das atividades direcionadas para cada um dos domínios referidos anteriormente.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, mantivemos uma posição de escuta ativa como competência relacional e princípios éticos orientados para a prática, respeitando a justiça, beneficência e não maleficência, ou seja, considerando a pessoa em situação perioperatória como ser único, para a qual é estabelecido um plano de cuidados adequado à sua situação de saúde/doença. O trabalho em equipa pela complementaridade que confere a que cada um execute o que lhe compete, exige dos enfermeiros, o respeito pela deontologia profissional e o respeito máximo pela pessoa que vai ser submetido a um processo anestésico/cirúrgico, e que se encontra num estado de vulnerabilidade física e emocional. De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em

Enfermagem Médico-Cirúrgica, “a vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória, pode ser expressa como a impossibilidade de a pessoa responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a um procedimento cirúrgico e anestésico...” (OE, 2017, p.2).

De forma a envolver a pessoa em situação perioperatória e a família/pessoa significativa no plano de cuidados, emerge a necessidade de reflexão acerca da transmissão da informação aos mesmos. O direito da pessoa a toda a sua informação, transforma-se no dever à informação delineado pelo Código Deontológico, que refere que o enfermeiro no respeito à autodeterminação, assume o dever de informar a pessoa e família/pessoa significativa, no que respeita aos cuidados de enfermagem. Primeiramente à realização de qualquer procedimento, a pessoa em situação perioperatória deve ser informada, sendo-lhe explicado a necessidade do mesmo, solicitando o seu consentimento.

Dando cumprimento ao projeto existente no serviço, que surgiu para promover a proximidade da família ao processo anestésico-cirúrgico no contexto da pandemia, na qual fomos responsáveis pela sua dinamização, esta intervenção foi mantida durante a realização do Estágio. Foi transmitido às pessoas em situação perioperatória da possibilidade de informar a família/pessoa significativa quando o procedimento cirúrgico terminasse, ou seja, quando fosse admitido na UCPA, e caso autorizasse o contacto era estabelecido por via telefónica. Consideramos que este procedimento tem contribuído para o bem-estar da pessoa e família/pessoa significativa, na manutenção das repostas comportamentais, à luz do modelo conceptual que orientou a nossa intervenção, o *PeriOperative Patient Focused Model*, da AORN (Van Wicklin, 2020). Ao longo da realização do Estágio, adotamos uma conduta congruente com os princípios éticos, legais e deontológicos e com as responsabilidades inerentes à profissão de Enfermagem. Foi assegurada uma prestação de cuidados individualizada, com respeito pelos direitos da dignidade, da segurança e do conforto.

Assim, consideramos que a conduta apresentada esteve congruente com a aquisição de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pela adoção de comportamentos que visaram a individualidade e o respeito pela dignidade humana.

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O conceito de qualidade nos cuidados de saúde não é uma preocupação recente. Os cuidados de qualidade são aqueles que são potenciados e refletem o bem-estar da pessoa, ponderando os ganhos e perdas em saúde que decorrem do processo de cuidados (Donabedian, 1980). O mesmo autor, define três indicadores que permitem avaliar a qualidade, nomeadamente os indicadores de estrutura, processo e de resultado. Os

indicadores de estrutura referem-se às condições físicas onde os cuidados são prestados, assim como os profissionais envolvidos. Os indicadores de processo referem-se à forma como os cuidados foram prestados, da visão de quem recebe e de quem os presta. Os indicadores de resultado, por sua vez, medem o efeito da prestação de cuidados de saúde. O contributo do modelo de Donabedian foi a valorização da qualidade nos cuidados de saúde pela relação destes três indicadores (Donabedian, 1992).

A necessidade de reflexão acerca da prática, no sentido de definição de objetivos e estratégias conducentes à qualidade dos cuidados de saúde é salientada pela OE (2001). A inovação é apontada como um fator central para manter e melhorar a qualidade dos cuidados, e consequentemente os enfermeiros são líderes no processo, de forma a promover a saúde, prevenir a doença e encontrar melhores e adequadas formas de cuidar nos contextos de atuação.

O planeamento das sessões de formação realizadas ao longo do Estágio foi norteado pela identificação de oportunidades de melhoria na prestação de cuidados perioperatórios. Neste sentido foram realizadas quatro sessões de formação, nomeadamente, “Segurança na Transição dos Cuidados”; “Segurança da Medicação: Contributo do Enfermeiro em contexto Perioperatório”; “Contributo do Enfermeiro Perioperatório na Prevenção da ILC” e apresentação do estudo de Investigação. Em todas as sessões de formação foi nossa preocupação apresentar sugestões e estratégias de melhoria contínua.

Identificadas áreas de intervenção para promover a melhoria contínua nos processos assistenciais e dando cumprimento à norma nº001/2017, da Direção Geral da Saúde (DGS), referente a “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, consideramos pertinente promover a aquisição de conhecimentos da equipa de enfermagem, sobre a temática da comunicação e da sua importância para a garantia da segurança na transição dos cuidados, com a apresentação de um instrumento de elaboração própria, baseado na terminologia proposta pela norma nº001/2017 (Apêndice II).

Na sessão de formação no âmbito da segurança da medicação foram propostas à equipa intervenções de melhoria relacionados com a administração de antibioterapia, dando cumprimento às recomendações da norma nº 031/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto” (atualizada a 17/11/2022). Dessa revisão de conteúdos, elaborou-se um procedimento de trabalho que foi validado pelo Conselho de Administração (CA) (Apêndice III) estando e a ser presentemente implementado no BO. O referido procedimento envolve diversos elos da cadeia do cuidado perioperatório, desde os cirurgiões, anestesiolistas e enfermeiros. A consciencialização da importância de zelar pela administração do antibiótico na “hora certa”, é crucial para a garantia da qualidade dos cuidados, contribuindo para a

diminuição do risco da ILC tornando os cuidados indiscutivelmente mais seguros (DGS, 2022; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2009).

No que respeita a outra área de intervenção da Enfermagem perioperatória, que remete para o contributo do enfermeiro na prevenção da ILC, apresentamos à equipa as alterações decorrentes da revisão da norma nº 020/2015 (“Feixe de intervenções para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico”) da DGS de 15 de dezembro de 2015 e atualizada a 17 de novembro de 2022, promovendo a consciencialização dos enfermeiros para importância da adoção de práticas que contribuam para a prevenção e controlo da infeção em contexto perioperatório. Neste âmbito foi ainda estabelecido contato com a enfermeira responsável pelo Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência Antimicrobiana (GCL-PPCIRA), no sentido de perceber que estratégias estavam a ser implementadas para a operacionalização da norma. De acordo com a enfermeira responsável, as principais dificuldades da Instituição prendem-se com a carência de estrutura física que possibilitem o isolamento de doentes colonizados com *Staphylococcus aureus* *meticilina resistente* (SAMR). No entanto, de acordo com o planeamento do grupo de trabalho, o rastreio iniciar-se-á em pessoas em situação perioperatória em contexto de cirurgia ortopédica, com necessidades de colocação de material de implante.

A qualidade dos cuidados relaciona-se com a segurança da pessoa, independentemente do contexto de cuidados. De acordo com a OE (2017) compete ao enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em Situação Perioperatória adotar intervenções que visem a antecipação dos riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica. Neste sentido, foi desenvolvida uma investigação, relacionada com a avaliação do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios acerca dos cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico, de forma a mitigar o risco de aparecimento ou desenvolvimento de lesões decorrentes do mesmo, que será apresentado na componente de investigação deste relatório. No âmbito desta temática foi realizada uma sessão de formação, que visou a apresentação do estudo de investigação que iria ser implementado no serviço. Foi dada ênfase à contextualização do modelo concetual na prática diária, ou seja, da interdependência das suas quatro dimensões estruturais para o alcance da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, especificamente no posicionamento cirúrgico seguro (Apêndice IV).

Sobre o Domínio da Melhoria Contínua da qualidade dos cuidados, consideramos ter alcançado as competências pelo facto de sensibilizarmos a equipa para a adoção de intervenções relacionadas com a utilização de uma comunicação estruturada (através da utilização de uma ferramenta de transmissão de informação). Refletimos também na intervenção do enfermeiro perioperatório na prevenção da ILC, na segurança da medicação

e do posicionamento cirúrgico. Por último, a elaboração de um procedimento de trabalho relacionado com a administração de antibioterapia profilática cirúrgica constituiu uma melhoria relativa à prestação de cuidados perioperatórios.

Neste domínio, o enfermeiro especialista “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro...”, que pautaram o nosso percurso (OE, 2010, p.3).

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

O Domínio da Gestão de Cuidados, é um domínio comum a todos os enfermeiros especialistas, que é sustentada pela otimização da resposta da equipa de enfermagem e equipa multiprofissional, com base na liderança e gestão de recursos às situações e ao contexto da prestação de cuidados. A prática de cuidados perioperatórios requer uma permanente articulação reflexão/prática, pela imprevisibilidade das necessidades dos recursos humanos e materiais, estando atribuído ao enfermeiro especialista (concretamente enfermeiro responsável de turno) o papel de líder da equipa, pela visão holística que detém do cuidado perioperatório (Benze, 2021).

O processo de formação é um *continuum* de intervenções e durante o período de Estágio, mantivemos as intervenções de forma a otimizar os recursos materiais (dispositivos e equipamentos) existentes através da gestão minuciosa, da organização, da antecipação das necessidades previstas consoante as cirurgias para que as mesmas decorram sem imprevistos que através do rigor da verificação são evitáveis. Uma gestão que garanta a eficiência e eficácia dos recursos fundamental para que se possa “criar um ambiente seguro, eficiente e estruturado a um custo mínimo” (Fernandes, 2019, p.19). Reforça assim a importância do cuidar do sistema de saúde em situação perioperatória, pela influência que os fatores do sistema têm sobre os cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória, tal como preconizado pelo *PeriOperative Patient Focused Model* (Van Wicklin, 2020).

Da realização do Estágio, sobressai a importância que o enfermeiro especialista na área perioperatória têm no funcionamento da atividade cirúrgica, ao possuir uma visão global dos recursos existentes humanos e materiais, de forma a conjugar os mesmos, garantindo assim a exequibilidade dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos.

Por conseguinte, como líderes da equipa, os enfermeiros especialistas devem garantir um ambiente positivo e favorável à prática, cabendo-lhes o papel de motivar a equipa para um desempenho diferenciado (Benze, 2021; OE, 2010). Tivemos oportunidade de participar com

o enfermeiro responsável de turno, no planeamento e reorganização dos cuidados, na reestruturação das equipas, no sentido de maximizar os mesmos face às necessidades da pessoa e família/pessoa significativa.

Enquanto enfermeiro especialista, existe uma responsabilidade acrescida perante a equipa quando se decidem intervenções a implementar e na supervisão das mesmas. Observou-se uma liderança onde as decisões são tomadas tendo em consideração as ideias partilhadas e pelo interesse do líder em ajudar os membros da equipa a alcançar o máximo potencial. Podemos também constatar no contexto de Estágio, que a equipa multiprofissional reconhece no enfermeiro perioperatório idoneidade para a tomada de decisão.

Perante o exposto, consideramos ter alcançado as competências no referido domínio, pois o enfermeiro especialista “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados...” (OE, 2019a, p.4745).

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Tendo por base o treino de competências técnicas de alta complexidade, na promoção de intervenções baseadas na evidência e na dinamização de formação em serviço, participamos em atividades formativas e procuramos aprofundar conhecimentos dirigidos à especificidade da enfermagem perioperatória. As atividades formativas foram enquadradas no âmbito da formação em serviço (referidas anteriormente), em que as temáticas apresentadas decorrem de necessidades sinalizadas como prioritárias, para a capacitação dos enfermeiros perioperatórios com base na mais recente evidência científica, contribuindo para a prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e segurança. Por parte da academia, e da articulação que deverá existir com os contextos de prática, assistimos ao 1º seminário de Enfermagem Perioperatória “Cultura de Segurança e Consciência Cirúrgica no Perioperatório” (Anexo I). Esta atividade foi enriquecedora do ponto de vista da conceitualização da enfermagem perioperatória. É imperativo dar visibilidade à intervenção do enfermeiro em contexto perioperatório e os palestrantes foram unânimes em afirmar a importância dos registos dos cuidados de enfermagem para este desígnio. Devemos analisar os dados que podemos extrair dos registos clínicos, já que os enfermeiros são os principais produtores de dados referentes aos cuidados que promovem perante as reais necessidades da pessoa em situação perioperatória, evidenciando assim as competências inerentes ao título profissional. As competências específicas devem ser alicerçadas nas competências comuns. A estrutura da intervenção de uma enfermagem especializada, assenta nos

domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Cabe ao enfermeiro perioperatório sistematizar o processo de enfermagem em todas as áreas de intervenção, pela avaliação, pelo diagnóstico, pelas ações, pela avaliação dos resultados ou necessidade de definir outras intervenções.

A enfermagem afirmar-se-á com mais enfermagem, estando no centro do cuidar a pessoa e família/pessoa significativa. O percurso realizado durante o Estágio permitiu-nos concetualizar uma visão da enfermagem perioperatória, com base na prática reflexiva e sustentada pela evidência científica.

No domínio das aprendizagens profissionais, os enfermeiros especialistas devem desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e realizar uma prática clínica especializada alicerçada em padrões de conhecimento de excelência (OE, 2010). Durante o desenvolvimento do Estágio foi a conduta que foi adotada, refletindo sobre a prática e principalmente pelo reconhecimento das limitações pessoais e profissionais, procurando contorná-las, de forma a garantir que não comprometessem a prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória.

Consideramos que a prática de enfermagem especializada seja baseada na evidência, tendo sido o planeamento dos cuidados sustentado em conhecimentos técnico-científicos com vista à prestação de cuidados de excelência. Procuramos de igual forma, dar visibilidade à intervenção de enfermagem no cuidar da pessoa em situação perioperatória, pelo rigor que incorporamos nos registos de enfermagem, evidenciando dessa forma a essência da enfermagem perioperatória.

A aquisição desta competência foi conseguida, pela interiorização que realizámos da necessidade de atualização permanente, pelos ganhos que daí advêm, para a pessoa em situação perioperatória e para os próprios enfermeiros, pela efetividade dos cuidados prestados e pelo reconhecimento do papel do enfermeiro como estruturante nos sistemas de saúde, neste caso, o contexto perioperatório.

3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

A definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (em diferentes contextos de cuidados), em concreto na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória é determinante para a promover a melhoria contínua dos cuidados que em contexto perioperatório exigem do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória atitudes antecipatórias dos riscos inerentes à exposição a uma condição cirúrgica/anestésica, para a qual a pessoa está vulnerável (OE, 2017).

Os pilares dos cuidados de enfermagem perioperatória são: o reconhecimento do outro e a capacitação; a vulnerabilidade; a responsabilidade de cuidado; a prudência e a gestão de risco e por último a consciência cirúrgica (OE, 2017). A enfermagem perioperatória dá ênfase à prática de cuidados de enfermagem, desenvolvidos num processo sistematizado, promovendo segurança e qualidade à pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa em situação perioperatória. O plano de cuidados estabelecido inicia-se com a identificação das necessidades, planeamento, execução e avaliação dos resultados obtidos, em cinco áreas de intervenção distintas, mas complementares: anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos e consultas perioperatória (OE, 2017). Assim, importa definir as diversas fases do período perioperatório que a pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa experienciam. A fase pré-operatória tem início quando a pessoa e o cirurgião decidem pela resolução cirúrgica e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória. Seguidamente, a fase intraoperatória tem início assim que a pessoa se encontra na mesa operatória e termina quando é transferida para a UCPA. Por último, a fase pós-operatória, inicia-se quando a pessoa é admitida na UCPA e termina quando se considerar recuperada do processo cirúrgico/anestésico (OE, 2017; OE, 2018b).

A experiência e a formação que um enfermeiro perito detêm são elementares para a promoção de uma prática segura nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. As duas competências específicas definidas para o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória são: “cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa” (OE, 2018b, p.19366) e “maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica” (OE, 2018b, p. 19367).

A preocupação de garantir a manutenção de um ambiente seguro revela-se de extrema importância, particularmente no período intraoperatório, pela existência de vários riscos inerentes, que aumentam probabilidade da ocorrência de incidentes, decorrentes da complexidade do contexto de cuidados, dos procedimentos realizados e pela vulnerabilidade que a pessoa em situação perioperatória apresenta (OE, 2017).

O foco central de todo o processo cirúrgico/anestésico é a pessoa em situação perioperatória, estando o desenvolvimento de todas as intervenções de enfermagem alicerçadas no *PeriOperative Patient Focused Model* (Rothorck & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020).

O processo de enfermagem é transversal à prática dos cuidados de enfermagem independentemente do contexto de cuidados e do desenvolvimento e aquisição de competências avançadas para a prática de uma enfermagem especializada. Faz sentido neste capítulo refletir acerca do contributo do mesmo na aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, pela garantia da maximização da segurança da mesma. A utilização de um processo sistematizado, o processo de enfermagem, alavancou a prática de enfermagem, consolidando a profissão com conhecimentos estruturados. É assim um instrumento metodológico que pretende orientar a intervenção do enfermeiro (Adamy et al., 2020). Constituído por diferentes fases, nomeadamente: a avaliação/recolha de dados, a definição de diagnósticos de enfermagem, o planeamento das intervenções, a implementação das mesmas e por último a avaliação dos resultados. Como cíclico que é, cada fase pode repetir-se de acordo com as avaliações ou resultados alcançados (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, [REPE],1996). O contributo maior para a implementação de um plano de cuidados efetivo, é que o mesmo responda às necessidades individuais da pessoa e família/pessoa significativa no momento em que necessitam de cuidados de saúde. Por outro lado, intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem demonstrarão o contributo dos enfermeiros no processo de cuidar (OE, 2017).

Seguidamente descrevemos as atividades desenvolvidas com vista à consecução das competências específicas do enfermeiro especialista na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação perioperatória.

3.1. Cuida da Pessoa em Situação Perioperatória e Respetiva Família/Pessoa Significativa

Uma das competências do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória é “cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa” (OE, 2018b, p. 19366).

Como referido anteriormente, as áreas de intervenção do enfermeiro perioperatório são diversas e com objetivos diferentes. A diminuição da ansiedade pré-operatória, a capacitação da pessoa em situação perioperatória e da família/pessoa significativa para enfrentar o processo cirúrgico/anestésico e o estabelecimento da relação terapêutica são alguns dos resultados que os enfermeiros perioperatórios pretendem alcançar quando realizam a consulta pré-operatória e a VPOE.

Na procura de consolidar saberes, consideramos pertinente a participação na realização da VPOE, de forma a identificar o contributo da mesma para a qualidade da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória. A VPOE, na instituição onde decorreu o Estágio é realizada de acordo com a norma do serviço, por enfermeiros dedicados exclusivamente a esta atividade. Na impossibilidade de os enfermeiros dedicados realizarem a VPOE, o enfermeiro de anestesia, preferencialmente, é quem a deve realizar (norma de procedimento 01/2020, de 01/01/2020) pela proximidade que terá com a pessoa, contribuindo desta forma para o estabelecimento de uma relação terapêutica prévia, com os profissionais que irão prestar cuidados à pessoa no BO.

De acordo com a OE (2017, p.4), “a avaliação do risco inerente à situação clínica e procedimentos perioperatórios” caracteriza a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, pelo que a VPOE, representa localmente, numa perspetiva de continuidade, o primeiro contacto com os cuidados perioperatórios e perspetiva satisfazer, de forma efetiva, as necessidades da pessoa em situação perioperatória, tendo por base a humanização dos cuidados prestados no BO. A VPOE permite assim que se estabeleça uma interação entre o enfermeiro perioperatório e a pessoa em situação perioperatória, tendo também como objetivos fornecer informação significativa para o processo de cuidados e a realização de uma avaliação de risco, numa atitude antecipatória dos mesmos, que caracteriza a intervenção do enfermeiro perioperatório, tal como referido anteriormente.

Um estudo português realizado no âmbito da frequência de um mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, possibilitou às autoras identificar os contributos da VPOE para os enfermeiros e para as pessoas a quem a mesma é realizada (Pires & Rego, 2016). Assim, para

aos enfermeiros permite evidenciar as funções autónomas; dar visibilidade ao papel de humanização dos cuidados; conhecer os antecedentes pessoais da pessoa em situação perioperatória e das suas necessidades; fornecer informação sobre os procedimentos inerentes à preparação pré-operatória; verificar a compreensão da informação transmitida por parte da pessoa; operacionalizar o processo de enfermagem; promover a continuidade dos cuidados; promover o trabalho em equipa entre o enfermeiro perioperatório e o enfermeiro do serviço de internamento e aumentar o nível de satisfação da pessoa, bem como dos enfermeiros perioperatórios (Pires & Rego, 2016). Como contributos para a pessoa em situação perioperatória, com a realização da VPOE são destacados os seguintes: o respeito pela individualidade, proteção dos seus direitos, a promoção de um relacionamento empático com o enfermeiro perioperatório, a diminuição da ansiedade, a reflexão sobre as suas perceções e expectativas, o aprofundamento de conhecimentos acerca da sua situação de saúde/doença, a familiarização com o ambiente do BO e com a equipa multiprofissional (Pires & Rego, 2016).

Tendo por base a individualidade e especificidade da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades que promovam a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, com o objetivo também de capacitá-las para o autocuidado, para a reintegração familiar e social. Assim, o enfermeiro tem de cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, e com base nas necessidades identificadas, elaborar um plano de cuidados, de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados e com base numa relação de ajuda e orientada por estratégias facilitadoras de comunicação.

Os enfermeiros perioperatórios “...devem fornecer à pessoa em situação perioperatória informação apropriadas para tomar decisões informadas sobre os cuidados...” (Benze et al., 2021, p.7). Relativamente ao diagnóstico “deficit de informação” ou “potencial de melhoria do conhecimento”, as estratégias comunicacionais assentam em adequar os termos e conteúdos à pessoa em situação perioperatória, permitir que a mesma expresse as suas dúvidas e determinar o equilíbrio entre o que é essencial transmitir e o que poderá provocar mais ansiedade. Relativamente ao tempo que é previsível para a cirurgia, a estratégia é a da estimativa, explicando os processos que ocorrem antes e depois da cirurgia, justificando assim, por exemplo, que a transferência para o BO não significa que a cirurgia se inicie. Para a família é mais pertinente este esclarecimento, pois espera pelo contacto ou poderá tomar a iniciativa de telefonar, e se foi referido que demora uma hora, qualquer tempo acrescido, poderá ser gerador de ansiedade. No que se refere à transmissão de informação relativa ao percurso realizado pela pessoa em situação perioperatória desde a admissão até à UCPA são

apresentadas à pessoa fotografias do mesmo. Consideramos esta estratégia efetiva, uma vez que as imagens permitem que a pessoa se familiarize com os espaços e se dissipem assim dúvidas e medos, através de uma metodologia simples e sem custos significativos. A pessoa é informada que poderá aguardar algum tempo até entrar na sala de operações, explicando os motivos. São abordadas as condições ambientais do BO (eventual sensação de frio) e da excessiva movimentação de recursos humanos.

A prática que experienciámos, no âmbito da disponibilização de informação à pessoa/família como complemento à VPOE, foi a entrega de um folheto sumário institucional, que complementa a informação transmitida verbalmente. A entrega do folheto no final da VPOE constitui-se enquanto estratégia, como determinante para a interiorização dos conteúdos abordados, reforçando a relação terapêutica que a realização da VPOE possibilita.

A pessoa em situação perioperatória poderá experienciar a vivência anestésica/cirúrgica de forma intensa. A hospitalização, o medo do desconhecido, a separação de pessoas significativas pode elevar o nível de ansiedade. O enfermeiro especialista na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória deverá utilizar “... estratégias de alívio da ansiedade e do medo da pessoa em contexto perioperatório” (OE, 2017, p.5). Assim, como intervenções para o diagnóstico “Ansiedade” e “Medo”, poderão ser consideradas: a avaliação dos fatores causadores (se é por desconhecimento, se foi por partilha de outras pessoas submetidas ao mesmo processo), determinar o nível de conhecimento sobre a situação, promover o acesso a informação (adaptando o discurso à pessoa), validar a perceção da pessoa em situação perioperatória relativamente ao que foi transmitido e respeitar se a mesma não desejar a VPOE.

Relativamente ao diagnóstico de “risco de infeção”, durante a realização da VPOE é explicado à pessoa em situação perioperatória a necessidade e a forma de operacionalizar do banho pré-cirúrgico e a possibilidade de realizar tricotomia, apenas se estritamente necessário (DGS, 2022), maximizando desta forma a segurança da pessoa em situação perioperatória (OE, 2018b). Em conformidade com a LVSC (DGS, 2013a) na VPOE são recolhidos dados referentes a alergias que a pessoa em situação perioperatória possa eventualmente ter, para que se possa adequar a medicação no contexto perioperatório. Quanto à manutenção da normotermia, são explicadas as intervenções realizadas e direcionadas para a necessidade de manter a temperatura corporal (a utilização de dispositivos de aquecimento externo). Cumpre-se assim, a intervenção do enfermeiro especialista em liderar o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados.

No que respeita à dor, esta é referida pelas pessoas em situação perioperatória como uma preocupação para o período pós-operatório, aquando da realização da VPOE e quando são

admitidas no BO. Desta forma, são realizados ensinamentos relativos às escalas de avaliação da dor, aos dispositivos utilizados (na eventualidade de ficarem prescritos) para o controlo da dor e da importância de verbalizar a presença de dor. É explicado à pessoa em situação perioperatória que uma dor não controlada, impede o retomar da atividade diária, como o levantar, o deambular ou a autonomia para o autocuidado, o que poderá comprometer a alta clínica. Dá-se a conhecer a existência da Unidade de Dor Aguda, explicando à pessoa em situação perioperatória, que no dia seguinte poderá ter uma visita de um enfermeiro desta Unidade cujo objetivo é o de avaliar a eficácia dos dispositivos e das eventuais alterações no plano terapêutico. Estas intervenções estão de acordo com o regulamento nº429/2018, que refere que o enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória “Gere a dor associada aos procedimentos cirúrgicos” (OE, 2018b, p.19367).

Para o diagnóstico “risco de lesão” as intervenções visam a avaliação das características gerais das condições do doente, como as alterações da integridade cutânea, na identificação de lesões já existentes e na avaliação da amplitude articular ou de limitações já presentes. Permite assim, já em contexto de cuidados intraoperatórios, dar continuidade ao plano de cuidados, adequando por exemplo os dispositivos de posicionamento, mitigando a ocorrência de outras lesões (cutâneas, nervosas ou músculo-esqueléticas). Estes aspetos correspondem ao enunciado da maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória, pois o ambiente é preparado para fomentar a segurança, garantindo o conforto e a prevenção de complicações (OE, 2018b).

Em contexto de urgência, as pessoas submetidas a procedimentos anestésico/cirúrgicos estão privadas do contributo da VPOE. Enquanto enfermeiros perioperatórios e especialistas, as habilidades comunicacionais e consequentemente relacionais terão que ser operacionalizadas num curto período de tempo, para que a pessoa em situação perioperatória seja esclarecida (caso a sua condição clínica o permita) e preparada para o processo que irá experienciar imediatamente antes do procedimento cirúrgico. Da experiência vivenciada, o tempo da cirurgia e o contacto com a família/pessoa significativa são os dois aspetos valorizados pelas pessoas em situação perioperatória. Incentivar a pensamentos que conduzam a pessoa em situação perioperatória a sensações positivas, a não valorização do tempo, pois estará a dormir, pelo que a passagem do mesmo não será percebida, são estratégias que poderão contribuir para uma maior tranquilidade da pessoa em situação perioperatória. A família/pessoa significativa, à semelhança do que acontece em cirurgias programadas, é informada telefonicamente (com consentimento prévio da pessoa) ou poderá ser avisada pessoalmente, se acompanharem o familiar/pessoa significativa ao BO. Na impossibilidade de a pessoa não poder decidir, o contacto não é

estabelecido. A comunicação é a pedra basilar no relacionamento interpessoal, assumindo neste contexto de cuidados uma importância particular pela vulnerabilidade que a pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa se encontram.

Consideramos que seria pertinente à luz das competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e tendo em conta o melhor interesse da pessoa a implementação de uma Consulta Pré-Operatória de Enfermagem. A sua implementação proporcionaria à pessoa em situação perioperatória tempo suficiente para compreender, assimilar e interiorizar as informações. Permitiria que a mesma fosse realizada na presença da família ou pessoa significativa, situação que não ocorre na maioria das VPOE's realizadas, pois estas decorrem no período de transição da manhã para a tarde e a maioria das pessoas em situação perioperatória não têm acompanhante. Permitiria e à semelhança da VPOE, dar visibilidade às intervenções autónomas de enfermagem perioperatória, desmistificando a componente técnica deste contexto de cuidado. Os inquéritos de satisfação realizados até agora são unânimes em relação à importância que a VPOE, pelo que a criação de uma consulta pré-operatória de enfermagem, estaria de acordo com as iniciativas de governação clínica, assente na centralidade que a pessoa tem no desenvolvimento de estratégias potenciadoras de qualidade dos cuidados prestados.

Assim, finda a descrição das atividades desenvolvidas neste domínio para a consecução das competências específicas, e depois de refletir acerca do contributo, concretamente da realização da VPOE para a pessoa em situação perioperatória, consideramos ter alcançado as mesmas.

3.2. Maximiza a Segurança da Pessoa em Situação Perioperatória e da Equipa Pluridisciplinar, congruente com a Consciência Cirúrgica

O foco da intervenção enquanto estudante e de forma a dar resposta aos objetivos definidos para a realização do Estágio, alinhado com a aquisição das competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, esteve orientado para a temática da segurança, em concreto na promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória, na vertente da segurança na utilização da medicação, na prevenção da infeção do local cirúrgico, na segurança da comunicação e nas boas práticas de posicionamento cirúrgico, área onde foi desenvolvida a presente investigação.

Surge assim uma oportunidade de conjugar as áreas de interesse pelo potencial de melhoria, com as atualizações das normas da DGS norteadoras da prática diária. As normas revistas

foram as relacionadas com a norma nº 031/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto” atualizada a 17/11/2022 e com a norma nº020/2015 “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico”, igualmente atualizada a 17/11/2022 (DGS, 2013b; DGS, 2015). No que concerne à segurança da comunicação, o objetivo estabelecido foi a implementação da metodologia ISBAR, dotando a equipa de conhecimentos relativos às mais-valias da utilização de uma comunicação estruturada, tal como é estabelecido pela norma nº001/2017 “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde”. A dinâmica das equipas multiprofissionais em contexto de cuidados de saúde é determinante para a segurança dos mesmos, pelo que a comunicação tem um papel fundamental, tal como é reconhecido pelo PNSD 2021-2026, que assume a comunicação como um dos seus cinco pilares.

Seguidamente passa-se a descrever cada uma das atividades desenvolvidas, procurando realizar a análise crítica-reflexiva, evidenciando o contributo do enfermeiro especialista na realização das mesmas.

3.2.1. Segurança na Transição de Cuidados

A segurança do doente constitui um dos grandes desafios dos cuidados de saúde na atualidade, assumindo-se como um problema de saúde pública. A nível nacional, a DGS tem desenvolvido ações que permitem o alinhamento com as ações internacionais, nomeadamente no que respeita à segurança da comunicação, com a publicação da norma nº001/2017 “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” de 08/02/2017 (DGS, 2017).

A comunicação é pedra basilar na interação social entre os seres humanos. Em contexto de prestação de cuidados de saúde, é essencial para garantir a segurança dos mesmos. Erros, omissões e lacunas no processo comunicacional, poderão ser vetores para colocar a segurança da pessoa em risco aquando das transições de cuidados. A transição de cuidados de saúde é 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, 2017, p.4).

Entre o conjunto de medidas para a garantia de uma prestação de cuidados segura estão a implementação de protocolos e a comunicação clara e objetiva entre os profissionais da saúde, de modo a minimizar erros nos cuidados (Olinio et al., 2019; Santos et al., 2017). Se informações relativas aos dados clínicos não forem transmitidas com precisão e em tempo útil, podem levar a incidentes, atrasos no tratamento e diagnóstico, tratamento inadequado e omissão de cuidados. Durante a última década, foi atribuída importância à necessidade de

transmitir a informação de forma estruturada para melhorar as transferências de informações decorrentes da prestação de cuidados. Essas intervenções permitem reduzir o risco de falhas de comunicação, mal-entendidos e omissão de informações críticas (Smeulers et al., 2014). A utilização de ferramentas, protocolos, mnemónicas ou listas de verificação padronizadas, tendem a melhorar a qualidade das informações que se pretendem transmitir, evitando a ocorrência de falhas de comunicação durante as transferências (AORN, 2024; Servas et al. 2022).

A comunicação entre os profissionais de saúde é fundamental para promover a segurança das pessoas nas instituições de saúde. A prática de cuidados de enfermagem tem momentos formais de transmissão da informação, devendo ser valorizados por todos os envolvidos, pelo que as interrupções deverão ser evitadas. Assim, “a qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade” (DGS, 2017, p.5). Consideramos pertinente apresentar alguns estudos realizados no âmbito da transição de cuidados, com recurso a instrumentos que permitem a comunicação de forma estruturada.

Em Inglaterra, foi desenvolvido um estudo observacional, cujo objetivo era descrever como os anestesiológicos realizavam a transferência de cuidados aos enfermeiros da UCPA. Foram observadas 45 transferências entre 17 anestesiológicos e 15 enfermeiros e os resultados revelam a omissão de informações aquando da transferência (Smith et al., 2008).

Um estudo realizado em dois hospitais europeus, foi realizado um estudo, em que um dos objetivos era avaliar as práticas de transferência de informação no contexto perioperatório, foi identificada a ocorrência de distrações em um terço das transferências pós-operatórias, (Nagpal et al., 2011). Anderson et al. (2015), também identificaram a presença de distrações em 48% das transferências realizadas num serviço de internamento de doentes cirúrgicos, como são exemplos: chamadas, telefonemas, conversas não relevantes e ruído, tendo-se refletido no aumento da duração das transferências de informação.

A padronização das transferências pode diminuir a incidência de perda de informações, reduzir erros, diminuir as situações de redundância, melhorar o trabalho de equipa e a satisfação do enfermeiro (Martin & Ciurzynsky, 2015; Nagpal et al., 2013).

Num estudo de coorte prospetivo realizado nos Estados Unidos (Carolina do Norte), numa UCI Pediátrica, cujo objetivo era melhorar a comunicação na transferência de cuidados e os resultados das pessoas no pós-operatório, constatou-se que a utilização do instrumento estruturado para a transição de cuidados, diminuiu o número de atrasos relativos à administração de medicação, assim como se verificou a diminuição do número de pessoas

em situação pós-operatória que necessitam de intervenções hemodinâmicas ou respiratórias na primeira hora nos procedimentos cirúrgicos a chegada à UCPA (Breuer et al., 2015).

Um estudo observacional realizado num hospital dinamarquês, que envolveu 50 momentos de transições de cuidados, teve como objetivos observar a interação nas transições de cuidados, entre enfermeiros de anestesia e enfermeiros da UCPA e analisar o uso do ISBAR como instrumento de comunicação estruturada durante a transição de cuidados. Os resultados revelaram que os enfermeiros da UCPA estavam melhor preparados para acolher as pessoas em situação perioperatória, com utilização de ISBAR, e as passagens de turno tornaram-se mais concentradas e sem perturbações. Os autores referem ainda que a utilização do ISBAR reduziu as perturbações nas transferências porque todos os envolvidos tinham uma expectativa clara dos itens a serem transmitidos, pelo que as interrupções para questionar ou esclarecer foram reduzidas (Kaltoft et al., 2021).

Em Portugal, a investigação realizada por Mota (2021) foi pioneira na avaliação da perceção da segurança do doente, na perspetiva dos enfermeiros perioperatórios, em várias áreas de intervenção no contexto intraoperatório, sendo uma delas a comunicação. Os resultados obtidos referentes à dimensão “segurança da comunicação – boas práticas” revelam “...um nível de implementação pouco robusto.” (Mota, 2021, p.144) ainda que a comunicação com a doente seja promovida e os registos de enfermagem realizados de forma normalizada. Como oportunidade de melhoria os enfermeiros perioperatórios identificam a “implementação de uma metodologia sistematizada na transmissão de informação nos momentos de transição...” (Mota, 2021, p.144), tendo em conta que apenas 54% dos enfermeiros perioperatórios consideram que “na transmissão de informação na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR ou outra metodologia sistematizada equivalente) ” (Mota, 2021, p.145; Mota, Castilho & Martins, 2021). Relativamente às auditorias, os resultados evidenciam A existência de dificuldades na implementação de processos de auditorias, sendo que apenas 27,3% dos enfermeiros perioperatórios portugueses considera que são realizadas. Na perspetiva destes profissionais a discussão em equipa das normas de boa prática no âmbito da segurança da comunicação, com vista à introdução de melhorias na prática, também não constitui uma realidade, tendo em conta que apenas 32,5% dos inquiridos considera que ocorre. Assim, a dimensão “segurança da comunicação – auditorias” constitui-se “...como uma das dimensões com um nível de implementação mais baixo nos blocos operatórios...” (Mota, 2021, p.144; Mota, Castilho & Martins, 2021).

Perante o referido anteriormente, considera-se a existência na área da segurança do doente segurança da comunicação” de um “...um amplo espaço de melhoria” (Mota, 2021, p.189). A

utilização efetiva de metodologias estruturadas de transmissão de informação torna-se essencial para promover a SD.

De forma a garantir a efetividade da comunicação nas unidades de Saúde, a DGS emitiu a norma “Comunicação Eficaz na transição de Cuidados de Saúde” (norma nº1/2017) com o objetivo de uniformizar boas práticas para uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, reduzindo os erros e as lacunas na informação transmitida na transição de cuidados de saúde. Na mesma está referido que a “ (...) transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR (...) ” (DGS, 2017, p.1). O ISBAR é um instrumento de “ (...) padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados (...) ” (DGS,2017, p.4). O significado da sigla é: Identificação, Situação atual, *Background* (antecedentes), Avaliação e Recomendações. Assim, possibilita a organização da informação, para que seja transmitida de forma sequencial (Anexo II).

O BO é um ambiente complexo, marcado por uma movimentação constante de profissionais e de pessoas em situação perioperatória, pelo que a ocorrência de interrupções, distrações e ruídos são frequentes e colocam em causa a segurança das ações desenvolvidas pelos profissionais, nomeadamente nos processos de transição.

De acordo com o diagnóstico de situação encontrado no contexto da realização do Estágio e baseado na evidência científica pesquisada, foi identificada como área a intervir a uniformização da transferência de informação, na transição de cuidados recorrendo à metodologia ISBAR. Optámos por iniciar o projeto no momento de transição do período intraoperatório para o pós-operatório imediato, para posteriormente alargar a todos os momentos de transição de cuidados perioperatórios. Neste sentido foi realizada uma sessão de formação (Apêndice V) e proposta a utilização de um instrumento orientador para operacionalizar a metodologia, como referido anteriormente, com elaboração própria.

Considera-se que a sessão de formação apresentada foi pertinente e enriquecedora do ponto de vista de discussão e de reflexão. A proposta do documento estruturado de transmissão de informação foi considerada uma melhoria a implementar na prática diária, pois permite estruturar a informação, melhorando a transição de cuidados, garantindo a segurança nos cuidados. A equipa ficou motivada a implementar esta estratégia noutros momentos de transição, após a realização das devidas adaptações a outros momentos, nomeadamente da UCPA para serviços de internamento ou em contexto de sala operatória na transição de turno, estando conscientes que será um processo de aprendizagem e adaptação.

Uma oportunidade de melhoria na transmissão de informação que também foi detetada refere-se a informações referentes à puérpera a transmitir na transição do recém-nascido para a Unidade de Neonatologia, nomeadamente os antecedentes da puérpera como a diabetes, o “tempo de rotura da bolsa” e a presença de febre. A transmissão desta informação, adequada a prestação de cuidados ao recém-nascido, contribui para a redução de riscos, promovendo assim a sua segurança. Como proposta de melhoria no processo de comunicação com os colegas da Unidade de Neonatologia, foi proposto que estas informações referentes à puérpera fossem transmitidas aquando da transferência do recém-nascido, já que a puérpera permanecerá na UCPA.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, no “desenvolvimento da sua intervenção numa perspetiva interprofissional”, deverá utilizar “estratégias de comunicação adequadas para assegurar documentação precisa e continuidade de cuidados” (OE, 2018b, p.19367), pelo que a promoção da utilização do ISBAR no serviço, estará de acordo com a referida competência.

3.2.2. Segurança na Medicação: Contributo dos Enfermeiros em Contexto Perioperatório

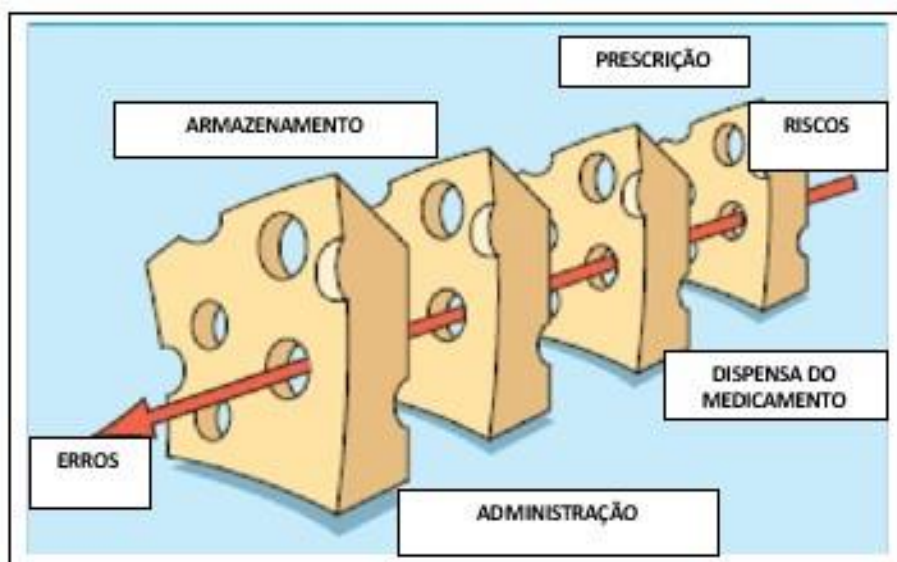
Numa conferência realizada no Brasil, a OMS (2017) anuncia como terceiro desafio global para a segurança do doente, o combate aos danos relacionados com a medicação (*“Medication without harm”*), onde é proposto aos estados membros e parceiros, a redução dos erros relacionados com a medicação em 50% das ocorrências. Assim, a OMS dá continuidade ao esforço concertado para promover a segurança do doente, tendo sido o primeiro desafio mundial lançado em 2005 (*“Clean care is safe care”*) e o segundo em 2008 (*“Safe surgery, saves lives”*).

O modelo explicativo da ocorrência do erro e incidentes relacionados com a segurança do doente, designado por Modelo do Queijo Suíço, foi apresentado por Reason (1980). As fatias de queijo representam defesas/barreiras e os buracos das fatias de queijo, as falhas que podem ser ativas ou latentes. As falhas ativas, remetem para infrações ou erros cometidos pelos profissionais. As falhas latentes são geradoras de condições para materializar o erro (relacionadas com fatores organizacionais e da sua influência nas condições de trabalho; Reason, 1980). O alinhamento destas falhas resulta na ocorrência do erro.

Fazendo a translação dos princípios deste modelo para a segurança da pessoa em situação perioperatória, em concreto para a administração de medicação, as fatias do queijo representam as diferentes fases do circuito do medicamento, que poderão sofrer falhas

sucessivas que caso se alinhem resultam num erro de medicação tal como representada na Figura 1.

Figura 1: Adaptação do Modelo do Queijo Suíço, ao circuito do medicamento



Fonte: Elaboração própria, adaptado do Modelo de Reason (1980)

Na primeira fase, os riscos estão associados à prescrição do medicamento (via de administração, frequência ou dose). As prescrições verbais deverão ser evitadas em todos os contextos de cuidados, nomeadamente no BO. A avaliação da história pessoal, onde se incluem as interações medicamentosas ou reações alérgicas, é determinante para reduzir a ocorrência de incidentes. A informação deverá ficar registada em local próprio, destinado a esse fim. Na segunda fase, os riscos estão relacionados com os erros de envio dos medicamentos por parte dos serviços farmacêuticos ao serviço utilizador. Na fase seguinte, a terceira, no armazenamento, coloca-se as questões do acondicionamento e disponibilidade dos medicamentos nos serviços “recetores. A verificação do que é enviado pelos serviços farmacêuticos é necessária, para validação de doses coincidentes com o regularizado para o serviço, para a confirmação da medicação solicitada/medicação recebida, identificação de existências em número superior às reais necessidades e a disponibilização da medicação por data de validade, e para garantir o acondicionamento dos fármacos nos locais corretos, garantindo a gestão dos medicamentos LASA e de alerta máximo. Por último, na fase de administração dos medicamentos os perigos estão relacionados com distrações dos profissionais, com a não implementação dos “5 certos” (DGS, 2014). A compreensão da prescrição da medicação com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante, despista a

ocorrência da administração inadvertida de medicação “errada” (DGS, 2014). Sendo todos os erros relacionados com a administração de medicação potenciadores de dano para a pessoa em situação perioperatória, pelo que a adoção de práticas seguras relativas à diluição, à correta identificação dos fármacos, e a implementação da dupla verificação independente são fundamentais para evitar a ocorrência de incidentes (DGS, 2015a). Os momentos de um procedimento cirúrgico que estão associados à ocorrência de maior número de incidentes são a indução anestésica e a contagem de itens quantificáveis (Croke, 2023), pelo que as distrações e interrupções devem ser evitadas e minimizadas especialmente nestas fases.

A segurança do medicamento depende da interação de todas as etapas do ciclo do medicamento, que exigem a implementação de estratégias de gestão de risco, que contribuam para a ocorrência de erros de medicação.

Ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória compete demonstrar “...consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório” (OE, 2018b, p.19367), e a utilização de “estratégias e medidas de segurança para evitar danos decorrentes da administração de terapêutica e procedimentos anestésicos” (OE, 2018b, p.19367).

No estudo desenvolvido por Mota (2021), no âmbito de Segurança do Doente no BO, uma das nove áreas de segurança do doente estudada foi a “Segurança na utilização da Medicação”, a qual é avaliada por três dimensões, nomeadamente: “Segurança na utilização da medicação – Boas Práticas”, “Segurança na utilização da medicação – auditorias” e “Segurança na utilização da medicação – prescrições”. Os resultados revelaram um nível de implementação pouco robusto na dimensão “Segurança na utilização da medicação – Boas Práticas”, com valor médio de respostas positivas de 66,1%. Destacam-se como práticas com um nível de implementação pouco robusto, nos BO portugueses, a implementação da estratégia de identificação dos medicamentos LASA, que obteve uma percentagem de respostas positivas de 54,7% e a dupla verificação independente (% de respostas positivas de 66,7%). A dimensão “Segurança na utilização da medicação – auditorias” obteve um valor médio obtido de respostas positivas de 32,1% o que revela baixo nível de implementação. Destaca-se que apenas 28,3% dos enfermeiros perioperatórios portugueses consideram que *“São realizadas no serviço auditorias internas semestrais às práticas seguras da medicação”*. As práticas de prescrição também apresentam um baixo nível de implementação, tendo em conta que a dimensão “Segurança na utilização da medicação – prescrições”, obteve uma média de respostas positivas de 41%. Os resultados deste estudo que envolveu um terço dos enfermeiros perioperatórios portugueses, corrobora a necessidade de introduzir melhorias

no âmbito da segurança na utilização da medicação no contexto perioperatório.

No decorrer da realização do Estágio, houve oportunidade de apresentar à equipa sugestões de melhoria de intervenção na área da segurança na utilização da medicação, que após reflexão das práticas podem comprometer a segurança. Assim a nossa intervenção visou a uniformização de práticas tendo por base a evidência científica. Reunimos a bibliografia encontrada relativa a normas, procedimentos e recomendações nacionais, as quais foram levadas à discussão e reflexão com a equipa em contexto de formação de serviço.

Em novembro de 2022, a norma nº 031/2013 da DGS “Profilaxia antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto” foi revista, pelo que o desenvolvimento desta sessão de formação foi planeado em colaboração com uma anestesiológica, tendo sido realizada a revisão dos protocolos de antibioterapia. A administração de medicação constitui uma das funções interdependentes dos enfermeiros, pois decorre de uma prescrição de outro profissional. No contexto da prestação de cuidados perioperatórios e mais especificamente no período intraoperatório, é da responsabilidade do anestesiológica assegurar o cumprimento da administração atempada do antibiótico e o respetivo registo (DGS, 2013b). O tema foi apresentado à equipa em contexto de sessão de formação (Apêndice VI), tendo sido os conteúdos sustentados pelos descritivos que as normas da DGS apresentam (nº20/2014 “Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante – medicamentos LASA”, a norma nº14/2015 “Medicamentos de alerta máximo” e a norma nº 031/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto” (atualizada a 17/11/2022).

A norma nº20/2014, intitulada “Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante – medicamentos LASA” define como medicamento LASA, “os medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos” (DGS, 2014, p.3). A sigla LASA significa assim, “*look-alike*” “*sound-alike*”, ou seja, medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante e medicamentos com nome foneticamente semelhante. Na categoria do “*look-alike*” são exemplos: dexametasona/ betametasona; oxazepam/lorazepam ou a apresentação de dois colírios com o mesmo *layout* na embalagem. Para o “*sound-alike*”, são exemplos haloperidol/alopurinol ou carvedilol/calcitriol. Com a introdução dos sistemas informatizados a nível de processo clínico do doente, a redução da ocorrência do erro perante a interpretação da caligrafia, ficou reduzida, não descurando, porém, as restantes verificações inerentes à administração de medicação, como o doente certo, a dose certa, a via certa, na frequência certa, traduzindo-se assim, como práticas seguras de verificação. Uma estratégia referida na norma como potenciadora da segurança relativamente à

identificação da medicação, é a inclusão de letras maiúsculas nos rótulos associados, pois a diferença no descritivo servirá de alerta (DGS, 2014).

As “boas práticas” relacionadas com o cumprimento das recomendações referentes aos medicamentos “LASA”, também são referenciadas na investigação realizada por Mota (2021), de forma a avaliar a perceção dos enfermeiros perioperatórios relativamente à SD. O item avaliado na “área de segurança do doente – segurança da medicação”, tem uma implementação pouco robusta (54,70% de respostas positivas) de acordo com os enfermeiros perioperatórios participantes na investigação (n=1001).

A norma nº14/2015 “Medicamentos de alerta máximo” define como medicamentos de alerta máximo ou alto risco, os medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização” (DGS, 2015a, p.4). Segundo a mesma norma, os erros associados a estes medicamentos são pouco frequentes, no entanto com consequências mais graves, conduzindo a lesões permanentes ou até mesmo à morte e ao aumento dos custos associados aos cuidados de saúde prestados ao doente. Assim, estes medicamentos “podem mais facilmente provocar dano significativo ao doente devido a alguns aspetos, nomeadamente: margem terapêutica estreita, gravidade dos seus potenciais efeitos adversos (ex. hemorragia ou hipoglicemia, entre outros” (DGS, 2015a, p.4). Assim, para os referidos medicamentos, será necessário “reforçar..., a dupla verificação” (DGS, 2015a, p.2).

O contexto onde os cuidados são prestados é determinante para a maximização da segurança. A realidade do serviço onde o Estágio decorreu, disponibiliza os meios para a garantia da segurança dos cuidados, tendo em conta que apresenta:

- Farmácia organizada de acordo com alerta máximo e LASA;
- Uniformização dos carros de medicação de todas as salas operatórias;
- Redução dos níveis dos stock’s ao indispensável;
- Uniformização de dosagens (para a mesma medicação).

Assim, com base nas evidências consultadas na implementação de práticas de melhoria contínua, que visam a promoção da segurança nos cuidados prestados em contexto perioperatório e decorrente da reflexão com a equipa em contexto de sessão de formação, foram abordadas temáticas fundamentais já desenvolvidas em continuidade, reforçando desta forma:

- a promoção de um ambiente calmo, livre de ruído, sem interrupções aquando da preparação de medicação;
- a prática de dupla verificação independente da medicação;

- o cumprimento das Precauções Básicas do Controlo de Infecção (assegurar a manutenção da técnica assética na preparação e manipulação de medicamentos);
- a manutenção da bancada higienizada e organizada;
- o recurso à tabela de incompatibilidades terapêuticas, disponível na intranet;
- a aquisição de etiquetas específicas para identificação de medicamentos;
- a importância da colocação da data de validade (a partir da data da abertura) na medicação multidoses (como por exemplo a insulina ou colírios).

A aquisição de etiquetas pré-feitas ou pré-impressas podem ajudar a minimizar os erros decorrentes da má interpretação de caligrafia ilegível, contribuindo para a padronização do processo de etiquetagem da medicação, sendo que qualquer medicação que não tenha rótulo deverá ser eliminada (Speth, 2023).

A antibioterapia em contexto de cuidados perioperatórios, é determinante para a minimização de complicações, nomeadamente a ILC. O feixe de intervenções relacionado com a prevenção da ILC, é constituído por várias intervenções, sendo uma delas a administração de antibiótico nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica (DGS, 2022). A importância do rigor no cumprimento do horário de administração da antibioterapia, é também reconhecido pelo projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas” (DGS, 2013a), estando contemplado na segunda fase da LVSC a sua verificação nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica.

Neste âmbito, após a identificação, com equipa de enfermagem de que, que a antibioterapia profilática era administrada nos serviços de internamento sem garantia de manter o intervalo de tempo em que o mesmo deveria ser administrado tal como recomendado, em contexto de sessão de formação, foram relembradas as seguintes ações de melhoria decorrentes da prescrição medicamentosa:

- Implementar que a administração do antibiótico seja realizada nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica, em todas as especialidades cirúrgicas;
- Cumprir as recomendações dos laboratórios relativas às reconstituições e sua administração.

A complexidade que envolve a gestão da antibioterapia profilática em contexto cirúrgico, ditou a necessidade de elaborarmos, conjuntamente com a anestesilogista, um

procedimento de trabalho que foi aprovado pelo CA, estando atualmente a ser implementado a nível local.

De acordo com os stock's atuais existentes na farmácia do BO, elaboramos um quadro síntese (Apêndice VII) relativo à reconstituição e administração dos antibióticos no qual constam as recomendações dos laboratórios fornecedores. Este instrumento foi integrado no procedimento de trabalho relacionado com a Antibioterapia Profilática Cirúrgica e validado pelos serviços farmacêuticos. Em contexto perioperatório, como em todos os contextos de prestação de cuidados, é imperativo implementar medidas de segurança, em todo o processo de preparação e administração de medicação, devendo o enfermeiro garantir e manter um ambiente seguro.

As medidas a adotar para garantia da segurança do doente, decorrentes de práticas seguras relativas à administração de medicação, deverão ser implementadas em consonância com as políticas de saúde, através do cumprimento das normas. As ações têm que estar alinhadas para o mesmo propósito, pelos ganhos em saúde que serão alcançados, revelando-se assim imprescindível o efetivo trabalho de equipa multiprofissional. A reflexão sobre a prática, com a identificação de oportunidades de melhoria na gestão dos cuidados prestados é determinante para a segurança cirúrgica.

3.2.3. Contributo do Enfermeiro Perioperatório na Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

A ILC é uma das infeções mais comuns associadas aos cuidados de saúde, causando internamentos mais prolongados, sofrimento físico, psicológico, bem como custos adicionais para a organização e para o doente (DGS, 2015b).

A ILC é de “causa multifatorial estando relacionada com a condição do doente, com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico envolvido “ (DGS, 2015b, p.9”). Pode ocorrer na incisão cirúrgica ou proximidade, e no caso de colocação de próteses, até aos três meses depois da intervenção cirúrgica.

Os fatores de risco para a ocorrência da ILC podem ser modificáveis ou não modificáveis. Nos fatores de risco não modificáveis, incluem-se a idade, as patologias associadas, a severidade da doença ou a classificação da ferida (DGS, 2015b). Os modificáveis dependem da atuação dos elementos da equipa multiprofissional, e incluem a administração do antibiótico, quando prescrito, monitorização da glicemia e temperatura corporal, a realização de tricotomia (apenas quando necessária) e manutenção dos níveis de oxigenação adequados para a condição física da pessoa (DGS, 2015b).

As condições ambientais da sala operatória ou a movimentação excessiva de elementos da equipa multiprofissional, constituem fatores com impacto na prevenção da ILC. Os níveis de agentes microbianos no ambiente da sala cirúrgica são diretamente proporcionais à quantidade de movimento e ao número de pessoas na sala de cirurgia (AORN, 2018).

No estudo realizado por Mota (2021), no âmbito da segurança do doente no BO, uma das nove áreas de segurança estudadas foi a “Segurança do Doente – Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos”, que é avaliada por duas dimensões: “PPCIRA – boas práticas” e “PPCIRA – formação e Vigilância Epidemiológica”. A dimensão “PPCIRA - boas práticas”, obteve uma percentagem de respostas positivas de 77,7%, o que revela um nível de implementação robusto na perspetiva dos enfermeiros perioperatórios portugueses, em que todos os itens (verificação de conformidade de indicadores de esterilização; administração do antibiótico profilático nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, e práticas de manutenção da normotermia e normoglicemia) obtiveram uma percentagem de respostas positivas superior a 75% com exceção dos itens relacionado com a tricotomia, que apresentou uma percentagem de resposta positivas de 38, 2% revelando que esta é uma prática que necessita de ser melhorada. A dimensão “PPCIRA - boas práticas” figurou como a segunda de 19 dimensões com um maior nível de implementação nos BO portugueses, o que revela que o envolvimento dos enfermeiros perioperatórios e das equipas multiprofissionais em operacionalizar as intervenções relacionadas com a prevenção da ILC. Por sua vez a dimensão “PPCIRA – formação e Vigilância Epidemiológica”, revelou um baixo nível de implementação (% de respostas positivas 46,3%) com a maioria dos enfermeiros perioperatórios portugueses a considerar que as normas no âmbito da PCIRA, não são discutidas em equipa para introduzir melhorias na prática (49,6% de respostas positivas), que não fornecidos dados de vigilância epidemiológica no âmbito da taxa de ILC (39,4% de respostas positivas) e da utilização da antibioterapia profilática (40,8% de respostas positivas). Destacamos também que apenas cerca de metade dos enfermeiros perioperatórios portugueses consideram que a formação em PCIRA é contemplada no plano anual de formação do serviço (56,3% de respostas positivas), reforçando a necessidade premente de intervir nesta área no âmbito da formação, discussão de normas de boa prática e desenvolvimento e partilha de dados no âmbito da vigilância epidemiológica.

As intervenções no âmbito da redução das “infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)”, integram o quinto pilar do PNSD 2021-2026 sustenta, “práticas seguras, em ambientes seguros”, constituindo uma prioridade no âmbito da política de segurança

Como forma de sistematizar as intervenções e reunir a melhor evidencia no âmbito da prevenção da ILC, a DGS em 2015 publicou um feixe de intervenções (DGS, 2015b). Um feixe de intervenções, é mais do que a adoção de uma prática isolada, “é um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas em conjunto, para que o sucesso seja atingido” (DGS, 2015b, p.7). Os elementos do feixe foram organizados pelas três fases do período perioperatório, sendo que para cada uma das fases, foram associadas ações que deverão ser implementadas de forma sistemática e uniforme no âmbito de plano de cuidados multidisciplinar a individualizar à pessoa em situação perioperatória. Passamos a referir quais as ações para a implementação e melhoria em cada uma das fases do período perioperatório. Para a fase pré-operatória, a realização de rastreio de SAMR e descolonização das pessoas propostas para cirurgias de elevado risco e a realização de dois banhos pré-operatórios. Na fase intraoperatória, são destacadas as seguintes ações: tricotomia apenas quando necessário, imediatamente antes da cirurgia e com recurso a máquina de corte de uso único; profilaxia antibiótica cirúrgica nos 60m que antecedem a incisão e até ao máximo de 24h; proceder à preparação da pele da pessoa (desinfecção do campo operatório, manutenção da esterilidade dos campos, desinfecção das mãos dos profissionais de saúde e respeitar a técnica cirúrgica relativamente ao uso de instrumentos cirúrgicos específicos para cada fase do procedimento, substituição de luvas) e garantir a homeostasia intraoperatória do doente (normotermia, normoglicémia, oxigenação e normovolémia). Por último, na fase do pós-operatório, as intervenções estão direcionadas à manutenção da homeostasia (vigilância do estado geral, manter níveis de saturação periférica de oxigénio $\geq 95\%$, em pessoas com função pulmonar normal submetidos a procedimentos sob anestesia geral e com intubação endotraqueal) e à manutenção da garantia da técnica assética nos cuidados prestados, em concreto na vigilância do penso e ferida operatória. Resumindo, as alterações realizadas na norma são as seguintes na fase pré-operatória: a realização do rastreio de SAMR e descolonização nos doentes propostos para cirurgias de elevado risco. Na fase intraoperatória a prevenção e correção de hipotermia devem ser iniciados uma a duas horas do início da anestesia e manter oxigenação de forma a garantir níveis de saturação periférica de oxigénio superior ou igual a 95% ou o mais elevado possível na presença de insuficiência respiratória de base. Por último, para a fase do pós-operatório a manutenção da homeostasia deverá continuar a ser garantida (normoglicémia, normotermia e saturação periférica de oxigénio superior ou igual a 95% no recobro, pós-extubação, após anestesia geral com intubação endotraqueal, em doente com função pulmonar normal. Estas alterações foram apresentadas à equipa em contexto de formação em serviço (Apêndice VIII). As recomendações de melhoria apresentadas, estão a ser implementadas pelos enfermeiros

perioperatórios, destacando-se o cumprimento da profilaxia antibiótica nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica e as intervenções relacionadas com a manutenção da normotermia.

Consideramos que existência da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória, no contexto da realização do Estágio, daria contributos importantes para o cumprimento do banho pré-operatório, através da prestação de informações à pessoa em situação perioperatória que lhe permitam compreender a importância desta medida para a prevenção da ILC, bem como informações sobre a sua operacionalização, incluindo o fornecimento da solução para a lavagem pré-cirúrgica, a utilizar no domicílio.

Para além dos fatores contemplados no feixe de intervenções, existem outros fatores relacionados com o comportamento dos profissionais que aumentam o risco da ocorrência de ILC, devendo ser adotadas medidas preventivas conducentes a comportamentos seguros, que respeitem as boas práticas, nomeadamente:

- Evitar a entradas e saídas desnecessárias na sala operatória (AORN, 2018);
- Utilizar corretamente os EPI's (AORN, 2018; DGS, 2012);
- Utilizar fardamento exclusivo para o BO (Benze et al., 2021).

Não podemos mudar todos os contextos de trabalho, mas podemos contribuir para a promoção da mudança do nosso contexto com base nas evidências e com recurso a estratégias de liderança, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da segurança da pessoa em situação perioperatória.

4. Estratégias de Avaliação das Práticas de Melhoria Contínua

Com vista a avaliação das sugestões de melhoria realizadas foi adotada como estratégia a observação aleatória de 10 casos em contexto real, de intervenções relacionadas com a segurança na transição de cuidados, segurança na medicação e prevenção da ILC. No âmbito desta estratégia foram construídas grelhas de observação, como forma de sistematizar o processo (Apêndice IX).

Para avaliação da segurança na transição de cuidados foram realizadas 10 observações em momentos de transição de cuidados do BO para a UCPA. O foco das observações centra-se: na utilização do instrumento desenvolvido para a transmissão de informação; na sequência da transmissão da informação; na transmissão de intervenções de enfermagem, face aos diagnósticos de enfermagem identificados no período perioperatório e na necessidade de questionamento por parte do recetor da informação, com o propósito de detetar oportunidades de melhoria na introdução de itens a transmitir. Das 10 observações, apenas em duas foi utilizado o instrumento proposto e disponibilizado na UCPA. Relativamente à sequência da transmissão de informação apenas nas duas observações em que foi utilizado o instrumento foi cumprida a sequência “ISBAR”. Quanto aos diagnósticos de enfermagem, em oito verificou-se “dor”, “dor e ansiedade” num caso e “dor, ansiedade e hipotermia” noutra. Em nenhuma observação se verificou a necessidade de reforço de informação pelo questionamento por parte do recetor da informação. Como estratégia para aumentar a adesão foi pedida a colaboração da Enfermeira Gestora, na liderança da mudança, como forma de sensibilizar os enfermeiros que a sua não utilização compromete a segurança da pessoa em situação perioperatória e por outro lado também torna o processo menos eficiente.

Relativamente à segurança da medicação, realizamos observações de práticas relacionadas com a preparação e administração de medicação no que se refere: à organização da bancada de preparação da medicação; a rotulagem das diluições; realização da dupla verificação independente de medicação; e se o antibiótico foi administrado BO, no período dos 60 min que antecede a incisão cirúrgica, ou no serviço de internamento. Nas 10 observações constatamos cumprimento em 100% da organização da bancada. No parâmetro da verificação da rotulagem das diluições, verifica-se que 100% apresentam deficit de informação (apenas “*nolotil 800*” ou “*tramal 100*”). No que respeita à dupla verificação independente apenas duas das 10 observações realizadas em sala operatória estavam em

conformidade com a prática segura. Por último, a administração de antibioterapia nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica, ocorreu apenas numa observação das 10 realizadas em sala operatória. Face a estes resultados procuramos sensibilizar a enfermeira Gestora para aquisição de etiquetas com a identificação dos medicamentos e com o respetivo código de cores de acordo com os grupos terapêuticos, como forma de melhorar a identificação dos medicamentos e das respetivas diluições. Foi também sugerido uma sessão de treino no âmbito da dupla verificação independente. No âmbito profilaxia antibiótica, solicitamos a colaboração da Diretora do BO, na disseminação da atualização da norma no sentido de o antibiótico ser administrado no BO.

Na área da prevenção da infeção do local cirúrgico, foram igualmente observados 10 casos que possibilitassem avaliar: a realização da tricotomia, a validação do cumprimento dos dois banhos pré-cirúrgicos; o cumprimento do tempo de atuação do antisséptico; e a utilização dos dispositivos de aquecimento. Todas as observações foram realizadas na sala operatória. Quanto à realização da tricotomia, não foi possível chegarmos a conclusões concretas porque em 9 de 10 observações era “não aplicável” (contexto de cirurgias da especialidade de Obstetrícia, procedimentos cirúrgicos urológicos por via endoscópica e pessoas em situação perioperatória do género feminino para procedimentos abdominais), no único caso em que a tricotomia poderia ser aplicável, esta não foi realizada, tal como preconizado pelas boas práticas. O registo do cumprimento dos dois banhos constatou-se em oito dos 10 casos. No que respeita ao cumprimento do tempo de atuação do antisséptico e da utilização de dispositivos de aquecimento (ar forçado, colchão térmico e aquecedor de fluídos, de acordo com a avaliação da pessoa e abordagem cirúrgica), verifica-se cumprimento em 100% nos dois campos de observação (UCPA e sala operatória). Relativamente às práticas de tricotomia, terão que ser realizadas novas observações. Como forma de promover a utilização dos dispositivos de aquecimento sugerimos a alocação dos aquecedores de fluídos às salas operatórias.

Como forma de dar feedback à equipa de enfermagem, os resultados foram apresentados à equipa em contexto de formação em serviço (Apêndice X), constituindo este momento uma oportunidade para sensibilizar a equipa para o comprometimento com práticas seguras.

O caminho faz-se caminhando, acreditamos que futuramente iremos obter melhores resultados, pelo que nos comprometemos a dar continuidade a estes ciclos de melhoria contínua, liderando o processo de mudança com a tónica na prática baseada na evidência, com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados que prestamos.

5.Considerações Finais

As aprendizagens proporcionadas pela frequência do Estágio, contribuíram para o desenvolvimento e crescimento como enfermeira perioperatória. O empoderamento conseguido trará repercussões na qualidade dos cuidados à pessoa em situação perioperatória, particularmente no domínio da segurança dos cuidados, para além da valorização enquanto pessoa e afirmação profissional.

Haverá oportunidade de dar continuidade ao trabalho desenvolvido no âmbito da melhoria contínua dos cuidados, pois ao exercer a atividade profissional no local onde foi realizado o Estágio, permitirá incentivar e a motivar a prática baseada na evidência científica.

É com a prática do Cuidar em Enfermagem que as necessidades de aperfeiçoamento se manifestam, pela reflexão e pelo confronto de ideias. O contexto de Estágio possibilitou a obtenção de conhecimentos e aquisição de determinadas capacidades, que se transformaram em competências, pelo mobilizar de conhecimentos, pela observação e reflexão.

O pensamento crítico-reflexivo aliado a uma prática baseada na evidência traduzem-se em cuidados de enfermagem mais eficientes e com maior qualidade, mais significativos para as pessoas e famílias em situação perioperatória. Assim, a Enfermagem especializada não se limita à soma das intervenções que cada um executa, deverá acrescentar valor às pessoas e família em situação perioperatória, direcionadas às suas reais necessidades.

O Modelo Concetual norteador da prática de enfermagem perioperatória, o *PeriOperative Patient Focused Model* foi determinante para sistematizar as intervenções da prática diária, alicerçado na centralidade da pessoa em situação perioperatória.

A execução das atividades referidas anteriormente, como a participação na realização da VPOE, a estruturação das sessões de formação com vista à implementação de boas práticas, com base nas oportunidades de melhoria encontradas, permitiu que os objetivos definidos fossem atingidos e a consequente aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

POSICIONAMENTO CIRÚRGICO: CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS

1. Resumo

Enquadramento: O posicionamento cirúrgico é parte integrante dos cuidados perioperatórios. As complicações associadas (quedas, lesões por pressão e articulares) tornando imperativo que a atuação dos profissionais seja alicerçada numa cultura de segurança, nomeadamente dos enfermeiros perioperatórios que pelas suas competências são um elemento essencial na promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória.

Objetivos: Construir e validar (validação de conteúdo e semântica) um questionário de avaliação de conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico; caracterizar o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico e verificar se há relação entre o conhecimento e algumas características socioprofissionais dos participantes. **Metodologia:**

Na primeira fase da investigação, desenvolvemos um estudo metodológico, de construção e de validação de conteúdo e semântica de um questionário. Procedemos à elaboração da sua versão inicial, que submetemos a um painel de Delphi. A segunda fase remeteu para um estudo descritivo correlacional, num Bloco Operatório Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo. A amostra ficou constituída por 28 enfermeiros. O tratamento dos dados foi realizado através de programa informático *Statistical Package for Social Science*. **Resultados:** Da validação pelo painel de Delphi resultou uma versão do questionário constituída por 24 itens. A maioria dos itens (23) obteve valores médios superiores ao ponto médio da escala ($M \geq 3$). Os valores médios variam entre um mínimo de 2,64 ($M = 2,64$; $DP = 1,42$) no item 2 “*O risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico é semelhante, quer para doentes com Índice Massa Corporal elevado, quer para doentes com Índice Massa Corporal baixo*” e o máximo de 4,96 ($M = 4,96$; $DP = 0,19$), no item 6 “*No momento do posicionamento deverá existir a colaboração dos diferentes elementos da equipa multiprofissional*”. Verificaram-se apenas diferenças estatisticamente significativas, em função do género, em cinco itens, em que as enfermeiras revelam ter um conhecimento mais robusto. Verificou-se uma correlação positiva moderada apenas num item, onde os enfermeiros mais velhos revelam ter um conhecimento menos robusto. **Conclusão:** Os enfermeiros perioperatórios apresentam um conhecimento robusto sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico.

Palavras-chave: posicionamento do paciente; segurança do paciente; enfermagem perioperatória; cuidados perioperatórios

2. Abstract

Background: Surgical positioning is an integral part of perioperative care. The associated complications (falls, pressure injuries and joint injuries) make it imperative that the actions of professionals are based on a culture of safety, particularly perioperative nurses who, due to their skills, are an essential element in promoting the safety of people in perioperative situations. **Objectives:** To construct and validate (content and semantic validation) a questionnaire to assess perioperative nurses' knowledge of the care involved in surgical positioning; to characterize perioperative nurses' knowledge of the care involved in surgical positioning and to see if there is a relationship between knowledge and some of the participants' socio-professional characteristics. **Methodology:** In the first phase of the research, we carried out a methodological study, constructing and validating the content and semantics of a questionnaire. We drew up its initial version, which we submitted to a Delphi panel. The second phase involved a descriptive correlational study in a central operating room in the Lisbon and Tagus Valley region. The sample consisted of 28 nurses. The data was processed using the Statistical Package for Social Science. **Results:** Validation by the Delphi panel resulted in a version of the questionnaire consisting of 24 items. Most of the items (23) had mean values higher than the scale's midpoint ($M \geq 3$). The mean values ranged from a minimum of 2.64 ($M = 2.64$; $SD = 1.42$) for item 2 "The risk of developing injuries resulting from surgical positioning is similar for both patients with a high and low Body Mass Index" to a maximum of 4.96 ($M = 4.96$; $SD = 0.19$) for item 6 "The different members of the multi-professional team should collaborate when positioning". There were only statistically significant differences, depending on gender, in five items, in which the nurses showed more robust knowledge. There was only a moderate positive correlation in one item, where older nurses showed less robust knowledge. **Conclusion:** Perioperative nurses have a robust knowledge of the care inherent in surgical positioning.

Keywords: patient positioning; patient safety; perioperative nursing; perioperative care

3. Fundamentação/Enquadramento Teórico

A segurança que os profissionais promovem nos cuidados prestados às pessoas nos diferentes contextos de cuidados é um dos indicadores mais importantes de uma instituição de saúde (Pinto & Sarnadas, 2020) que reflete o foco das intervenções alicerçado numa cultura de segurança, pelo que tem sido alvo de debate e reflexão a nível mundial.

A SD, constitui um problema de saúde pública a nível mundial, esta problemática conduziu a OMS, no decorrer da 74ª Assembleia Geral em maio de 2021, ao desenvolvimento do primeiro Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021-2030, como forma de eliminar os danos evitáveis na prestação de cuidados de saúde (OMS, 2021).

A segurança do doente é definida pela OMS (2021) como:

uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde que reduz riscos de forma consistente e sustentável, diminui a ocorrência de dano evitável, torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando este ocorrer (p.V).

As falhas ao nível da segurança do doente têm diversas implicações, onde se destaca: o aumento da ocorrência de complicações, mortalidade, aumento do tempo de internamento, a perda de confiança por parte dos doentes nas organizações e consequentemente nos profissionais, com a inevitável deterioração das relações, o aumento dos custos sociais e económicos e a redução de possibilidade de alcançar os resultados esperados (Nghiem et al., 2022; Oliveira et al., 2019; Qassem et al., 2015). Face a isto impõem-se a necessidade de desenvolver estratégias que promovam a prestação de cuidados seguros.

A identificação de incidentes e respetivo estudo na sua vertente epidemiológica é fundamental, nomeadamente no que que respeita: à frequência, às causas, à tipologia e ao impacto. Para prevenir os incidentes é fundamental conhecê-los, antecipá-los e, quando ocorrem notifica-los, discuti-los e partilhá-los, para poder aprender com eles. Em Portugal, a investigação na área dos incidentes, começou a dar os primeiros passos com o estudo, realizado pela Universidade Nova de Lisboa, intitulado: “Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade” (Sousa et al., 2011). Os resultados deste estudo, publicado em 2011, evidenciaram uma taxa de incidência de 11,1% de incidentes dos quais 53,2% foram considerados evitáveis, sendo que a sua maioria (27%) foi associada a procedimentos cirúrgicos. Por sua vez, um estudo observacional e retrospectivo, realizado nos hospitais públicos nacionais, avaliou 14.890.339

registos de internamento, num período de 16 anos, onde em 5.8% dos internamentos registaram pelo menos um incidente (Sousa-Pinto, 2018). O mesmo estudo revela que se registaram mais de 500 mil complicações associadas a procedimentos médicos e cirúrgicos. Em termos económicos, enquanto num internamento sem incidentes o custo médio é de 1759,6€, nos internamentos que registam incidentes o valor médio situa-se nos 3060,7€, verificando-se um importante acréscimo de custos.

O modelo do queijo suíço, desenvolvido por James Reason, ilustra as causas que contribuem para a ocorrência de erros na perspetiva sistémica ou organizacional. Quando as falhas ativas e as latentes se alinham, os incidentes ocorrem, daí que seja importante a avaliação pormenorizada das causas que convergem para o erro, desenvolvendo assim, barreiras de proteção para impedir, novas oportunidades para a ocorrência de erros (Reason, 1997).

A segurança Cirúrgica, foi reconhecida pela OMS como o Segundo Desafio Mundial para a SD tendo sido desenvolvido o projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas” (CSSV), com o objetivo de diminuir o número de mortes e complicações associadas à cirurgia (OMS, 2009). Portugal tem reunido esforços para a implementação do projeto CSSV, no entanto verificam-se dificuldades na sua implementação, tal como reconhecido no PNSD 2015-2020, que definiu como um dos objetivos estratégicos aumentar a segurança cirúrgica (OMS, 2009). O PNSD 2021-2026, dá continuidade ao PNSD anterior, constituindo um dos seus cinco pilares a implementação, consolidação e monitorização de “práticas seguras em ambientes seguros” onde se incluem, entre outras, as práticas de segurança cirúrgica, nomeadamente os posicionamentos cirúrgicos.

A melhoria e garantia da SD é uma responsabilidade das equipas multiprofissionais que devem articular e mobilizar as suas competências individuais (Despacho 1400-A/2015, Ministério da Saúde, 2015). Os enfermeiros perioperatórios, pelas suas competências, são determinantes para a garantia da SD tal como é preconizado pelo modelo concetual da prática de enfermagem Perioperatória (*Perioperative Patient Focused Model*), em que a SD, as respostas fisiológicas e comportamentais, constituem áreas críticas dos cuidados à pessoa em situação Perioperatória.

3.1. Segurança Cirúrgica

A mudança constante das condições de trabalho, com doentes com situações de saúde mais complexas, a rotação aumentada do capital humano das instituições, a não retenção de talentos nas mesmas e evolução tecnológica permanente, podem ameaçar a prestação de cuidados seguros nos diferentes contextos, constituindo uma preocupação crescente para as organizações de saúde e decisores políticos a nível mundial.

Com o relatório *“To Error is Human: Building a Safer Health System”*, publicado em 1999 nos Estados Unidos, o tema da segurança dos doentes ganhou destaque nas organizações de saúde, pela visibilidade da ocorrência de incidentes que o relatório apresentou.

A Aliança Mundial para a Segurança do Doente foi criada em outubro de 2004 pela OMS com o objetivo de desenvolvimento de políticas em prol da segurança do doente para todos os estados membros da União Europeia por forma a concretizar a meta “primeiro não fazer mal” e reduzir os eventos adversos associados aos cuidados de saúde não seguros (OMS, 2009, p.2).

A OMS (2009, p.3) estima que “...quase 7 milhões de doentes cirúrgicos terão complicações significativas em cada ano, 1 milhão dos quais morrerá durante ou imediatamente após a cirurgia” para uma taxa de 3% de eventos adversos perioperatórios e uma taxa de 0,5% de mortalidade global.

A diversidade e a complexidade das intervenções cirúrgicas realizadas atualmente, trouxeram benefícios para as pessoas (com idade avançada, e com comorbilidades associadas) pela possibilidade de tratamento, mas também tornam o ambiente de prática menos seguro, pela não otimização dos cuidados perioperatórios ou por falhas estruturais do sistema e gestão dos processos, o que potenciam o número de complicações e a ocorrência de incidentes (Gomes et al., 2016; Silveira & Falcão, 2021). O ambiente vivido no BO é propício a *stress*, a situações inesperadas, a falhas técnicas, que podem ser condutoras para a ocorrência de falhas ou quebras de segurança, podendo acontecer em todas as fases do perioperatório. Assim, os cuidados perioperatórios têm associado um elevado risco de ocorrência de incidentes devido à complexidade dos procedimentos, dos recursos envolvidos e do ambiente (AORN, 2022; OE, 2018).

A OMS identificou quatro problemas centrais da segurança cirúrgica, nomeadamente: o não reconhecimento como um problema de saúde pública; o deficit na produção de dados relacionados com os procedimentos cirúrgicos, a falha na utilização da evidência, e a complexidade da atividade cirúrgica.

Deste modo em 2009, a OMS estabeleceu um conjunto de padrões de segurança cirúrgica aplicáveis em todos os países e contextos de cuidados, compilados numa lista de verificação para utilização nas salas operatórias, que designou como programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”, cujos objetivos são reduzir o número de mortes e complicações relacionadas com a cirurgia (OMS, 2009).

A DGS, através da norma nº 02/2013 (que revoga a norma nº16 de 22/06/2010) regulamenta a utilização da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica em todos os BO do Serviço Nacional

de Saúde (SNS). A monitorização da sua implementação é da responsabilidade do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS).

O cumprimento das verificações previstas na LVSC promove práticas seguras a todas as pessoas em situação perioperatória, contribuindo assim para reduzir o número de mortes e complicações associadas aos procedimentos cirúrgicos, bem como fomentar a comunicação e trabalho de equipa. A LVSC é aplicada em três fases distintas do procedimento anestésico-cirúrgico: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do doente sair da sala operatória, em que se valida que: a equipa operará o doente correto, no local correto; a equipa utilizará métodos conhecidos para prevenir danos decorrentes da administração de anestésicos e protegerá o doente da dor; a equipa reconhecerá e preparar-se-á, efetivamente para o risco de perda da via aérea ou da função respiratória; a equipa reconhecerá e preparar-se-á, efetivamente para o risco de perda elevada de sangue; a equipa evitará induzir alergias ou reações adversas a medicamentos conhecidos como sendo um risco significativo para o doente; a equipa usará, consistentemente, métodos conhecidos para diminuir os riscos de infeção no local cirúrgico; a equipa impedirá a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas; a equipa garantirá a identificação precisa de todos os espécimes cirúrgicos, a equipa comunicará efetivamente e trocará informações críticas sobre o doente, para o decorrer seguro da cirurgia (OMS, 2009).

Dos grupos profissionais constituintes das equipas multiprofissionais, os enfermeiros são o mais numeroso, representando “...59% dos profissionais de saúde” (WHO, 2021 p.14). A enfermagem perioperatória tem assumido responsabilidades na manutenção de um ambiente seguro, quer para a pessoa em situação perioperatória, quer para a equipa multiprofissional (OE, 2018). Uma revisão da literatura realizada, no período compreendido entre março e junho de 2022, visou reconhecer os contributos da enfermagem perioperatória para a segurança da pessoa em situação perioperatória. Segundo os autores a maior parte dos estudos apontou como principal contributo da enfermagem perioperatória, a implementação da LVSC (Santos & Wilk, 2023), que não sendo uma intervenção exclusiva dos enfermeiros perioperatórios, espelha o envolvimento destes profissionais nesta importante estratégia de gestão de risco para a segurança da pessoa em situação perioperatória.

O modelo conceptual reconhece a segurança como uma das quatro dimensões centrais da prestação de cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória (Van Wicklin, 2020). A maximização da segurança é assumida como uma das duas competências específicas, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, na qual se

inclui, o estabelecimento de “procedimentos relativos à mobilização e ao posicionamento cirúrgico, que garantam o conforto e previnam complicações “ (OE, 2018, p.19367).

3.2. *Posicionamento Cirúrgico*

O posicionamento cirúrgico é parte integrante dos cuidados perioperatórios. Deverá permitir harmonizar a tolerância física e fisiológica da pessoa em situação perioperatória, preservando a sua dignidade e privacidade, a necessidade do cirurgião em aceder ao local cirúrgico, o acesso às vias de administração de medicação, a garantia da permeabilidade dos dispositivos de drenagem e a manutenção da permeabilidade da via aérea (EORNA, 2023; McKensie & Ramirez, 2018).

A evolução tecnológica associada aos procedimentos cirúrgicos, nomeadamente a utilização da cirurgia robótica, não é isenta de riscos físicos associados ao posicionamento. Uma revisão da literatura teve como objetivo descrever a incidência de lesão nervosa em posicionamentos cirúrgicos utilizados em cirurgia robótica refere que estas lesões ocorrem entre 0,16 e 10,8% dos procedimentos (Oblak & Gillespie, 2021).

As lesões mais frequentemente associadas ao posicionamento cirúrgico, pela permanência na mesa operatória e associadas aos efeitos anestésicos, analgésicos e de relaxantes musculares, estão relacionadas com lesões por pressão, lesões do sistema músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório e nervoso periférico, decorrentes das alterações anatómicas e fisiológicas do posicionamento cirúrgico (Lopes & Galvão, 2010; McKenzie & Ramirez, 2018; Miranda et al. 2016; Sousa et al., 2018; Spruce & Van Wicklin, 2014).

Num estudo prospetivo realizado em Portugal, para uma amostra de 172 pessoas submetidos a cirurgia eletiva, os dados revelaram lesões perioperatórias em 21 doentes (12,2%), tais como dor severa em pontos de pressão (9,9%), neuropatia periférica (4,7%) e eritema que não cedia à digitopressão (0,6%), sendo que cinco destes apresentaram mais do que uma lesão (Menezes et al., 2013).

Uma pessoa em situação perioperatória já submetida a um procedimento anestésico fica sem capacidade de resposta à dor e à pressão, pelo bloqueio dos recetores musculares (Spruce & Van Wicklin, 2014). Por outro lado, o uso de agentes anestésicos deprime o sistema nervoso autónomo, o que provoca vasodilatação, levando à diminuição da pressão arterial, consequentemente conduz à diminuição da perfusão nos tecidos (Walton-Geer, 2009).

As condições físicas/ambientais da sala operatória provocam diminuição da perfusão pela hipotermia provocada pela exposição corporal (O’Connell, 2006). A resposta fisiológica do organismo à manutenção da temperatura central é a vasoconstrição periférica, o que

minimiza o aporte sanguíneo à ferida operatória, conduzindo ao atraso da cicatrização. A condição necessária para a realização de um procedimento cirúrgico é a imobilidade, estando as pessoas em situação perioperatória mais suscetíveis de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento (Bluestein, 2008; Coleman et al., 2013; European Pressure Ulcer Advisory Panel/National Pressure Injury Advisory Panel/Pan Pacific Pressure Injury Alliance [EPUAPN/NPIAP/PPPIA], 2019).

Os mecanismos que conduzem à destruição tecidual estão relacionados com os seguintes processos fisiológicos: oclusão do fluxo sanguíneo e dano por reperfusão; dano endotelial das arteríolas e da microcirculação devido a aplicação de forças de cisalhamento e fricção e oclusão direta dos vasos sanguíneos devido à aplicação de pressão externa por longos períodos, conduzindo à morte celular (Menoita, 2015).

Alguns fatores que podem limitar o posicionamento cirúrgico incluem patologias associadas, diminuição da amplitude dos movimentos, procedimentos cirúrgicos anteriores, fraturas associadas, idade, peso e altura (O'Connell, 2006). Acrescenta-se também que existem fatores que potenciam o risco de lesão, nomeadamente: doenças cardíacas, doenças respiratórias, diabetes, idade, estado nutricional ou doenças neurológicas (O'Connell, 2016; Zillioux & Krupski, 2017).

Todas as pessoas em situação perioperatória estão expostas ao risco de desenvolvimento de lesões por pressão, constituindo a duração da cirurgia um o fator de risco major. Estima-se que 23% das lesões por pressão ocorrem em procedimentos com duração superior a 3 horas (McKensie & Ramirez, 2018). A incidência das lesões por pressão é estimada em 12 a 66% dos procedimentos cirúrgicos e estas podem não ser identificadas até ao quarto dia do pós-operatório (AORN, 2013; Mckenzie & Ramirez, 2018). Existem fatores de risco intrínsecos à pessoa em situação perioperatória, nomeadamente co morbilidades como a diabetes, doença vascular periférica, obesidade, desnutrição, imobilidade, infeções, doenças neurológicas e fatores extrínsecos (temperatura, humidade, fricção e cisalhamento) que aumentam o risco de lesão por pressão (Lopes & Galvão, 2010; Mckenzie & Ramirez, 2018; Miranda et al., 2016)

É importante destacar que a pressão a que as pessoas em situação perioperatória estão sujeitos não é só a do contacto pessoa/superfície da mesa operatória, outros pontos de pressão adicionais podem ser associados, potenciando o risco e são exemplos qualquer equipamento ou dispositivo apoiado no corpo, qualquer membro da equipa encostado à pessoa ou que exerça força num apoio que possa estar colocado (perneiras ou abdução superior a 90º nos casos dos apoios para membros superiores). Instrumentos cirúrgicos, do tipo “afastadores”, são potenciadores de lesão pela rigidez dos materiais que os constituem

e pela colocação em locais indevidos e da forma como são ajustados ao corpo da pessoa, isto é, a força que é exercida (McKensie & Ramirez, 2018; Speth, 2023).

As lesões dos nervos periféricos consideradas evitáveis, estimam-se que ocorram entre 0,03 e 21% dos procedimentos cirúrgicos (McKensie & Ramirez, 2018; Navarro-Vicente, 2011). A sua etiologia é por obstrução intraneural do suprimento sanguíneo, o que afeta a via sensorial e a via motora. O seu aparecimento está associado ao incorreto posicionamento durante o procedimento cirúrgico e depende de como a força é aplicada e da duração que a mesma é exercida (McKensie & Ramirez, 2018). Assim, a lesão nervosa sensitiva pode ocorrer durante 15 minutos de compressão, isquemia ou estiramento e a lesão nervosa motora pode ocorrer apenas com 1 minuto de pressão exercida. A sintomatologia apresentada pelos doentes varia de acordo com a via lesada, assim, para a via sensitiva os sintomas são formiguelo, dormência, sensação de queimadura e para a via motora os são sintomas dormência, formiguelo, dor e dificuldade na motricidade (McKensie & Ramirez, 2018).

A gravidade da lesão dos nervos periféricos está relacionada com o dano que ocorreu no nervo, podendo ocorrer apenas uma interrupção de suprimento vascular ou ocorrer rotura completa do axónio (Gutiérrez et al., 2016; Shveiky et al., 2010). A recuperação do dano é irreversível no último caso, pois não existe capacidade de regeneração das estruturas envolvidas. Os tratamentos incluem programas de reabilitação e administração de analgésicos. Estas lesões têm um importante impacto a nível emocional e psicológico, tendo em conta que poderá ficar comprometida a capacidade para o autocuidado, a aptidão para exercer a atividade laboral, conduzindo ao isolamento social (Mendes & Santos, 2021).

Os fatores de risco para lesão nervosa são a duração do procedimento cirúrgico, o índice massa corporal, o risco anestésico e as comorbilidades que o doente apresenta podendo mesmo ser melhoradas no pré-operatório, como por exemplo a perda de peso em contexto de cirurgia eletiva (McKensie & Ramirez, 2018). Determinadas posições cirúrgicas induzem a lesões diferentes, de acordo com o posicionamento dos membros inferiores ou superiores ou ambos.

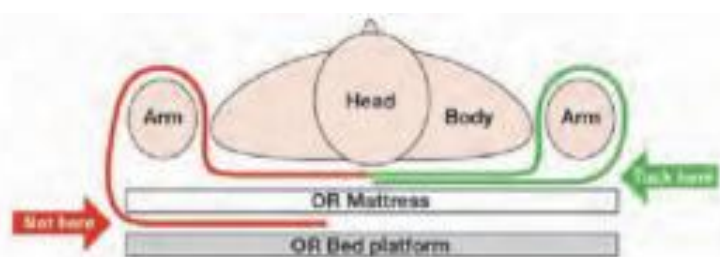
No membro superior, os nervos mais frequentemente lesados são o plexo braquial, ulnar, mediano, radial e umeral (Gutiérrez et al., 2016; Oblak & Gillespie, 2021). As lesões do plexo braquial podem ocorrer por estiramento (rotação excessiva do pescoço em sentido contrário a um membro superior fixo, por queda do membro superior do apoio ou da mesa operatória ou por abdução excessiva do membro superior) ou por compressão (McKensie & Ramirez, 2018). O uso de apoio de ombros provoca tração nas raízes nervosas cervicais provocando lesão do plexo braquial (Agostini et al., 2010; Craig, 2004; Shveicky et al., 2010; Speth, 2023). A lesão do nervo cubital é devida ao mau posicionamento do membro superior no apoio e

ocorre a nível do cotovelo, onde o nervo cubital é mais superficial (Gutiérrez et al., 2016). Os membros superiores deverão ser colocados de acordo com a tolerância da pessoa e a abordagem cirúrgica a realizar, podendo assim permanecer nos apoios dos membros superiores ou ao longo do corpo da pessoa. Se permanecerem nos apoios dos membros superiores:

- A abdução máxima permitida deverá ser inferior a 90°, para reduzir o risco de lesão a nível do plexo braquial;
- Mãos colocadas em posição supina, para minimizar o risco de lesão nervosa a nível do nervo cubital;
- Os dispositivos de contenção (fita de velcro) deverão servir apenas para conter os mesmos e não exercer força a nível do antebraço (Sousa et al., 2018).

Se os membros superiores permanecerem ao longo do corpo, as palmas das mãos devem permanecer encostadas às coxas. Se for utilizado lençol para a fixação dos membros superiores, este deverá contornar os membros superiores e ficar fixo ao corpo da pessoa (Figura 2) evitando que os mesmos cedam durante o procedimento, minimizando assim a ocorrência de lesão nervosa (Sousa et al., 2018). A figura seguinte ilustra a forma correta de posicionamento dos membros superiores com recurso a lençol.

Figura 2: Posicionamento Membros Superiores, com lençol



Fonte: AORN, Positioning the Patient, 2022, p.732

Ao nível do **membro inferior** a lesão do nervo peroneal e femoral são as mais frequentes e ocorrem por compressão a nível médio da coxa devido a posicionamento em litotomia ou pelo uso prolongado do garrote pneumático (Castropil et al., 2008; EORNA, 2023; Gutiérrez et al., 2016; Mckensie & Ramirez, 2018). Os elementos da equipa cirúrgica deverão estar conscientes e atentos ao posicionamento que os próprios adotam face à pessoa em situação perioperatória, pois a pressão exercida em qualquer dispositivo utilizado, provoca mobilização do mesmo, alterando a amplitude ou rotação do membro. Um estudo

longitudinal, realizado com recurso a um formulário (análise de dados sociodemográficos, parâmetros clínicos, co morbilidades, avaliação de dor) cujo objetivo era avaliar o risco de desenvolvimento de lesões perioperatórias relacionadas com o posicionamento cirúrgico, em contexto de cirurgia eletiva, identificou como fatores de risco a elevação dos joelhos superior a 90° e abdução superior a 90°. Numa amostra de 45 pessoas, 16 sofreram lesões, representando uma taxa de 35,60% (Oliveira et al., 2019).

Perneiras com botas flexíveis (tipo *Allen*) e sacos de vácuo são dispositivos alternativos para o posicionamento cirúrgico seguro, nomeadamente em cirurgia laparoscópica. Segundo uma análise prospetiva de procedimentos cirúrgicos (laparoscópicos e laparotómicos eletivos), realizada em Espanha, num período compreendido entre 1996 e 2009, para uma amostra de 2304 pessoas, em 93 cirurgias laparoscópicas, foram identificadas 3 pessoas que desenvolveram lesão nervosa periférica (3%). Os autores concluíram que o uso sistematizado de dispositivos médicos adequados, evitam a ocorrência de lesões, pois desde que foram utilizados como dispositivos de posicionamento perneiras com botas flexíveis e sacos de vácuo não se registou nenhuma de lesão nervosa no membro superior, especialmente em laparoscopia. Comparando com o número de procedimentos laparotómicos e a ocorrência de lesões, da análise dos 2211 procedimentos, verificaram-se cinco casos de lesão (0,2%) (Navarro-Vicente et al., 2011).

As metas para o posicionamento cirúrgico incluem: a manutenção da dignidade da pessoa em situação perioperatória, a adequada exposição ao local cirúrgico, a garantia adequada da ventilação, o acesso às vias de administração de medicação, o acesso a equipamentos de monitorização, a prevenção da má perfusão e a proteção de músculos, nervos e proeminências ósseas de lesão por pressão (Spruce & Van Wicklin, 2014).

A prática baseada em evidência, a avaliação de fatores de risco da pessoa, o trabalho em equipa, equipas treinadas, sistematização das intervenções, e a verificação regular do posicionamento cirúrgico durante o procedimento, constituem estratégias de sucesso para a prevenção de lesões associadas ao posicionamento (Spruce & Van Wicklin, 2014).

A importância da avaliação colaborativa e da comunicação entre os membros das diversas equipas que acompanharão a pessoa em situação perioperatória é fundamental para a prevenção de incidentes relacionados com o posicionamento cirúrgico. A proposta de um modelo que contemple a interação dos diferentes elementos, nas diferentes etapas do período perioperatório, ou seja, avaliação pré-operatória, avaliação pela equipa do BO e avaliação pós-operatória é determinante para a segurança dos cuidados prestados (Duffy & Tubog, 2017). A tríade de um posicionamento cirúrgico seguro inclui: planeamento, conhecimento e trabalho em equipa (EORNA, 2023).

A AORN (2022) recomenda as seguintes práticas orientadoras para uma prática de posicionamento cirúrgico seguro: (I) a avaliação pré-operatória deverá ser realizada antes de posicionar a pessoa e da colocação de dispositivos na mesa cirúrgica; (II) os dispositivos para o posicionamento cirúrgico devem estar disponíveis, limpos e em bom estado de funcionamento antes de colocar a pessoa na mesa cirúrgica; (III) durante o posicionamento o enfermeiro deverá monitorizar a pessoa, avaliar e manter o alinhamento corporal e a integridade tecidual; (IV) depois do posicionamento, o enfermeiro deve reavaliar o alinhamento do corpo e integridade dos tecidos; (V) devem ser realizados registos relativos à avaliação pré-operatória, dispositivos utilizados e nome dos intervenientes; (VI) deverá ainda ser efetuada uma revisão periódica dos protocolos instituídos. Assim, para que o posicionamento seja realizado em segurança, é fundamental o planeamento, o trabalho de equipa e a utilização de dispositivos e equipamentos de posicionamento específicos para cada pessoa em situação perioperatória.

O número e a gravidade das lesões decorrentes do posicionamento poderão ser reduzidos empregando os dispositivos/superfícies de apoio e recursos necessários. Porém, os dispositivos/superfícies de apoio se não forem utilizados corretamente ou apresentarem sinais de degradação ou de disfuncionalidade, poderão provocar acréscimo de pontos de pressão, causando compressão nervosa (Mckensie & Ramirez, 2018).

A seleção de dispositivos/superfícies de apoio para posicionamento que permita uma distribuição do peso corporal com atenção para as proeminências ósseas e zonas de risco acrescido é determinante. A utilização de cobertores ou toalhas como dispositivos de posicionamento é contraindicada pois podem aumentar pontos de pressão e não permitem uma redistribuição do peso uniformemente (AORN, 2022; Bale & Berrecloth, 2010)). Sempre que disponíveis, deve privilegiar-se a utilização de viscoelásticos, pois permitem distribuir a pressão (EORNA, 2023, Qaseem et al., 2015).

Assim, cabe ao enfermeiro perioperatório verificar a integridade, a limpeza e a funcionalidade dos dispositivos de posicionamento previamente à sua utilização e adequá-los às necessidades das pessoas em situação perioperatória.

A colheita de dados, em contexto perioperatório, referente a fatores que potenciam lesões decorrentes do posicionamento é fundamental para que o plano de cuidados seja elaborado de acordo com as necessidades específicas da pessoa em situação perioperatória. Fatores de risco como a idade, co morbilidades ou o posicionamento não podem ser modificados, porém a adoção de medidas que minimizem ou reduzam o agravamento das lesões existentes deverá ser prioridade da equipa multiprofissional (McKenzie & Ramirez, 2018).

A avaliação da pele, que é a principal barreira ou defesa contra as agressões, é fundamental para a adoção de medidas preventivas na ocorrência de lesões. A pele dos idosos é menos elástica (diminuição tónus), tem menos colagénio, tecido muscular e adiposo, tornando-a deste modo mais suscetível a hematomas, escoriações ou processos cicatriciais mais lentos, pelo que estão mais propensos a lesões por pressão pela diminuição de massa muscular e gordura subcutânea (Lima et al., 2020; O'Connell, 2006).

O índice de massa corporal (IMC) é outro fator a ser levado em conta na prevenção de risco associado ao posicionamento. A obesidade aumenta o risco de lesões musculares e nervosas, devido ao aumento da pressão e do alongamento relacionado com o peso. Por outro lado, um IMC baixo está associado ao risco aumentado de neuropatia no membro inferior em posição de litotomia, pelo reduzido preenchimento orgânico, ou seja, tecido adiposo e subcutâneo (Zillioux & Krupski, 2017) e pelo aumento da exposição das proeminências ósseas relativamente ao aparecimento de lesões por pressão (AORN, 2017; Engels et al., 2016). Alterações do IMC (baixo ou elevado) influenciam a ocorrência de lesões em pessoas em situação perioperatória (Menezes et al., 2013; Ursi & Galvão, 2012).

A mobilização de áreas corporais e vigilância de pontos de pressão que possam comprometer a segurança da pessoa em situação perioperatória durante os procedimentos cirúrgicos deverá ser realizada pela equipa perioperatória, nomeadamente pelos enfermeiros e anestesistas (Song et al., 2013; Zillioux & Krupski, 2017).

O enfermeiro perioperatório enquanto membro da equipa multiprofissional e advogado da pessoa, deverá questionar qualquer intervenção que possa colocar a segurança em causa. Cabe ao enfermeiro perioperatório o despiste de dor ou outros sintomas associados ao posicionamento cirúrgico (OE, 2018).

A realização dos registos de enfermagem, permite identificar o contributo dos enfermeiros neste âmbito, contribuindo para a identificação de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem (Artico et al., 2020; Sim et al., 2019; Teixeira et al., 2022). Os registos de enfermagem no âmbito do posicionamento, deverão refletir a avaliação pré-operatória, os elementos que participaram no posicionamento, as alterações de posicionamento que ocorreram durante o procedimento, o posicionamento dos membros superiores e inferiores, que dispositivos foram utilizados e avaliação pós-operatória (AORN, 2022)). Assim como o registo de incidentes decorrentes do mesmo, de forma a instituir medidas corretivas ou preventivas, (Malgarejo et al., 2019).

Assim e de acordo com o referido, os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico podem ser divididos em cinco etapas: a avaliação pré-operatória, a seleção do equipamento

necessário, a realização do posicionamento, os registos (tipos de posicionamentos, duração, dispositivos utilizados e membros da equipa envolvidos) e avaliação pós-operatória.

Os resultados do estudo realizado por Mota (2021), no âmbito das áreas da segurança do doente de prevenção de quedas e de úlceras de pressão que diagnostica a realidade nacional nos BO portugueses nesta matéria, revelam que as dimensões que integram estas áreas têm um nível de implementação pouco robusto, no âmbito das boas práticas e um baixo nível de implementação nas dimensões relacionadas com as auditorias. Destacamos que os enfermeiros perioperatórios identificam uma baixa implementação na avaliação dos fatores de risco para a ocorrência de quedas e desenvolvimento de úlceras de pressão, bem como grande parte dos participantes considera que os dispositivos médicos são insuficientes para colmatar as necessidades nestas áreas da segurança do doente. Os resultados desta investigação corroboram a necessidade de investimento nestas áreas da segurança da pessoa em situação perioperatória.

A identificação de pessoas em situação perioperatória com risco elevado de desenvolvimento de lesão por pressão/ lesão nervosa, e consequentemente otimizar a sua condição, poderá ser a chave do sucesso para a redução da incidência de complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico. A utilização de instrumentos de avaliação para o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, protocolos de prevenção e de intervenção, ajudarão a equipa a identificar as pessoas em situação perioperatória de risco, direcionando assim, o plano de cuidados à especificidade e singularidade de cada uma.

Seguidamente apresentamos detalhadamente a finalidade do estudo e o objetivo do mesmo.

4. Finalidade e Objetivos

O posicionamento cirúrgico é parte integrante dos cuidados perioperatórios e os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, no âmbito das suas competências detêm um papel determinante neste âmbito, na garantia do conforto da pessoa e na prevenção de complicações associadas ao posicionamento (OE, 2018). Estas complicações poderão originar incapacidade, sofrimento, afetando o bem-estar físico e psicológico à pessoa em situação perioperatória. Convictos que a maioria destas complicações poderão ser potencialmente evitáveis com base em práticas seguras, alicerçadas no conhecimento da equipa multiprofissional, onde se incluem os enfermeiros, surge-nos a seguinte questão de investigação: Qual o conhecimento que os enfermeiros perioperatórios têm sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico?

Como forma de responder à questão de investigação, foram definidos os seguintes objetivos: Construir e validar (validação de conteúdo e semântica) um questionário de avaliação do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico; caracterizar o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico e verificar se há relação entre o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento e algumas características socioprofissionais dos participantes, nomeadamente género, idade, tempo de exercício profissional e título de especialista.

Admitimos que o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico pode ser influenciado pelas suas características socioprofissionais. Deste modo, o desenvolvimento da investigação é guiado pelas seguintes hipóteses de estudo:

H1: Há diferença significativa no conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico em função do género;

H2: Há diferença significativa no conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico em função do título de especialista;

H3: O conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico está relacionado com a idade;

H4: O conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico está relacionado com o tempo de exercício profissional.

Como variável dependente estabelecemos: o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios (sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico) e como variáveis independentes: o género, o título de especialista, a idade e o tempo do exercício profissional.

No capítulo seguinte, apresentamos a metodologia utilizada no estudo, especificamente o desenho do estudo (estudo metodológico e estudo quantitativo descritivo-correlacional) e as considerações éticas associadas ao mesmo.

5. Metodologia

Após a realização do enquadramento teórico que nos permitiu uma melhor compreensão da problemática em estudo, consideramos apresentar neste capítulo os aspetos metodológicos da presente investigação, nomeadamente: o tipo de estudo realizado, a questão de investigação, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos éticos e legais, e tratamento e análise de dados.

5.1. *Desenho do estudo*

Como forma de respondermos aos objetivos definidos desenvolvemos uma investigação que envolveu duas fases. Numa primeira fase realizamos um estudo metodológico de construção e validação (conteúdo e semântica) do instrumento de colheita de dados. Numa segunda fase desenvolvemos um estudo descritivo-correlacional do tipo quantitativo cujos objetivos caracterizar o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico e verificar se há relação entre o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento e algumas características socioprofissionais dos participantes, nomeadamente género, idade, tempo de exercício profissional e título de especialista.

5.1.1 *Estudo Metodológico*

Um instrumento de colheita de dados primários, como é exemplo o questionário, permite sintetizar os conteúdos estudados na revisão bibliográfica, resumindo as aproximações do marco concetual ao fenómeno em estudo (Vilelas, 2017). Em termos de operacionalidade, a utilização de um questionário permite a sua apresentação a amostras de variadas dimensões, pela facilidade do envio por via eletrónica e com custo económico reduzido.

O objetivo do estudo é construir e validar (validação de conteúdo e semântica) um questionário de avaliação do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico.

Sendo o posicionamento cirúrgico da responsabilidade da equipa multiprofissional, onde o enfermeiro perioperatório assume papel determinante na garantia do conforto da pessoa em situação perioperatória e na prevenção de complicações (OE, 2018), consideramos importante caracterizar o conhecimento destes profissionais sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico, como forma de realizar uma avaliação diagnóstica, que permita

introduzir melhorias e consequentemente melhorar a segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.

A versão inicial do instrumento de colheita de dados, foi construída com base nas recomendações da AORN (2022) relativas às práticas seguras para um posicionamento cirúrgico seguro, e com base nos pressupostos do *Perioperative Patient Focused Model*.

Como forma de procedermos à validação de conteúdo e semântica do questionário, recorremos a um painel de Delphi, que é um método que permite o envio e o retorno dos questionários, de forma a estabelecer um consenso num grupo de peritos no assunto em estudo (Fortin, 2009). Existe unanimidade nas diversas fontes pesquisadas, no que se refere às vantagens da utilização de um painel de Delphi, nomeadamente: o anonimato das respostas, a troca de informações/opiniões de forma não presencial e a possibilidade de revisão das questões com base nas opiniões dos peritos (Mckenna, 1994; Wright & Giovinazzo, 2000).

Foram definidos como critérios de inclusão, nomeadamente: enfermeiros com experiência profissional em contexto perioperatório de pelo menos cinco anos e possuir o título de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A versão inicial do questionário foi remetida a oito enfermeiros peritos no tema em estudo por via de correio eletrónico. Foi solicitado o seu consentimento informado e que manifestassem o seu grau de concordância numa escala de *Likert* de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), relativamente à pertinência da questão, ao seu conteúdo e semântica. Foi dada também a oportunidade de alterarem a construção frásica ou a adição de novos itens, existindo para esta finalidade um campo específico em cada questão. O critério de aceitação estabelecido foi um nível de concordância com uma percentagem igual ou superior a 75% (Menino et al., 2016; Mota & Castilho, 2019; Mota, 2021). A realização do painel de Delphi decorreu no período compreendido entre 20 de janeiro a 17 de fevereiro de 2023. A versão resultante foi submetida a um pré-teste a nove enfermeiros perioperatórios.

5.1.2. Estudo Quantitativo, Descritivo e Correlacional

Na segunda fase da investigação, realizou-se um estudo quantitativo descritivo-correlacional, com a aplicação da versão final do questionário resultante do painel de Delphi.

O questionário utilizado foi construído na primeira fase da investigação e validado através de técnica de painel de Delphi como anteriormente referido, sendo o mesmo constituído por duas partes. A primeira parte é baseada em questões socioprofissionais como género, grau académico, especialidade, idade, tempo de exercício profissional, e tempo de exercício

profissional em BO. A segunda parte é constituída por 24 itens dirigidos à avaliação do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios relacionado com os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico (Apêndice XI).

Os itens do questionário são pontuáveis numa escala de *Likert*, de um a cinco, sendo o “discordo totalmente” atribuído ao 1 e o “concordo totalmente” atribuído ao 5. Foi realizada uma reunião com a Enfermeira Gestora como forma de apresentação do estudo e posteriormente foi enviado o questionário através de suporte informático para os enfermeiros perioperatórios constituintes da amostra.

A população alvo da presente investigação são os enfermeiros perioperatórios a desempenhar funções no BO de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo. O critério de inclusão dos enfermeiros na amostra foi a experiência profissional em BO ser superior a seis meses. Os critérios de exclusão remetem para a experiência profissional no contexto perioperatório inferior a seis meses, ser Enfermeiro Gestor, ausência por motivos de licenças de várias ordens e o próprio investigador que integra a equipa onde o estudo se realizou. A colheita de dados ocorreu no período compreendido entre 20 e 26 de fevereiro de 2023. Para uma população de 45 enfermeiros perioperatórios, a amostra ficou constituída por 28 elementos que aceitaram voluntariamente participar no estudo.

Para o tratamento e análise de dados utilizou-se o programa informático *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 25 e recorreu-se à estatística descritiva e análise inferencial. A análise descritiva permitiu estabelecer as frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central, designadamente as médias e as medidas de dispersão, como o desvio padrão. De acordo com Vilelas (2017, p.179) “...do ponto de vista científico, descrever é medir”.

Em relação à estatística inferencial, utilizamos o teste t em amostras independentes (variáveis género e especialista/não, especialista) e a correlação de *Pearson* (entre variáveis idade e tempo de exercício profissional). Consideramos como nível de significância estatística para aceitar as hipóteses, valores de $p < 0,05$.

Na apresentação dos resultados recorreremos à utilização de tabelas, que apresentamos no capítulo seguinte.

5.2. Considerações éticas

Aos peritos foi solicitada a participação informada e consentida, como item de preenchimento obrigatório no questionário aplicado.

No que respeita à instituição onde a investigação se desenvolveu, foi requerido um parecer à Comissão de Ética, tendo sido obtido um parecer favorável (Anexo III). Foi igualmente solicitada autorização à Presidente do CA, que respondeu favoravelmente (Anexo V).

Com o objetivo de dar a conhecer a investigação e solicitar a colaboração na divulgação do estudo, no sentido de incentivar a participar dos enfermeiros perioperatórios para a participação no estudo, reunimos com a Diretora do Serviço e Enfermeira Gestora do BO (Anexo IV).

Após a obtenção da autorização do CA para a realização da colheita de dados, enviamos o questionário através de correio eletrónico, aos enfermeiros perioperatórios que integraram a amostra. Na nota introdutória do questionário foi feita uma apresentação do tipo de estudo, da temática e dos objetivos. Foi igualmente solicitado o consentimento livre e esclarecido dos participantes, garantindo a confidencialidade e a possibilidade de em qualquer momento, se considerarem, poderem interromper a sua participação.

A investigação não teve riscos nem custos para os participantes. Os dados recolhidos foram armazenados em suporte digital, cujo acesso é limitado apenas ao investigador, através de palavra-passe.

Declaramos a não existência de conflito de interesses no domínio da presente investigação.

6. Resultados

Neste capítulo apresentamos os resultados dos estudos realizados. Após a colheita de dados procedemos à sua organização e processamento, no sentido de responder aos objetivos de cada um dos estudos realizados. Apresentamos primeiramente os resultados do estudo metodológico e posteriormente os resultados do estudo descritivo-correlacional. Recorremos à utilização de tabelas por forma a facilitar a sua interpretação.

6.1. Resultados do estudo metodológico

A versão inicial do questionário de avaliação do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico ficou constituída por 26 itens, como se observa na Tabela 1. Agrupamos os itens questionário em quatro dimensões teóricas, nomeadamente: boas práticas na prestação de cuidados inerentes ao posicionamento que agrega oito itens (itens 2; 3; 5; 7; 12; 14; 15; 24), boas práticas na execução do posicionamento cirúrgico que engloba 10 itens (itens 9; 10; 11; 13; 19; 21; 22; 23; 25; 26); gestão de risco no âmbito do posicionamento cirúrgico que agrega seis itens (itens 1; 8; 16; 17; 18; 20) e responsabilidade da equipa multiprofissional nas práticas de posicionamento cirúrgico, que contempla dois itens (itens 4; 6).

Na Tabela 1, apresentamos detalhadamente os itens que compõem a versão inicial do questionário.

Tabela 1: Versão inicial do questionário de avaliação do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico

1. Deve ser realizada uma avaliação pré-operatória para identificar o risco de lesão decorrente do posicionamento cirúrgico.
2. No plano de cuidados, o enfermeiro perioperatório deve garantir a disponibilidade dos dispositivos médicos necessários ao posicionamento cirúrgico e de acordo com as necessidades do doente.
3. Durante o posicionamento cirúrgico deverá ser garantido a permeabilidade dos dispositivos de drenagem, o acesso às vias endovenosas e manutenção da via aérea.
4. No momento do posicionamento deverá existir a colaboração dos diferentes elementos da equipa multiprofissional.
5. Deve ser garantida a privacidade do doente durante o posicionamento cirúrgico.
6. A responsabilidade do posicionamento é exclusiva do cirurgião.
7. Deverão ser realizados registos no processo clínico do doente relativo ao tipo de posicionamento, aos dispositivos médicos utilizados, a o tempo que o doente esteve posicionado e à identificação dos elementos que posicionaram o doente.
8. Os incidentes decorrentes do posicionamento cirúrgico devem ser formalmente notificados.
9. A abdução máxima permitida para posicionamento dos membros superiores é de 90º.
10. Os joelhos devem permanecer fletidos a 10º para posicionamento de decúbito dorsal.
11. Os joelhos devem permanecer fletidos a 30º para posicionamento de Fowler e semi-Fowler.
12. O enfermeiro perioperatório deve avaliar os dispositivos médicos quanto à sua integridade, funcionalidade e limpeza.
13. A permanência em posição de <i>Trendelenburg</i> deve ser minimizada quanto possível.
14. Os dispositivos médicos devem ser protegidos com contacto direto com o doente.
15. Os dispositivos médicos de espuma são preferencialmente utilizados face aos dispositivos médicos viscoelásticos.
16. Para provocar dano na via sensitiva, a força deverá ser aplicada durante 15 minutos.
17. Para provocar dano na via motora, a força deverá ser aplicada durante 1 minuto.
18. O risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico é semelhante, quer para doentes com IMC elevado, quer para doentes com IMC baixo.
19. Os doentes submetidos a anestesia geral deverão permanecer com a cabeça lateralizada para maior conforto.
20. O posicionamento do doente deve ser reavaliado regularmente durante o procedimento cirúrgico de acordo com as características individuais do doente.
21. Na posição de decúbito lateral deve minimizar-se a flexão da mesa operatória, dentro dos limites possíveis.
22. As faixas e contenção devem ser colocadas sobre o tórax ou abdómen do doente.
23. Os membros superiores quando colocados nos respetivos apoios devem permanecer em posição supina.
24. Na mobilização da mesa operatória, deve verificar-se que os equipamentos estão a uma distância de segurança para não causar dano ao doente.
25. Devem ser implementadas medidas para mitigar o risco de aumento de pressão intraocular em posição de <i>Trendelenburg</i> e em posição de ventral.
26. Os membros inferiores devem ser colocados e retirados dos suportes em simultâneo e por duas pessoas.

A versão inicial do questionário, foi submetida a um painel de Delphi, tendo sido realizadas duas rondas.

Como resultado da primeira ronda, os peritos sugeriram a alteração semântica de 11 itens (1; 3; 12; 14; 15; 16; 17; 19; 23; 24; 26) da versão inicial do questionário e a adição de dois novos itens, como se pode observar na Tabela 2. Os itens sugeridos pelos peritos relacionam-se com a utilização de dispositivos de posicionamento e com práticas de prevenção de úlceras por pressão.

Tabela 2: Resultados da primeira Ronda do painel de Delphi

Itens	Resultados
1. Deve ser realizada uma avaliação pré-operatória para identificar o risco acrescido de lesão decorrente do posicionamento cirúrgico.	Alteração semântica
3. Durante o posicionamento cirúrgico deverá ser garantido em continuidade, a permeabilidade dos dispositivos de drenagem, o acesso às vias de administração de terapêutica, à monitorização dos parâmetros vitais e manutenção da permeabilidade da via aérea.	Alteração semântica
12. O enfermeiro perioperatório deve avaliar os dispositivos médicos necessários ao posicionamento cirúrgico, quanto à sua integridade, funcionalidade e limpeza, previamente à sua utilização.	Alteração semântica
14. Os dispositivos médicos utilizados no posicionamento cirúrgico devem ser protegidos com lençol, sem contacto direto com o doente.	Alteração semântica
15. Os dispositivos médicos de espuma devem ser preferencialmente utilizados em detrimento dos dispositivos médicos viscoelásticos.	Alteração semântica
16. A aplicação de pressão durante 15 minutos é suficiente para provocar lesão da via sensitiva.	Alteração semântica
17. A aplicação de pressão durante 1 minuto é suficiente para provocar lesão da via motora.	Alteração semântica
19. Os doentes sob anestesia geral devem permanecer com a cabeça lateralizada para maior conforto.	Alteração semântica
23. No posicionamento em decúbito dorsal, os membros superiores quando colocados em abdução, devem permanecer em posição supina nos respetivos apoios.	Alteração semântica
24. Na mobilização da meda operatória, deve verificar-se que os restantes equipamentos de apoio ao procedimento cirúrgico estão a uma distância de segurança para não causar dano ao doente.	Alteração semântica
26. Os membros inferiores devem ser colocados e retirados das perneiras por duas pessoas em simultâneo.	Alteração semântica
É recomendada a utilização de lençóis dobrados e rolos de ligadura de algodão, no posicionamento cirúrgico.	Novo item
Durante o período de recobro, o doente deve sempre que possível ser posicionado numa posição diferente da posição cirúrgica.	Novo item

Em virtude das alterações sugeridas pelos peritos na primeira ronda, submetemos os novos itens e os itens com alterações semânticas a uma segunda ronda do painel de Delphi.

Por falta de consenso entre os participantes, foram eliminados quatro itens (14; 15; 19; e um dos novos itens sugeridos na primeira ronda), como se pode observar na Tabela 3. Realçamos que todas as questões eliminadas se encontravam formuladas na negativa. Tendo em conta que os restantes itens obtiveram um nível de concordância superior a 75%, dá-se como concluído o processo de validação de conteúdo e semântica.

Tabela 3: Resultados da segunda Ronda do painel de Delphi

Itens	Resultados
14r. Os dispositivos médicos utilizados no posicionamento cirúrgico devem ser protegidos com lençol, sem contacto direto com o doente.	Eliminado
15r. Os dispositivos médicos de espuma devem ser preferencialmente utilizados em detrimento dos dispositivos médicos viscoelásticos.	Eliminado
19r. Os doentes sob anestesia geral devem permanecer com a cabeça lateralizada para maior conforto.	Eliminado
É recomendada a utilização de lençóis dobrados e rolos de ligadura de algodão, no posicionamento cirúrgico.	Eliminado

A versão final do questionário resultante do painel de Delphi ficou constituído por 24 itens como se pode observar na Tabela 4. Assumimos que os itens estão organizados em quatro dimensões teóricas, nomeadamente: boas práticas na prestação de cuidados inerentes ao posicionamento que agrega seis itens (itens 3; 4; 5; 7; 9; 11), boas práticas na execução do posicionamento cirúrgico que engloba nove itens (itens 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20); gestão de risco no âmbito do posicionamento cirúrgico que agrega sete itens (itens 1; 2, 10; 21; 22; 23; 24) e responsabilidade da equipa multiprofissional nas práticas de posicionamento cirúrgico, que contempla dois itens (itens 6; 8).

Tabela 4: Versão final do questionário resultante do painel de Delphi

Itens
1- Deve ser realizada uma avaliação pré-operatória para identificar o risco acrescido de lesão decorrente do posicionamento cirúrgico e dos fatores de risco individuais do doente.
2 - O risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico é semelhante, quer para doentes com IMC elevado, quer para doentes com IMC baixo.
3 - No plano de cuidados, o enfermeiro perioperatório deve garantir a disponibilidade dos dispositivos médicos necessários ao posicionamento cirúrgico e de acordo com as necessidades do doente.
4 - O enfermeiro perioperatório deve avaliar os dispositivos médicos necessários ao posicionamento cirúrgico, quanto à sua integridade, funcionalidade e limpeza, previamente à sua utilização.
5 - Durante o posicionamento cirúrgico deverá ser garantido em continuidade, a permeabilidade dos dispositivos de drenagem, o acesso às vias de administração de terapêutica, à monitorização dos parâmetros vitais e manutenção da permeabilidade da via aérea.
6 - No momento do posicionamento deverá existir a colaboração dos diferentes elementos da equipa multiprofissional.
7 - Deve ser garantida a privacidade do doente durante o posicionamento cirúrgico.
8 - A responsabilidade do posicionamento é exclusiva do cirurgião.
9 - Deverão ser realizados registos no processo clínico do doente relativo ao tipo de posicionamento, aos dispositivos médicos utilizados, ao tempo que o doente esteve posicionado e à identificação dos elementos que posicionaram o doente.
10 - Os incidentes decorrentes do posicionamento cirúrgico devem ser formalmente notificados.
11 - Na mobilização da mesa operatória, deve verificar-se que os restantes equipamentos de apoio ao procedimento cirúrgico estão a uma distância de segurança para não causar dano ao doente.
12 - A abdução máxima permitida para posicionamento dos membros superiores é de 90º.
13 -No posicionamento em decúbito dorsal, os membros superiores quando colocados em abdução, devem permanecer em posição supina nos respetivos apoios.
14 - Os joelhos devem permanecer fletidos a 10º para posicionamento de decúbito dorsal.
15 - Os joelhos devem permanecer fletidos a 30º para posicionamento de Fowler e semi-Fowler.
16 - A permanência em posição de <i>Trendelenburg</i> deve ser minimizada tanto quanto possível.
17 - Na posição de decúbito lateral deve minimizar-se a flexão da mesa operatória, dentro dos limites possíveis.
18 - Devem ser implementadas medidas para mitigar o risco de aumento de pressão intraocular em posição de <i>Trendelenburg</i> e em decúbito ventral.
19 - Os membros inferiores devem ser colocados e retirados das pernas por duas pessoas em simultâneo.
20 - As faixas de contenção devem ser colocadas sobre o tórax ou abdómen do doente.
21 - A aplicação de pressão durante 15 minutos é suficiente para provocar lesão na via sensitiva.
22 - A aplicação de pressão durante 1 minuto é suficiente para provocar lesão da via motora.
23 - O posicionamento do doente deve ser reavaliado regularmente durante o procedimento cirúrgico de acordo com as características individuais do doente.
24 - Durante o período de recobro, o doente deve sempre que possível ser posicionado numa posição diferente da posição cirúrgica.

A versão do questionário resultante do painel de Delphi foi submetida a um pré-teste a um grupo de nove enfermeiros, com critérios de inclusão semelhantes à da população, os quais não manifestaram dificuldades e não realizaram qualquer sugestão de alteração.

6.2. Resultados do estudo descritivo quantitativo e correlacional

O estudo ocorreu no BO Central de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo, tendo a amostra ficando constituída por 28 enfermeiros perioperatórios, representando uma taxa de adesão ao estudo de 71, 80%.

Os enfermeiros que constituem a amostra são maioritariamente do género feminino, com idade média de 44,56 anos e tempo médio de exercício profissional em BO de aproximadamente 15 anos (14,70). No que se respeita à formação académica a maioria (82,1%) é licenciada e apenas 25% possui o título de especialista, como se pode observar na Tabela 5.

Tabela 5: Caracterização da amostra: género, grau académico, especialidade, idade, tempo de exercício e tempo de exercício profissional (n=28)

Características	n	%
Género		
Masculino	10	35,7
Feminino	18	64,3
Grau académico		
Licenciatura	23	82,1
Mestrado	5	17,9
Título de especialista		
Sim	7	25%
Não	21	75%

Características	Min.	Máx.	M	DP
Idade	27	63	44,56	10,70
Tempo exercício profissional	3	43	21,67	11,64
Tempo exercício profissional BO	2	38	14,70	10,28

n= amostra; Min= Mínimo; Max= Máximo; M=Média; DP=desvio padrão; BO= Bloco Operatório; EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

Seguidamente efetuamos a análise descritiva dos itens do questionário “Avaliação do conhecimento dos Enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico”. Este questionário é constituído por 24 itens, dos quais dois itens encontram-se formulados na negativa. Estes itens, estão identificados com “r”,

nomeadamente os itens: 8r e 20r, tendo-se realizado a inversão das questões colocadas pela negativa, ficando todas direcionadas positivamente.

Como podemos observar na Tabela 6, 23 dos 24 itens que constituem o questionário apresentam valores médios superiores ao ponto médio da escala ($M \geq 3$), sendo que 14 obtiveram valores médios iguais ou superiores a 4, indiciando que os enfermeiros perioperatórios apresentam um conhecimento robusto no âmbito dos cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico. Os valores médios variam entre um mínimo de 2,64 observado no item 2 *“O risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico é semelhante, quer para doentes com IMC elevado, quer para doentes com IMC baixo”* e o máximo de 4,96 observado no item 6 *“No momento do posicionamento deverá existir a colaboração dos diferentes elementos da equipa multiprofissional”*.

Os itens que obtiveram valores médios mais positivos foram *“No momento do posicionamento deverá existir a colaboração dos diferentes elementos da equipa multiprofissional”* (item 6; $M=4,96$; $DP=0,19$); *“Durante o posicionamento cirúrgico deverá ser garantido em continuidade a permeabilidade dos dispositivos de drenagem, o acesso às vias de administração de terapêutica, à monitorização dos parâmetros vitais e manutenção da permeabilidade da via aérea”* (item 5; $M=4,89$; $DP=0,32$); *“Deve ser garantida a privacidade do doente durante o posicionamento cirúrgico”* (item 7; $M=4,86$; $DP=0,36$); *“Na mobilização da mesa operatória, deve verificar-se que os restantes equipamentos de apoio ao procedimento cirúrgico estão a uma distância de segurança para não causar dano ao doente”* (item 11; $M=4,86$; $DP=0,36$) e *“No plano de cuidados, o enfermeiro perioperatório deve garantir a disponibilidade dos dispositivos médicos necessários ao posicionamento cirúrgico e de acordo com as necessidades do doente”* (item 3; $M=4,82$; $DP=0,39$).

Por outro lado, o item *“O risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico é semelhante, quer para doentes com IMC elevado, quer para doentes com IMC baixo”* (item 2; $M=2,64$; $DP=1,42$), obteve valor médio mais baixo, revelando assim a existência de oportunidades de melhoria nesta temática.

Tabela 6: Análise descritiva dos itens do questionário de “Avaliação do Conhecimento dos Enfermeiros Perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao Posicionamento Cirúrgico”: mínimo, máximo, média e desvio padrão (n=28)

Itens	n	Min	Max	M	DP
1- Deve ser realizada uma avaliação pré-operatória para identificar o risco acrescido de lesão decorrente do posicionamento cirúrgico e dos fatores de risco individuais do doente.	27	4	5	4,56	0,51
2 - O risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico é semelhante, quer para doentes com IMC elevado, quer para doentes com IMC baixo.	28	1	5	2,64	1,42
3 - No plano de cuidados, o enfermeiro perioperatório deve garantir a disponibilidade dos dispositivos médicos necessários ao posicionamento cirúrgico e de acordo com as necessidades do doente.	28	4	5	4,82	0,39
4 - O enfermeiro perioperatório deve avaliar os dispositivos médicos necessários ao posicionamento cirúrgico, quanto à sua integridade, funcionalidade e limpeza, previamente à sua utilização.	28	2	5	4,68	0,72
5 - Durante o posicionamento cirúrgico deverá ser garantido em continuidade, a permeabilidade dos dispositivos de drenagem, o acesso às vias de administração de terapêutica, à monitorização dos parâmetros vitais e manutenção da permeabilidade da via aérea.	28	4	5	4,89	0,32
6 - No momento do posicionamento deverá existir a colaboração dos diferentes elementos da equipa multiprofissional.	28	4	5	4,96	0,19
7 - Deve ser garantida a privacidade do doente durante o posicionamento cirúrgico.	28	4	5	4,86	0,36
8r - A responsabilidade do posicionamento é exclusiva do cirurgião.	28	1	5	4,00	1,05
9 - Deverão ser realizados registos no processo clínico do doente relativo ao tipo de posicionamento, aos dispositivos médicos utilizados, ao tempo que o doente esteve posicionado e à identificação dos elementos que posicionaram o doente.	27	1	5	4,30	0,99
10 - Os incidentes decorrentes do posicionamento cirúrgico devem ser formalmente notificados.	27	4	5	4,67	0,48
11 - Na mobilização da mesa operatória, deve verificar-se que os restantes equipamentos de apoio ao procedimento cirúrgico estão a uma distância de segurança para não causar dano ao doente.	28	4	5	4,86	0,36
12 - A abdução máxima permitida para posicionamento dos membros superiores é de 90°.	28	1	5	3,54	1,26
13 -No posicionamento em decúbito dorsal, os membros superiores quando colocados em abdução, devem permanecer em posição supina nos respetivos apoios.	27	2	5	3,81	0,96
14 - Os joelhos devem permanecer fletidos a 10° para posicionamento de decúbito dorsal.	28	2	5	3,96	0,64
15 - Os joelhos devem permanecer fletidos a 30° para posicionamento de Fowler e semi-Fowler.	28	2	5	3,82	0,77
16 - A permanência em posição de <i>Trendelenburg</i> deve ser minimizada tanto quanto possível.	28	4	5	4,54	0,51
17 - Na posição de decúbito lateral deve minimizar-se a flexão da mesa operatória, dentro dos limites possíveis.	28	2	5	4,29	0,66
18 - Devem ser implementadas medidas para mitigar o risco de aumento de pressão intraocular em posição de <i>Trendelenburg</i> e em decúbito ventral.	28	3	5	4,54	0,69
19 - Os membros inferiores devem ser colocados e retirados das pernas por duas pessoas em simultâneo.	28	2	5	3,75	1,18
20r - As faixas de contenção devem ser colocadas sobre o tórax ou abdómen do doente.	28	1	5	3,32	1,19
21 - A aplicação de pressão durante 15 minutos é suficiente para provocar lesão na via sensitiva.	28	3	5	3,89	0,63
22 - A aplicação de pressão durante 1 minuto é suficiente para provocar lesão da via motora.	28	2	5	3,07	0,90
23 - O posicionamento do doente deve ser reavaliado regularmente durante o procedimento cirúrgico de acordo com as características individuais do doente.	28	3	5	4,54	0,58
24 - Durante o período de recobro, o doente deve sempre que possível ser posicionado numa posição diferente da posição cirúrgica.	27	2	5	3,96	1,06

n=amostra; Min=Mínimo; Máx= Máximo; M=Média; DP=Desvio Padrão

6.3-Conhecimento dos Enfermeiros Perioperatórios Sobre os Cuidados Inerentes ao Posicionamento Cirúrgico e Variáveis Socioprofissionais

Apresentamos em seguida os resultados da análise inferencial, dando resposta às hipóteses de estudo anteriormente formuladas. Nas análises estatísticas assumimos níveis de significância para $p < 0,05$ (Pestana e Gageiro, 2014).

6.3.1. Análise Correlacional “Género e conhecimento dos enfermeiros perioperatórios”

Para analisar se o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico difere conforme o género, utilizamos o teste *t* para amostras independentes. Como podemos observar, na Tabela 7, verificam-se diferenças estatisticamente significativas, em função do género no conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico, em cinco itens, nos quais as enfermeiras revelam ter um conhecimento mais robusto relativamente aos enfermeiros (item 1: $M_F=4,72$; $M_M= 4,22$; $p=0,01$; item 7: $M_F=5,00$; $M_M= 4,60$; $p=0,00$; item 17: $M_F= 4,50$; $M_M= 3,90$; $p= 0,02$; item 19: $M_F= 4,17$; $M_M= 3,00$; $p= 0,01$; item 22: $M_F= 3,39$; $M_M= 2,50$; $p= 0,01$).

Tabela 7: Teste *t* para amostras independentes do Conhecimento dos Enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico em função do género (n=28)

Itens	G	N	M	DP	P
1- Deve ser realizada uma avaliação pré-operatória para identificar o risco acrescido de lesão decorrente do posicionamento cirúrgico e dos fatores de risco individuais do doente.	M F	9 18	4,22 4,72	,044 0,46	0,01
2 - O risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico é semelhante, quer para doentes com IMC elevado, quer para doentes com IMC baixo.	M F	10 18	2,30 2,83	1,49 1,38	0,35
3 - No plano de cuidados, o enfermeiro perioperatório deve garantir a disponibilidade dos dispositivos médicos necessários ao posicionamento cirúrgico e de acordo com as necessidades do doente.	M F	10 18	4,70 4,89	0,48 0,32	0,23
4 - O enfermeiro perioperatório deve avaliar os dispositivos médicos necessários ao posicionamento cirúrgico, quanto à sua integridade, funcionalidade e limpeza, previamente à sua utilização.	M F.	10 18	4,40 4,83	0,70 0,71	0,13
5 - Durante o posicionamento cirúrgico deverá ser garantido em continuidade, a permeabilidade dos dispositivos de drenagem, o acesso às vias de administração de terapêutica, à monitorização dos parâmetros vitais e manutenção da permeabilidade da via aérea.	M F	10 18	4,80 4,94	0,42 0,24	0,25
6 - No momento do posicionamento deverá existir a colaboração dos diferentes elementos da equipa multiprofissional.	M F	10 18	4,90 5,00	0,32 ,000	0,19
7 - Deve ser garantida a privacidade do doente durante o posicionamento cirúrgico.	M F	10 18	4,60 5,00	0,52 ,000	0,00

G – Género; M – Masculino; F – Feminino; n=amostra; Min=Mínimo; Máx= Máximo; M=Média; DP=Desvio Padrão

*A diferença de médias é significativa para $p < 0,05$

Tabela 7 (Continuação): Teste t para amostras independentes do Conhecimento dos Enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico em função do género (n=28)

8 - A responsabilidade do posicionamento é exclusiva do cirurgião.	M F	10 18	3,70 4,17	1,25 0,92	0,27
9 - Deverão ser realizados registos no processo clínico do doente relativo ao tipo de posicionamento, aos dispositivos médicos utilizados, ao tempo que o doente esteve posicionado e à identificação dos elementos que posicionaram o doente.	M F	9 18	4,56 4,17	0,53 1,15	0,35
10 - Os incidentes decorrentes do posicionamento cirúrgico devem ser formalmente notificados.	M F	9 18	4,56 4,72	0,53 0,46	0,41
11 - Na mobilização da mesa operatória, deve verificar-se que os restantes equipamentos de apoio ao procedimento cirúrgico estão a uma distância de segurança para não causar dano ao doente.	M F	10 18	4,70 4,94	0,48 0,24	0,08
12 - A abdução máxima permitida para posicionamento dos membros superiores é de 90°.	M F	10 18	3,60 3,50	1,17 1,34	0,85
13 - No posicionamento em decúbito dorsal, os membros superiores quando colocados em abdução, devem permanecer em posição supina nos respetivos apoios.	M F.	9 18	3,67 3,89	1,23 0,83	0,58
14 - Os joelhos devem permanecer fletidos a 10° para posicionamento de decúbito dorsal.	M F	10 18	3,90 4,00	0,74 0,59	0,70
15 - Os joelhos devem permanecer fletidos a 30° para posicionamento de Fowler e semi-Fowler.	M F	10 18	3,60 3,94	0,84 0,73	0,27
16 - A permanência em posição de Trendelenburg deve ser minimizada tanto quanto possível.	M F	10 18	4,40 4,61	0,52 0,50	0,30
17 - Na posição de decúbito lateral deve minimizar-se a flexão da mesa operatória, dentro dos limites possíveis.	M F	10 18	3,90 4,50	0,74 0,51	0,02
18 - Devem ser implementadas medidas para mitigar o risco de aumento de pressão intraocular em posição de Trendelenburg e em decúbito ventral.	M F	10 18	4,20 4,72	0,92 0,46	0,05
19 - Os membros inferiores devem ser colocados e retirados das pernas por duas pessoas em simultâneo.	M F	10 18	3,00 4,17	1,33 0,86	0,01
20 - As faixas de contenção devem ser colocadas sobre o tórax ou abdómen do doente.	M F	10 18	3,20 3,39	1,23 1,20	0,70
21 - A aplicação de pressão durante 15 minutos é suficiente para provocar lesão na via sensitiva.	M F	10 18	3,70 4,00	0,68 0,59	0,23
22 - A aplicação de pressão durante 1 minuto é suficiente para provocar lesão da via motora.	M F	10 18	2,50 3,39	0,71 0,85	0,01
23 - O posicionamento do doente deve ser reavaliado regularmente durante o procedimento cirúrgico de acordo com as características individuais do doente.	M F	10 18	4,30 4,67	0,68 0,49 5	0,11
24 - Durante o período de recobro, o doente deve sempre que possível ser posicionado numa posição diferente da posição cirúrgica.	M F.	9 18	3,78 4,06	1,20 1,00	0,53

G – Género; M – Masculino; F – Feminino; n=amostra; Min=Mínimo; Máx= Máximo; M=Média; DP=Desvio Padrão

*A diferença de médias é significativa para p <0,05

6.3.2. Análise Correlacional “Título Especialista e conhecimento dos enfermeiros perioperatórios”

Para analisar se o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico difere em função dos enfermeiros deterem ou não o título de especialista utilizamos o teste t para amostras independentes. Como se pode

observar na Tabela 8, não há diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), em função do título de especialista.

Tabela 8: Teste t para amostras independentes do Conhecimento dos Enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico em função do título de Especialista ($n=28$)

Ítems	Título de Especialista	n	M	DP	P
1- Deve ser realizada uma avaliação pré-operatória para identificar o risco acrescido de lesão decorrente do posicionamento cirúrgico e dos fatores de risco individuais do doente.	Esp. N. Esp.	7 20	4,57 4,55	0,54 0,51	0,93
2 - O risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico é semelhante, quer para doentes com IMC elevado, quer para doentes com IMC baixo.	Esp. N. Esp.	7 21	2,71 2,62	1,60 1,40	0,88
3 - No plano de cuidados, o enfermeiro perioperatório deve garantir a disponibilidade dos dispositivos médicos necessários ao posicionamento cirúrgico e de acordo com as necessidades do doente.	Esp. N. Esp.	7 21	5,00 4,76	0,00 0,44	0,17
4 - O enfermeiro perioperatório deve avaliar os dispositivos médicos necessários ao posicionamento cirúrgico, quanto à sua integridade, funcionalidade e limpeza, previamente à sua utilização.	Esp. N. Esp.	7 21	4,86 4,62	0,38 0,81	0,46
5 - Durante o posicionamento cirúrgico deverá ser garantido em continuidade, a permeabilidade dos dispositivos de drenagem, o acesso às vias de administração de terapêutica, à monitorização dos parâmetros vitais e manutenção da permeabilidade da via aérea.	Esp. N. Esp.	7 21	5,00 4,86	0,00 0,36	0,31
6 - No momento do posicionamento deverá existir a colaboração dos diferentes elementos da equipa multiprofissional.	Esp. N. Esp.	7 21	5,00 4,95	0,00 0,22	0,57
7 - Deve ser garantida a privacidade do doente durante o posicionamento cirúrgico.	Esp. N. Esp.	7 21	5,00 4,81	0,00	0,23
8 - A responsabilidade do posicionamento é exclusiva do cirurgião.	Esp. N. Esp.	7 21	4,29 3,90	1,11 1,04	0,42
9 - Deverão ser realizados registos no processo clínico do doente relativo ao tipo de posicionamento, aos dispositivos médicos utilizados, ao tempo que o doente esteve posicionado e à identificação dos elementos que posicionaram o doente.	Esp. N. Esp.	7 20	4,57 4,20	0,54 1,11	0,41
10 - Os incidentes decorrentes do posicionamento cirúrgico devem ser formalmente notificados.	Esp. N. Esp.	7 20	4,86 4,60	0,38 0,50	0,23
11 - Na mobilização da mesa operatória, deve verificar-se que os restantes equipamentos de apoio ao procedimento cirúrgico estão a uma distância de segurança para não causar dano ao doente.	Esp. N. Esp.	7 21	4,86 4,86	0,38 0,36	1,00
12 - A abdução máxima permitida para posicionamento dos membros superiores é de 90°.	Esp. N. Esp.	7 21	3,14 3,67	1,77 1,07	0,35
13 -No posicionamento em decúbito dorsal, os membros superiores quando colocados em abdução, devem permanecer em posição supina nos respetivos apoios.	Esp. N. Esp.	7 20	4,14 3,70	1,07 0,92	0,30
14 - Os joelhos devem permanecer fletidos a 10° para posicionamento de decúbito dorsal.	Esp. N. Esp.	7 21	4,14 3,90	0,90 0,54	0,40
15 - Os joelhos devem permanecer fletidos a 30° para posicionamento de Fowler e semi-Fowler.	Esp. N. Esp.	7 21	4,00 3,76	1,00 0,70	0,49

n =amostra; Min=Mínimo; Máx.= Máximo; M=Média; DP=Desvio Padrão; Esp.=Especialista; N. Esp.= Não especialista *A diferença de médias é significativa para $p < 0,05$

Tabela 8 (Continuação): Teste t para amostras independentes do Conhecimento dos Enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico em função do título de Especialista (n=28)

Itens	Título de Especialista	N	M	DP	p
16 - A permanência em posição de <i>Trendelenburg</i> deve ser minimizada tanto quanto possível.	Esp.	7	4,71	0,49	0,29
	N. Esp.	21	4,48	0,51	
17 - Na posição de decúbito lateral deve minimizar-se a flexão da mesa operatória, dentro dos limites possíveis.	Esp.	7	4,57	0,54	0,19
	N. Esp.	21	4,19	0,68	
18 - Devem ser implementadas medidas para mitigar o risco de aumento de pressão intraocular em posição de <i>Trendelenburg</i> e em decúbito ventral.	Esp.	7	4,71	0,49	0,44
	N. Esp.	21	4,48	0,75	
19 - Os membros inferiores devem ser colocados e retirados das pernas por duas pessoas em simultâneo.	Esp.	7	4,29	0,95	0,17
	N. Esp.	21	3,57	1,21	
20 - As faixas de contenção devem ser colocadas sobre o tórax ou abdómen do doente.	Esp.	7	3,57	1,51	0,53
	N. Esp.	21	3,24	1,09	
21 - A aplicação de pressão durante 15 minutos é suficiente para provocar lesão na via sensitiva.	Esp.	7	4,00	0,82	0,61
	N. Esp.	21	3,86	0,57	
22 - A aplicação de pressão durante 1 minuto é suficiente para provocar lesão da via motora.	Esp.	7	3,43	0,98	0,23
	N. Esp.	21	2,95	0,87	
23 - O posicionamento do doente deve ser reavaliado regularmente durante o procedimento cirúrgico de acordo com as características individuais do doente.	Esp.	7	4,57	0,54	0,85
	N. Esp.	21	4,52	0,60	
24 - Durante o período de recobro, o doente deve sempre que possível ser posicionado numa posição diferente da posição cirúrgica.	Esp.	7	4,57	0,79	0,08
	N. Esp.	20	3,75	1,07	

n=amostra; Min=Mínimo; Máx.= Máximo; M=Média; DP=Desvio Padrão; Esp.=Especialista; N. Esp.= Não especialista *A diferença de médias é significativa para $p < 0,05$

6.3.3. Idade e o tempo de exercício no Bloco Operatório

Na análise da correlação da avaliação do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento em função da idade, não se observou uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$), na maioria dos itens com a exceção do item 20 “as faixas de contenção devem ser colocadas sobre o tórax ou abdómen do doente” em que se verificou uma correlação positiva moderada (Pestana & Gageiro, 2014), onde os enfermeiros mais velhos revelam ter um conhecimento menos robusto ($r = -0,46$; $p = 0,02$),

como se observa na Tabela 9.

Relativamente à associação entre os itens de avaliação do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento e o tempo de exercício profissional no BO não se observou uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em nenhum dos itens, como podemos verificar na Tabela 9.

Tabela 9: Correlação de Pearson entre a idade e o tempo de exercício no Bloco Operatório e o conhecimento dos Enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico (n=28)

Itens	Idade Coeficiente de relação p significância	Tempo de exercício profissional BO Coeficiente de relação p significância
1- Deve ser realizada uma avaliação pré-operatória para identificar o risco acrescido de lesão decorrente do posicionamento cirúrgico e dos fatores de risco individuais do doente.	$r = -0,28$ $p = 0,16$	$r = -0,33$ $p = 0,10$
2 - O risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico é semelhante, quer para doentes com IMC elevado, quer para doentes com IMC baixo.	$r = 0,23$ $p = 0,24$	$r = 0,03$ $p = 0,89$
3 - No plano de cuidados, o enfermeiro perioperatório deve garantir a disponibilidade dos dispositivos médicos necessários ao posicionamento cirúrgico e de acordo com as necessidades do doente.	$r = -0,16$ $p = 0,44$	$r = -0,01$ $p = 0,98$
4 - O enfermeiro perioperatório deve avaliar os dispositivos médicos necessários ao posicionamento cirúrgico, quanto à sua integridade, funcionalidade e limpeza, previamente à sua utilização.	$r = -0,13$ $p = 0,53$	$r = 0,03$ $p = 0,89$
5 - Durante o posicionamento cirúrgico deverá ser garantido em continuidade, a permeabilidade dos dispositivos de drenagem, o acesso às vias de administração de terapêutica, à monitorização dos parâmetros vitais e manutenção da permeabilidade da via aérea.	$r = -0,03$ $p = 0,90$	$r = 0,10$ $p = 0,64$
6 - No momento do posicionamento deverá existir a colaboração dos diferentes elementos da equipa multiprofissional.	$r = 0,05$ $p = 0,82$	$r = -0,08$ $p = 0,68$
7 - Deve ser garantida a privacidade do doente durante o posicionamento cirúrgico.	$r = -0,13$ $p = 0,53$	$r = -0,16$ $p = 0,43$
8 - A responsabilidade do posicionamento é exclusiva do cirurgião.	$r = -0,04$ $p = 0,85$	$r = -0,12$ $p = 0,55$
9 - Deverão ser realizados registos no processo clínico do doente relativo ao tipo de posicionamento, aos dispositivos médicos utilizados, ao tempo que o doente esteve posicionado e à identificação dos elementos que posicionaram o doente.	$r = 0,08$ $p = 0,69$	$r = 0,20$ $p = 0,55$
10 - Os incidentes decorrentes do posicionamento cirúrgico devem ser formalmente notificados.	$r = -0,08$ $p = 0,69$	$r = 0,07$ $p = 0,75$
11 - Na mobilização da mesa operatória, deve verificar-se que os restantes equipamentos de apoio ao procedimento cirúrgico estão a uma distância de segurança para não causar dano ao doente.	$r = -0,23$ $p = 0,26$	$r = -0,35$ $p = 0,07$
12 - A abdução máxima permitida para posicionamento dos membros superiores é de 90°.	$r = -0,09$ $p = 0,65$	$r = 0,02$ $p = 0,90$
13 - No posicionamento em decúbito dorsal, os membros superiores quando colocados em abdução, devem permanecer em posição supina nos respetivos apoios.	$r = -0,02$ $p = 0,94$	$r = -0,16$ $p = 0,44$

n=amostra; BO= Bloco Operatório; r= valor correlação *Pearson*; p= nível de significância *A diferença de médias é significativa para $p < 0,05$

Tabela 9: (Continuação) Correlação de Pearson entre a idade e o tempo de exercício no Bloco Operatório e o conhecimento dos Enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico (n=28)

14 - Os joelhos devem permanecer fletidos a 10º para posicionamento de decúbito dorsal.	r = 0,01 p = 0,94	r = -0,07 p = 0,73
15 - Os joelhos devem permanecer fletidos a 30º para posicionamento de Fowler e semi-Fowler.	r = 0,09 p = 0,65	r = 0,19 p = 0,35
16 - A permanência em posição de <i>Trendelenburg</i> deve ser minimizada tanto quanto possível.	r = 0,19 p = 0,36	r = -0,08 p = 0,69
17 - Na posição de decúbito lateral deve minimizar-se a flexão da mesa operatória, dentro dos limites possíveis.	r = 0,01 p = 0,95	r = -0,08 p = 0,69
18 - Devem ser implementadas medidas para mitigar o risco de aumento de pressão intraocular em posição de <i>Trendelenburg</i> e em decúbito ventral.	r = -0,08 p = 0,71	r = -0,01 p = 0,64
19 - Os membros inferiores devem ser colocados e retirados das pernas por duas pessoas em simultâneo.	r = -0,15 p = 0,45	r = -0,13 p = 0,51
20 - As faixas de contenção devem ser colocadas sobre o tórax ou abdómen do doente.	r = -0,46* p = 0,02	r = -0,25 p = 0,20
21 - A aplicação de pressão durante 15 minutos é suficiente para provocar lesão na via sensitiva.	r = -0,04 p = 0,86	r = -0,06 p = 0,75
22 - A aplicação de pressão durante 1 minuto é suficiente para provocar lesão da via motora.	r = -0,13 p = 0,53	r = -0,26 p = 0,19
23 - O posicionamento do doente deve ser reavaliado regularmente durante o procedimento cirúrgico de acordo com as características individuais do doente.	r = 0,07 p = 0,74	r = 0,04 p = 0,84
24 - Durante o período de recobro, o doente deve sempre que possível ser posicionado numa posição diferente da posição cirúrgica.	r = -0,20 p = 0,34	r = -0,20 p = 0,33

n=amostra; BO= Bloco Operatório; r= valor correlação *Pearson*; p= nível de significância *A diferença de médias é significativa para p<0, 05

No capítulo seguinte apresentamos a discussão dos principais resultados apresentados.

7. Discussão

No presente capítulo, realizamos a discussão dos principais resultados do estudo, com base na revisão da literatura efetuada.

Na construção da versão inicial do Questionário de Avaliação do Conhecimento dos Enfermeiros Perioperatórios sobre os Cuidados Inerentes ao Posicionamento Cirúrgico, foi nossa preocupação utilizar uma fonte teórica robusta, no âmbito das boas práticas. Assim selecionamos as diretrizes mais recentes emanadas pela AORN, que é uma entidade de referencia no âmbito das boas práticas em contexto perioperatório (AORN, 2022). Este aspeto atribui robustez ao conteúdo do questionário à luz da melhor evidência.

Foi nossa preocupação na sua construção abordar aspetos no âmbito das “boas práticas na prestação de cuidados inerentes ao posicionamento” (seis itens), que aborda aspetos relacionados com privacidade da pessoa (item 7), com acessórios de posicionamento (itens 3 e 4), com a prevenção de incidentes (itens 5 e 11) e registos de enfermagem (item 9).

No que respeita às “boas práticas na execução do posicionamento cirúrgico” (nove itens) abordámos aspetos como a manutenção da fisiologia da pessoa no cumprimento de adotar posicionamento cirúrgico seguro a nível dos membros superiores e inferiores (itens 12, 13, 14, 15, 19), a necessidade de minimizar o tempo em posicionamentos específicos (itens 16, 17), a prevenção de lesões decorrentes do posicionamento (item 18) e a utilização dispositivos de apoio ao posicionamento (item 20).

Na dimensão “gestão de risco no âmbito do posicionamento cirúrgico” (sete itens) demos destaque à avaliação pré-operatória (itens 1, 2), à necessidade de notificar os incidentes decorrentes do posicionamento cirúrgico (item 10), à reavaliação de pontos de pressão relacionados com o posicionamento cirúrgico adotado (itens 21, 22, 23) e à importância de adotar um posicionamento diferente do cirúrgico durante o período do pós-operatório imediato (item 24).

Por último, na dimensão “responsabilidade da equipa multiprofissional nas práticas de posicionamento cirúrgico” (dois itens), focamo-nos em aspetos relacionados com a colaboração dos diferentes elementos da equipa multiprofissional no momento do posicionamento cirúrgico (item 6) e com a atribuição da responsabilidade do posicionamento cirúrgico (item 8).

Para procedermos à validação de conteúdo e semântica do questionário elaborado recorreremos a um painel de Delphi, no qual participaram oito peritos na temática em estudo,

que trouxeram contributos relevantes para o instrumento de colheita de dados, nomeadamente, uma nova questão relacionada com a prevenção de úlceras por pressão, na ótica da continuidade de cuidados: “Durante o período de recobro, o doente deve sempre que possível ser posicionado numa posição diferente da posição cirúrgica” (item 24). Ao nível semântico, a intervenção dos peritos possibilitou a introdução de melhorias em 12 dos 24 itens que integram a versão final resultante do painel de Delphi. Os aspetos referidos aliados ao elevado consenso obtido nas duas rondas, e ao facto de no pré-teste realizado não terem surgido dúvidas ou efetuadas sugestões, permitem-nos afirmar que o questionário construído e sujeito a uma validação de conteúdo e semântica, tem potencial para descrever o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios no âmbito dos cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico, permitindo elaborar uma avaliação diagnóstica, que poderá constituir o primeiro passo para melhorar o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios neste domínio e consequentemente a qualidade e segurança dos cuidados. Para além deste contributo, o questionário permite uma sensibilização dos profissionais para as boas práticas no âmbito do posicionamento cirúrgico.

A amostra ficou constituída por 28 enfermeiros, 18 do género feminino (64,30%) e 10 do género masculino (35, 70%). O facto de a amostra ser maioritariamente do género feminino reflete o contexto histórico da profissão. No Concelho onde se localiza o hospital, 84,11% dos enfermeiros são do género feminino e 15,89% do género masculino (OE, 2022).

Quanto à idade dos participantes, a média de idade é de 44,56 anos e o tempo de exercício profissional no BO é 14,70 anos, observando-se uma grande variação na idade e no tempo de exercício profissional, que contribui para uma heterogeneidade da equipa de enfermagem e complementaridade ao nível das competências entre os enfermeiros.

No que concerne à formação especializada, a amostra é constituída em 25% por enfermeiros especialistas, o que reflete a valorização da aquisição de competências especializadas.

Como referido anteriormente os itens do questionário foram agrupados em quatro dimensões teóricas: “boas práticas na prestação de cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico” (itens 3; 4; 5; 7; 9; 11); “boas práticas na execução do posicionamento cirúrgico” (itens 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20); “gestão de risco no âmbito do posicionamento cirúrgico” (1; 2; 10; 21; 22; 23; 24) e “responsabilidade da equipa multiprofissional nas práticas de posicionamento cirúrgico” (itens 6 e 8).

Na dimensão teórica do conhecimento relativo às **“boas práticas na prestação de cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico”** (item 3, 4, 5, 7, 9, 11). Os resultados dos itens associados a esta dimensão revelam um conhecimento robusto dos enfermeiros sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico. A manutenção da privacidade da pessoa

(item 7) é determinante na perspectiva da ética e do respeito pela individualidade de cada pessoa, corroborando o domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, sendo uma área transversal à área de atuação dos enfermeiros, pois já o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais determina que a intervenção seja direcionada à manutenção da privacidade da pessoa. Também os registos de enfermagem (item 9) deverão ser realizados no processo, dando visibilidade/espelhar o tipo de posicionamento, os dispositivos médicos utilizados, o tempo que a pessoa teve posicionada e quem realizou o posicionamento. O conhecimento dos enfermeiros perioperatórios relativamente aos dispositivos médicos necessários (item 3) e com prévia realização de uma avaliação dos mesmos quanto à sua integridade, funcionalidade e limpeza (item 4) é primordial para que os mesmos sejam utilizados adequadamente, evitando dessa forma a ocorrência de lesão por uso inadvertido. A comunicação entre os diferentes membros da equipa multiprofissional é com já referimos, imprescindível para a segurança dos cuidados. O anestesiológista deverá garantir, em colaboração com os restantes membros, a manutenção da permeabilidade dos dispositivos de drenagem, acesso às diferentes vias de administração de terapêutica e monitorização dos parâmetros vitais (item 5). Qualquer ajuste no posicionamento deverá ser comunicado a todos os elementos envolvidos. A cultura de segurança da instituição consolidar-se-á com comportamentos promotores de práticas seguras, como são exemplo os relativos aos cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico. Na dimensão teórica do conhecimento relativo às **“boas práticas na execução do posicionamento cirúrgico”** (item 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20), os enfermeiros perioperatórios revelam, igualmente, um conhecimento robusto sobre a implementação de práticas que visem otimizar a condição física da pessoa e a realização do posicionamento cirúrgico necessário, respeitando o posicionamento correto dos membros superiores e inferiores nas superfícies de apoio existentes (item 12, 13, 14, 15). É notória a valorização dos cuidados para evitar lesões decorrentes do posicionamento, por parte dos enfermeiros perioperatórios, aliviando por exemplo de forma gradual as angulações da marquise operatória (item 16, 17, 19). Também as intervenções relacionadas com prevenção de lesões oculares em determinados posicionamentos evidenciam o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios (item 18). O item (20) relativo aos dispositivos de posicionamento e à sua correta colocação, evidencia o conhecimento dos enfermeiros neste domínio. A existência de um manual dirigido à equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, respeitante a protocolos operatórios dos procedimentos cirúrgicos, poderá ter contribuído para esta consolidação de conhecimentos. O conteúdo deste manual é facilitador da preparação adequada dos recursos materiais para cada procedimento cirúrgico, nomeadamente no que

respeita a correta utilização dos dispositivos de posicionamento, promovendo a uniformização das práticas e a segurança dos cuidados. Destacamos que a consulta do mesmo não dispensa a comunicação entre os diferentes membros da equipa multiprofissional, pois o manual é um guião, e as adaptações serão realizadas de acordo com a individualidade de cada pessoa em situação perioperatória. Os protocolos operatórios estão disponíveis para consulta (em diferentes canais de comunicação, impressos e na intranet). A manutenção das funções fisiológicas é basilar na prática de um posicionamento cirúrgico seguro (EORNA, 2023; Mckensie & Ramirez, 2018).

Na dimensão teórica do conhecimento relativo **“à gestão de risco no âmbito do posicionamento cirúrgico”** (itens 1, 2, 10, 21, 22, 23, 24) os resultados revelam que os enfermeiros perioperatórios detêm um conhecimento robusto. Os enfermeiros perioperatórios demonstram preocupação de realizar uma avaliação pré-operatória para identificar fatores de risco de desenvolvimento de lesão decorrente do posicionamento (item 1), reconhecem a necessidade de reavaliar o posicionamento (item 23), de prevenir úlceras de pressão (item 24), de prevenir a ocorrência de incidentes (itens 21; 22) e em notificá-los sempre que acontecem (item 10). Todavia os enfermeiros perioperatórios revelam uma fragilidade no conhecimento relacionado com o risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico em função do IMC (item 2), constituindo uma oportunidade de melhoria na formação dos profissionais. Este aspeto deverá ser incluído na formação em serviço como forma de promover a aquisição de conhecimentos e permitir consequentemente melhorar práticas. Pessoas em situação perioperatória com IMC extremos (baixo ou elevado) têm maior predisposição para o desenvolvimento de lesões relacionadas com o posicionamento cirúrgico, pelas seguintes razões: um índice baixo aumenta a exposição das proeminências ósseas em contacto com as mais variadas superfícies e um índice elevado pela possibilidade de alongamento e pressão que o tecido adiposo provoca nas estruturas vasculares ou nervosas (AORN, 2017).

Os resultados obtidos nos itens (itens 6 e 8) da dimensão teórica do conhecimento relativo à **“responsabilidade da equipa multiprofissional nas práticas de posicionamento cirúrgico”**, revelam que os enfermeiros perioperatórios reconhecem que as práticas de posicionamento constituem uma responsabilidade partilhada pela equipa. A implementação da LVSC tem fomentado a colaboração entre médicos e enfermeiros, permitindo desta forma a discussão multiprofissional, possibilitando que todos os elementos participem ativamente nesses momentos. Estes resultados demonstram vínculo à competência de tornar efetivo o trabalho em equipa multiprofissional na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório (AORN, 2022; OE, 2018; PNSD 2021-2026).

Consideramos que os processos formativos realizados no serviço, a supervisão clínica realizada pelos enfermeiros especialistas, os processos de integração robustos, a cultura de segurança promovida na equipa e a liderança de enfermagem, são fatores que contribuem para os resultados encontrados no nosso estudo e que refletem num sólido conhecimento dos enfermeiros no âmbito do posicionamento cirúrgico, revelando o compromisso da equipa multiprofissional com a segurança da pessoa em situação perioperatória.

Os resultados inferenciais revelam que de uma forma geral não existem diferenças ou associações significativas em função das variáveis estudadas, o que reflete que o conhecimento no âmbito do posicionamento cirúrgico está disseminado de forma homogénea entre os diferentes elementos da equipa, o que poderá dever-se ao investimento na formação e à cultura de segurança das equipas. Apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas, em função do género, em cinco itens, as enfermeiras revelam ter um conhecimento mais robusto. No item 20 “as faixas de contenção devem ser colocadas sobre o tórax ou abdómen do doente” verificou-se uma correlação positiva moderada (Pestana & Gageiro, 2014), onde os enfermeiros mais velhos revelam ter um conhecimento menos robusto.

A intervenção do enfermeiro perioperatório no que concerne aos cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico, é sustentada nos descritivos das competências específicas do enfermeiro especialista de forma a responder aos critérios de validação para as referidas unidades de competência. A manutenção de um ambiente seguro, de forma a mitigar o risco da ocorrência de lesões deverá ser o foco da enfermagem perioperatória, pela vulnerabilidade que a pessoa apresenta.

8. Conclusão

Finalizada a discussão dos principais resultados, apresentamos as conclusões do estudo de investigação, identificamos as limitações encontradas, os contributos do estudo para a enfermagem perioperatória, e finalizamos fazendo referência a perspetivas de investigação futura. O modelo concetual norteador para a formulação dos itens do questionário foi o *Perioperative Patient Focused Model*, pela complementaridade dos seus domínios na prestação de cuidados em contexto perioperatório. O questionário foi desenvolvido tendo por base as diretrizes emanadas pela AORN (2022) relativas aos cuidados dos enfermeiros perioperatórios inerentes ao posicionamento cirúrgico. O questionário que intitulamos de “Avaliação do Conhecimento dos Enfermeiros Perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao Posicionamento Cirúrgico”, foi elaborado com a finalidade de ser aplicado aos enfermeiros perioperatórios e avaliar o conhecimento dos mesmos sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico. Neste sentido, realizamos um estudo metodológico cujo objetivo foi construir e validar um questionário de verificação de conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico. A consecução deste objetivo efetivou-se se pela construção e validação de conteúdo e semântica do questionário, com recurso a um painel de Delphi que envolveu a realização de duas rondas. Atingido um nível de concordância $\geq 75\%$ o questionário ficou composto por 24 itens.

Numa segunda fase realizamos um estudo descritivo-correlacional cujos objetivos foram descrever o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico e verificar se há relação entre o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento e algumas características socioprofissionais dos participantes. Aplicamos o questionário desenvolvido na primeira fase do estudo aos enfermeiros perioperatórios do BO Central de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo. A amostra ficou constituída por 28 enfermeiros perioperatórios. A análise dos dados possibilitou identificar robustez no conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico. Todos os itens obtiveram um valor médio acima do ponto médio da escala, com exceção do item 2 “*o risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico é semelhante, quer para doentes com IMC elevado, quer para doentes com IMC baixo*” (item 2), que revela uma oportunidade de melhoria do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios neste âmbito.

No que se refere aos resultados inferenciais constatamos que as enfermeiras têm um conhecimento mais robusto que os enfermeiros em cinco dos 24 itens. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em função do título de especialista. Na maioria dos itens não se verificou uma associação com a idade dos enfermeiros, com exceção de um único item (item 20) onde se verificou uma correlação positiva moderada, onde os enfermeiros mais velhos revelam ter um conhecimento menos robusto. Também não se observou uma associação estatisticamente significativa entre os itens de avaliação do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento e o tempo de exercício profissional no BO.

Como limitações destacamos o tamanho da amostra que não permite a generalização dos resultados e a existência de poucos estudos nesta temática.

Este estudo de investigação permitiu disponibilizar um instrumento de colheita de dados que permite efetuar uma avaliação diagnóstica do conhecimento dos enfermeiros no âmbito da prestação de cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico, contribuindo assim para o conhecimento neste domínio e para a sensibilização dos enfermeiros perioperatórios para a relevância da adoção de práticas seguras relacionadas com o posicionamento cirúrgico.

Destacamos como focos de avaliação futuros, a realização da validação psicométrica do questionário, numa amostra mais alargada e o desenvolvimento de estudos observacionais no âmbito da operacionalização dos conhecimentos sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico. Pretendemos aplicar o questionário à Unidade de Cirurgia de Ambulatório, como forma de promover práticas seguras em contexto perioperatório, contribuindo assim para o desenvolvimento da enfermagem Perioperatória e para a prestação de cuidados seguros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório, possibilitou através de uma exposição descritiva e reflexiva, evidenciar o desenvolvimento de competências de 2º ciclo, assim como o aperfeiçoamento das competências como especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória.

O papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória é primordial na defesa, manutenção e promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória, num ambiente de risco que é o BO. A sua intervenção assenta em conhecimentos fundamentados numa prática baseada em evidência, norteadas pelos princípios éticos e morais.

A segurança cirúrgica esteve destacada ao longo das atividades desenvolvidas durante o Estágio, pela conseqüente situação e vulnerabilidade que a pessoa em situação perioperatória se encontra, atividades essas norteadas pelo modelo concetual *Perioperative Patient Focused Model*.

A importância da investigação é reconhecida pelo desenvolvimento contínuo que permite à profissão. É um recurso precioso na resolução de problemas oriundos da prática profissional neste caso, pela avaliação do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios relativamente aos cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico, possibilitando a identificação de áreas que carecem de intervenção para promover práticas seguras.

A viagem foi árdua, no entanto reveladora de novos caminhos para uma prática de enfermagem perioperatória de excelência, proporcionando à pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa os melhores cuidados. A realização deste percurso formativo, permitiu dar consistência ao “saber”, “saber fazer” e ao “saber estar” contribuindo para o desenvolvimento de juízo crítico e na conciliação de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Promoveu o estabelecimento de uma intervenção especializada, após consolidação e aquisição de competências que enriquecem a prática de enfermagem perioperatória, maximizando assim a segurança à pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa. A visibilidade da intervenção especializada espelha-se na intervenção diária. Constrói-se. É um percurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamy, E., K., Zocche, D. A. De A. & Almeida, M. de A. (2020). Contribution of the nursing process for the construction of the identity of nursing professionals. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143>
- Agostini, J., Goasguen, H. & Mosnier, H. (2010). Patient positioning in laparoscopic surgery: Tricks and tips. *Journal of Visceral Surgery*, 147, 227-232
- Anderson, C.E, Nicksa, G.A. & Stewart, L. (2015). Distractions during resident handoffs: Incidence, sources, and influence on handoff quality and effectiveness. *JAMA Surgery*; 150, 396– 401. <https://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2014.2459>
- Artico, M., Piredda, M., D'Angelo, D., Lusignani, M., Giannarelli, D., Marchetti, A., De Chirico, C., Mastroianni, C. & De Marinis, M.G. (2020). Prevalence, incidence and associated factors of pressure injuries in hospices: a multicentre prospective longitudinal study. International. *Journal of Nursing Studies*. Vol. 111, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103760>
- Association of Perioperative Registered Nurses (2013). Perioperative Standards and Recommended Practices. ISBN-13: 978-1888460759
- Association of Perioperative Registered Nurses (2017). Guideline for positioning the patient. Guidelines for perioperative Practice
- Association of periOperative Registered Nurses (2018). Sterile Technique. <https://www.aornguidelines.org/guidelines/content?Sectionid=173717350&view=book>
- Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) (2022). Positioning the patient: Guideline for Perioperative Practice. (pp. 705-780). Denver, Inc. ISBN:978-0939583089
- Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) (2024, *in press*). Guideline for Team Communication: Guideline for Perioperative Practice. Denver
- Bale, E. & Berreclough, R. (2010). The obese patient. Anaesthetic issues: airway and positioning. *Journal Perioperative Practice*, 20, 294-299
- Benze, C., Spruce, L., & Groah, L. (2021). Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice. Denver: AORN Inc
- Bluestein D. & Javaheri, A. (2008). Pressure ulcers: prevention, evaluation, and management. *Am Fam Physician*, 78, 1186-1194

- Breur, R. K., Taicher, B., Turner, D.A., Cheifetz, I. M.& Rehder, K. J. (2015). Standardizing Postoperative PICU Handovers Improves Handover Metrics and Patient Outcomes. *Quality and Safety*, 16,.256-263. [https://dx.doi.org/ 10.1097/PCC.0000000000000343](https://dx.doi.org/10.1097/PCC.0000000000000343)
- Castropil, W., Bitar, A. C., Brotto, M.W.I., D' Élia, C. O., Schor, B. & Luques, I.U. (2008). Neuropraxia do femoral pelo uso do garrote: relato de caso. *Revista Brasileira Ortopedia*, 43 (11/12), 513-515. <https://doi.org/10.1590/S0102-36162008001100007>
- Coleman, S., Nixon, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., Stubbs, N., Farrin, A., Dowding, D., Schols, J. M. G. A., Cuddigan, J., Berlowitz, D., Jude, E., Vowden, P., Schoonhoven, L., Bader, D. L., Gefen, A., Oomens, C. W. J & Nelson, E. A. (2013). A new pressure ulcer conceptual framework. *Journal of Advanced Nursing*, 70, 10, 2222-2234
- Craig, J. (2004). Shoulder supports, brachial plexus injury and head-down tilt. *Anaesthesia*, 59, 196. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2003.03643.x>
- Croke, L. (2023). Guideline for Team Communication. *AORN Journal*, 118(6) <http://doi.org/10.1002/aorn.14048>
- Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República II serie*, nº 187 (24-09-2021) (93-103)
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República II serie*, nº28 (10-02-2015) (3882 (2) – 3882 (10))
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2010). Manual de Implementação – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009 - versão Portuguesa
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2012). Norma nº 029/2012 de 29/12/2012 – Precauções Básicas do Controlo da Infecção. Norma nº02/2013 de 29/12/2012, atualizada em 31/10/2013
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2013 a). Norma nº 02/2013 de 12/02/2013 – Cirurgia Segura, Salva Vidas. Norma nº02/2013 de 12/02/2013, atualizada em 25/06/2013
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2013 b). Norma nº 031/2013 de 31/12/2013 – Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. Norma nº 031/2013 de 31/12/2013, atualizada em 17/11/2022
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2014). Norma nº 020/2014 de 30/12/2014 – Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Norma nº020/2014 de 30/12/2014, atualizada em 14/12/2015
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2015a). Norma nº 014/2015 de 06/08/2015 – Medicamentos de alerta máximo. Norma nº014/2015 de 06/08/2015

- Direção-Geral da Saúde (2015b) – Norma nº 020/2015 de 15/12/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico, norma nº 020/2015 de 15/12/2015, atualizada a 17/11/2022
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017). Norma nº 001/2017 de 08/02/2017 – Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde. Norma nº 01/2017 de 08/02/2017
- Donabedian, A. (1980). A definição de qualidade e abordagens para sua avaliação e monitoramento de qualidade, 1. Health Administration Press, Ann Arber
- Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*, 18(11), 356-360. [https://doi.org/10.1016/s0097-5990\(16\)30560-7](https://doi.org/10.1016/s0097-5990(16)30560-7)
- Duffy, B. J. & Tubog, T.D. (2017). The Prevention and Recognition of Ulnar Nerve and Brachial Plexus Injuries. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(6), 636-649. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.06.005>
- Engels, D., Austin, M., McNichol L. Fenci, J., Gupta, S. & Kasi, H. (2016). Pressure ulcers: factors contributing to their development in the Operating Room, *Aorn Journal*, 103, 271-281 <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.01.008>
- European Operating Room Nurses Association (EORNA) (2023). Best Practice for Perioperative Care, third edition
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2019). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide, 3rd edition
- Fernandes, P. R. M. (2019). Gestão no Bloco Operatório: Metodologia Lean. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidata
- Gomes, J. A.P. Martins, M.M. Fernandes, C.S.N. da N. (2016). Instrumentos para avaliar a qualidade e segurança no bloco operatório – Revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 1-9
- Gutiérrez, P. C., Cervera, R. V., Morales-Garcia, D. & Setién, A. I. (2016). Lesión intraoperatória de nervio periférico en cirugía colorrectal. Revisión de conjunto. *Cirurgia Española*, 94, 125-136. <https://doi.org/10.1016/j.cireng.2016.02.013>
- Kaltoft, A., Jacobsen, Y. I., Tangsgaard, M. & Jensen H. I. (2021) – ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover during Postsperative Recovery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37, 34-39. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2021.01.002>
- Lima, L. S., Aragão, N.R. O, Santos, G. K.B.B., Santos, E.S. & Palmeira, C. S. (2020). Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com lesão por pressão no contexto hospitalar. *ESTIMA, Brazil Journal Enterostomal*, 18. https://doi.org/10.30886/estima.v18.917_PT

- Lopes, C.M.M. & Galvão, C. M. (2010). Posicionamento cirúrgico: Evidências para o cuidado de enfermagem. *Revista Latino-Americano Enfermagem*, 18, 287-294. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000200021>
- Martin, H., & Ciurzynski, S. (2015). Situation, Background, Assessment, and Recommendation Guided Huddles Improve Communication and Teamwork in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 41, (6), 484-488
- Mckenna, H. (1994). The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing? *Jornal of Advanced Nursing*, 19, (6), 1221-1225. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7930104>
- McKenzie, R.J. & Ramirez, C. (2018). Preventing pressure injuries in the operating room – Be proactive to avoid perioperative pressure and peripheral nerve injuries. *AmericanNurseToday.com*, 19-21
- Melgarejo, C. R. V., Mastroianni, P. de C. & Varallo, F. R. (2019). Cultura de notificação de incidentes. In *Promoção da cultura de notificação de incidentes* (37-40). Editora Unesp. <https://doi.org/10.7476/9788595463370>
- Mendes, Sarah N. & Santos, M. V. F. (2021). Efeitos no aumento da incidência e a gravidade de lesões por pressão e atuação do enfermeiro: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10, <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22201>
- Menezes, S., Rodrigues, R., Tranquada, R., Müller, S., Gama, K. & Manso, T. (2013). Lesões Decorrentes do Posicionamento para Cirurgia: Incidência e Fatores de Risco. *Revista Científica da Ordem dos Médicos – Acta Médica Portuguesa*, 26 (1),12-16
- Menino, E. P. D. S. G., Dixe, M. D. A. C. R., & Louro, M. C. C. M. (2016). Construção e Validação da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento de Autocuidado na Diabetes. *Referência*, (8), 35-44. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15049>
- Menoita, E. C. (2015). Gestão de feridas complexas. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-48-2
- Ministério da Saúde. (4 de setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Diário da República n.º 205/1996, Série I-A, 2959-2962. Portugal. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Ministério da Saúde (2011). Recomendações Técnicas para o Bloco Operatório. Administração Central do Sistema de Saúde. ISSN: 1647-8568
- Ministério da Saúde (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos. Administração Central do Sistema de Saúde

- Miranda, A. B., Fogaça, A. R. & Lopes, L.C.C. (2016). Posicionamento cirúrgico: Cuidados de enfermagem no transoperatório. *Revista SOBECC*, 21 (1), 52-58. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600010008>
- Mota, S. & Castilho, A. F. D. O. M. (2019). Construção e validação psicométrica do Questionário de Segurança do Doente no Bloco Operatório. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (21), 67-78
- Mota, S. (2021). Segurança do doente no bloco operatório: Contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem (tese de doutoramento). Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto
- Mota, A. S., Castilho, A. F., & Martins, M. M. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: perceção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (6), e20134, 1-10. DOI: 10.12707/RV20134
- Nagpal K, Abboudi M, Fischler L, Schmidt, T., Vats, A., Manchanda, C., Sevdalis, N., Scheidegger, D., Vicent, C. & Moorthy, K. (2011). Evaluation of postoperative handover using a tool to assess information transfer and teamwork. *Annals of Surgery*, 253, 831 – 837. <https://dx.doi.org/10.1097/sla.0b013e318211d849>
- Nagpal K, Abboudi M, Manchanda C, Sevdalis, N., Scheidegger, D., Vicent, C. & Moorthy, K. (2013). Improving postoperative handover: a prospective observational study. *The American Journal of Surgery*. 206, 494 – 501. <https://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.03.005>
- Navarro-Vicente, F., Garcia-Granero, A., Frasson, M., Blanco, F., Flor-Lorente, B., Garcia-Botello, S. & Garcia-Granero, E. (2011). Prospective evaluation of intraoperative peripheral nerve injury in colorectal surgery. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 14, 382-385. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2011.02630.x>
- Nghiem, S., Campbell, J., Walker, R.M., Byrnes, J. & Chaboyer, W., (2022). Pressure injuries in Australian public hospitals: A cost of illness study. *International Journal of Nursing Studies*. 130, 104191 <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104191>
- Norma de Procedimento para Visita Pré-Operatória de Enfermagem nº01/2020 – Bloco Operatório do Hospital de Santarém.
- Oblak, T. & Gillespie, B. M. (2021). The incidence of peripheral nerve injuries related to patient positioning during robotic-assisted surgery: An evidence summary. *Journal of Perioperative Nursing*, 34 (4), 49-53. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1166>
- O’Connell, M. P. (2006). Positioning impact on the surgical patient. *Nursing Clinics of North America*, 41,173-192. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2006.01.010>

- Olino, L., Gonçalves, A. C., Strada, J.K.R., Vieira, L.B., Machado, M.L.P., Molina, K., L. & Cogo, A.L.P. (2019). Comunicação efetiva para a segurança do paciente: Nota de transferência e Modified Early Warning Score. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 40,1-9. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>
- Oliveira, H., M., B. de S., Santos, A., M., J., F., Madeira, M., Z., A, Andrade, E., M., L., R. & Silva, G., G., F. (2019). Avaliação do risco para o desenvolvimento de lesões perioperatórias decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 40. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180114>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento concetual, enunciados descritivos. Edição de setembro de 2002, revista em agosto de 2012
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro especialista. Proposta apresentada pelo Conselho Diretivo, a 5 de maio de 2010, aprovado em Assembleia Geral de 29 de maio de 2010
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, Diário da República II serie, nº 79 (23-04-2015) (pp. 10087-10090)
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho (2018). Regulamento de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República II serie, nº 133 (12-07-2018) (pp. 19192 – 19194)
- Ordem dos Enfermeiros (2018b). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República II serie, nº 135 (16-07-2018) (pp. 19359 – 19370)
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II serie, nº 26 (06-02-2019) (pp. 4744 – 4750)

- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República II série, nº184 (25/09/2019) (pp. 128- 155)
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Norma nº09 de 2021
- Ordem dos Enfermeiros (2022). Anuário Estatístico Secção Regional do Sul – Estatística de Enfermeiros
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2009). Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009: Cirurgia Segura salva Vidas, 196 páginas. ISBN 978-924-159855-2
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo
- Pinto, J. & Sarnadas, L. (2020). Tradução e adaptação do Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (1), 1-10. <https://www.doi:10.12707/RIV19062>
- Pires, M. A. G. & Rego, A. (2016). Visita Pré-Operatória de Enfermagem: Importância da sua implementação. *Servir*, 59, 55-59
- Qaseem A., Humphrey L.L., Forciea M.A., Starkey, M. & Denberg, T. D. (2015). Treatment of pressure ulcers: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 162 (5): 370-379
- Reason, J. (1997). *Managing The Risks of Organizational Accidents*. (1st edition). Routledge
- Ribeiro, B. & Souza, J.S.M. (2022). A segurança do paciente no centro cirúrgico: papel da equipe de enfermagem. *Revista Ciências Biológicas e da Saúde*, 43 (1),27-37. <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2022v43n1p27>
- Rodgers, K., Sim, J., & Clifton, R. (2021). Systematic review of pressure injury prevalence in Australian and New Zealand hospitals. *Australian College of Nursing*, 28 (3), 310–323. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.08.012>
- Rothrock, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN Journal*, 71 (5), 1030-1037. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61552-4)
- Santos, D., Araújo, P. E. & Silva, W. S. (2017). Segurança do paciente: uma abordagem acerca da atuação da equipe de enfermagem na unidade hospitalar. *Revista Temas em Saúde*, 17 (2),213-225. ISSN 2447-2131
- Santos, W.P. & Wilk, M. M. G. S. (2023). Contribuições da enfermagem perioperatória para a segurança do paciente na sala cirúrgica: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12 (2). <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40089>

- Servas, L., Hayes, C., Mayhorn, T. & Miller, KA (2022). Navigating the path to a sustainable “PACU pause” and Standardized perioperative handoff: a quality improvement project. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 37 (1), 44-47. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.06.104>
- Shveicky, D., Aseff, J. N. & Iglesia, C. B. (2010). Brachial Plexus Injury after Laparoscopic and Robotic Surgery. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 17(4), 414-420. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2010.02.010>
- Silveira, C., H. & Falcão, L. F. R. (2021). Medicina Perioperatória. *Proterapêutica*, 9 (2), 11-56. <https://doi.org/10.5935/978-65-5848-211-6.C0002>
- Sim, J., Joyce-McCoach, J., Gordon, R. & Kobel, C. (2019). Development of a data registry to evaluate the quality and safety of nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 75 (9), 1877–1888. <https://doi.org/10.1111/jan.13967>
- Smeulders, M., Lucas, C. & Vermeulen, H. (2014). Effectiveness of diferente nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009979>
- Smith A.F, Pope C, Goodwin D., Mort, M. (2008). Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: Observational study of handovers in the recovery room. *British Journal of Anaesthesia*, 101:332–337. <https://doi.org/10.1093/bja/aen168>
- Song, J. B., Vemana, G., Mobley, J. M., & Bhayani, S. B. (2013). The second “time-out”: A surgical safety checklist for lengthy robotic surgeries. *Patient Safety in Surgery*. <https://doi.org/10.1186/1754-9493-7-19>
- Sousa, C. S., Bispo, D. M. & Acunã, A. A. (2018). Criação de um manual para posicionamento cirúrgico: Relato de experiência. *Revista SOBECC*, 23 (3), 169-175. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800030009>
- Sousa-Pinto, B., Marques, B., Lopes, F. & Freitas, A. (2018). Frequência e impacto de eventos adversos em pacientes internados: Uma análise nacional de episódios entre 2000 e 2015. *Journal of Medical System*, 42 (3). <https://doi.org/10.1007/s10916-018-0898-5>
- Sousa, P., Uva, A. D. S., Serranheira, F., Leite, E. S., & Nunes, C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa
- Speth, J. (2023). Guidelines in Practice: Positioning the Patient. *AORN Journal*, .117, 384-390. <https://doi.org/10.1002/aorn.13929>
- Speth, J. (2023). Guidelines in Practice: Medication Safety. *AORN Journal*, 118 (6), 380-389 <http://doi.org/10.1002/aorn.14034>

- Spruce, L. & Van Wicklin, S. (2014). Back to Basics: Positioning the Patient. *Aorn Journal*, 100, 298-305. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.06.004>
- Teixeira, A., de O., Brinati, L., M., Toledo, L., V., Neto, J. F. da S., Teixeira, D., L. de P., Januário, C. de F., Neto, L., M. da S. & Salgado, P. de O. (2022). Fatores associados à incidência de lesão por pressão em pacientes críticos: Estudo de coorte. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75, <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0267pt>
- Ursi, E. S., & Galvão, C. M. (2012). Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes submetidos a cirurgias eletivas. *Acta paulista de enfermagem*, 25, 653-659
- Van Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative care and Operating Room Management*, 18, <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>
- Vilelas, J. (2017). Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento. 2ª Edição, Edições Sílabo. Lisboa ISBN: 978-972-618-901-5
- Walton-Geer, P.S. (2009). Prevention of pressure ulcers in the surgical patient. *AORN Journal*. 89, (3), 538 – 552
- Wright, J. & Giovinazzo, R. (2000). Delphi – Uma ferramenta de Apoio ao Planejamento prospectivo, *Caderno de Pesquisas em Administração*, 1, (12), 55-65
- World Health Organization (2021). Towards Zero Patient Harm in Health Care: Global Patient Safety Action Plan 2021-2030
- Zillioux, J. M. & Krupski, T. L. (2017). Patient positioning during minimally invasive surgery: What is current best practice? *Robotic Surgery: Research and Reviews*, 4, 69-76. <https://doi.org/10.2147/rsrr.s115239>

ANEXOS

**ANEXO I: COMPROVATIVO DE PARTICIPAÇÃO 1º SEMINÁRIO
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA “CULTURA DE
SEGURANÇA E CONSCIÊNCIA CIRÚRGICA”**



CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que:

SUSANA PEPINO

participou no 1º Seminário de Enfermagem Perioperatória “Cultura de Segurança e Consciência Cirúrgica no Perioperatório”, no dia 15 de fevereiro de 2023, com a duração de três (3) horas.

Oliveira de Azeméis, 15 de fevereiro de 2023

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP

(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)



Rua da Cruz Vermelha, Gódcos, Azeméis 1002 3720-126 Oliveira de Azeméis www.essnortecvp.pt

ANEXO II: MODELO EXPLICATIVO DA TÉCNICA ISBAR



ANEXOS

Anexo I – modelo explicativo da técnica ISBAR

Mnemónica ISBAR	
I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B Antecedentes/ Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infecção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

ANEXO III: PARECER DA COMISSÃO ÉTICA DA INSTITUIÇÃO



Comissão de Ética para a saúde do
Parecer

Santarém, 19 de dezembro de 2022

Apreciação e Votação do Parecer

A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para a realização da investigação a desenvolver no no Serviço de Bloco Operatório, com o título "Posicionamento cirúrgico: competências dos Enfermeiros perioperatórios" tendo como investigadora Principal a Enft. Susana Margarida Ferro da Silva Pepino. A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para realização do estudo depois de reunida toda a documentação necessária. Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética do

Resultado da Votação: PARERE FAVORÁVEL

O Presidente da Comissão de Ética

O Presidente da Comissão de Ética

104/2022

104

ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DIRETORA DO BLOCO OPERATÓRIO

Exmo(s), Senhor(a) Diretor(a) do Serviço / Departamento de

Bloco Operatório Central

99

Assunto: Pedido de Declaração para realização de investigação

Nome do Investigador Principal:

Susana Margarida Faria da Silva Pepino

Contactos:

Telex: 916500982 e-mail: senpepino@gmail.com

Título da Investigação:

Posicionamento cirúrgico: competências enfermeiros perioperatórios.

Pretendo realizar a investigação em epígrafe no _____, solicito a
V. Exa., na qualidade de Investigador, a emissão de declaração abaixo indicada.

Com os melhores cumprimentos,

O Investigador

Santarém, 28 de novembro de 2022

Susana Margarida Faria da Silva Pepino
(assinatura)

DECLARAÇÃO

Para ser presente à Comissão de Ética _____, declaro

que o Serviço de Bloco Operatório Central

reúne as condições logísticas e de recursos humanos que permitem a realização de investigação em apreço.

O(A) Diretor(a) de Serviço / Departamento

Santarém, 29 de Novembro de 2022

ANEXO V: AUTORIZAÇÃO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

NOTA DE SERVIÇO INTERNA

N.º _____ Data 20/12/22

Informação:	Despacho: <i>Autorizado</i>

De	Gabinete de Investigação	Para	
CC			

Assunto:	Trabalho de Investigação: Posicionamento Cirúrgico: Competências dos Enfermeiros de Perioperatório Pedido de Autorização CA
-----------------	--

21 DEZ 2022

O Gabinete de Investigação informa que a enfermeira Susana Margarida Ferreira da Silva Pepino pretende realizar o trabalho de investigação designado por: "Posicionamento Cirúrgico: Competências dos Enfermeiros de Perioperatório", no I... .

Enviamos em anexo, a check-list e respectiva documentação validada, pelo que solicitamos ao Conselho de Administração autorização final para a realização deste trabalho de investigação.

À consideração superior,

A Responsável do Gabinete de Investigação

APÊNDICES

APÊNDICE I: OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO ESTÁGIO



Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

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

OBJETIVOS PROPOSTOS PARA ESTÁGIO

Susana Margarida Ferreira da Silva Pepino

Orientadora: Professora Doutora Sofia Mota

Tutores:

Oliveira de Azeméis

Novembro, 2022

Apresento os seguintes objetivos a ser desenvolvidos durante o Estágio, no Bloco Operatório, no âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

1 - Implementar a metodologia de Comunicação "ISBAR", na transição do doente da sala operatória para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos:

- Realização de pesquisa bibliográfica
- Elaboração de instrumento de registo para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos;
- Realização de formação em serviço (30m)
- Avaliação sessão

2 - Sensibilizar a equipa de Enfermagem do Bloco Operatório relativamente à atualização da norma "Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na criança e no adulto":

- Identificação das atualizações face à norma anterior
- Realização da formação em serviço: reunião temática
 - Discussão com equipa multiprofissional das atualizações face à norma anterior
 - Identificação de oportunidades de melhoria
- Implementação de ações de melhoria
- Avaliação da implementação das ações de melhoria.

3 - Sensibilizar a equipa de Enfermagem do Bloco Operatório relativamente à atualização da norma "Feixe de intervenções para a prevenção da Infecção do local cirúrgico":

- Identificação das atualizações face à norma anterior;
- Realização da formação em serviço:
 - Discussão com equipa multiprofissional das atualizações face à norma anterior;
 - Identificação de oportunidades de melhoria;
- Implementação de práticas de melhoria;
- Avaliação da implementação das ações de melhoria (articulação com PPCIRA)

4 - Capacitar a equipa de enfermagem para adoção de práticas seguras aquando da realização do posicionamento seguro.

- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Elaboração de um protocolo de posicionamento cirúrgico;
- Realização de formação em serviço:
 - Apresentação do projeto de investigação
 - Apresentação da proposta de protocolo de posicionamento cirúrgico.

Cronograma Estágio MEC – Perioperatório		20-04 des. 2021	5-11 des. 2021	13-12 des. 2021	3-1 jan. 2022	16-23 jan. 2022	23-30 jan. 2022	30 jan.-5 fev. 2022	6-12 fev. 2022	13-19 fev. 2022	20-26 fev. 2022	27-05 mar. 2022	6-12 mar. 2022
Susana Pepino, aluna 3031													
Acompanhar a enfermeira VPO:		20/11											
- Compreensão da operacionalização da VPO; - Análise dos contributos da VPO para o doente e para a enfermagem; - Análise da articulação entre equipas de enfermagem.													
Realizar VPO		30/11											
Implementar a metodologia de Comunicação "ISBAR", na transição do doente da sala operatória para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos:													
- Realização de pesquisa bibliográfica; - Elaboração de instrumento de registo para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos; - Realização de formação em serviço.													
Sensibilizar a equipa de enfermagem do serviço BO relativamente à atualização da norma "Práticas Antibióticas Cirúrgicas na criança e no adulto"													
- Identificação das atualizações face à norma anterior; - Realização da formação em serviço: - Discutindo com equipa multiprofissional das atualizações face à norma anterior; - Identificação de oportunidades de melhoria; - Implementação de ações de melhoria; - Análise da implementação das ações de melhoria.													
Sensibilizar a equipa de enfermagem do serviço BO relativamente à atualização da norma "Técnicas de intervenções para a prevenção LLC"													
- Identificação das atualizações face à norma anterior; - Realização da formação em serviço: - Discutindo com equipa multiprofissional das atualizações face à norma anterior; - Identificação de oportunidades de melhoria; - Implementação de ações de melhoria; - Análise da implementação das ações de melhoria.													
Organizar a equipa de enfermagem para adoção de práticas seguras quando da realização do posicionamento seguro.													
- Realização de pesquisa bibliográfica; - Elaboração de um protocolo de posicionamento cirúrgico; - Realização de formação em serviço: - Apresentação do projeto de investigação - Apresentação da proposta de protocolo de posicionamento cirúrgico.													

Cronograma Etológico ABE – Participatório	7-11 nov. 2021	14-16 nov. 2021	21-27 nov. 2021	28-04 dez. 2021	5-11 dez. 2021	12-18 dez. 2021	1-8 jan. 2022	9-15 jan. 2022	16-22 jan. 2022	23-29 jan. 2022	30-05 fev. 2022	6-12 fev. 2022	13-19 fev. 2022	26-26 fev. 2022	27-05 mar. 2022	6-12 mar. 2022
Desenvolvimento Estudo Investigação																
• Elaboração do Estudo																
• Apresentação estudo	X															
• Elaboração versão inicial do questionário			X	X												
• Obtenção pareceres técnicos (ESMOPTE e HDG)				X	X											
• Recolha Teste Alfa (Lida)				X	X											
• Recolha teste beta Formiga				X	X											
• Recolha pareceres para P-Delphi			X													
• Submissão questionário P-Delphi					X											
• Realização pré-teste							X									
• Apresentação do projeto ao serviço Bloco Operatório									X							
• Submissão do questionário EPO									X							
• Tratamento e análise dos dados											X	X	X	X		
• Discussão e apresentação resultados															X	X
• Apresentação norma/procedimento trabalho acerca de Posicionamento Cirúrgico Seguro																X

APÊNDICE II: INSTRUMENTO ORIENTADOR “ISBAR”

UNIDADE	IDENTIFICAÇÃO	SITUAÇÃO ATUAL	ANTECEDENTES	AValiação	RECOMENDAÇÕES
E	Nome:	Diagnóstico:	Patologias associadas:	Avaliação dor:	Diagnósticos e intervenções de enfermagem com necessidade de continuidade:
	Idade:	Cirurgia realizada:		Medicação em curso:	
	Nacionalidade:	Posicionamento:	Medicação domicílio ou dispositivos utilizados (ex., suporte ventilatório não invasivo)	Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem - Exemplos	
	Pessoa significativa e contacto telefónico:	Anestesia:		Risco de hipotermia:	
		Medicação administrada:		Risco de úlcera por pressão:	Controlo Dor:
				Integridade cutânea:	
				Risco de infeção:	
				Ansiedade:	
			Alergias:	Pensos:	
				DVP:	
			Grávida:	Dreno (s):	Exames ou análises a realizar:
			-Febre		
			-Horas de bolsa rota		
			-Diabetes	ENG:	
			Diretivas antecipadas de vontade:		

**APÊNDICE III: PROCEDIMENTO DE TRABALHO: “PROFILAXIA
ANTIBIÓTICA CIRÚRGICA NA CRIANÇA E NO ADULTO”**

Código:

Revisão n.º: 0

PROCEDIMENTO DE TRABALHO

Data: 17/02/2023

PROCEDIMENTO	Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto												
ELABORADO POR	Susana Pepino												
DATA DE ELABORAÇÃO	02/02/2023												
OBJETIVO	Implementar e uniformizar a profilaxia antibiótica cirúrgica em termos de critérios de utilização, seleção, dose e duração do antibiótico de acordo com a Norma Clínica da DGS 031/2013 de 31/12/2013, atualizada a 17/11/2022.												
DESTINATÁRIOS	Bloco Operatório, Serviço de Anestesiologia, Serviços Cirúrgicos do												
RESPONSÁVEIS	Director do Serviço de Anestesiologia, Director do Bloco Operatório, Enfermeira Chefe do Bloco Operatório												
APROVAÇÃO  / ASSINTE por:													
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>													

Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto

Norma Clínica da DGS 031/2013 de 31/12/2013, atualizada a 17/11/2022

Introdução

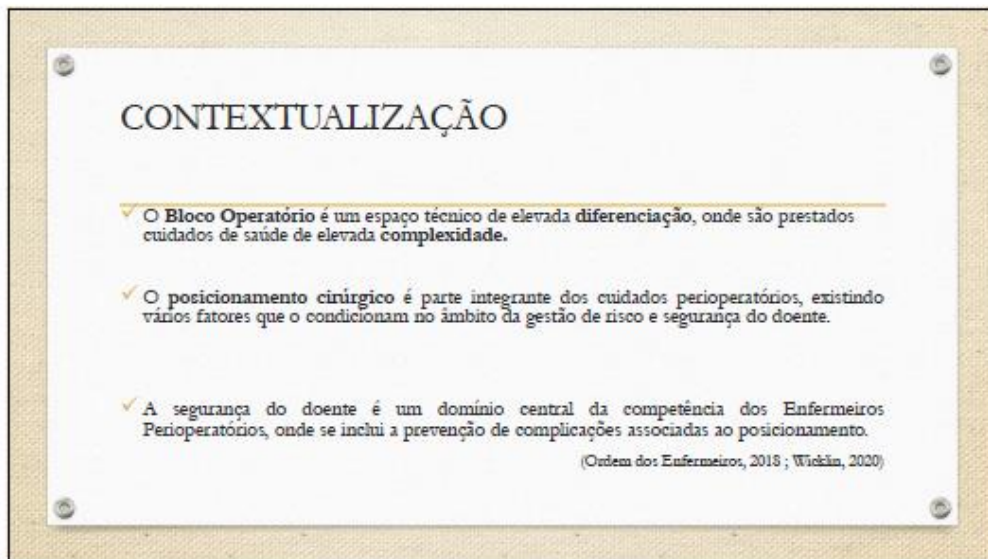
A Infecção do local cirúrgico (ILC) foi definida pelo *Center for Disease Control and Prevention* como infecção relacionada com o procedimento cirúrgico, que ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dele (incisional ou órgão/espaco), nos primeiros dias do pós-operatório, ou até 90 dias no caso de colocação de prótese. É uma complicação comum da cirurgia, sendo atualmente uma das infeções nosocomiais mais frequentes, com taxas de incidência entre os 2 e 20%, estando associada a elevada morbilidade, mortalidade e custos, nomeadamente em Portugal.

A prevenção desta infeção é fundamental e o seu sucesso depende da combinação de várias medidas básicas, incluindo a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica asséptica, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios.

Os microrganismos que geralmente causam ILC são os da população microbiana do utente. O objetivo da profilaxia é criar um obstáculo à proliferação bacteriana, com manutenção de níveis adequados tecidulares de antibiótico durante todo o ato cirúrgico e assim diminuir o risco e incidência de ILC.

11/16

APÊNDICE IV: DIAPOSITIVOS: APRESENTAÇÃO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO



CONTEXTUALIZAÇÃO

- ✓ Principais lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico são as quedas, lesões por pressão, lesões músculo-esqueléticas e lesões nervosas.

(Sousa, Hago & Acosta, 2010)

- ✓ Estima-se que as lesões nervosas ocorram em 20% dos procedimentos cirúrgicos.

(McKenzie & Rattner, 2010)

- ✓ A anestesia e sedação não permitem que o doente manifeste dor ou desconforto.

(AORN, 2014)

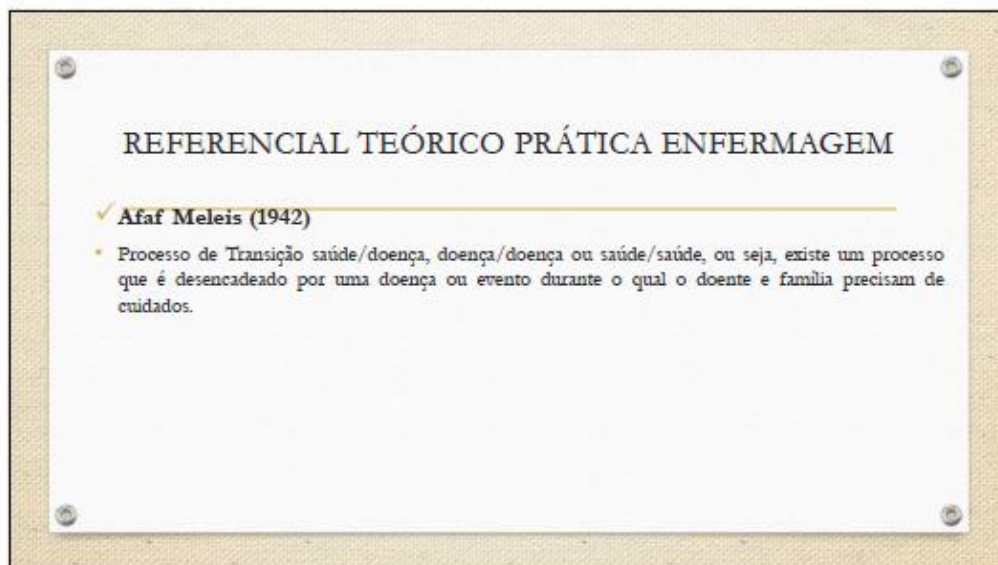
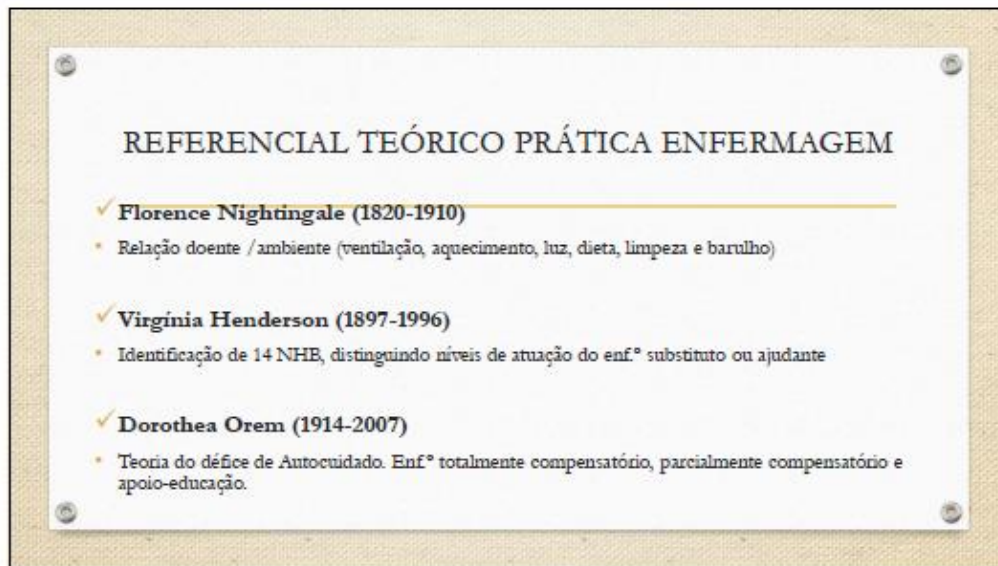
- ✓ O benefício mais importante em manter o doente em posição apropriada é protegê-lo de lesões.

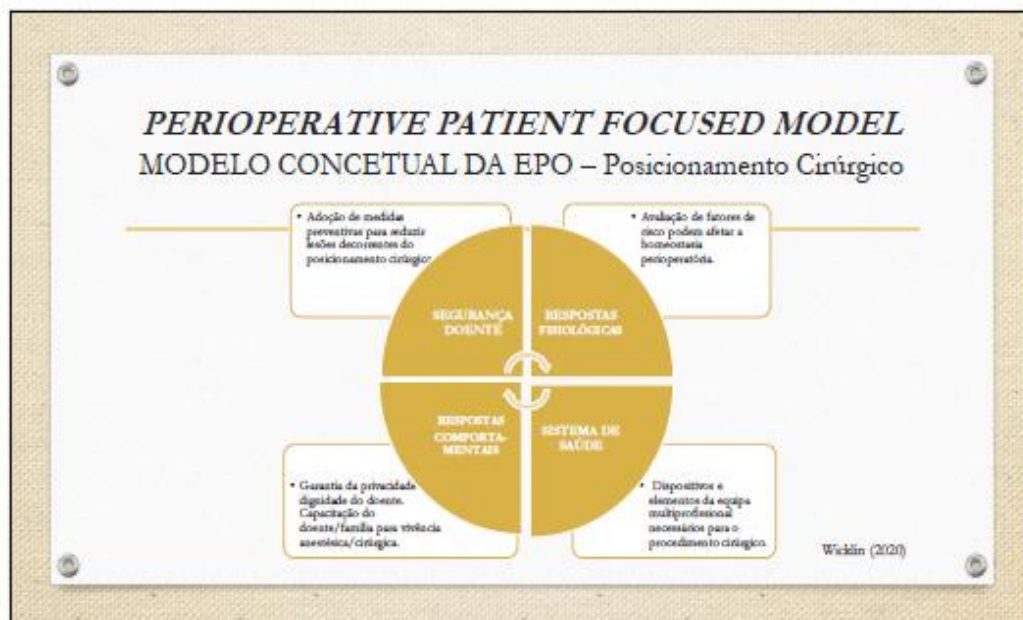
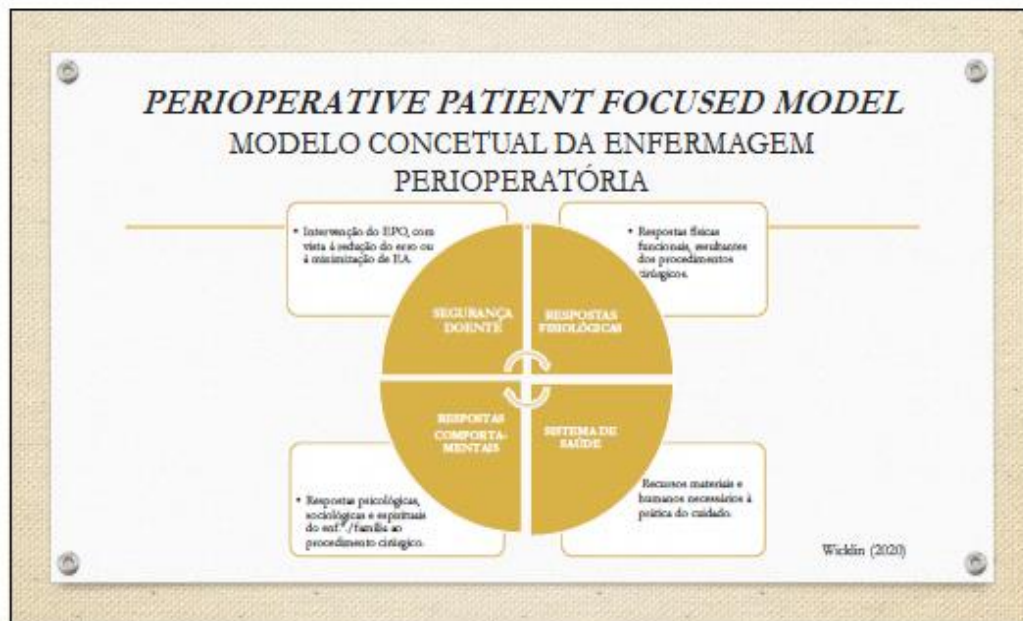
(AORN, 2014)

CONTEXTUALIZAÇÃO

- ✓ Estas lesões acarretam danos:

- para o **doente** (incapacidade funcional)
- para as **instituições** (aumento de dias de internamento, colaboração de outras especialidades, perda de confiança nas organizações ou mesmo processos judiciais)





QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO?

- Qual o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico?

OBJETIVOS

- ✓ Construir e validar um questionário de verificação de conhecimentos dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico
- ✓ Caracterizar o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico
- ✓ Descrever o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico, associado a algumas características socioprofissionais dos inquiridos.

DESENHO DO ESTUDO

- O estudo será desenvolvido em duas fases:
- ✓ 1ª – estudo metodológico, com a elaboração e validação de conteúdo e semântica de um questionário por um painel de Delphi.
- ✓ 2ª - estudo quantitativo descritivo, com aplicação do questionário realizado no primeiro estudo.

1ª Fase – Estudo Metodológico

- ✓ Foi elaborado um questionário intitulado “Avaliação do conhecimento dos Enfermeiros perioperatórios sobre os cuidados inerentes ao Posicionamento Cirúrgico”
- ✓ Itens formulados com base nas orientações da *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN) no âmbito do posicionamento cirúrgico.
- ✓ Submetida a versão inicial do questionário painel de Delphi, constituído por 8 peritos, com o objetivo de validação de conteúdo e semântica dos itens formulados

Painel de Delphi

✓ Critérios de inclusão:

- Enfermeiros com experiência profissional em contexto perioperatório de pelo menos 5 anos
- Ter o título de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

✓ Concordância por item:

- Percentagem igual ou superior a 75% (Menino, Dini & Louro, 2016; Mota, 2021)

✓ Inclusão de sugestões de reformulação e de novos itens.

Painel de Delphi – 1ª Ronda

- ✓ Questionário composto por 26 itens
- ✓ Aplicado no período de 20 de janeiro a 2 de fevereiro
- ✓ Revisão de 11 itens, por reformulação de conteúdo e semântica
- ✓ Introdução de 2 itens por sugestão dos peritos

Painel de Delphi – 2^a Ronda

- ✓ Colocados em avaliação 13 itens
- ✓ Aplicado no período de 8 de fevereiro a 17 de fevereiro
- ✓ Concordância em 9 questões
- ✓ Eliminadas 4 questões (formuladas na negativa) que não obtiveram o nível de concordância definido

Versão Resultante do Painel de Delphi

- Constituída por 24 itens
- Realizado um pré-teste – 9 enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão na amostra do estudo.
- Não manifestaram dificuldades no preenchimento, nem formularam sugestões

2^a Fase – Estudo Quantitativo Descritivo

✓ **População:**

- enfermeiros perioperatórios de um Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo

✓ **CrITÉrios de Inclusão:**

- Experiência profissional em BO superior a 6 meses

✓ **CrITÉrios de Exclusão:**

- Experiência profissional inferior a 6 meses
- Enfermeiro Gestor
- Ausência do serviço por motivos de várias ordens (*férias, licenças e atestados médicos*)

ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

- ✓ Através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)

- ✓ Análise descritiva através das medidas de tendência central e medidas de dispersão e estatística fatorial.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

✓ Instituição:

- Solicitado parecer à Comissão de Ética e Autorização à Presidente do Conselho de Administração da Instituição, onde o estudo irá ser realizado

✓ Participantes:

- Consentimento informado (*item* de caráter obrigatório de preenchimento)

✓ Sem custos, nem riscos associados

- Dados armazenados em suporte informático, acesso por *password*

CONTRIBUTOS DO ESTUDO

- Desenvolvimento de conhecimento no âmbito dos cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico, disponibilizando um instrumento de colheitas de dados que permitirá realizar uma avaliação diagnóstica neste âmbito, para definição de ações de melhoria contínua a implementar.

Referências Bibliográficas

- <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2014.06.004>
- Position the Patient (2022) – Guidelines for Positioning the Patient. Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)
- McKenzie, R.J., Ramirez, C. (2018). Preventing pressure injuries in the operating room – Be proactive to avoid perioperative pressure and peripheral nerve injuries. *American Nurse Today*, may, 19-21
- Menino, E. P. D. S. G., Dixe, M. D. A. C. R., & Louro, M. C. C. M. (2016). Construção e Validação da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento de Autocuidado na Diabetes. *Reflexão*, (8), 35-44. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15049>
- Mota, S. (2021). *Segurança do doente no bloco operatório: contributo do ambiente de prática e da liderança em enfermagem* (tese de doutoramento). Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Regulamento nº429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista - Anexo IV Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Diário da República, 2ª série, nº 135 (19359-19370)
- Sousa, C., Bispo, D. & Azaña, A. (2018). Criação de uma manual para posicionamento cirúrgico: relato de experiência. *Rev. Safer*, São Paulo. jul./set., nº23, 169-175, <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800030009>
- Wicklin, S. A. V. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: a literature review. *Perioperative care and Operating Room Management*, 18, <https://doi.org/10.1016/j.pcorrm.2019.100983>

Obrigada.

**APÊNDICE V: PLANO DE SESSÃO E DIAPOSITIVOS:
SEGURANÇA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS**

Plano de Sessão

Tema: "Segurança na Transição de Cuidados"

Local: Bloco Operatório Central

Data: 9 de janeiro de 2023

Hora: 8h30m

Duração: 30m

Formadora: Susana Pepino

Orientadora: Professora Doutora Sofia Mota

Tutores:

Objetivo Geral:

- ✓ Uniformizar a transferência de informação, na transição de cuidados do período intraoperatório para o pós-operatório imediato, recorrendo à metodologia ISBAR.

Objetivo Específicos:

- ✓ Contextualizar o tema da segurança nos cuidados de saúde
- ✓ Caracterizar a metodologia ISBAR
- ✓ Apresentar sugestão de documento de registo para admissão de doentes na UCPA.
- ✓

Resultados esperados:

- ✓ Motivar os enfermeiros do Bloco Operatório relativamente à aplicação da metodologia ISBAR;
- ✓ Diminuir omissões e lacunas na comunicação, aquando da transição de cuidados;
- ✓ Promover a segurança dos cuidados perioperatórios.

Conteúdos	Métodos e Técnicas	Recursos didáticos	Tempo previsto
• Apresentação do tema • Objetivos	Exposição / Discussão	Televisão	5 minutos
• Contextualização da temática: segurança do doente, cultura de segurança, comunicação • Apresentação da metodologia ISBAR: definição e vantagens • Apresentação de sugestões: registo de admissão de doentes na UCPA	Exposição / Discussão	Televisão	30 minutos
			5 minutos
			30 minutos
• Avaliação da sessão		Formulário Google Forms	5 minutos



Objetivos Específicos

- Contextualizar o tema da segurança nos cuidados de saúde
- Caracterizar a metodologia ISBAR
- Apresentar sugestão de documento de registo para admissão de doentes na UCPA

Resultados esperados:

- Motivar os enfermeiros do Bloco Operatório relativamente à aplicação da metodologia ISBAR
- Diminuir omissões e lacunas na comunicação, aquando da transição de cuidados
- Promover a segurança dos cuidados perioperatórios

Segurança do doente

A segurança do doente define-se como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”.

Direção Geral de Saúde (DGS), 2011, p.14

Cultura de Segurança

- Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS):

Cultura de segurança numa instituição de saúde corresponde ao conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do doente.

(citado no Regulamento nº 9390/2021, p. 99)



- AS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA
- a) Trabalho em equipa
 - b) Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente
 - c) Apoio à segurança do doente pela gestão
 - d) Aprendizagem organizacional - melhoria contínua e) Perceções gerais sobre a segurança do doente
 - e) Feedback e comunicação acerca do erro
 - f) Abertura na comunicação
 - g) Frequência da notificação
 - h) Trabalho entre as unidades
 - i) Dotação de Profissionais
 - j) Transições
 - k) Resposta não punitiva ao erro
- (DGS, 2018, p.1)

Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026

- *Consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a tele saúde.*
- *Sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.*

(Regulamento nº 9390/2021, p.97)

O PNSD 21-26 é suportado por 5 pilares:

- **Pilar 1: Cultura de segurança**
- **Pilar 2: Liderança e governança**
- **Pilar 3: Comunicação (aumentar a segurança na comunicação)**
- **Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente**
- **Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros**

Comunicação

*A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de **transição de cuidados**, de transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde.*

Despacho n.º 9390/2021, p.100

Transição de cuidados

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 (2017, p.4)

O Bloco Operatório

- Ambiente complexo;
- Excessivo movimentação de profissionais
- Diversas fontes de distrações e ruídos!

A transição de cuidados no BO

- ✓ verbal – perda total
- ✓ anotações – perde-se 31% das informações
- ✓ folha pré-existente como complemento da verbal, a perda é mínima.

Para 3 ciclos de transições, que na realidade é o padrão de um doente no período perioperatório.

Pothier et al, 2005

“Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde”

Norma n.º1/2017, DGS

- *Uniformizar boas práticas para uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, reduzindo os erros e as lacunas na informação transmitida na transição de cuidados de saúde.*
- *“(...) transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR (...)”*

DGS, 2017, p.1

ISBAR

É um instrumento de “(...) padronização de comunicação em saúde que é reconhecido por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados (...)”

- ✓ I – identificação
- ✓ S – situação atual
- ✓ B – *Background* (antecedentes)
- ✓ A – avaliação
- ✓ R – recomendações

DGS, 2017, p.4

Memória ISBAR	
I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a quem diz respeito a comunicação.	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor; d) Serviço de origem/destino; e) e) Identificação da pessoa significante/cuidador informal.
S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde.	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Melhores complementares de diagnóstico e terapêutica (MCOT) realizados ou a realizar.
II Antecedentes/ Anamnese Descrição de fatos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, dados antecedentes de vontade.	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou de sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacidade do cuidador.
A Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, evolução do tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas.	a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativos.
R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCOT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

DGS, 2017, p.8

Journal of PeriAnesthesia Nursing 37 (2022) 54–59

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of PeriAnesthesia Nursing

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jpan

Best Practice

ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery

Agnete Kalltoft, RN, MSc^{a,*}, Yth Inga Jacobsen, RN^c, Mariann Tangsgaard, RN^d,
Hanne Irene Jensen, RN, MSc, PhD^{a,b}

✓ Estudo observacional em 50 transições de cuidados, realizado numa Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), num hospital dinamarquês;

✓ Questionário pré e pós utilização do ISBAR (6 meses), realizado a enfermeiros de anestesia e enfermeiros da UCPA.

✓ Objetivos:

- observar a interação nas transições de cuidados, entre enfermeiros de anestesia e enfermeiros da UCPA.
- analisar o uso do ISBAR como instrumento de comunicação estruturada durante a transição de cuidados.

Este estudo, de Kaltoft et al (2021) evidencia os seguintes resultados relativos aos enfermeiros da UCPA:

- ✓ “estavam melhor preparados para receber os doentes (84% para 95%)”;
- ✓ “aumentaram a consulta do processo/instrumento de recolha de informação (18% para 54%)”
- ✓ “passagens de turno/transições de cuidados tornaram-se mais concentradas e sem perturbações (12% para 86%)”, todos os envolvidos tinham uma expectativa clara dos itens a transmitir, pelo que as interrupções para questionar ou esclarecer foram reduzidas.

Desafios...

- ✓ Identificar quais os elementos essenciais para a transferência no contexto perioperatório.
- ✓ Proposta simples execução, neste caso já com um documento em uso.

UNIDADE	IDENTIFICAÇÃO	SITUAÇÃO ATUAL	ANOTACIONES	AVULSAÇÃO	RECOMENDAÇÕES
	Nome	Diagnóstico	Patologias associadas:	Avulsão de:	Diagnóstico e intervenções de enfermagem com responsabilidade de continuidade
	Idade	Cirurgia realizada		Medicação em curso:	
	Nacionalidade	Procedimento:	Medicação utilizada ou disponível (utilizada ou não, suporte ventilatório ou não)	Diagnóstico e intervenções de enfermagem - Exemplos	
	Pessoas significativas e contacto telefónico	Anestesia:		Risco de Hipotermia:	
		Medicação administrada:		Risco de óbito por período:	Controlo O2
				Controlo da circulação:	
				Risco de Infecção:	
			Alergias:	Anestesia:	
		Exemplos de eventos intraoperatórios:		Pessoas:	
		Via Aérea (CPA)	Intubação:	CPA:	Exames ou análises a realizar:
		Função renal ou arterial (CPA)	Medicamentos:	CPA (b):	
		Perda hemodinâmica:	Quilómetros:	CPA (c):	
			Condições artísticas de trabalho:		

Operacionalização

- ✓ O enfermeiro de anestesia ao transferir o doente para a UCPA e posteriormente o enfermeiro da UCPA para a unidade de internamento, terá o documento proposto como orientador da transição de cuidados.
- ✓ Não pretende duplicar registos!

Contributos

- ✓ Estruturar a informação e consensualizar a informação a transferir.
- ✓ Minimizar as interrupções pela sequência que a transição é realizada, garantindo a transmissão completa dos cuidados.
- ✓ Garantia de continuidade de cuidados, e consequentemente a segurança nos mesmos.

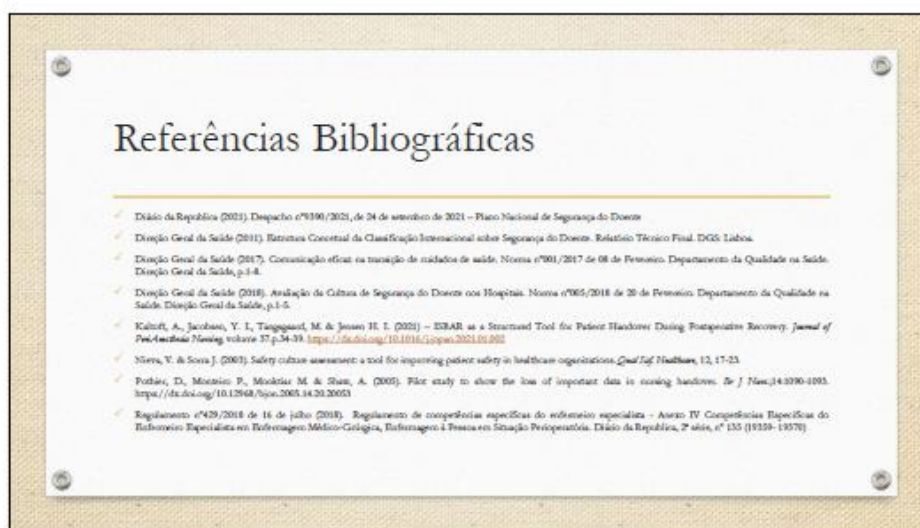
Sugestões

- ✓ Que a avaliação inicial na UCPA seja realizada pelos dois enfermeiros responsáveis (o que transfere e o que acolhe o doente).
- ✓ Disponibilizar na UCPA a proposta de documento de registo de acordo com o instrumento ISBAR.
- ✓ Colocar por ex. um quadro informativo no *transfer*, para poder ser consultado e utilizado em todos os momentos de transição de cuidados.

Conclusões

- ✓ A comunicação estruturada e sistematizada entre profissionais de saúde é fundamental para a segurança dos doentes;
- ✓ A prática de cuidados de enfermagem exige momentos formais de transferência de informação, devendo ser valorizados por todos os envolvidos.
- ✓ A utilização de um instrumento orientador na transição de cuidados de enfermagem, que permite a partilha de informação de forma organizada e sistematizada é um contributo para a segurança do doente.

Obrigada.



**APÊNDICE VI – PLANO DE SESSÃO E DIAPOSITIVOS:
SEGURANÇA DA MEDICAÇÃO: CONTRIBUTO DOS
ENFERMEIROS EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO**

Plano de Sessão

Tema: "SEGURANÇA DA MEDICAÇÃO: CONTRIBUTO DOS ENFERMEIROS EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO"

Local: - Bloco Operatório Central

Data: 30 de janeiro de 2023

Hora: 8h30m

Duração: 30 m

Formadora: Enf.ª Susana Pepino

Orientadora: Professora Doutora Sofia Mota

Tutores:

Objetivo Geral:

- ✓ Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da administração de medicação no bloco operatório.

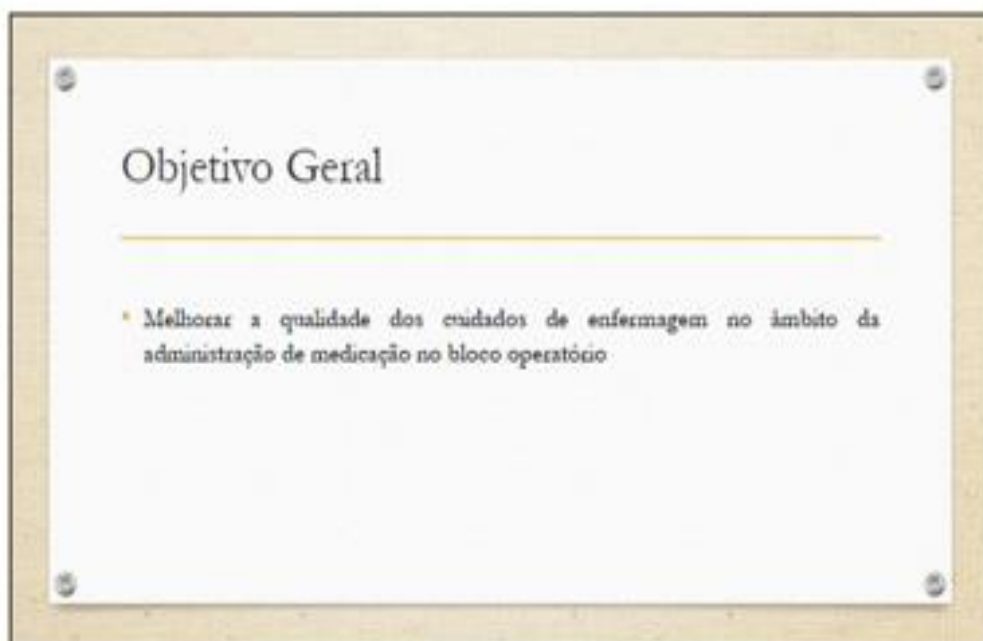
Objetivo Específicos:

- ✓ Contextualizar a temática da segurança da Medicação, baseada no Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026.
- ✓ Enquadrar as normas da Direção Geral da Saúde (DGS) no âmbito da segurança da Medicação.
- ✓ Apresentar sugestões de práticas seguras relativas à segurança na administração da medicação.
- ✓ Apresentar sugestões relativas à administração de antibioterapia, em contexto perioperatório.

Resultados esperados:

- ✓ Melhoria dos cuidados de Enfermagem no âmbito da segurança da medicação.

Conteúdos	Métodos e Técnicas	Recursos didáticos	Tempo previsto
▪ Apresentação do tema ▪ Objetivos	Exposição / Discussão	Televisão	5 minutos
Contextualização da temática: ✓ A administração de medicação como função interdependente. ✓ Perspetiva erro ✓ Enquadramento das Normas DGS, PNSD e implementação LVSC. ✓ Sensibilização para adoção de práticas seguras na administração de medicação. ✓ Apresentação de sugestões para administração de antibioterapia em contexto perioperatório.	Exposição / Discussão	Televisão	20 minutos
▪ Avaliação da sessão		Formulário Google Forms	5 minutos



Objetivos Específicos

- ✓ Contextualizar a temática da Segurança da Medicação, baseada no Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026
- ✓ Enquadrar as normas da Direção Geral da Saúde (DGS) no âmbito da segurança da Medicação
- ✓ Apresentar sugestões de práticas seguras relativas à segurança na administração da medicação
- ✓ Apresentar sugestões relativas à administração de antibióterapia, em contexto perioperatório

Resultados esperados:

- ✓ Melhoria dos cuidados de Enfermagem no âmbito da segurança da medicação

Sumário:

- A administração de medicação como função interdependente
- Perspetiva erro
- Enquadramento das Normas DGS, PNSD e implementação LVSC
- Sensibilização para adoção de práticas seguras na administração de medicação
- Apresentação de sugestões para administração de antibioterapia em contexto perioperatório

Administração de Medicação

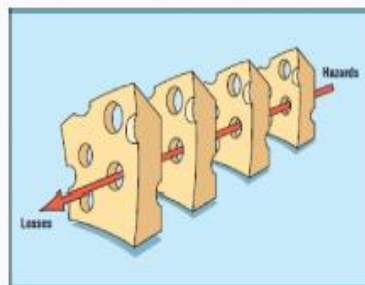
- ✓ A administração de medicação é parte integrante dos cuidados de enfermagem.
- ✓ É uma função interdependente, pois *"ações realizadas pelos enfermeiros (...) em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas"*.

(Regulamento Exercício Profissional do Enfermeiro, artigo 9º, Decreto -Lei nº 161/96, de 4 de setembro)

A perspectiva do erro:

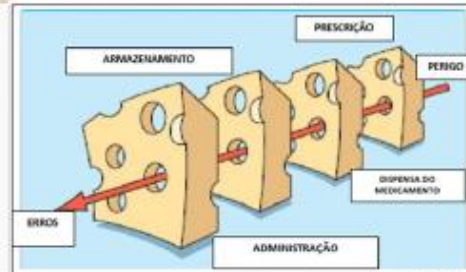
- *"To Err is Human"*, relatório do *Institute of Medicine* (2000)
- Reason (1990), apresentou um modelo justificativo para a ocorrência do erro

Modelo do Queijo Suíço



Reason, 1990

Modelo do Queijo adaptado ao circuito do medicamento.



Adaptação do Modelo do Queijo Suíço, ao circuito do medicamento.

O Plano Nacional da Segurança do Doente 2021-2026 é suportado por 5 pilares:

- Pilar 1: Cultura de segurança
- Pilar 2: Liderança e governança
- Pilar 3: Comunicação (aumentar a segurança na comunicação)
- Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente
- **Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros**

“Práticas seguras em ambientes seguros”

Objetivo estratégico 5.1 :

“Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde”
PPC313, 2021-2026 (p.103)

É reconhecida assim, a importância da segurança para alcançar de resultados efetivos em saúde.

Normas DGS

• Medicamentos LASA

Norma n.º 20/2014

SEGURANÇA DO DOENTE

SEGURANÇA DA MEDICAÇÃO

Norma n.º 34/2013

• Medicamentos de Alerta Máximo

LASA - “look-alike” “sound-alike”

“Medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante e medicamentos com nome foneticamente semelhante”.

(DGS, 020/2014)

✓ *“look-alike”* : dexametasona/ betametasona; oxazepam/lorazepam

✓ *“sound-alike”* : haloperidol/alopurinol ou carvedilol/calcitriol

ALERTA MÁXIMO

Medicamentos “podem mais facilmente provocar dano significativo ao doente devido a alguns aspetos, nomeadamente: margem terapêutica estreita, gravidade dos seus potenciais efeitos adversos (ex. hemorragia ou hipoglicémia, entre outros)”

(DGS, 2015, p-4)

Assim, para os referidos medicamentos, será necessário “reforçar..., a dupla verificação”

(DGS, 2015, p-2)

Dupla Verificação da Medicação

- Forma independente :

- ✓ todos os passos devem ser realizados por cada um dos elementos de forma independente:

- leitura do rótulo
- confirmação da diluição
- etiquetagem da seringa.

Deve ser realizada passo a passo e conjuntamente para ser efetivamente seguro.

E são exemplos...



Orientação 014/2015 “Processo de Gestão da Medicação”

*“a **indispensabilidade** de ler atentamente o rótulo do medicamento que é acedido e antes da sua administração, em detrimento do reconhecimento visual da embalagem, do conhecimento da sua localização ou de outras rotinas. Sempre que possível, implementar procedimento de **dupla verificação**”.*

(DGS, 2015, p.2).

E a indispensabilidade de ler o rótulo...



A realidade no contexto do Ensino Clínico

- ✓ Farmácia organizada de acordo com alerta máximo e LASA
- ✓ Uniformização dos carros de medicação de todas as salas operatórias
- ✓ Redução de níveis de *stock's* ao indispensável
- ✓ Uniformização de dosagens, para a mesma medicação

Sugestões:

- Sensibilizar para a promoção de um ambiente calmo, livre de ruído, sem interrupções aquando da preparação de medicação
- Incentivar práticas para dupla verificação independente de medicação

Sugestões (continuação)

- Incentivar ao cumprimento das Precauções Básicas do Controlo de Infecção (assegurar a manutenção da técnica assética na preparação e manipulação de fármacos);



- Manutenção da bancada organizada, existência de campo organizado e específico para o efeito

Sugestões (continuação)

- Relembrar o acesso na *intranet* para consulta da tabela de incompatibilidades terapêuticas
- Aquisição de etiquetas específicas para identificação de fármacos
- Colocação da data de validade (pela abertura) no frasco de insulina (residente na UCPA)
- Revisão/disposição da medicação na caixa de estupefacientes

Que informação o rótulo deverá conter?

- ✓ Nome do doente
- ✓ Fármaco;
- ✓ Via de administração;
- ✓ Dosagem/diluição;
- ✓ Quem preparou;
- ✓ Data e hora;



Para refletir...

- Colocação de DIB's na UCPA preparados na sala operatória...
- Se notificamos...

Segurança da Medicação: antibioterapia

- Contemplada no feixe de intervenções para prevenção Infecção local Cirúrgico;
- *"a profilaxia antibiótica cirúrgica demonstrou ser uma medida eficaz para a prevenção da infecção do local cirúrgico."*
(DGS, 2013, p.11)
- *"contribui para a redução as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM) "*
(FNSD 21-26, 2021, p.103)

Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica

Verificação da segurança cirúrgica

Antes da indução da anestesia Antes da incisão da pele Antes de fechar a pele

Perguntas

- ☒ Confirmar que todos os membros da equipa indicaram os seus nomes e funções
- ☒ Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão
- ☒ A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos
- ☒ A profilaxia tromboembólica foi administrada
- ☒ Cirurgião anuncia em voz alta
- ☒ Anestesiologista anuncia em voz alta
- ☒ Equipa de Enfermagem anuncia em voz alta
- ☒ Estão realizados exames imagiológicos essenciais ao subto

Respostas

☒ Sim

☐ Não

☐ Não se aplica

Sugestões

- ✓ Implementar que a administração do antibiótico seja realizada nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica, em todas as especialidades cirúrgicas
- ✓ Cumprir as recomendações dos laboratórios relativas às reconstituições e sua administração

Operacionalização

- ✓ Sensibilizar os intervenientes (cirurgiões, anestesistas e enfermeiros Gestores dos serviços Bloco Operatório e Serviços de Internamento) para a importância da implementação da proposta, através de reunião multiprofissional
- ✓ Elaboração de um procedimento de trabalho

ANTIBIÓTICO	LABORATÓRIO	RECONSTITUIÇÃO	ADMINISTRAÇÃO
AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÂMICO - 2,2 gr	ATRAL	Deve ser reconstituída em 20 ml de água para preparações injetáveis (este é o volume mínimo)	sem demora a solução reconstituída deve ser adicionada a 100 ml de fluido para perfusão.
AMPICILINA - 1gr	LABESFAL		-125 mg 3 a 5 minutos -250 mg 3 a 5 minutos -500 mg 3 a 5 minutos -1000 mg pelo menos 10 a 15 minutos -2000 mg pelo menos 10 a 15 minutos
CEFAZOLINA - 1gr	HIKMA	-fustar o conteúdo da ampola de solvente ao pó contido no frasco para injetáveis, agitar para dissolver bem.	

Fonte: Infarmed.

CEFOXITINA - 1 gr	HIKMA		Injeção intravenosa: Para dissolver 1g de cefoxitina em 100ml de água para injetáveis esteril, agitar até obter a dissolução completa e injetar a solução lentamente durante 3 a 5 minutos. Para a perfusão I.V., a cefoxitina 1 g deve ser dissolvida em 10 ml de água para injetáveis e depois diluída para o volume adequado (50, 100 ou 150 ml) com uma das seguintes soluções de perfusão, sem eletrólitos de cloreto 0,9%, solução de sódio 0,45% + dextrose 5%, dextrose 5%, dextrose 10%, lactato de Ringer injetável, solução de açúcar invertido a 5% ou 10%, água estéril para injetáveis.
CEFTRIAXONA	HIKMA	Ceftriaxona Hikma deve ser administrada por injeção intravenosa, após reconstituição da solução. Não devem ser utilizados solventes que contêm álcool (por ex. <u>solução de Ringer</u> ou solução de Hartmann) para reconstituir as frascos para injetáveis de ceftriaxona ou para diluir um frasco para injetável reconstituído para administração intravenosa, pois pode formar-se um precipitado.	

Fonte: Infarmed

CIPROFLOXACINA	LABESFAL	Não aplicável	Perfusão em 30 minutos.
CLINDAMICINA – 600mg	LABESFAL	300 mg, 50 ml, 10 min. 600 mg, 50 ml, 20 min. 900 mg, 100 ml, 30 min. 1200 mg, 100 ml, 40 min	A clindamicina não deve ser administrada não diluída por injeção endovenosa em bolus, mas sim por perfusão por um mínimo de <u>10-60 minutos</u> .
GENTAMICINA – 80 mg	LABESFAL	Pelo menos 1ml de soro para 1 mg de antibiótico, ou seja, no adulto: cerca de 100 a 200 ml de soro fisiológico ou glicosado isotónico	Esta perfusão pode durar entre <u>30 a 60 minutos</u> .
METRONIDAZOL – 500MG	LABESFAL	Não aplicável	Perfusão em 30 minutos.

Fonte: Infarmed

PIPERACILINA/TAZOBACTAM 4gr/0,5 gr	FRESENIUS	4 g/0,5 g (4 g de piperacilina e 0,5 g em 20 ml de solvente, que pode ser cloreto de sódio ou água para injetáveis, durante 5 a 10 ml.	As soluções reconstituídas podem ser diluídas posteriormente até perfazerem o volume desejado (ex. 50 ml a 150 ml) com um dos seguintes solventes compatíveis: - Solução injetável de cloreto de sódio a 0,9% (9 mg/ml) - Glucose a 5% PIPERACILINA/TAZOBACTAM KABI será administrado por perfusão intravenosa (gota-a-gota durante 30 minutos).
VANCOMICINA – 500mg ou 1000 mg	HIKMA	Dissolver Vancomicina Hikma 500 mg Pó em 10 ml de água para preparações injetáveis esterilizadas. Dissolver Vancomicina Hikma 1000 mg Pó em 20 ml de água para preparações injetáveis esterilizadas. Os diluentes adequados são: - Solução injetável de Glucose a 5 %. - Solução injetável de cloreto de sódio 0,9%.	A solução reconstituída contendo 500 mg de vancomicina (50 mg/ml) deve ser primeiro diluída com pelo menos 200 ml de solvente (para 5 mg/ml). A solução reconstituída contendo 1000 mg de vancomicina (50 mg/ml) deve ser primeiro diluída com pelo menos 200 ml de solvente (para 5 mg/ml). A dose desejada deve ser administrada lentamente por via intravenosa a uma taxa não superior a 10 mg/min, durante pelo menos 60 minutos, se mais.

Fonte: Infarmed.

Conclusões

- ✓ Segurança em todo o processo de preparação e administração de medicação, consegue-se pela implementação de práticas seguras.
- ✓ Ganhos em saúde para todos os elementos da equipa multiprofissional.
- ✓ A prática reflexiva, essencial à implementação de projetos de melhoria.

Obrigada

Referências Bibliográficas

- Diário da República (2021). Despacho n.º9390/2021, de 24 de setembro de 2021 – Plano Nacional de Segurança do Doente
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2012). Norma n.º 029/2012 de 29/12/2012. Precauções Básicas do Controlo da Infecção. Norma n.º029/2012 de 29/12/2012, atualizada em 31/10/2013.
- Direção Geral da Saúde (2013). Programa de prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde Portugal. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013). Norma n.º031/2013 de 31/12/2013, atualizada em 17/11/2022. Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. Norma n.º031/2013, atualizada em 17/11/2022.
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2014). Norma n.º020/2014 de 30/12/2015. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante. Norma n.º20/2014 de 30/12/2014
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015). Norma n.º 014 /2015 de 06/08/2015. Medicamentos de alerta máximo. Norma n.º014/2015 de 06/08/2015.
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015). Orientação n.º014/2015 de 17/12/2015. Processo de Gestão da Medicação. Orientação I, n.º014/2015 de 17/12/2015.

APÊNDICE VII – QUADRO SÍNTESE DE RECONSTITUIÇÃO /ADMINISTRAÇÃO DE ANTIBIOTERAPIA

ANTIBIÓTICO	LABORATÓRIO	RECONSTITUIÇÃO	ADMINISTRAÇÃO
AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÂMICO. – 2,2 gr	ATRAL	Deve ser reconstituído em 20 ml de água para preparações injetáveis (este é o volume mínimo)	Sem demora a solução reconstituída deve ser adicionada a 100 ml de fluido para perfusão.
AMPICILINA – 1gr	LABESFAL	Deve ser reconstituído em 3 ml de água para preparações injetáveis (este é o volume mínimo)	-125 mg 3 a 5 minutos -250 mg 3 a 5 minutos -500 mg 3 a 5 minutos -1000 mg pelo menos 10 a 15 minutos -2000 mg pelo menos 10 a 15 minutos
CEFAZOLINA – 1gr	HIKMA	-Juntar o conteúdo da ampola de solvente ao pó contido no frasco para injetáveis, agitar para dissolver bem.	
CEFOXITINA – 1 gr	HIKMA	Deve ser reconstituído em 10 ml de água para preparações injetáveis	Injeção intravenosa: Para dissolver 1g de cefoxitina em 10ml de Água para injetáveis estéril, agitar até obter a dissolução completa e injetar a solução lentamente durante 3 a 5 minutos Para a perfusão I.V., a cefoxitina 1 g deve ser dissolvida em 10 ml de Água para injetáveis e depois diluída para o volume adequado (50 a 100 ml) com uma das seguintes soluções de perfusão, sem cálcio: cloreto de sódio 0,9%, cloreto de sódio 0,45% + dextrose 5%, dextrose 5%, dextrose 10%, lactato de Ringer injetável, solução de açúcar invertido a 5% ou 10%, água estéril para injetáveis.
CEFTRIAXONA	HIKMA	Ceftriaxona Hikma deve ser administrada por injeção intravenosa, após reconstituição da solução. Não devem ser utilizados solventes que contêm cálcio (por ex. solução de Ringer ou solução de Hartmann) para reconstituir os frascos para injetáveis de ceftriaxona ou para diluir um frasco para injetável reconstituído para administração intravenosa, pois pode formar-se um precipitado.	
CIPROFLOXACINA	LABESFAL	Não aplicável	Perfusão em 30 minutos.
METRONIDAZOL – 500MG	LABESFAL	Não aplicável	Perfusão em 30 minutos.

ANTIBIÓTICO	LABORATÓRIO	RECONSTITUIÇÃO	ADMINISTRAÇÃO
PIPERACILINA/TAZOBACTAM 4gr/0,5 gr	FRESENIUS	4 g/0,5 g (4 g de piperacilina e 0,5 g em 20 ml de solvente, que pode ser cloreto de sódio ou água para injetáveis, durante 5 a 10 m.	As soluções reconstituídas podem ser diluídas posteriormente até perfazerem o volume desejado (ex. 50 ml a 150 ml) com um dos seguintes solventes compatíveis: - Solução injetável de cloreto de sódio a 0,9% (9 mg/ml) - Glucose a 5% PIPERACILINA/TAZOBACTAM KABI será administrado por perfusão intravenosa (gota-a-gota durante 30 minutos).
VANCOMICINA – 500mg ou 1000 mg	HIKMA	Dissolver Vancomicina Hikma 500 mg Pó em 10 ml de água para preparações injetáveis esterilizada. Dissolver Vancomicina Hikma 1000 mg Pó em 20 ml de água para preparações injetáveis esterilizada. Os diluentes adequados são :- Solução injetável de Glucose a 5 %. -Solução injetável de cloreto de sódio 0,9%	A solução reconstituída contendo 500 mg de vancomicina (50 mg/ml) deve ser primeiro diluída com pelo menos 100 ml de solvente. A solução reconstituída contendo 1000 mg de vancomicina (50 mg/ml) deve ser primeiro diluída com pelo menos 200 ml de solvente (para 5 mg/ml). A dose desejada deve ser administrada lentamente por via intravenosa a uma taxa não superior a 10 mg/min, durante pelo menos 60 minutos ou mais.

Fonte: Infarmed: Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.

**APÊNDICE VIII – PLANO DE SESSÃO E DIAPOSITIVOS:
CONTRIBUTOS DOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS NA
PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO**

Plano de Sessão

Tema: Contributos dos Enfermeiros Perioperatórios na prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

Local: Bloco Operatório Central

Data: 20 de fevereiro de 2023

Hora: 8h30m Duração: 30 m

Formadora: Enf. º Susana Pepino

Orientadora: Professora Doutora Sofia Mota

Tutores:

Objetivo Geral:

- ✓ Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, relativos à prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (ILC).

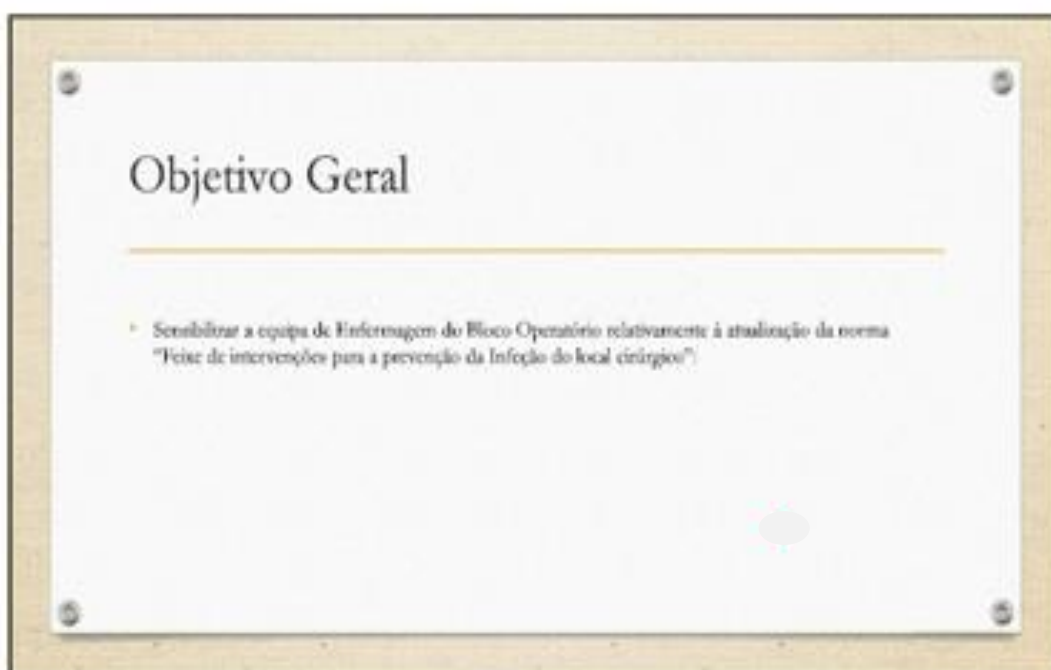
Objetivo Específicos:

- ✓ Contextualizar a temática da prevenção da ILC, baseada no Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026.
- ✓ Enquadrar a norma da Direção Geral da Saúde (DGS) no âmbito da prevenção da ILC
- ✓ Apresentar sugestões relativas à realização de ações contempladas no feixe de intervenções da prevenção da ILC, no período perioperatório.
- ✓ Refletir sobre as intervenções dos enfermeiros perioperatórios promotoras da prevenção da ILC

Resultados esperados:

- ✓ Melhoria dos cuidados de Enfermagem no âmbito da prevenção da infeção do local cirúrgico.

Conteúdos	Métodos e Técnicas	Recursos didáticos	Tempo previsto
• Apresentação do tema • Objetivos	Exposição / Discussão	Televisão	5 minutos
Contextualização da temática: ✓ Enquadramento da Normas DGS e PNISD 21/26. ✓ Sensibilização para adoção de práticas promotoras para prevenção de ILC ✓ Apresentação de sugestões de intervenções de enfermagem, relacionadas com a prevenção de ILC.	Exposição / Discussão	Televisão	20 minutos
• Avaliação da sessão		Formulário Google Forms	5 minutos



Objetivos Específicos

- ✓ Enquadrar as práticas fundamentadas na norma emitida pela Direção Geral da Saúde
- ✓ Contextualizar a temática da Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico, (ILC), baseada no Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026
- ✓ Apresentar atualizações da norma relativa à prevenção ILC
- ✓ Contextualizar as intervenções de enfermagem promotoras de prevenção da ILC.

Resultados esperados:

- ✓ Melhoria dos cuidados de Enfermagem no âmbito da prevenção da infecção do local cirúrgico.

Índice

- Enquadramento da Norma nº020/2015 da DGS e do PNSD 2021/2026
- Contextualizar ILC, relativamente às causas, fatores de risco e contexto de prestação de cuidados
- Apresentação das atualizações da referida norma.

“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

Norma 020/2015, atualizada em 17/11/2022

- Contextualiza a adoção de práticas relacionadas com a prestação de

“cuidados hospitalares, hospitalização domiciliária, cuidados domiciliários, ambulatório, cuidados de saúde primários, unidades de internamento de cuidados continuados e unidades de cuidados paliativos”

(DGS, 2015, p.3)

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021/2026

- Pilar 5 “Práticas Seguras em Ambientes Seguros”



Objetivo Estratégico 5.3

“reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)”

(PNSD, 2021, p.105)

Infeção Local Cirúrgico (ILC)

“Causa multifatorial estando relacionada com a condição do doente, com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico envolvido”

(DGS, 2015, p. 9)

Pode ocorrer na incisão cirúrgica ou proximidade, e no caso de colocação de próteses, até aos **três meses** depois da intervenção cirúrgica.

Fatores de risco

- **Não modificáveis:**

- ✓ Idade
- ✓ Patologia associadas severidade da doença
- ✓ Classificação da ferida

- **Modificáveis:**

- ✓ Dependentes da atuação da equipa multiprofissional

O “Feixe de Intervenções”



As atualizações

- Os elementos do “Feixe de Intervenções” foram organizados pelas 3 fases do período perioperatório.

Elementos de Feixe de Intervenções	Ações para implementação e melhoria
	INTERVENÇÕES NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO
Rastreio de SAMR e, se positivo, descolonização	1. Rastreio de <i>Staphylococcus aureus</i> metilicina resistente (SAMR) e descolonização, quando indicado, das cirurgias de elevado risco para infeção causadas por <i>Staphylococcus aureus</i> (Categoria B) ^{(1)-(3,7,8,9,10)} (consultar Norma da Direção-Geral da Saúde). Todos os doentes portadores de <i>Staphylococcus aureus</i> , em particular, os doentes de cirurgia cardíaca e ortopédica, devem receber aplicação intranasal peri-operatória de pomada de mupirocina a 2% durante 5 dias consecutivos, com ou sem banho com CHD a 2% (Categoria II) ^{(1)-(3,7,11)} . Restantes Doentes: Considerar a descolonização pré-operatória dos doentes com aplicação tópica nasal de mupirocina, com ou sem banho com CHD a 2%, antes de procedimentos em que o <i>Staphylococcus aureus</i> possa ser uma causa provável de infeção (Categoria II) ^{(1)-(8,11-12)} . Esta decisão é baseada na avaliação de risco do doente que deve ser determinado localmente, considerando o tipo de procedimento. Quando indicado, a descolonização com mupirocina nasal e banho com CHD a 2% poderá ser aplicado nos dois dias antes da cirurgia e nos três dias seguintes à mesma (Categoria I) ⁽¹⁾ .
Banho Pré-Operatório com CHD a 2-4%	Realizar banho com CHD a 2-4% na noite anterior ao dia da cirurgia e na véspera e no dia da cirurgia (a 2 horas antes da cirurgia) (Categoria B) ⁽¹⁾⁻⁽³⁾ . 3. O banho pré-operatório, deve ser documentado no processo do doente e verificado no momento de transferência para o bloco operatório (Categoria II) ^(8,13) .

INTERVENÇÕES NO PERÍODO PRÉ E INTRA-OPERATÓRIO	
Quando necessária tricetomia realizar com máquina de corte de uso único	1. Não realizar tricetomia por rotina. Quando absolutamente necessário, deve ser realizado imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único (Categoria IA) ^(3,7,8,11) .
Profilaxia Antibiótica Cirúrgica	1. A profilaxia antibiótica cirúrgica está indicada em doentes antes de cirurgia limpa envolvendo a colocação de uma prótese ou implante, cirurgia limpa contaminada e cirurgia contaminada ^(3,4,10,12) (consultar Norma da Direção-Geral da Saúde). a) A administração da profilaxia antibiótica cirúrgica: profilaxia antibiótica cirúrgica é efetuada nos 60 minutos (120 minutos, no caso de venoclísis) que antecedem a cirurgia, com dose ajustada a peso e IMC do doente de modo a assegurar níveis teciduais adequados na altura da incisão cirúrgica, e deve estar administrada antes da incisão (Categoria IA) ^(3,4,10,12). b) Em dose única ou durante um período máximo de 24 horas (Categoria IA). c) Readministrar terapêutica antibiótica em doentes submetidos a cirurgias prolongadas, para manter nível adequado térmico e tecidual, com base na seriedade do antibiótico (consultar Norma da Direção-Geral da Saúde) (Categoria IA). d) Na cirurgia colorretal eletiva, adicionar profilaxia antibiótica por via oral à prescrita por via endovenosa (IV), independentemente de realização ou não de preparação mecânica do intestino (Categoria IA) ^(3,4,10). 2. Para os doentes colonizados por microrganismos multiresistentes (MDR) ou pan-resistentes (ODR) no, ou perto do local cirúrgico, deve estabelecer-se uma profilaxia antibiótica cirúrgica específica (Categoria IB). 3. Na verificação da administração da profilaxia antibiótica cirúrgica, aplica-se a seguinte lista de verificação (Categoria IC): a) Antibiótico ou protocolo aplicado; b) Hora de administração do antibiótico; c) Hora de incisão cirúrgica; d) Hora de reforço do antibiótico; e) Hora de fim da cirurgia.

Preparação da pele do doente	1. Realizar preparação antisséptica da pele do doente imediatamente antes da incisão, com técnica correta, e com uma solução de CHD a 2% ou álcool a 70%, a menos que seja contraindicada (Categoria IA) ^(3,7,10,11). 2. O tempo de fricção e secagem total da solução antisséptica usada devem ser respeitados de acordo com as instruções do fabricante (Categoria IA) ^(3,7,10,11). 3. A aplicação de betante microbiano imediatamente após a preparação intraoperatória da pele, como medida de prevenção de IIC, não é necessária (sem recomendação/questão não Resolvida) ^(3,7). 4. Garantir a esterilização do campo operatório (Categoria IB) ^(3,7,10). 5. Garantir o cumprimento de técnica asséptica durante todo o tempo em que decorre o procedimento cirúrgico. 6. A higiene das mãos (preparação pré-cirúrgica dos membros superiores) deve ser realizada com sabão antimicrobiano ou SABA, de preferência um antisséptico com ação residual e antes de calçar as luvas estéreis (Categoria IB) ^(3,7,10,11) (consultar Norma da Direção-Geral da Saúde). 7. Mudar de luvas, de acordo com protocolo definido e nível local no decorrer da cirurgia, na transição de uma área (sem maior grau de contaminação) para uma área menos contaminada (Categoria IB) ^(3,7,10,11).
Manter a homeotermia intra-operatória do doente	1. Aquecimento: a) Manter normotermia do doente durante o procedimento cirúrgico (Categoria IA) ^(3,5,6,7,10,11,12,13); a temperatura deve ser de 36°C ou mais, antes da transferência para o bloco, antes e durante a cirurgia e na área de recuperação. b) Em doentes cirúrgicos anestesiados, a prevenção e a correção da hipotermia devem ser iniciadas 1-2 h antes do início da anestesia. A hipotermia leve, moderada e grave devem ser monitorizadas a cada 15 minutos, a cada 5 minutos continuamente, respetivamente ^(3,5). c) Os sistemas de aquecimento ativo e passivo combinados são eficazes para prevenção e gestão peri-operatória da hipotermia (Categoria IC) ^(3,5,7,9), devendo ser efetuada o registo do tipo de aquecimento utilizado no processo de gestão do doente. 2. Controlo glicémico: a) Manter o controlo glicémico em doentes com e sem diabetes (Categoria IA) ^(3,8,9,11,12,13,14). b) Não administrar insulina por rotina a doentes sem diabetes para otimizar a glicemia no pós-operatório, como forma de reduzir o risco de IIC (Categoria E) ^(3,5,7,9).

	3. Oxigenação: Monitor oxigenoterapia ideal durante a cirurgia e na recuperação, para garantir saturação periférica de oxigénio (SpO₂) ≥95% (Categoria IB); ou o mais elevada possível na presença de insuficiência respiratória de base (B.5.03.0). 4. Normovolemia: a) Monitorização hemodinâmica não invasiva direcionada por objetivos (Categoria I) ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾, contribuindo para a perfusão tecidual adequada durante a cirurgia; b) Em doente com cirurgia complexa ou de alto risco, poderá ser necessária a monitorização cardíaca avançada (Categoria II) ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁵⁾.
--	--

	INTERVENÇÕES NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO Manter a homeostase pós-operatória do doente 1. Manter a vigilância do estado geral do doente até completa recuperação (Categoria IC) e da ferida operatória e penso (Categoria I) ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾. 2. Manter a homeostasia do doente (manter normotermia (Categoria IB) ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾, normoflexmia (a) ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾ mg/dl nos 24 horas seguintes à cirurgia) (Categoria IB) ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾ e saturação periférica de oxigénio (SpO₂) ≥ 95% (Categoria IB) ⁽¹⁾⁽²⁾ no período pós-operatório imediato), a seguir à extubação, após anestesia geral com intubação endotraqueal em doente com função pulmonar normal. Técnica asséptica nos cuidados da ferida 1. Higienizar as mãos antes e após realização do penso (Categoria IB) ⁽¹⁾⁽²⁾, equivalente a 2" e 4" momentos da OMS respectivamente (consultar Norma da Direção-Geral da Saúde). 2. Usar técnica asséptica, incluindo técnica de touch, para mudar ou remover os pontos de ferida cirúrgica (Categoria IB) ⁽¹⁾⁽²⁾. 3. Caracterizar para o doente o manuseio durante pelo menos 48 horas após a cirurgia (Categoria II) ⁽¹⁾⁽²⁾. 4. Oferecer, aos doentes e cuidadores, informações e conselhos adequados em todos os fases dos seus cuidados. Os doentes e cuidadores devem ser informados sobre como cuidar da ferida cirúrgica em casa após alta e como reconhecer os primeiros sinais de infeção (vermelhidão, febre, edema, dor) (Categoria II) ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾.
--	---

A operacionalização

- Com os recursos existentes (materiais e humanos)
- Sugestões

PRÉ-OPERATÓRIO

Rastreio de SAMR, e se positivo descolonização

- ✓ Segundo GCL-PPCIRA, o rastreio iniciar-se-á em doentes propostos para cirurgia ortopédica, em concreto para colocação de próteses.
- ✓ Disponibilização na UCPA de toalhas e toucas (higiene cabelo) para doentes que possam ser transferidos para UCI.

Banho pré-operatório com CHD a 2-4%

- ✓ Validação do banho pré-operatório (nos dois momentos preconizados) aquando da admissão
- ✓ Para doentes submetidos a cirurgia em contexto de urgência, realizar lavagem pré-cirúrgica com CHG 4% e registo da intervenção em "Risco de infeção".
- ✓ Envolver as Assistentes Operacionais (referem desconhecer o motivo da realização)

INTRA-OPERATÓRIO	
Tricotomia	✓ Quando possível realizá-la na sala de pré-anestesia, mantendo a privacidade do doente.
Antibioterapia	✓ Administração no Bloco Operatório, nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica ✓ Registo da administração no check-list do BSimple e validação SClínico ✓ Identificação completa da medicação (rótulo)
Preparação pele doente	✓ Sempre que possível, realizar a pré-desinfecção sem paramentação (instrumentistas não a devem realizar) ✓ Manter boas práticas (colocação campos, circulação de acordo com a manutenção da assepsia)

Manter homeostasia Intraoperatória	NORMOTERMIA ✓ Implementar pré-aquecimento, sempre que possível (1 a 2 horas antes) ou no período máximo possível. ✓ Combinação de dispositivos (exemplo: colchão/aquecedores fluidos; sistema de ar quente/aquecedor fluidos). ▪ Sempre disponível em cada sala: o aquecedor de fluidos. ▪ Ideal: um colchão por sala. ✓ Gestão de recursos existentes, com base nos fatores de risco que o doente apresenta. ✓ Utilização de termómetro esofágico, nas cirurgias que o justifique (complexidade, tempo previsto, perdas hemáticas elevadas) ✓ Registos das intervenções realizadas CONTROLO GLUCÉMICO ✓ Monitorização glicémia capilar OXIGENAÇÃO ✓ Avaliação da necessidade de aporte de oxigénio (SpO₂) NORMOVOLÉMIA ✓ Monitorização hemodinâmica não invasiva
------------------------------------	--

PÓS-OPERATÓRIO	
Manter a homeostasia pós-operatória	✓ Vigilância do estado geral ✓ <u>Oxigenoterapia</u>, dependente da avaliação ✓ Medidas de homeostasia de intraoperatório em continuidade no pós-operatório
Técnica assética nos cuidados da ferida operatória	✓ Higienização nos 5 momentos preconizados ✓ Se necessidade de realizar o penso, usar técnica assética.

O contributo da CPOE

- Permitia garantir o cumprimento do *item* do banho, tal como a norma o recomenda

“na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia, com duas ou mais horas antes da cirurgia”

(DGS, 2015, p.17)

E a envolvente do ambiente do BO?

- Evitar a entrada de elementos “extraequipa” na sala (abertura frequente de portas, pelas distrações, pelo aumento do número de pessoas na sala)

(AORN, 2018)

- Utilização de EPI's (máscaras, toucas)

(AORN, 2018)

- Mudanças de roupa para circulação fora do Bloco

Conclusões

- ✓ A prevenção de complicações associadas aos cuidados de saúde, deverá ser a pedra basilar da intervenção do enfermeiro perioperatório.
- ✓ Porém, todos os elementos da equipa multiprofissional têm a responsabilidade de proporcionar um ambiente seguro ao doente cirúrgico, que está numa situação vulnerável, a nível psicológico e a nível físico.

Obrigada.

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde (2015) - Norma 020/2015 de 15/12/2015 "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico, atualizada a 17/11/2022
- <https://www.aornguidelines.org/guidelines/content?sectionid=173717350&expand=true>
- Regulamento nº429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista - Anexo IV Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Diário da República, 2ª série, nº 135 (19359- 19370)

**APÊNDICE IX –: GRELHAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS DE
MELHORIA: SEGURANÇA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS,
SEGURANÇA DA MEDICAÇÃO E PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL
CIRÚRGICO**

Grelha 1 – Avaliação da “Segurança na Transição de Cuidados”

	ENTREGA DO DOCUMENTO ORIENTADOR AO ENFº DE ANEST.	SEQUÊNCIA DA INFORMAÇÃO TRANSMITIDA	ÊNFASE NAS INTERVENÇÕES DE ENF./DE	ITENS SATISFAZEM NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO ?
OBSERV.1 (SALA/UCPA)	SIM	A DO DOCUMENTO	“DOR”	SIM
OBSERV.2 (SALA/UCI)	NÃO	IASA (*)	“DOR” “HIPOTERMIA” “ANSIEDADE”	SIM
OBSERV.3 (UCPA/SI)	NÃO	IASA (*)	“DOR”	SIM
OBSERV.4 (SALA /UCPA)	NÃO	IASA (*)	“DOR”	SIM
OBSERV. 5 (SALA/UCPA)	SIM	A DO DOCUMENTO	“DOR” “ANSIEDADE”	SIM
OBSERV. 6 (UCPA/UCPA)	NÃO	IASA (*)	“DOR”	SIM
OBSERV. 7 (UCPA/UCPA)	NÃO	IASA (*)	“DOR”	SIM
OBSERV. 8 (SALA/UCPA)	NÃO	IASA (*)	“DOR”	SIM
OBSERV. 9 (UCPA/SI)	NÃO	IASA (*)	“DOR”	SIM
OBSERV. 10 (SALA/UCPA)	NÃO	IASA (*)	“DOR”	SIM

(*) – IASA - identificação, antecedentes, situação atual e avaliação.

Grelha 2 – Avaliação “Segurança da Medicação”

	ORGANIZAÇÃO DA BANCADA DE PREPARAÇÃO DA MEDICAÇÃO	ROTULAGEM COMPLETA DAS DILUIÇÕES	DUPLA VERIFICAÇÃO DE MEDICAÇÃO	ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO NO BO
OBSERV.1 (SALA)	SIM	NÃO APLICÁVEL (*)	SIM	NÃO
OBSERV.2 (UCPA)	SIM	NÃO (APENAS NOLOTIL 800 E TRAMAL 100)	NÃO	NÃO APLICÁVEL
OBSERV.3 (UCPA)	SIM	NÃO	NÃO	NÃO APLICÁVEL
OBSERV.4 (SALA)	SIM	NÃO	NÃO	PRÉ-INDUÇÃO
OBSERV.5 (SALA)	SIM	NÃO (SACO DO SORO)	SIM	NÃO
OBSERV.6 (SALA)	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
OBSERV.7 (UCPA)	SIM	NÃO	NÃO	NÃO APLICÁVEL
OBSERV.8 (UCPA)	SIM	NÃO	NÃO	NÃO APLICÁVEL
OBSERV.9 (SALA)	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
OBSERV.10 (SALA)	SIM	NÃO (SACO DO SORO)	NÃO	NÃO

(*) - só foi administrado paracetamol

(**) – adrenalectomia e tireoidectomia (por bócio)

Grelha 3 – Avaliação “Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico”

	TRICOTOMIA IMEDIATAMENTE ANTES DA INCISÃO	CONFIRMAÇÃO DOIS BANHOS PRÉ OPERATÓRIOS	DESINFECÇÃO LOCAL CIRURGICO (respeitar o tempo de secagem)	DISPOSITIVOS DE AQUECIMENTO
OBSERV.1	NÃO APLICÁVEL	SIM	SIM	SIM
OBSERV.2	NÃO APLICÁVEL	SIM	SIM	SIM
OBSERV.3	NÃO APLICÁVEL	SIM	SIM	SIM
OBSERV.4	NÃO APLICÁVEL	SIM	SIM	SIM
OBSERV. 5	NÃO APLICÁVEL	SIM	SIM	SIM
OBSERV. 6	NÃO APLICÁVEL	SIM	SIM	SIM
OBSERV. 7	NÃO APLICÁVEL	SIM	SIM	SIM
OBSERV. 8	NÃO	NÃO	SIM	SIM
OBSERV. 9	NÃO APLICÁVEL	SIM	SIM	SIM
OBSERV. 10	NÃO APLICÁVEL	NÃO	SIM	SIM

APÊNDICE X – AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE MELHORIA



MELHORIA CONTÍNUA

- As intervenções relacionadas com práticas de melhoria contínua surgem da avaliação efetuada da prática e do potencial existente nos contextos para a implementação de medidas que visam a qualidade dos cuidados.
- No âmbito da frequência do Ensino Clínico, foram apresentadas sugestões relativamente à melhoria da comunicação na transição de cuidados, à adoção de práticas seguras relativamente à administração de medicação e à prevenção da ILC.

Relembrando que

- Os conteúdos abordados estão sustentados em Normas emitidas pela Direção Geral de Saúde

- O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026

"é uma ferramenta de apoio a gestores de topo, lideranças intermédias, comissões de qualidade e segurança, gestores de risco e profissionais de saúde, exigindo um envolvimento ativo(...) de modo a aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo presente o foco no doente(...)."

(Despacho n.º 9390/2021, p.98)

ISBAR

Realização de 10 observações, aleatórias, em diferentes momentos de transição de cuidados

- Objetivos
 - Identificar a sequência da transmissão da informação
 - Identificar se é dada ênfase às intervenções de enfermagem, face aos diagnósticos identificados no período perioperatório
 - Identificar se quem recebe a informação, tem necessidade de questionar, completar informação relevante?

	ENTRESSA DO DOCUMENTO ORIENTADOR AO ENFERMEIRO DE ANESTESIA	SEQUÊNCIA DA INFORMAÇÃO TRANSMITIDA	ÊNFASE NAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	NECESSIDADE DE QUESTIONAR?
OBSEV.1 (SALA/UCP)	N/A	N/A (SALA/UCP)	"DOF"	N/A
OBSEV.2 (SALA/UCP)	N/A	N/A (*)	"DOF" "PROFUSÃO" "ANESTESIA"	N/A
OBSEV.3 (UCP/UCP)	N/A	N/A (*)	"DOF"	N/A
OBSEV.4 (SALA/UCP)	N/A	N/A (*)	"DOF"	N/A
OBSEV.5 (SALA/UCP)	N/A	N/A (SALA/UCP)	"DOF" "ANESTESIA"	N/A
OBSEV.6 (UCP/UCP)	N/A	N/A (*)	"DOF"	N/A
OBSEV.7 (UCP/UCP)	N/A	N/A (*)	"DOF"	N/A
OBSEV.8 (SALA/UCP)	N/A	N/A (*)	"DOF"	N/A
OBSEV.9 (UCP/UCP)	N/A	N/A (*)	"DOF"	N/A
OBSEV.10 (SALA/UCP)	N/A	N/A (*)	"DOF"	N/A

IASA (*) - Identificação, antecedentes, situação atual + avaliação

Estratégias

- Entrega do guião ao enfermeiro de anestesia, aquando da transição de cuidados
- Transmissão de informação de acordo com os itens e sequência definida no guião

Conclusões

- O foco da intervenção de enfermagem está na “dor”
- Não havendo necessidade de questionamento, os itens definidos para a transmissão de informação revelaram-se adequados para a garantia da continuidade de cuidados
- A sequência da informação, utilizada pela equipa de enfermagem foi na maioria das vezes: Identificação, Antecedentes, Situação atual e Avaliação

SEGURANÇA DA MEDICAÇÃO

- Realizadas 10 observações de práticas relacionadas com a preparação e administração de medicação, com os objetivos de verificar:
 - ✓ Organização da bancada de preparação da medicação
 - ✓ Rotulagem das diluições
 - ✓ Dupla verificação de medicação
 - ✓ Antibiótico (se administrado no Bloco Operatório).

	ORGANIZAÇÃO DA SANCADA DE PREPARAÇÃO DA MEDICAÇÃO	ROTULAGEM COMPLETA DAS DILUIÇÕES	DUPLA VERIFICAÇÃO DE MEDICAÇÃO	ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO NO BO
GRUPO 1 (N/A)	sim	não aplicável (?)	sim	não
GRUPO 2 (N/A)	sim	não (NÃO SE ENCONTRA NA FARMÁCIA)	não	não aplicável
GRUPO 3 (N/A)	sim	não	não	não aplicável
GRUPO 4 (N/A)	sim	não	não	não aplicável
GRUPO 5 (N/A)	sim	não (NÃO SE ENCONTRA NA FARMÁCIA)	sim	não
GRUPO 6 (N/A)	sim	não	não	não
GRUPO 7 (N/A)	sim	não	não	não aplicável
GRUPO 8 (N/A)	sim	não	não	não aplicável
GRUPO 9 (N/A)	sim	não	não	não
GRUPO 10 (N/A)	sim	não (NÃO SE ENCONTRA NA FARMÁCIA)	sim	não

Estratégias

- Reforçar a necessidade de aquisição de etiquetas “pré-feitas”, no sentido de motivar a realização de prática segura
- Promover o conhecimento junto dos responsáveis de serviço (diretores de serviço e enfermeiros gestores) das não conformidades no cumprimento da antibioterapia profilática cirúrgica. Neste sentido, três equipas de Unidades Funcionais distintas já foram sensibilizadas para tal (Endócrinas, ColoRetal e SupraMesoCólica)
- Realizado procedimento de trabalho - aguarda aprovação.

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO

Realização de 10 observações de práticas relacionadas com a implementação de intervenções, no que se refere a:

- Realização da tricotomia imediatamente antes da incisão
- Confirmação dois banhos pré-operatórios
- Respeitar tempo de secagem do antisséptico
- Utilização de dispositivos de aquecimento.

	TRICOTOMIA IMEDIATAMENTE ANTES DA INCISÃO	CONFIRMAÇÃO DOS BANHOS PRÉ- OPERATÓRIOS	DESINFECÇÃO LOCAL CIRÚRGICO (respeitar o tempo de secagem)	DISPOSITIVOS DE AQUECIMENTO
OBSERV. 1	Não aplicado	Sim	Sim	Sim
OBSERV. 2	Não aplicado	Sim	Sim	Sim
OBSERV. 3	Não aplicado	Sim	Sim	Sim
OBSERV. 4	Não aplicado	Sim	Sim	Sim
OBSERV. 5	Não aplicado	Sim	Sim	Sim
OBSERV. 6	Não aplicado	Sim	Sim	Sim
OBSERV. 7	Não aplicado	Sim	Sim	Sim
OBSERV. 8	Não	Não	Sim	Sim
OBSERV. 9	Não aplicado	Sim	Sim	Sim
OBSERV. 10	Não aplicado	Não	Sim	Sim

Estratégias

- Sugestão de deixar residente na sala operatória o aquecedor de fluídos
- Conjugação e combinação mais efetiva de dispositivos, face ao posicionamento, por exemplo
- Pré-aquecimento dos doentes, explicando-lhes o motivo
- Ponto negativo: avaria do único colchão térmico existente no serviço

UCPA

- Na UCPA, a manutenção da homeostasia é prioridade, pelo que é garantido o controlo da temperatura corporal e níveis de oximetria periférica superior a 95% (em doentes submetidos a anestesia geral com intubação endotraqueal e com patologia respiratória).

Conclusões

- A prática baseada na evidência conduz a processos seguros para o doente
- Os profissionais pela realização sistemática de intervenções seguras baseadas nas evidências, garantem a segurança do doente, prevenindo a ocorrência de incidentes associados aos cuidados de saúde

Obrigada.

APÊNDICE XI – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS SOBRE OS CUIDADOS INERENTES AO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO

Assunto: Pedido de Colaboração para Questionário

Exmo. Sr. En^h./Sr^a. En^h., agradecemos a vossa disponibilidade para colaborar neste estudo.

O posicionamento cirúrgico é parte integrante dos cuidados perioperatórios, pelo que a intervenção do enfermeiro perioperatório é fundamental para a redução e a prevenção de lesões decorrentes do mesmo, garantido assim, a segurança nos cuidados prestados.

Os primeiros itens do questionário - secção 1- estão relacionados com dados sociodemográficos, estando os restantes - secção 2- relacionados com a temática do estudo.

Leia atentamente cada item, no qual deverá atribuir um valor de 1 a 5, onde o 1 corresponde a "discordo totalmente" e o 5, a "concordo totalmente".

A validação da sua participação é garantida pelo consentimento informado, item que tem caráter de obrigatoriedade de resposta.

Consideramos que a realização deste estudo irá contribuir para o desenvolvimento de conhecimento no âmbito dos cuidados inerentes ao posicionamento cirúrgico.

Obrigada pela sua participação.

** Indica uma pergunta obrigatória.*

1. Consentimento Informado *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Aceito participar de forma esclarecida no questionário
- ☐ Não aceito participar

2. 1 - Género

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Masculino
☐ 2 - Feminino

3. 2 - Idade

4. 3 - Habilitações Literárias

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Bacharelato
☐ 2 - Licenciatura
☐ 3 - Mestrado
☐ 4 - Doutoramento

5. 3.1 - Especialidade

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Enfermagem Comunitária
☐ 2 - Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
☐ 3 - Enfermagem de Saúde Familiar
☐ 4 - Enfermagem Médico - Cirúrgica - Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
☐ 5 - Enfermagem Médico - Cirúrgica - Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
☐ 6 - Enfermagem Médico - Cirúrgica - Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
☐ 7 - Enfermagem Médico - Cirúrgica - Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica
☐ 8 - Enfermagem de Reabilitação
☐ 9 - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
☐ 10 - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
☐ 11 - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

6. 4 - Tempo Exercício Profissional (anos)

7. 5 - Tempo Exercício Profissional no Bloco Operatório (anos)

Secção sem título

8. 1 - Deve ser realizada uma avaliação pré-operatória para identificar o risco acrescido de lesão decorrente do posicionamento cirúrgico e dos fatores de risco individuais do doente.

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
☐ 2 - Discordo
☐ 3 - Indeciso
☐ 4 - Concordo
☐ 5 - Concordo totalmente

9. 2 - O risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico é semelhante, quer para doentes com IMC elevado, quer para doentes com IMC baixo.

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
☐ 2 - Discordo
☐ 3 - Indeciso
☐ 4 - Concordo
☐ 5 - Concordo totalmente

10. **3 - No plano de cuidados, o enfermeiro perioperatório deve garantir a disponibilidade dos dispositivos médicos necessários ao posicionamento cirúrgico e de acordo com as necessidades do doente.**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
- ☐ 2 - Discordo
- ☐ 3 - Indeciso
- ☐ 4 - Concordo
- ☐ 5 - Concordo totalmente

11. **4 - O enfermeiro perioperatório deve avaliar os dispositivos médicos necessários ao posicionamento cirúrgico, quanto à sua integridade, funcionalidade e limpeza, previamente à sua utilização.**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
- ☐ 2 - Discordo
- ☐ 3 - Indeciso
- ☐ 4 - Concordo
- ☐ 5 - Concordo totalmente

12. **5 - Durante o posicionamento cirúrgico deverá ser garantido em continuidade, a permeabilidade dos dispositivos de drenagem, o acesso às vias de administração de terapêutica, à monitorização dos parâmetros vitais e manutenção da permeabilidade da via aérea.**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
- ☐ 2 - Discordo
- ☐ 3 - Indeciso
- ☐ 4 - Concordo
- ☐ 5 - Concordo totalmente

13. **6 - No momento do posicionamento deverá existir a colaboração dos diferentes elementos da equipa multiprofissional.**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
- ☐ 2 - Discordo
- ☐ 3 - Indeciso
- ☐ 4 - Concordo
- ☐ 5 - Concordo totalmente

14. **7 - Deve ser garantida a privacidade do doente durante o posicionamento cirúrgico.**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
- ☐ 2 - Discordo
- ☐ 3 - Indeciso
- ☐ 4 - Concordo
- ☐ 5 - Concordo totalmente

15. **8 - A responsabilidade do posicionamento é exclusiva do cirurgião.**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
- ☐ 2 - Discordo
- ☐ 3 - Indeciso
- ☐ 4 - Concordo
- ☐ 5 - Concordo totalmente

16. **9 - Deverão ser realizados registos no processo clínico do doente relativos ao tipo de posicionamento, aos dispositivos médicos utilizados, ao tempo que o doente esteve posicionado e à identificação dos elementos que posicionaram o doente.**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
- ☐ 2 - Discordo
- ☐ 3 - Indeciso
- ☐ 4 - Concordo
- ☐ 5 - Concordo totalmente

17. **10 - Os incidentes decorrentes do posicionamento cirúrgico devem ser formalmente notificados.**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
- ☐ 2 - Discordo
- ☐ 3 - Indeciso
- ☐ 4 - Concordo
- ☐ 5 - Concordo totalmente

18. **11 - Na mobilização da mesa operatória, deve verificar-se que os restantes equipamentos de apoio ao procedimento cirúrgico estão a uma distância de segurança para não causar dano ao doente.**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
- ☐ 2 - Discordo
- ☐ 3 - Indeciso
- ☐ 4 - Concordo
- ☐ 5 - Concordo totalmente

19. **12 - A abdução máxima permitida para posicionamento dos membros superiores é de 90°.**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
- ☐ 2 - Discordo
- ☐ 3 - Indeciso
- ☐ 4 - Concordo
- ☐ 5 - Concordo totalmente

20. **13 - No posicionamento em decúbito dorsal, os membros superiores quando colocados em abdução, devem permanecer em posição supina nos respetivos apoios.**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
- ☐ 2 - Discordo
- ☐ 3 - Indeciso
- ☐ 4 - Concordo
- ☐ 5 - Concordo totalmente

21. **14 - Os joelhos devem permanecer fletidos a 10° para posicionamento de decúbito dorsal.**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
- ☐ 2 - Discordo
- ☐ 3 - Indeciso
- ☐ 4 - Concordo
- ☐ 5 - Concordo totalmente

22. **15 - Os joelhos devem permanecer fletidos a 30° para posicionamento de Fowler e semi-Fowler.**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
- ☐ 2 - Discordo
- ☐ 3 - Indeciso
- ☐ 4 - Concordo
- ☐ 5 - Concordo totalmente

23. **16 - A permanência em posição de Trendelemburg deve ser minimizada tanto quanto possível.**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
- ☐ 2 - Discordo
- ☐ 3 - Indeciso
- ☐ 4 - Concordo
- ☐ 5 - Concordo totalmente

24. **17 - Na posição de decúbito lateral deve minimizar-se a flexão da mesa operatória, dentro dos limites possíveis.**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1 - Discordo totalmente
- ☐ 2 - Discordo
- ☐ 3 - Indeciso
- ☐ 4 - Concordo
- ☐ 5 - Concordo totalmente

