



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

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

Sofia Clara de Oliveira Pinto

A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS
PERIOPERATÓRIOS SOBRE O
RISCO DO FUMO CIRÚRGICO NA
SALA DE OPERAÇÕES

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

**A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS
PERIOPERATÓRIOS SOBRE O RISCO DO FUMO
CIRÚRGICO NA SALA DE OPERAÇÕES**

Relatório Final de Estágio

Sofia Clara de Oliveira Pinto

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 do Professor Mestre Jorge Moreira

Oliveira de Azeméis 2024

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota." - Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Mestre Jorge Moreira, pela colaboração, disponibilidade e suporte ao longo deste percurso.

Ao enfermeiro Tutor, pela partilha de saberes e pelos momentos de reflexão que contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional durante este percurso.

À minha chefe e à minha equipa, pela disponibilidade para alterações de horários, e por me aguentarem nos momentos de maior cansaço durante todo este percurso.

Ao meu marido **Pedro** e aos meus filhos **Gabriel** e **Catarina** pela compreensão da minha ausência nesta fase e pelo apoio incondicional e imprescindível. Vocês são o meu pilar e a minha força para continuar a querer ser mais e melhor.

Aos meus **Pais** pela motivação e apoio em todos os momentos de cansaço.

A todos, muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP: Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN: *Association of periOperative Registered Nurses*

BO: Bloco Operatório

COVs: Constituintes Orgânicos Voláteis

EEEMC: Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI: Equipamentos de Proteção Individual

ESSNCVP: Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

ILC: Infecções no Local Cirúrgico

LVT: Lisboa e Vale do Tejo

MCQ: Melhoria Contínua da Qualidade

MPFP: Modelo Perioperatório Focado no Paciente

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial da Saúde

PNDS: *Perioperative Nursing Data Set*

PNSD: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSPo: Pessoa em Situação Perioperatória

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SO: Salas de Operações

TO: *Time-Out*

ULPA: Filtros de Partículas de Alta Eficiência

RESUMO

A especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória insere-se na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, e tem como foco principal a prestação de cuidados holísticos, de qualidade e segurança, sustentados pela prática baseada na evidência. Este documento tem como objetivo demonstrar a aquisição de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica Perioperatória, tanto na vertente de estágio como na de investigação. Na primeira parte, aborda-se a componente de estágio, que inclui o enquadramento dos contextos hospitalares vivenciados numa unidade da zona norte de Portugal, mais concretamente num bloco operatório de cirurgia ambulatória. Foram definidos os seguintes objetivos de estágio: Identificar uma necessidade formativa do serviço e elaborar uma formação de modo a solucionar a mesma, contribuindo para a melhoria dos cuidados perioperatórios aí prestados; Desenvolver competências especializadas na prevenção do controlo de infeção durante os procedimentos operatórios; Elaborar *preference cards* dos procedimentos realizados na especialidade de ortopedia, de modo a reduzir ou eliminar a ocorrência de falhas e/ou erros, fomentando a segurança desses mesmos procedimentos. Esta experiência permitiu o desenvolvimento de competências especializadas na área do perioperatório e a aplicação de práticas centradas na pessoa em situação perioperatória. Considera-se que, através deste estágio, foram atingidas as competências de mestre, assim como as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e os objetivos delineados no início deste percurso tão importante. Na segunda parte, destaca-se a componente de investigação, que envolveu um estudo qualitativo com recurso a *focus group* para explorar a perceção dos enfermeiros perioperatórios sobre os riscos associados à exposição ao fumo cirúrgico, bem como as práticas de mitigação adotadas nos blocos operatórios. Os resultados deste estudo revelaram que, embora os enfermeiros reconheçam os riscos do fumo cirúrgico, a implementação de medidas preventivas enfrenta barreiras de carácter organizacional e operacional. Face ao exposto, recomenda-se o desenvolvimento de políticas institucionais mais rigorosas e a promoção de uma cultura de segurança no BO.

Palavras-chave: *Enfermagem Perioperatória, Fumo Cirúrgico, Risco, Bloco Operatório.*

ABSTRACT

The specialization in Nursing for People in Perioperative Situations is part of the area of Medical-Surgical Nursing, and its main focus is the provision of holistic, quality and safe care, supported by evidence-based practice. This document aims to demonstrate the acquisition of specialized skills in Perioperative Medical-Surgical Nursing, both in terms of internship and research. The first part addresses the internship component, which includes the framing of the hospital contexts experienced in a unit in the north of Portugal, more specifically in an outpatient surgery operating room. The following internship objectives were defined: Identify a training need for the service and develop training in order to solve it, contributing to the improvement of perioperative care provided there to carry; Develop specialized skills in the prevention and control of infection during the surgical procedures; Prepare preference cards for the procedures performed in the orthopedic specialty, in order to reduce or eliminate the occurrence of failures and/or errors, promoting the safety of these procedures. This experience allowed the development of specialized skills and the application of practices focused on perioperative care. It is considered that, through this internship, the master's degree skills were fully achieved, as well as the common and specific skills of a specialist nurse and the objectives outlined at the beginning of this very important journey.

The second part highlights the research component, which involved a qualitative study using focus group to explore the perception of perioperative nurses about the risks associated with exposure to surgical smoke, as well as the mitigation practices adopted in the operating rooms. The results of this study reveal that, although nurses recognize the risks of surgical smoke, the implementation of preventive measures faces organizational and operational barriers. In view of the above, it is recommended that more rigorous institutional policies be developed and a culture of safety be promoted in the OR.

Keywords: *Perioperative Nursing, Surgical Smoke, Risk, Operating Room.*

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Sistematização dos domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e a sua concretização durante o estágio.....	50
Tabela 2 - Sistematização dos domínios das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista e a sua concretização durante o estágio.....	62
Tabela 3 - Matriz de Análise de Conteúdo.	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição das Categorias.....	84
Figura 2: Retrato de Documento.	85
Figura 3: Nuvem de Palavras	87
Figura 4: Modelo de Códigos e Subcódigos.	90

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. Enquadramento dos contextos de estágio.....	25
1.1. Estágio em contexto de Bloco Operatório.....	27
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	35
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	36
2.2. Domínio da Melhoria contínua da qualidade	40
2.3. Domínio da Gestão dos cuidados	43
2.4. Domínio das Aprendizagens Profissionais.....	45
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória.....	53
3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	55
3.2. Maximiza a segurança da PSPo e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	57
4. Considerações finais.....	63
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	67
1. Resumo.....	69
2. Abstract	71
3. Fundamentação/enquadramento teórico.....	73
4. Finalidade e objetivos	77
5. Metodologia	79
5.1. Desenho do estudo	79
5.2. Participantes.....	79
5.3. Processo de recolha de dados	80
5.4. Processo de análise de dados	81
5.5. Considerações éticas.....	82

6. Resultados	83
7. Discussão.....	97
8. Conclusão	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS	117
ANEXO I: CERTIFICADOS	119
APÊNDICES	131
APÊNDICE I: FORMAÇÃO EM SERVIÇO	133
APÊNDICE II: PREFERENCE CARDS	141
APÊNDICE III: CONSENTIMENTO INFORMADO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	151

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, tem como objetivo a análise crítica e reflexiva sobre as atividades realizadas durante o estágio, e a exploração de um estudo de investigação. O estágio foi realizado numa unidade hospitalar da zona norte de Portugal, num bloco operatório de cirurgia ambulatória, o que permitiu a aquisição de competências especializadas e o desenvolvimento de práticas centradas nos cuidados perioperatórios.

Enquanto ciência, a enfermagem tem a responsabilidade de procurar a segurança e o bem-estar da pessoa em situação perioperatória, mediante intervenções realizadas pelos enfermeiros, as quais devem ser fundamentadas em evidências científicas. Para estruturar esta prática, é fulcral a adoção de um modelo conceptual que guie o processo de tomada de decisões. Neste seguimento, foi escolhido o Modelo Perioperatório Focado no Paciente (MPFP), da *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN) para orientar as intervenções durante o estágio, em virtude da sua abordagem centrada no doente e da sua capacidade de promover a segurança e a eficiência ao longo de todo o período perioperatório (Van Wicklin, 2020). Este modelo conceptual permitiu a estruturação das atividades e a adoção de boas práticas baseadas em evidências, com o foco na promoção de resultados de elevada qualidade.

A primeira parte deste relatório é composta pela “Componente de Estágio”, dividida em três secções principais. A primeira secção contextualiza o estágio realizado, com uma descrição do ambiente clínico e das atividades desempenhadas no bloco operatório de cirurgia ambulatória. Segue-se uma análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de acordo com as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019), centrando-se em questões como a responsabilidade ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, e a gestão dos cuidados. O enfermeiro especialista é um profissional reconhecido pela sua competência técnica, científica e humana, capacitado para prestar cuidados especializados em diferentes áreas da enfermagem, como a saúde materna, a saúde infantil, a saúde mental, a reabilitação, a médico-cirúrgica e a comunitária. A atribuição deste título evidencia a crescente importância da especialização e diferenciação no setor da saúde, elementos que se tornaram essenciais nos cuidados de saúde atuais (Atlas da Saúde, 2024).

Além de possuírem competências específicas de cada especialidade, os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns que se aplicam a todos os contextos de cuidados. Estas competências incluem a capacidade de educar e orientar os doentes e colegas, exercer liderança, e promover o desenvolvimento da prática de enfermagem através da investigação. Estes profissionais são igualmente responsáveis pela implementação de práticas éticas, pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados e pela gestão eficiente dos recursos e do conhecimento. Assim, o enfermeiro especialista desempenha uma função-chave na evolução constante dos cuidados de enfermagem, guiando-se sempre por uma base forte de conhecimento e responsabilidade (Atlas da Saúde, 2024).

Na “Componente de Estágio” são, igualmente, abordadas as “Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Perioperatória”, descrevendo a aplicação prática destas competências durante o estágio. As competências específicas referem-se àquelas capacidades que o enfermeiro especialista desenvolve em resposta às necessidades de saúde e aos processos de vida dos indivíduos, em função da área de especialidade em que atua. Estas competências manifestam-se pela capacidade de adequar os cuidados prestados de forma rigorosa e competente às condições e necessidades de saúde específicas das pessoas, zelando por um elevado nível de adequação e qualidade nas intervenções (OE, 2019).

O objetivo da “Componente de Estágio” centrou-se em três objetivos primordiais:

1. Identificar uma necessidade formativa do serviço e elaborar uma formação de modo a solucioná-la, contribuindo para a melhoria dos cuidados perioperatórios aí prestados.
2. Desenvolver competências especializadas na prevenção e controlo de infeções durante os procedimentos operatórios.
3. Elaborar *Preference Cards* para os procedimentos na especialidade de ortopedia, de modo a reduzir ou eliminar a ocorrência de falhas e/ou erros, fomentando a segurança desses mesmos procedimentos no bloco operatório.

A segunda parte do relatório apresenta a “Componente de Investigação”, com o objetivo de explorar a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre os riscos associados à exposição ao fumo cirúrgico e identificar as práticas de mitigação adotadas. Estudos recentes, como o de Ribeiro et al. (2021), fizeram menção aos riscos ocupacionais do fumo cirúrgico para os profissionais de saúde, incluindo infeções respiratórias e complicações de saúde a longo

prazo. A investigação, de carácter qualitativo, foi realizada através de um *focus group* com oito enfermeiros perioperatórios, explorando as suas experiências e percepções. O estudo utilizou a análise de conteúdo, seguindo a metodologia de Bardin (2016), e foi realizada com o auxílio do *software* MAXQDA para a organização e codificação dos dados. Os resultados do estudo revelaram que, apesar de os enfermeiros estarem cientes dos riscos do fumo cirúrgico, a subutilização de medidas de proteção, como os sistemas de evacuação de fumos, permanece uma preocupação. Além disso, foram identificadas barreiras institucionais e operacionais, que condicionam a implementação de protocolos de segurança eficazes. A análise destes resultados constitui uma chamada de atenção para a necessidade de políticas institucionais mais rígidas e de formação contínua para salvaguardar a proteção dos profissionais.

No final, são apresentadas as considerações finais e as referências bibliográficas que sustentaram todo trabalho, seguidas dos anexos mais pertinentes.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

No contexto atual de desenvolvimento de competências no ensino superior politécnico, conforme estipulado pelo Decreto-Lei n.º 74/2006, o ciclo de estudos que confere o grau de mestre visa, sobretudo, a aquisição de uma especialização de natureza profissional, integrando a investigação prática como uma componente essencial. Esta orientação é também consolidada pelas recomendações da OE (2021), que evidenciam o estágio profissional com relatório final como a metodologia mais eficaz para a aquisição das competências necessárias à prática especializada de enfermagem. O estágio possibilita aos estudantes desenvolver e incrementar competências de forma direta no ambiente da prestação de cuidados, fomentando a consolidação dos conhecimentos adquiridos. Ademais, esta abordagem possibilita que, ao terminar o estágio e cumprir os requisitos exigidos, o estudante possa obter simultaneamente o título académico de Mestre e o título profissional de Enfermeiro Especialista. Segundo o Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março de 2006, a atribuição de grau de mestre pelo ensino politécnico, permite ao estudante a obtenção de uma especialização profissional, a realização de estágio em contexto de prestação de cuidados constitui um dos requisitos para a obtenção deste título.

Meeker (2022) sublinha que os estágios de enfermagem, viabilizam aos futuros enfermeiros uma experiência prática primordial, permitindo-lhes aplicar os conhecimentos adquiridos na sala de aula em situações reais de cuidado ao doente. Durante o estágio, os estudantes têm a oportunidade de interagir com outros profissionais de saúde, desenvolver competências clínicas e aperfeiçoar a sua prática, tudo sob a supervisão de enfermeiros experientes. Além de aumentar a confiança e a proficiência, os estágios promovem a colaboração interprofissional, o que enriquece tanto as competências técnicas como as denominadas "*soft skills*", fulcrais no ambiente de cuidados de saúde. Além disso, os estágios permitem criar redes de contactos que podem abrir portas para futuras oportunidades de trabalho, ajudando os estagiários a identificarem as áreas de especialidade que mais lhes interessam (Meeker, 2022). Nesse sentido, o Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como propósito principal oferecer aos estudantes do Mestrado em Enfermagem Perioperatória uma formação prática em ambiente clínico, particularmente em blocos operatórios, tanto de carácter convencional como de ambulatório.

Pascoal e Souza (2021) afirmam que o estágio supervisionado em enfermagem se revela de suma importância na formação profissional, na medida em que permite que o estudante aplique os conhecimentos teóricos adquiridos em contextos práticos, ajudando-o a desenvolver competências técnicas, reflexivas e éticas. Os autores acrescentam que, durante o estágio, o aluno depara-se com desafios e situações reais que não são totalmente abordados na teoria, como as intercorrências e a tomada de decisões clínicas. Esta prática, na opinião dos autores, facilita a escolha da área de atuação do futuro enfermeiro e fortalece o desenvolvimento de competências elementares para o exercício da profissão. Além disso, o estágio permite uma integração entre a teoria e a prática, sendo um momento crucial para a socialização profissional e construção de competências. A supervisão é vista como um ponto-chave para o êxito do estágio, destacando-se a sua importância (Pascoal & Souza, 2021).

O objetivo deste estágio, de natureza profissional, foi desenvolver competências inerentes à prática especializada de enfermagem perioperatória, capacitando os estudantes para uma análise aprofundada dos contextos de prestação de cuidados. Além disso, o estágio visa a avaliação, o planeamento e a tomada de decisões em situações de maior complexidade, com ênfase na inovação e na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados no contexto perioperatório (Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa [ESSNCVP], 2021). De acordo com a Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP] (2006), os cuidados de enfermagem devem ser direcionados para o doente. Esta associação afirma que a enfermagem perioperatória consiste numa série de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro no BO, através de um processo programado, no qual o enfermeiro identifica as necessidades da pessoa em situação perioperatória (PSPo) a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados e avalia-os, analisando os resultados alcançados com o trabalho realizado. Além disso, a atuação do enfermeiro perioperatório deve basear-se numa abordagem holística, contemplando as vertentes físicas, psicológicas, espirituais e sociais do doente (AESOP, 2006).

Para além dos objetivos delineados no guia de orientação do estágio, tiveram que ser definidos objetivos específicos, em articulação com o tutor e o orientador, para nortear o percurso prático no contexto clínico. Assim, propôs-se ainda:

- Identificar uma necessidade formativa do serviço e elaborar uma formação de modo a solucioná-la, contribuindo para a melhoria dos cuidados perioperatórios aí prestados.

- Desenvolver competências especializadas na prevenção do controlo de infeção durante os procedimentos operatórios.
- Elaborar *Preference Cards* para os procedimentos na especialidade de ortopedia, de modo a reduzir ou eliminar a ocorrência de falhas e/ou erros, fomentando a segurança desses mesmos procedimentos no bloco operatório.

1.1. *Estágio em contexto de Bloco Operatório*

De forma a delimitar as competências que se pretende evidenciar, é importante, em primeiro lugar, esclarecer os conceitos relacionados com o contexto clínico do estágio.

Por Bloco Operatório (BO) entende-se uma unidade funcional destinada à realização de tratamentos cirúrgicos e exames que requerem um alto nível de assepsia e, geralmente, anestesia (Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca [EPE] (2017).

De forma generalizada, Pasquer et al. (2024), indicam que o BO caracteriza-se por um ambiente altamente organizado e complexo, onde o sucesso de uma cirurgia depende de vários fatores além da intervenção cirúrgica propriamente dita. Trata-se de um espaço que envolve a colaboração de diferentes profissionais de saúde, como cirurgiões, anestesiistas, enfermeiros, entre outros, cuja interação e desempenho são influenciados pelo ambiente e pela organização do trabalho. Um dos momentos mais importantes no contexto cirúrgico para garantir a segurança do doente e prevenir erros é o "*Time Out*" (TO). O TO é uma prática importantíssima na área cirúrgica, a qual foi desenvolvida no sentido de prevenir eventos adversos e contribuir para a segurança da PSPo. De modo geral, constitui um momento de pausa em que a equipa cirúrgica reavalia informações relevantes, antes do início do procedimento, fazendo com que todos os membros da equipa estejam em consonância no que tange ao plano cirúrgico e à identidade do doente. A importância do TO consiste na sua capacidade de minimizar erros, promover a comunicação e colaboração entre os membros da equipa, garantindo uma menor ocorrência de enganos. Ademais, o TO aumenta a consciencialização, no sentido em que incentiva a equipa a reanalisar pormenores críticos (p. ex.: alergias do doente), aumentando a vigilância relativamente à segurança do doente. Além disso, o envolvimento da equipa é igualmente beneficiado, já que o TO incrementa a participação de todos os membros (Levy et al., 2023).

Em Portugal, existem 170 blocos operatórios no Serviço Nacional de Saúde (SNS), distribuídos por diferentes regiões de saúde e entidades hospitalares. Os BO são classificados por tipo: blocos centrais, de ambulatório e periféricos, sendo que a maioria das salas de operações se encontra em blocos centrais (64%) (Penedo et al., 2015).

Neste contexto, é importante salientar o papel dos enfermeiros perioperatórios, que são primordiais em todo o processo cirúrgico, desde a preparação pré-operatória até à fase de recuperação pós-anestésica. A sua responsabilidade inclui asseverar cuidados seguros e de qualidade, protegendo os doentes dos riscos relacionados aos procedimentos invasivos e anestésicos, além de contribuir para o conforto e a segurança. Estes profissionais também atuam em diversas funções especializadas (p. ex.: enfermeiro de anestesia, circulante, instrumentista, e enfermeiro de cuidados pós-anestésicos), o que os distingue de outros profissionais de enfermagem (OE, 2014).

A presença dos enfermeiros perioperatórios é, indubitavelmente, fundamental para promover a segurança do doente, controlando infeções e minorando complicações, além de assegurar que a tónica não recaia somente sobre a produtividade dos blocos operatórios, mas essencialmente sobre a humanização e qualidade dos cuidados. Estes profissionais contribuem para o equilíbrio entre a eficiência operacional e a prestação de cuidados centrados na PSPo, evitando que os objetivos de produção comprometam a segurança e a qualidade do serviço prestado (Luís, 2023; Santos et al., 2023).

Segundo Chellam Singh e Arulappan (2023), os enfermeiros perioperatórios têm um papel importantíssimo no que toca à segurança da PSPo durante a cirurgia. As suas principais responsabilidades incluem assegurar a segurança da PSPo, preparar adequadamente o ambiente cirúrgico, padronizar práticas, gerir o tempo de forma bem-sucedida, garantir uma equipa adequada e qualificada, fomentar a educação contínua e a comunicação correta entre a equipa, além de prestar apoio físico e emocional à PSPo durante o procedimento.

No que concerne ao estágio, este foi realizado numa unidade hospitalar da zona norte de Portugal, num bloco operatório de cirurgia ambulatória, composto por cinco salas operatórias, localizadas no segundo piso. Neste bloco operatório, são efetuadas intervenções cirúrgicas de diferentes especialidades, como ortopedia, neurocirurgia, maxilo-facial, cirurgia geral, neuropatologia e otorrinolaringologia, com foco em adultos, sendo que uma vez por mês ocorrem cirurgias de carácter pediátrico.

No segundo piso, além das cinco salas operatórias, encontram-se o recobro imediato e o recobro tardio. O recobro imediato é utilizado logo após a cirurgia, onde as pessoas em situação perioperatória são monitorizados de forma intensiva para garantir a estabilidade dos sinais vitais e a recuperação segura da anestesia. O recobro tardio é utilizado para pessoas em situação perioperatória que já estão mais estáveis e que necessitam de um

tempo adicional de recuperação antes de receberem alta. É também no recobro tardio que se realizam as admissões das pessoas em situação perioperatória antes da cirurgia, a preparação para a alta, o primeiro ensino pós-operatório, e o acompanhamento das primeiras refeições após a cirurgia.

O primeiro piso do bloco operatório é dedicado a procedimentos de menor complexidade, como as cirurgias de oftalmologia, procedimentos com anestésias locais, e a estomatologia. Neste piso, há também uma sala para cirurgias LASIK (cirurgia refrativa a laser), além dos gabinetes de consulta e enfermagem, onde são realizados os acompanhamentos pós-operatórios devido ao cariz ambulatório das cirurgias.

No terceiro piso, localiza-se uma unidade de pernoita, composta por quartos individuais, voltada para pessoas em situação perioperatória que necessitam de permanecer até às 7:30 da manhã do dia seguinte para uma recuperação mais controlada antes de receberem alta.

A unidade também dispõe de uma central de esterilização situada no piso -1. Durante o estágio, existiu a oportunidade de observar e colaborar na central de esterilização, permitindo assim a participação no processo de desinfecção e esterilização do material cirúrgico utilizado nas várias especialidades do BO.

Funções desempenhadas nas diferentes especialidades

Ao longo do estágio, ocorreu o acompanhamento do tutor de enfermagem, em todas as funções que desempenhava, instrumentista e circulante em todas as especialidades referidas. Tendo sido possível realizar as mesmas funções que este, participando vivamente nos procedimentos. Além disso, foram realizados alguns turnos na área da anestesia, sempre com a supervisão de um enfermeiro especialista com experiência nessa área e designado pelo tutor, por forma a tornar o estágio ainda mais abrangente e completo. De acordo com Crafoord e Fagerdahl (2017) a supervisão é um elemento crucial no ambiente de aprendizagem clínico para estudantes de enfermagem com especialização em cuidados perioperatórios. Os autores enfatizam que a supervisão facilita a unificação do conhecimento teórico com a prática e contribui para o desenvolvimento de competências essenciais no ambiente clínico. Cuervo et al. (2018) acrescentam que a experiência clínica em ambientes desafiadores como o perioperatório impõe exigências práticas consideráveis aos estudantes de enfermagem, sendo que a supervisão de instrutores clínicos desempenha um papel vital na gestão destas situações (Cuervo et al., 2018).

Nas unidades de recobro imediato e tardio, foram desempenhadas funções ligadas à admissão das pessoas em situação perioperatória, preparação para a alta, ensinamentos pós-operatórios e articulação com os familiares, assegurando a continuidade dos cuidados após a cirurgia. Estes ensinamentos incluíam orientações sobre a medicação, cuidados com a ferida cirúrgica e os sinais de alerta a serem monitorizados em casa. Aviz et al. (2022) postularam que o ensino clínico em enfermagem é considerado determinante na formação dos estudantes, permitindo que estes apliquem os conhecimentos teóricos em ambientes de prática clínica. O ensino clínico constitui o primeiro contacto do aluno com a realidade da profissão, favorecendo a socialização profissional e firmando os conhecimentos teóricos adquiridos. O objetivo primário do ensino clínico é preparar os estudantes para a prática de enfermagem, numa interação sucessiva entre teoria e prática, promovendo uma formação completa e integrada (Aviz et al., 2022).

Propostas para apresentação de trabalhos em serviço

Após o levantamento das necessidades formativas no serviço, foram apresentadas algumas propostas de ações de formação ao enfermeiro Tutor e à enfermeira responsável pela formação no serviço, tendo sido consensual e aceite uma delas. Nesse sentido, realizou-se uma formação dirigida aos enfermeiros e assistentes operacionais (APÊNDICE I) sobre a correta higienização das mãos e a sua importância na prevenção de infeções hospitalares. Após a formação, houve uma discussão sobre a sua relevância e impacto na prática diária. A formação foi desenvolvida com o objetivo geral de sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da correta higiene das mãos e o seu impacto direto na segurança da PSPo. Esta abordagem é baseada na evidência, sendo a higienização das mãos considerada a medida mais eficaz para a prevenção e controlo de infeções. De acordo com Toney-Butler et al. (2023), a correta higiene das mãos é uma das práticas mais eficazes na redução da transmissão de infeções em ambientes de saúde, particularmente as infeções hospitalares (nosocomiais). Apesar das evidências, a adesão à prática de higiene das mãos ainda é baixa entre os profissionais de saúde, o que enfatiza a necessidade de formação contínua e monitorização da prática (Di Muzio et al., 2015; Mouajou et al., 2023).

Os objetivos específicos da formação foram: promover uma cultura de segurança no contexto perioperatório, incentivando a adesão rigorosa à higiene das mãos; e envolver e motivar toda a equipa multidisciplinar para o processo de higienização correta das mãos. A adesão dos profissionais de saúde às orientações de higiene das mãos é vital para combater as infeções associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente em ambientes de risco como blocos operatórios. Estudos indicam que a correta desinfeção das mãos pode prevenir

substancialmente as infecções hospitalares, o que demonstra a pertinência desta medida (Pittet et al., 2000; Haverstick et al., 2017; Kong et al., 2021).

Além disso, devido a uma necessidade do serviço foram elaborados *preference cards* (APÊNDICE II), para os procedimentos da especialidade de ortopedia, que foram incluídos no manual do serviço, contribuindo para a standardização dos materiais e técnicas a serem utilizados melhorando a segurança e eficiência no BO. Os *preference cards* são ferramentas essenciais no ambiente cirúrgico para reduzir desperdícios e melhorar a eficiência do trabalho dos enfermeiros; funcionam como instruções específicas sobre os equipamentos, instrumentos, suprimentos e a organização da sala para um determinado procedimento. Os *preference cards* garantem que tudo o que é preciso para os procedimentos esteja disponível, acessível e pronto antes do início da cirurgia, aumentando a satisfação dos profissionais e reduzindo atrasos (HealthTrust, 2022). Segundo Bellaire et al. (2024), os *preference cards* são fundamentais para que os materiais corretos estejam disponíveis, o que aumenta a eficiência na sala de operações, assim como reduz custos, evita desperdício e melhora o processamento de materiais esterilizados.

Por fim, foi realizado o acompanhamento pós-operatório dos doentes através de telefonemas, verificando o estado de saúde dos doentes após a alta e prestando apoio em caso de dúvidas ou complicações.

Modelo Conceptual: Perioperative Patient Focused Model da AORN

De acordo com Taffner et al. (2021), a escolha de uma teoria ou modelo em enfermagem é essencial para estruturar e legitimar a prática assistencial, estabelecendo a profissão como uma ciência. Os modelos conceituais e teorias ajudam a descrever, explicar e prever resultados nos cuidados de saúde, constituindo uma base confiável para a tomada de decisões. A utilização e discussão destes referenciais, apesar de fundamentais, ainda são limitados na formação académica, o que demonstra a necessidade premente de integração entre teoria e prática. Além disso, as investigações baseadas em teorias específicas são importantes para validar e melhorar o conhecimento no campo de enfermagem (Taffner et al., 2021).

Deste modo, o modelo conceptual escolhido foi o Modelo Perioperatório Focado no Paciente (MPFP) introduzido pela AORN em 2000, como referência central para a prática de enfermagem perioperatória. Este modelo norteia a prática centrada na PSPo, com o objetivo de promover a segurança e os melhores resultados possíveis para as pessoas em situação perioperatória ao longo de todo o processo cirúrgico (Van Wicklin, 2020).

A criação do MPFP foi resultado de uma iniciativa da AORN para desenvolver ou identificar um modelo teórico que guiasse a prática de enfermagem perioperatória. Após a avaliação de várias teorias existentes, a equipa de desenvolvimento escolheu um modelo conceitual criado pelo *Data Elements Coordinating Committee* da AORN (Rothrock & Smith, 2000).

O modelo é constituído por quatro domínios principais, a saber:

- **Segurança:** Garante que o doente é protegido contra qualquer tipo de lesão física ou complicações não intencionais relacionadas com o procedimento cirúrgico.
- **Respostas fisiológicas:** Incide nas respostas físicas e biológicas das pessoas em situação perioperatória aos procedimentos, certificando que estas reações estão dentro dos parâmetros expectáveis.
- **Respostas comportamentais:** Refere-se às respostas psicológicas, sociais e espirituais da PSPo e da sua família em relação aos procedimentos e ao processo cirúrgico.
- **Sistema de Saúde:** Envolve os elementos estruturais e organizacionais do ambiente perioperatório, fazendo com que os recursos necessários para os cuidados estejam disponíveis e em condições apropriadas para serem utilizados (Van Wicklin, 2020).

O MPFP permite que os enfermeiros perioperatórios atuem como defensores da PSPo, principalmente em situações em que este se encontra inconsciente ou sedado. Mediante a implementação de práticas baseadas em evidências e intervenções adaptadas às necessidades individuais de cada pessoa, os enfermeiros procuram que os cuidados perioperatórios sejam seguros e eficientes (Van Wicklin, 2020).

Este modelo preconiza a relevância dos resultados centrados na PSPo. Os cuidados prestados pelos enfermeiros perioperatórios são direcionados para alcançar resultados de alta qualidade, com o apoio do PNDS, um conjunto de dados que padroniza e monitoriza as intervenções de enfermagem e os resultados destes nas pessoas em situação perioperatória. Desta forma, e tendo por base dados objetivos, o PNDS permite que as práticas de enfermagem perioperatórias sejam auditadas e continuamente melhoradas (Van Wicklin, 2020).

Durante o estágio, este modelo conceptual revelou-se extremamente importante, não somente ao nível da prestação de cuidados imediatos no BO e recobro, como também na preparação para a alta e no acompanhamento do doente após a cirurgia, ajudando a que as respostas fisiológicas e comportamentais dos doentes fossem apropriadamente geridas.

Além disso, o modelo realça a centralidade da segurança em todas as fases do processo, o que foi sempre uma prioridade em todas as atividades realizadas no BO.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Neste ponto, aborda-se as competências desenvolvidas no contexto clínico de estágio, sendo que antes será pertinente definir competência.

Existem muitas definições de competência propostas por diversos autores. Para Klemp (1980), a competência é uma característica subjacente de uma pessoa que conduz a um desempenho eficaz ou superior no trabalho. Já Hornby e Thomas (1989) definem competência como a capacidade de desempenhar habilmente as funções associadas à gestão numa situação de trabalho. Por sua vez, Gilbert (1996) considera competência como a capacidade de produzir consistentemente resultados necessários para alcançar de forma bem-sucedida os objetivos organizacionais. Dubois (1998) propõe que a competência se traduz em características, como conhecimentos, competências, mentalidades e padrões de pensamento, que, quando aplicadas isoladamente ou em combinação, resultam num desempenho favorável.

De acordo com Zarifian (2004, citado em Sapeta, 2013), a competência não se limita ao conjunto de conhecimentos teóricos e empíricos dos indivíduos, nem está restrita às tarefas desempenhadas. Para este autor, a competência é constituída por três elementos essenciais: a tomada de iniciativa e de responsabilidade, a inteligência prática usada em cada situação e a capacidade de mobilizar uma rede de atores, partilhar problemas, tomar decisões e assumir responsabilidades.

No contexto da enfermagem, as competências comuns referem-se às capacidades que todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, devem revelar, abrangendo a conceção, a gestão e supervisão dos cuidados de saúde, assim como o apoio ao exercício profissional em áreas como a formação, a investigação e a consultoria. Existem quatro domínios principais que são partilhados por todos os enfermeiros especialistas, que serão apresentados de seguida. Embora sejam designadas como "comuns", a aplicação destas competências varia conforme a especialidade em que o enfermeiro atua, adaptando-se ao contexto específico da prática clínica. A certificação destas competências mostra que o enfermeiro especialista possui o conhecimento e as competências necessárias para trabalhar de forma eficaz na sua área, sendo que cada competência é desdobrada em ações específicas que se manifestam no exercício prático da profissão (Matos, 2019).

Assim, apresenta-se seguidamente, a forma como se desenvolveram e adquiriram as competências que são comuns a todos os enfermeiros especialistas no decorrer deste estágio, independentemente da sua área de especialização (OE, 2019, p. 4745). Estas competências encontram-se estipuladas no Regulamento n.º 149/2019, de 6 de fevereiro, e estão organizadas em quatro áreas principais, tal como anteriormente mencionado:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (OE, 2019).

Para garantir uma estrutura clara e coerente, este capítulo segue a organização proposta por estes domínios. Além deste enquadramento, foram também considerados os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017), que expressam a competência esperada do enfermeiro especialista.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O domínio da **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal** abrange o compromisso dos enfermeiros especialistas em garantir que a sua prática seja conduzida dentro das normas legais e éticas, respeitando os direitos humanos e as suas obrigações profissionais. Neste domínio, espera-se que o enfermeiro pratique de forma ética e legal, atuando de acordo com os princípios éticos, a deontologia profissional e as leis aplicáveis à sua especialidade. As decisões que toma devem ser baseadas no conhecimento e experiência, com respeito às normas deontológicas e envolvendo o cliente e a equipa nas escolhas realizadas. Além disso, o enfermeiro deve liderar processos de decisão ética e avaliar continuamente os resultados destas decisões para assegurar a sua eficácia (OE, 2019).

Segundo Leite et al. (2009), a ética é crucial em enfermagem, uma vez que promove uma reflexão crítica acerca do comportamento humano, orientada pelos princípios de respeito, autonomia e dignidade. Na prática de enfermagem, a ética assegura uma assistência humanizada, respeitando os direitos e a individualidade dos doentes. Leite et al. (2019) acrescentam que o ensino da ética é essencial na formação dos enfermeiros, preparando-os para agir com responsabilidade e competência. Ademais, a ética não se limita a normas, mas envolve uma postura reflexiva, crítica e promotora da dignidade humana. Estes temas foram aprofundados em encontros profissionais e em formações contínuas, que permitiram expandir a visão sobre a aplicação dos princípios éticos nas práticas clínicas.

O enfermeiro deve igualmente respeitar os direitos humanos, de modo a que os cuidados prestados respeitem os direitos dos clientes, compreendendo o acesso à informação, a confidencialidade, a privacidade e a autodeterminação. A promoção da dignidade do cliente é central, tal como a proteção dos seus valores, crenças e práticas específicas. Nos vários congressos participados, foi possível interagir com especialistas da área e partilhar práticas sobre como implementar esta promoção de dignidade no contexto cirúrgico.

Também é da responsabilidade do enfermeiro gerir práticas de cuidados que privilegiem a segurança e a proteção da privacidade do cliente, bem como prevenir riscos e procurar ao máximo contribuir para um ambiente de cuidado digno e seguro (OE, 2019).

De acordo com Barbosa (2010), é importante que o enfermeiro reconheça o doente como um ser humano único, valorizando não apenas as dimensões técnicas e científicas do cuidado, como também a individualidade, a autonomia e a dignidade de cada pessoa; isto implica respeitar os valores, crenças e necessidades do doente, além de promover a confidencialidade e a privacidade durante o tratamento. Para Barbosa (2010), é muito importante que o profissional de enfermagem estabeleça uma relação de respeito mútuo, agindo de forma ética e tendo sempre em consideração os direitos do doente. Estes valores foram fortalecidos nos workshops realizados, dado que permitiram obter uma compreensão prática de como integrar os princípios supracitados na rotina hospitalar.

Em súmula, este domínio centra-se, acima de tudo, na responsabilidade do enfermeiro especialista em alinhar a sua prática com elevados padrões éticos e legais, fomentando um ambiente de cuidados que respeite e proteja os direitos dos doentes, e assevere a segurança e a dignidade no processo de prestação de cuidados.

A concretização deste domínio de intervenção foi alcançada através da prática contínua de cuidados que respeitaram a individualidade, a dignidade e os direitos da pessoa em situação perioperatória. Ao longo de todo o estágio, ocorreu um cuidado de enfermagem com sensibilidade em relação aos sentimentos, crenças, valores e direitos dos doentes, tendo sempre em vista a excelência nos cuidados humanizados. Este compromisso manifestou-se, particularmente, no acolhimento dos doentes no BO, um momento crucial para estabelecer uma relação de confiança. A apresentação do enfermeiro e a confirmação da identidade da pessoa foram realizadas de forma atenta e respeitosa, através de uma comunicação eficaz e empática, visando que o doente se sentisse acolhido e seguro, e promovendo uma relação de ajuda e envolvimento. Para além disso, a participação em congressos e formações específicas reforçou esta abordagem humanizada, permitindo

explorar práticas éticas inovadoras e discutir casos clínicos que exemplificavam estes princípios.

No âmbito das competências como enfermeiro especialista, foi assumida a responsabilidade de liderar e potencializar um ambiente cirúrgico tranquilo e acolhedor, o que envolveu a intervenção direta junto dos doentes, bem como a promoção de um espírito de equipa que reforçasse a humanização dos cuidados em todas as etapas do processo cirúrgico. Foi crucial garantir que todos os membros da equipa multidisciplinar estivessem sincronizados com a promoção de um ambiente seguro e que respeitasse os valores humanos, como o direito à vida e à qualidade de vida, fatores que orientaram todas as intervenções.

Ao longo das funções exercidas, foi mantido o respeito pela privacidade e dignidade do doente, procurando que a sua intimidade fosse preservada em todas as circunstâncias, quer nas atividades autónomas desempenhadas, quer nas atividades delegadas a outros membros da equipa. Como o BO é um ambiente onde existe frequentemente a presença de alunos e técnicos externos para formação, também foi assumida a responsabilidade de controlar e gerir as movimentações e presenças no interior da sala cirúrgica, de forma a salvaguardar a segurança da PSPo e a sua privacidade. Através destas ações, foi possível assegurar que a ética e o respeito pela pessoa em situação de vulnerabilidade estivessem sempre em primeiro lugar, mantendo a tónica no bem-estar global da PSPo.

Segundo o *Skills for Health* (2021) o respeito pela privacidade e dignidade do doente é imprescindível no cuidado prestado pelos profissionais de saúde. A privacidade faz menção a conceder ao doente o espaço necessário, tanto físico como emocional, de maneira a que este se sinta confortável e respeitado. Já a dignidade envolve tratar o doente com respeito, tendo em consideração as suas opiniões, escolhas e decisões. Para um ambiente de cuidado que respeite estas premissas, é importante que os enfermeiros solicitem consentimento antes de realizar qualquer intervenção, comuniquem-se de forma direta com o doente e promovam a sua independência. Estas práticas reduzem o risco de situações que possam ser humilhantes ou prejudiciais ao bem-estar do doente, fazendo com que este seja tratado de forma humanizada e centrada nas suas necessidades pessoais (*Skills for Health*, 2021).

A concretização deste domínio de intervenção foi igualmente assegurada através de uma reflexão constante sobre as decisões tomadas, especialmente em contextos de maior complexidade clínica. De acordo com Shin et al. (2023), a prática reflexiva crítica desempenha uma posição crucial no desenvolvimento profissional dos enfermeiros e na melhoria da sua capacidade de pensamento crítico. Os enfermeiros, através da reflexão

crítica, conseguem mais facilmente analisar e avaliar as suas experiências clínicas, transformando-as em conhecimento prático que pode ser aplicado em situações posteriores. Trata-se, assim, de uma prática que permite que os profissionais melhorem as suas ações, tomar decisões mais acertadas e adaptem-se de modo mais bem-sucedido às necessidades dos doentes (Shin et al., 2023).

Além disso, na educação de enfermagem, a reflexão crítica é essencial para vincular a teoria à prática, contribuindo para um processo de aprendizagem mais profundo e significativo. Mediante a reflexão acerca das suas ações e comportamentos, os enfermeiros conseguem compreender melhor as situações clínicas e adequar as suas intervenções no sentido de elevar a qualidade dos cuidados prestados (Shin et al., 2023).

Em várias ocasiões, foi elaborado um trabalho conjunto entre a PSPo e a equipa multidisciplinar para que as decisões clínicas fossem fundamentadas em princípios éticos fortes e num julgamento ponderado, que tinha sempre como âmbito a segurança e o bem-estar da PSPo. Esta dedicação com a prática ética manifestou-se em toda atuação direta e também na promoção de uma cultura de colaboração, em que todos os membros da equipa tiveram a oportunidade de partilhar opiniões e responsabilidades, designadamente em momentos de tomada de decisão.

Procurou-se que todos os processos clínicos respeitassem as normas de confidencialidade e privacidade, de modo a que informação pessoal e sensível das pessoas em situação perioperatória fosse sempre tratada com o maior respeito e em consonância com as normas de deontologia profissional. A gestão da sala cirúrgica, sendo um espaço de formação contínua para alunos e técnicos, exigiu igualmente uma liderança proativa, visando que as movimentações fossem controladas de forma a manter um ambiente seguro, ético e que respeitasse a dignidade da pessoa em situação perioperatória.

Foram promovidas discussões de dilemas éticos com a equipa, como a gestão dos recursos existentes e as necessidades dos doentes, assim como as políticas institucionais, incentivando uma reflexão no que tange às decisões clínicas mais difíceis e garantindo que as intervenções estivessem sempre adequadas aos valores e direitos das pessoas em situação perioperatória. Procurou-se, através destas práticas, liderar pelo exemplo, revelando um grande compromisso com os princípios éticos que orientam a enfermagem, nomeadamente o respeito pela vida, pela privacidade e pela dignidade humana.

A aplicação do MPFP da AORN foi essencial na concretização do domínio da *Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*, uma vez que este modelo oferece uma

estrutura que coloca o doente no cerne do processo de cuidados perioperatórios, objetivando que cada intervenção seja conduzida de forma ética, legal e com respeito pelos direitos humanos (Van Wicklin, 2020). Ao seguir este modelo, foi possível fazer com que as decisões e práticas clínicas respeitassem a dignidade, privacidade e individualidade do doente, integrando princípios éticos na estratégia dos cuidados. O enfoque na segurança e bem-estar da PSPo, conforme descrito no modelo, intensificou o empenho para com uma prática responsável, promovendo um ambiente de trabalho em equipa e ético. Neste ambiente, os direitos da PSPo foram protegidos e as decisões tomadas em conjunto com a equipa e a própria PSPo, acatando as regras da profissão e estabelecendo um cuidado humano e de qualidade.

2.2. Domínio da Melhoria contínua da qualidade

A Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) em saúde pode ser concebida como um compromisso sistemático de aperfeiçoamento regular dos cuidados prestados, com incidência nas necessidades e preferências dos doentes. Este conceito tem evoluído, englobando princípios como a segurança, a eficiência, a eficácia, a equidade e a centralidade no doente, fulcrais para o desempenho dos serviços de saúde. A ideia de MCQ surgiu originalmente no setor industrial, porém foi adaptada para a área da saúde com a pretensão de melhorar os processos de trabalho a diferentes níveis, incluindo os cuidados de saúde primários e as equipas de saúde. Este processo baseia-se numa série de valores como a autorreflexão, a aprendizagem partilhada, e a liderança colaborativa, além de utilizar ferramentas e técnicas específicas para avaliar e acompanhar melhorias contínuas (Ramos et al., 2021).

De acordo com o regulamento da OE (2019), o domínio da *Melhoria Contínua da Qualidade* tem o enfermeiro especialista como um agente central no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas relacionadas à governação clínica. Este domínio envolve a conceção e a operacionalização de projetos institucionais que procuram melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, promovendo a sua implementação até ao nível operacional (OE, 2019).

O enfermeiro especialista utiliza conhecimentos avançados para garantir a melhoria contínua, ao divulgar experiências bem-sucedidas e incorporar práticas de qualidade na prestação de cuidados. Além disso, participa proactivamente na determinação de metas e na elaboração de estratégias de melhoria, colaborando na análise e no planeamento estratégico dos cuidados. O propósito é estabelecer a avaliação constante das práticas clínicas, através do uso de indicadores adequados para avaliar a qualidade, integrando

auditorias clínicas e analisando os resultados obtidos. Por fim, o enfermeiro especialista é responsável por liderar programas de melhoria contínua, supervisionando o desenvolvimento e a normalização de soluções apropriadas, e contribuindo para um ambiente terapêutico seguro, que compreende tanto a gestão dos cuidados como a prevenção de incidentes e riscos relacionados (OE, 2019).

Durante o estágio, houve a oportunidade de implementar de forma ativa o domínio da *Melhoria Contínua da Qualidade*, conforme definido no Regulamento da OE (2019). Ao longo do estágio, contribui-se para o desenvolvimento e a implementação de projetos e iniciativas dirigidos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, mobilizando o conhecimento adquirido e aplicando-o de forma direta no âmbito clínico.

Uma das formas mais significativas de concretizar este domínio foi através da participação na avaliação das práticas clínicas no BO, utilizando indicadores de qualidade e normas estabelecidas para que os cuidados prestados fossem seguros, mas também alinhados com as melhores evidências científicas disponíveis. Tendo sempre como fonte os indicadores estabelecidos para as unidades de cirurgia ambulatoria, dando mais relevância à “Pernoita não planeada”, “Alta tardia”, “Lado errado/ procedimento errado”. Este processo incluiu a integração em revisões clínicas e a análise dos resultados, em que se pode detetar áreas de melhoria e sugerir estratégias para a implementação de práticas mais viáveis.

Tal como anteriormente mencionado, foram elaborados *preference cards* na especialidade de Ortopedia, um documento que permite padronizar e otimizar os procedimentos cirúrgicos, contribuindo para uma prática clínica mais eficiente e segura. Esta ação, para além de promover a qualidade dos cuidados, facilitou a normalização de procedimentos dentro da equipa, melhorando a coordenação e o tempo de resposta durante as cirurgias.

No âmbito da promoção de um ambiente terapêutico e seguro, outro fundamento importante deste domínio, existiu colaboração na gestão do ambiente do BO, o que incluiu o estabelecimento da correta organização do espaço, assegurando que a ergonomia e a segurança ocupacional fossem respeitadas, prevenindo possíveis danos tanto para os profissionais como para as pessoas em situação perioperatória. No âmbito da preparação e acompanhamento das pessoas em situação perioperatória, a sensibilidade às suas necessidades culturais e espirituais foi sempre um preferencial, envolvendo os familiares e favorecendo um ambiente de segurança e proteção.

De acordo com Singh e Arulappan (2023), a promoção de um ambiente terapêutico e seguro no BO é essencial para a segurança da PSPo e a qualidade dos cuidados prestados.

Nesse sentido, os enfermeiros exercem uma influência extremamente pertinente na identificação de fatores que podem condicionar a segurança durante a prática intraoperatória. Como tal, são tomadas medidas como a preparação pré-operatória adequada, a uniformização de práticas, uma gestão eficiente do tempo e a comunicação clara e correta entre a equipa (Singh & Arulappan, 2023).

No contexto da gestão do risco, ocorreram discussões com a equipa multidisciplinar para identificar e prevenir riscos potenciais, tanto ambientais como clínicos. Assim, foram implementados protocolos de controlo de infeção, existindo uma participação proativa no planeamento e execução de medidas preventivas, procurando que os cuidados prestados estivessem sempre em harmonia com as normas mais recentes de segurança e controlo de infeções hospitalares. Tomando em conta a perspetiva de Baek et al. (2023), as discussões com a equipa multidisciplinar são imperativas para melhorar o trabalho em equipa de enfermagem, o que, por sua vez, promove cuidados centrados no doente. A colaboração bem-sucedida entre enfermeiros e outros profissionais de saúde resulta num ambiente de trabalho mais harmonioso, com uma melhor alocação de recursos e tempos de trabalho, o que se traduz em melhorias na qualidade dos cuidados prestados. Segundo Baek et al. (2023), um bom nível de trabalho em equipa entre os enfermeiros, está ligado a uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados que colocam o doente como prioridade. Por outras palavras, a colaboração e a cooperação entre os enfermeiros levam a um atendimento mais centrado nas necessidades e no bem-estar do doente, aumentando a qualidade dos cuidados oferecidos. Para alcançar este objetivo, é importante proporcionar formações e treinos que qualifiquem os enfermeiros para trabalharem de forma colaborativa e eficaz. Além disso, é essencial que a gestão se dedique a criar um ambiente de trabalho que incentive esta colaboração, viabilizando os recursos necessários, um aspeto que é crucial para o bom funcionamento das equipas multidisciplinares e para melhorar os resultados no atendimento ao doente (Baek et al., 2023).

Através das atividades supracitadas, foi incorporado o domínio da *Melhoria Contínua da Qualidade* na prática clínica, no sentido em que se procurou assegurar que os cuidados prestados no BO de cirurgia ambulatoria fossem tanto seguros como eficazes, contudo também humanizados e centralizados nas necessidades da PSPo, cumprindo desta forma os elevados padrões de qualidade exigidos pela profissão de enfermagem.

A aplicação do modelo MPFP foi concretizada através da promoção de um ambiente seguro e terapêutico, em que organização do BO, a preparação das pessoas em situação perioperatória e a colaboração com a equipa multidisciplinar seguiram princípios que

asseveraram uma experiência cirúrgica humanizada e eficiente. Como tal, foi utilizado este modelo para nortear a prática na uniformização dos procedimentos cirúrgicos (p. ex.: na criação dos *preference cards*), objetivando a coerência nas intervenções da equipa e a otimização dos cuidados prestados.

Além disso, o MPFP guiou a atitude de liderança no desenvolvimento e execução de estratégias para controlo de infeções e gestão de riscos, sempre com o intuito de proteger a PSPo e favorecer a sua recuperação, seguindo os mais elevados padrões de qualidade e segurança no período perioperatório.

2.3. Domínio da Gestão dos cuidados

Ao desempenho profissional especializado somam-se ainda competências na gestão dos cuidados, assegurando a qualidade destes e a segurança dos utentes (Lomba, 2023). Segundo Barros et al. (2023), a gestão de cuidados é um processo estratégico-cognitivo, em que o enfermeiro assume uma posição central na articulação de saberes, na promoção da saúde e na implementação de políticas públicas. O enfoque está na integralidade e no trabalho em rede, com o objetivo de melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde.

Uma das competências fundamentais dos enfermeiros especialistas é assegurar a continuidade e a segurança dos cuidados durante a transição de cuidados dos doentes entre diferentes etapas do tratamento, como na passagem do BO para a unidade de recobro. Neste enquadramento, a implementação do método ISBAR (*Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendação*) é uma prática aconselhada que ajuda a melhorar a comunicação durante o *handover* clínico, já que apresenta uma metodologia consistente para certificar que todas as informações cruciais sejam incluídas, diminuindo a omissão de pormenores relevantes e a inclusão de informações dispensáveis. Os elementos do ISBAR incluem a *Introdução*, que identifica quem está a comunicar; a *Situação*, que descreve o estado atual do doente; o *Histórico*, que fornece contexto pertinente; a *Avaliação*, que apresenta a avaliação clínica do doente; e a *Recomendação*, que sugere o que deve ser efetuado a seguir. Este modelo é apoiado pela OMS, o que confere credibilidade ao seu uso (Burgess et al., 2020).

Durante o estágio, foi utilizado o ISBAR em várias transições, principalmente na transferência da PSPo para o recobro, onde a comunicação precisa entre a equipa é de suma importância para uma monitorização apropriada e para a continuidade de cuidados pós-operatórios. A aplicação do ISBAR contribuiu para uma melhor coordenação e

segurança, fazendo com que todos os elementos da equipa multidisciplinar estivessem cientes das condições da PSPo e das intervenções necessárias. Além do mais, a participação em *webinars* e congressos foi essencial para reforçar a aplicação de metodologias como o ISBAR, proporcionando uma compreensão mais ampla das práticas recomendadas a nível internacional.

De acordo com o Regulamento da OE (2019), o domínio da *Gestão dos Cuidados* refere-se à capacidade do enfermeiro especialista de coordenar, supervisionar e otimizar os cuidados prestados pela equipa de enfermagem, de maneira a que as tarefas delegadas sejam realizadas com segurança e qualidade. Este domínio envolve a gestão eficiente dos recursos, a tomada de decisões informadas, e a articulação com outros profissionais de saúde com vista à continuidade e qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Para reforçar a qualidade e segurança dos cuidados, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 da Direção-Geral da Saúde (DGS) descreve uma série de diretrizes que se tornaram essenciais durante o estágio, guiando a prática clínica para a prevenção de eventos adversos e para a promoção de um ambiente de cuidados seguro. Este plano articula-se em seis objetivos estratégicos primordiais: fortalecer a cultura de segurança dos doentes, melhorar a segurança na comunicação, prevenir infeções e resistências antimicrobianas, garantir a utilização segura de medicamentos, diminuir o risco de quedas e lesões de pressão e promover a segurança cirúrgica. Cada um destes objetivos apresenta uma estrutura de referência para a implementação de práticas de segurança em saúde, alinhando-se com o compromisso do enfermeiro especialista na gestão dos cuidados (DGS, 2022).

Além disso, de acordo com o Regulamento OE (2019), o enfermeiro especialista adapta o seu estilo de liderança às situações e ao contexto organizacional, promovendo um ambiente de trabalho positivo e colaborativo. A gestão de recursos é adaptada consoante as necessidades de cuidados, através do uso de práticas eficientes e a negociação de recursos adequados para que os cuidados prestados atendam a padrões elevados de qualidade. Este domínio também integra a capacidade de motivar a equipa e de implementar inovações no ambiente de trabalho, adaptando-se à maturidade dos colaboradores e às condições presentes (OE, 2019).

Uma das competências desenvolvidas durante o estágio, foi a otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Durante as admissões e a preparação para a alta no recobro tardio, foram tomadas decisões rápidas e seguras relacionadas com a

administração dos cuidados pós-operatórios. Um exemplo foi a decisão de ajustar a orientação pós-alta para um doente com mobilidade reduzida, coordenando com os familiares a continuidade dos cuidados no domicílio. Outra situação envolveu a priorização da esterilização de materiais específicos, de modo a estabelecer a sua disponibilidade para a próxima cirurgia, otimizando, por conseguinte, o fluxo de operações no bloco.

Relativamente à competência de supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade, houve oportunidade de supervisionar a preparação dos *kits* cirúrgicos por parte dos assistentes operacionais, confirmando que todos os instrumentos estavam devidamente esterilizados e prontos para utilização. Também se garantiu que as práticas de segurança relativas à esterilização estivessem a ser cumpridas de forma rigorosa. Além disso, a supervisão da recolha dos sinais vitais das pessoas em situação perioperatória durante o recobro imediato foi uma responsabilidade assumida, contribuindo para que os parâmetros da PSPo fossem monitorizados e registados de forma adequada e sem falhas.

No que respeita à competência de adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações, deparou-se com situações inesperadas, como a ausência de alguns materiais cirúrgicos, coordenando com o tutor o reabastecimento de artigos essenciais para que as salas de cirurgia continuassem a operar sem interrupções.

Por fim, a competência de otimizar o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados foi executada em várias situações. Por exemplo, em momentos em que os recursos humanos eram limitados, existiu um trabalho conjunto com a equipa para redistribuir as tarefas, como a organização da sequência de cirurgias, de forma a otimizar o tempo entre as operações e garantir que o fluxo da PSPo fosse contínuo e eficiente. Durante a monitorização pós-anestésica, em situações de elevada procura, colaborou-se no ajuste do número de enfermeiros dedicados à observação das pessoas em situação perioperatória, fazendo com que a equipa estivesse coordenada e que os cuidados fossem prestados sem paralisações.

2.4. Domínio das Aprendizagens Profissionais

A enfermagem, enquanto profissão na área da saúde, encontra-se numa fase de transformação acelerada e profunda em vários níveis da realidade social, o que implica uma constante renovação do seu pensamento e prática profissional. Atualmente, é inconcebível pensar nos cuidados de enfermagem sem uma formação específica. A profissão de

enfermagem requer uma formação que transforma o indivíduo por completo, moldando o conhecimento, as competências práticas e o desenvolvimento pessoal e profissional. Formar significa promover mudanças, agregando valor em termos de competências e atitudes, de maneira a que esta mais-valia se reflita na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, com o intuito de alcançar ganhos em saúde. O enfermeiro é um profissional proativo na construção do seu saber, enaltecendo o pensamento crítico, reflexivo e ético; é considerado um facilitador da aprendizagem e do desenvolvimento tanto pessoal como dos colegas com quem interage (Abreu, 2017).

Durante o estágio realizado, concretizou-se várias competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, conforme o regulamento da OE (2019).

Em termos de autoconhecimento e assertividade, ocorreu a oportunidade de desenvolver a própria consciência enquanto pessoa e profissional de enfermagem. O contacto próximo com as pessoas em situação perioperatória, principalmente no recobro e durante o acompanhamento pós-operatório, implicou uma gestão criteriosa das emoções e das relações interpessoais com as pessoas em situação perioperatória e familiares. Foram aplicadas estratégias de gestão emocional ao articular com os familiares sobre o estado de saúde da PSPo, nomeadamente em situações mais delicadas como o pós-cirurgia. Além disso, nas discussões com a equipa multidisciplinar e na apresentação da formação em serviço, foi revelada assertividade na exposição das ideias e na resposta às questões efetuadas sobre a importância da correta higiene das mãos na segurança do doente. Esta formação, que envolveu enfermeiros e assistentes operacionais, possibilitou uma discussão ativa no que concerne à relevância do tema e às melhores práticas.

No que diz respeito a *basear a prática em evidência científica*, durante o estágio, foi desenvolvido um estudo de investigação sobre a percepção dos enfermeiros perioperatórios acerca do risco do fumo cirúrgico na sala de operações. Este estudo foi fundamentado numa revisão bibliográfica atual, onde se recorreu às mais recentes evidências científicas sobre os efeitos do fumo cirúrgico na saúde dos profissionais e dos doentes.

É de suma importância que os enfermeiros baseiem a sua prática em evidência científica para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes. A prática baseada em evidências não é unicamente um conceito teórico, mas sim uma abordagem que tem impactos reais, como a redução de complicações, a diminuição do tempo de internamento hospitalar e uma maior satisfação dos doentes. Ao utilizarem dados de investigação atualizados para orientar as suas decisões, os enfermeiros podem tomar decisões

informadas que levam a melhores resultados para os doentes. Ao manterem-se atualizados com as mais recentes descobertas científicas, os enfermeiros conseguem otimizar os cuidados prestados, reduzindo a dependência de práticas desatualizadas ou de crenças pessoais. Além disso, a prática baseada em evidências ajuda a personalizar os cuidados, tendo em consideração as necessidades e os valores individuais de cada doente. Tudo isto promove uma estratégia de cuidado mais centrada no doente, melhorando os resultados de saúde e aumentando a satisfação dos mesmos (University of Tulsa, 2023). A esse respeito, Brunt e Morris (2023) referem que a prática baseada em evidências melhora a qualidade dos cuidados e promove, simultaneamente, uma cultura de investigação e questionamento continuado dentro da prática profissional, o que incentiva os enfermeiros a procurarem soluções corroboradas e a envolverem-se na disseminação de novos conhecimentos, promovendo, desta forma, uma melhoria constante na prática clínica e nos cuidados.

O trabalho de investigação desenvolvido fortaleceu a prática clínica e funcionou, igualmente, como facilitadora do processo de aprendizagem, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados na equipa de enfermagem.

Em paralelo, houve a participação de eventos científicos que reforçaram a competência na integração de novos conhecimentos na prática. Mais especificamente, a participação no *III Encontro Científico - Investigação em Enfermagem* em 9 de dezembro de 2023 e no *Congresso Internacional de Controlo de Infeção* em 21 e 22 de março de 2024. Estas formações permitiram diagnosticar lacunas no conhecimento, como a necessidade de abordar mais profundamente o controlo de infeções no BO, aplicadas na prática diária durante o estágio, nomeadamente na elaboração e realização de formações internas.

Ainda dentro do contexto de evidência científica, participou-se no XXI Congresso Nacional da AESOP em 9 e 10 de maio de 2024, como coautor do trabalho *Intervenções de Enfermagem Especializada: Conforto Térmico em Contexto de Cirurgia de Ambulatório* em formato e-poster. Esta participação demonstrou a capacidade de interpretar e organizar dados pertinentes para a prática especializada, além de favorecer a aprendizagem entre os pares.

Segundo o *Royal College of Nursing* (s.d.), a participação em conferências e seminários científicos é fundamental para o crescimento profissional dos enfermeiros. Estes eventos possibilitam a construção de uma rede de contactos com outros profissionais que se deparam com adversidades similares, promovendo a partilha de conhecimento e a

aprendizagem de novas técnicas que podem ser aplicadas na prática clínica. Além disso, as conferências constituem-se como recursos ideais para divulgar trabalhos e projetos, contribuindo para o avanço da carreira.

Estas participações também são importantes para o desenvolvimento contínuo, contribuindo para oportunidades educacionais, como ouvir especialistas referenciados, participar em *workshops* e debates, e ter acesso a novas tecnologias e produtos. Ao procurar estas oportunidades de educação, os enfermeiros evidenciam o seu empenho em melhorar os padrões de prática, incrementando o seu papel como líderes e especialistas na área (*Royal College of Nursing*, s.d.).

Para além disso, estas conferências incentivam a colaboração entre pares, levando a novas ideias que podem beneficiar a profissão. Por fim, participar em eventos científicos concede aos enfermeiros uma chance importante de afastar-se do ambiente de trabalho, promovendo a reflexão sobre a sua prática, prevenindo o *burnout* e contribuindo para o bem-estar, ao mesmo tempo que traz momentos de lazer e socialização com outros profissionais (*Royal College of Nursing*, s.d.).

Nesse seguimento, Mlambo et al. (2021) referem que o desenvolvimento profissional contínuo é de extrema importância para a aprendizagem ao longo da vida dos enfermeiros e constitui um elemento vital para manter os seus conhecimentos e competências vigentes. Os profissionais de saúde necessitam de renovar regularmente as suas competências, e a educação contínua, neste contexto, permite a atualização e o aperfeiçoamento de capacidades nos contextos de cuidados de saúde, de maneira a que os enfermeiros acompanhem as mais recentes práticas e avanços na área (Mlambo et al., 2021).

Por fim, no âmbito da *adaptação da liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto*, existiu a oportunidade de colaborar com a enfermeira coordenadora do serviço e ajustar os recursos às necessidades específicas de cada turno, nomeadamente durante a gestão das salas de cirurgia e no acompanhamento das pessoas em situação perioperatória nas unidades de recobro. Foi otimizado o trabalho em equipa ao elaborar *preference cards* para a especialidade de ortopedia, facilitando a organização e os fluxos de trabalho para as futuras cirurgias, promovendo a eficiência e a segurança dos cuidados prestados. Segundo Harvey et al. (2017), a coordenação eficiente das equipas e a organização dos materiais, como os *preference cards*, são essenciais para melhorar tanto a segurança da PSPo como a eficácia das intervenções cirúrgicas. Os autores acrescentam que a revisão e a gestão adequada destes materiais permitem otimizar os recursos disponíveis, reduzir desperdícios

e certificar que o ambiente operatório está preparado de forma adequada para cada cirurgia, promovendo, assim, uma intervenção mais segura e eficaz (Harvey et al., 2017).

Em síntese, todas estas atividades postas em prática durante o estágio permitiram desenvolver competências importantíssimas para a prática de enfermagem especializada, nomeadamente na gestão de recursos, autoconhecimento, tomada de decisões fundamentadas e na aplicação de evidências científicas para a melhoria contínua dos cuidados.

Mais uma vez aqui, o MPFP foi crucial para a concretização destas competências ao longo do estágio. Através deste modelo, foi possível aplicar, de forma prática e suportada, os conceitos e orientações que orientam o desempenho de um enfermeiro especialista no contexto perioperatório, designadamente:

- **Desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade:** O MPFP, ao centrar-se na PSPo, ajudou a refletir sobre a prática e a reconhecer a influência das ações no bem-estar da PSPo. Através da prática perioperatória, desenvolveu-se uma maior noção das reações e capacidades, particularmente no que diz respeito à gestão de situações complicadas e de pressão, como a preparação e a resposta a emergências no BO. Com isto, foi possível melhorar o autoconhecimento, identificar e gerir melhor os fatores que poderiam interferir na relação com a PSPo e a equipa, contribuindo para um ambiente de trabalho mais colaborativo e assertivo.
- **Respostas de adaptabilidade individual e organizacional:** No contexto dinâmico do BO, o MPFP orientou a adaptação das ações de acordo com as mudanças rápidas que ocorriam. A gestão de respostas fisiológicas e comportamentais das pessoas em situação perioperatória permitiu desenvolver a capacidade de atuação sob pressão, mantendo a atenção na segurança e bem-estar da PSPo. Em situações de *stress* ou de imprevistos cirúrgicos, como as complicações anestésicas, a aplicação do modelo ajudou a manter uma postura calma e competente, respondendo com rapidez às necessidades emergentes e tendo como foco sempre a segurança.
- **Facilitador da aprendizagem e da prática baseada em evidência:** Dado que o MPFP é um modelo baseado em práticas fundamentadas em evidências científicas, foi possível aplicar este conhecimento durante o estágio, como também partilhá-lo com os colegas e profissionais. Através da formação sobre higiene das mãos e da criação de *preference cards* na ortopedia, foi possível identificar lacunas na prática atual e atuar oportunamente com a realização de uma formação, integrando o novo conhecimento e orientando a equipa na implementação de padrões de

segurança mais elevados. Ao basear as intervenções nas diretrizes do MPFP e nos dados do PNDS, assegurou-se que as decisões e intervenções eram suportadas por evidências e orientadas para os melhores resultados possíveis.

- **Promoção da implementação de padrões e procedimentos:** Através da aplicação prática do MPFP, foi possível incorporar melhor o conhecimento especializado em enfermagem perioperatória, contribuindo para a criação e a implementação de procedimentos mais seguros e funcionais. Por exemplo, o desenvolvimento de *preference cards* em ortopedia e a colaboração com a enfermeira coordenadora demonstram a aplicação do modelo na organização do ambiente de trabalho, fazendo com que as normas de segurança e as necessidades das pessoas em situação perioperatória fossem sempre prioritárias. Assim, ao promover a organização do BO com base no MPFP, melhorou-se a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados.

Para finalizar, apresenta-se na Tabela 1 uma sistematização dos quatro domínios de competências e como estes foram concretizados durante o estágio.

Tabela 1 - Sistematização dos domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e a sua concretização durante o estágio

Domínios	Concretização
a) Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	- Respeito pela individualidade e dignidade da PSPo, com uma comunicação empática e eficaz. - Liderança no desenvolvimento de um ambiente seguro e humanizado no BO. - Garantia de privacidade e confidencialidade, gerindo presenças na sala cirúrgica. - Promoção de discussões éticas com a equipa para decisões fundamentadas.
b) Melhoria Contínua da Qualidade	- Participação na avaliação das práticas clínicas, apresentando sugestões de melhorias com base em indicadores de qualidade, como a realização do “<i>Time Out</i>”. - Criação de <i>preference cards</i> para padronizar procedimentos. - Gestão do ambiente terapêutico e seguro, assegurando a

	ergonomia e a segurança ocupacional. - Colaboração na implementação de protocolos de controlo de infeção.
c) Gestão dos Cuidados	- Supervisão da preparação dos <i>kits</i> cirúrgicos e monitorização dos sinais vitais da PSPo no recobro. - Adaptação da gestão de recursos humanos e materiais para estabelecer a continuidade dos cuidados. - Redistribuição de tarefas e otimização do fluxo da PSPo no BO em situações de elevada procura.
d) Domínio das Aprendizagens Profissionais	- Desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade em situações de <i>stress</i> e emergências. - Participação em eventos científicos para atualização de conhecimentos. - Condução de uma investigação sobre o fumo cirúrgico e apresentação de um <i>e-poster</i> num congresso. - Implementação de práticas baseadas em evidências e formação da equipa sobre a higiene das mãos e segurança do doente.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória

Tendo já sido discutidas as competências comuns aos enfermeiros especialistas, é agora relevante centrar na reflexão sobre a aplicação destas competências no contexto específico do período perioperatório. É precisamente a partir desta prática que surgem as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Estas competências estão definidas no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, particularmente no artigo 5º, que servirá como base para o desenvolvimento deste capítulo. Não obstante, antes de prosseguir, é importante delimitar este contexto particular, onde se insere o ambiente clínico de estágio, nomeadamente o BO.

Ter competências especializadas em enfermagem para a pessoa em situação crítica implica uma série de exigências que inclui quer fatores técnicos e científicos, como também fatores humanos, o que, por sua parte, requer a mobilização de conhecimentos de diversas áreas, de forma a que as competências adquiridas permitam responder adequadamente e de forma oportuna às necessidades de saúde, através da adoção de uma abordagem holística que considere a pessoa como um todo (Abreu, 2017).

Entende-se por período perioperatório o intervalo de tempo que abrange todo o processo cirúrgico, desde a preparação da PSPo antes da cirurgia até ao seu acompanhamento após o procedimento (Davrieux et al., 2019). Portanto, este período inclui três fases principais: a fase pré-operatória, a fase intraoperatória e a fase pós-operatória. A fase pré-operatória começa com a decisão de realizar a cirurgia e termina quando esta se inicia. Durante esta fase, são considerados múltiplos fatores para prevenir complicações, tais como as Infecções no Local Cirúrgico (ILC), entre outros; além disso, é nesta fase que o estado emocional da PSPo é estabilizado e a ansiedade é controlada (Chintale, 2021). A segunda fase, a fase intraoperatória, corresponde ao momento em que a cirurgia é realizada, começando com o início do procedimento e finalizando com a transferência da PSPo para a sala de recuperação pós-anestésica. Por fim, a fase pós-operatória inicia-se imediatamente após a cirurgia, incidindo na saúde fisiológica da PSPo e no processo de recuperação (Chintale, 2021).

Ao longo do período perioperatório, desenvolve-se a prática da enfermagem perioperatória, com o propósito de prestar cuidados à PSPo no BO, visando a sua

estabilidade, segurança e bem-estar em todas as fases: antes, durante e após a cirurgia (AESOP, 2019).

Os cuidados de enfermagem perioperatória, de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017), são baseados em cinco princípios essenciais: a) reconhecer e capacitar o outro, b) lidar com a vulnerabilidade, c) assumir a responsabilidade pelo cuidado prestado, d) agir com prudência e gerir riscos, e e) manter uma consciência cirúrgica. Estes princípios guiam a prática de enfermagem num contexto clínico marcado por uma elevada complexidade organizacional, riscos consideráveis e exigências específicas.

Desta forma, a atuação especializada no contexto perioperatório exige a compreensão e a incorporação destes princípios na prática clínica, assim como o empenho em promovê-los e reforçá-los junto à equipa. Importa referir que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) é um profissional de referência no cuidado de pessoas com situações médicas ou cirúrgicas complexas. Este profissional elabora, executa e avalia planos de cuidados com base nas necessidades dos doentes e das suas famílias, tomando decisões fundamentadas em evidências científicas. O objetivo é alcançar resultados positivos através dos cuidados de enfermagem, melhorando o ambiente terapêutico e os processos de tratamento. Além disso, o EEEMC foca-se na gestão de riscos, com particular atenção à prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (OE, 2018).

Assim, o EEEMC, consciente dos riscos elevados nos cuidados perioperatórios, atua com base no conhecimento e nas competências desenvolvidas para responder às necessidades da Pessoa em Situação Perioperatória (PSPo); centra-se na vulnerabilidade dos doentes, nos procedimentos complexos e no ambiente envolvido, prestando cuidados especializados ao mesmo tempo que respeita as decisões dos doentes. O EEEMC, ao trabalhar em conjunto com uma equipa interdisciplinar, orienta-se pela segurança cirúrgica, controlo de infeções e gestão eficaz de materiais e equipamentos, exibindo uma elevada consciência cirúrgica (OE, 2017; OE, 2018).

Com base nos princípios mencionados, explora-se de seguida o desenvolvimento das competências específicas do EEEMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória através do Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, e dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017).

3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

O domínio mencionado trata-se do cuidado especializado que o enfermeiro perioperatório oferece à pessoa submetida a cirurgia e à sua família ou pessoa significativa, o qual abrange a gestão de todo o processo cirúrgico, desde a preparação antes da cirurgia até ao acompanhamento no pós-operatório (OE, 2018).

De acordo com Martins (2024), o cuidado de enfermagem é uma abordagem global e integradora, que obedece aos princípios de dignidade da pessoa humana, respeito pela individualidade e integralidade, promovendo o fortalecimento e a autonomia da pessoa. Este cuidado é pautado por uma responsabilidade profissional, onde se constrói uma relação terapêutica de ajuda e confiança entre o enfermeiro e a pessoa que carece de cuidados, agindo para que as suas necessidades sejam atendidas de forma completa e respeitosa.

O enfermeiro especialista tem o papel de identificar as necessidades da pessoa e da sua família, elaborar planos de cuidados personalizados e prestar apoio emocional, aliviando ansiedade e diminuindo medos e receios. Além disso, promove a capacitação do doente e da família para lidar com as mudanças decorrentes da cirurgia, como a autogestão da recuperação e o treino para o autocuidado. A intervenção objetiva a segurança, a privacidade e a integridade do doente, de modo a que todo o processo cirúrgico ocorra de acordo com os procedimentos éticos e legais, como o consentimento informado. O enfermeiro também participa nas diferentes fases da cirurgia, desde a consulta pré-operatória, anestesia, instrumentação, cuidados pós-anestésicos até ao acompanhamento após a alta. A sua atuação baseia-se em evidências científicas e no seu conhecimento especializado, controlando sinais e sintomas e tratando as complicações, como a dor. Por fim, este domínio enfatiza a colaboração interprofissional, na qual o enfermeiro coordena e comunica com outros profissionais da equipa de saúde para que os cuidados sejam prestados de forma integrada, eficiente e segura, promovendo sempre um ambiente de trabalho positivo e contribuindo para a continuidade dos cuidados (OE, 2018).

Durante o estágio, foi possível concretizar as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória, em particular nos principais subdomínios, abordados de seguida. A participação em eventos como o *XXI Congresso Nacional da AESOP*, o *Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2024* e o *Encontro Científico sobre Investigação em Enfermagem* foi fundamental para o desenvolvimento e consolidação de práticas que promovem a segurança e a qualidade no atendimento perioperatório.

- **Capacitação da pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica.** Esta competência foi concretizada ao identificar as necessidades específicas de cada doente e da sua família/pessoa significativa, certificando que estavam devidamente informados e preparados para o processo cirúrgico. Um exemplo concreto foi a preparação de um plano de intervenção individualizado para cada doente, que incluía a gestão da ansiedade pré-cirúrgica, o ensino sobre o procedimento cirúrgico e os cuidados pós-operatórios. Durante as admissões, foram utilizadas estratégias de comunicação clara e acessível para tranquilizar as pessoas em situação perioperatória e as suas famílias, atenuando o medo e a incerteza. Na fase pós-operatória, foram realizados telefonemas de acompanhamento, de modo a que as famílias estivessem informadas sobre o estado do doente e dando orientações para o período de recuperação em casa. Através deste processo, os doentes e a sua família ficaram mais aptos para participarem na sua recuperação, dado que os ajudou a gerir as mudanças físicas e emocionais que a cirurgia poderia provocar.
- **Promoção de cuidados à PSPo:** A promoção de cuidados perioperatórios envolveu a aplicação de práticas seguras e centradas na PSPo ao longo de todas as fases da sua experiência cirúrgica. Um exemplo desta competência foi a verificação rigorosa da lista de procedimentos de segurança cirúrgica, assegurando o cumprimento de todos os protocolos antes, durante e após a cirurgia. Nas fases de anestesia e cirurgia, foi verificado o posicionamento correto da PSPo e realizadas intervenções sempre que necessário para salvaguardar a sua segurança e conforto. Além disso, os sinais vitais das pessoas em situação perioperatória foram constantemente acompanhados, identificando possíveis complicações permitindo agir rapidamente para diminuir riscos. Por exemplo, num caso em que um doente apresentava sinais de dor intensa no recobro, foi ajustada a medicação analgésica, o que levou a uma gestão adequada da dor.
- **Intervenção numa perspetiva interprofissional:** A intervenção foi também norteadada por uma abordagem interprofissional, ao colaborar com diferentes membros da equipa de saúde. Assim, assegurou-se a articulação entre os vários profissionais, incluindo enfermeiros, anestesistas e cirurgiões, para que todos estivessem alinhados nas decisões relativas aos cuidados dos doentes. Um exemplo desta competência foi a colaboração com a equipa na preparação de *preference cards* na ortopedia o que permitiu melhorar a comunicação e a organização dentro da equipa, e também contribuiu para a uniformização de procedimentos, levando a

que todos cuidados prestados fossem baseados nas melhores práticas e evidências científicas. Durante o estágio, foi possível participar igualmente em formações e discussões interprofissionais, onde foram partilhadas experiências e ajustadas estratégias para incrementar os cuidados prestados.

O MPFP foi essencial para desenvolver as competências relacionadas com o cuidado da pessoa em situação perioperatória e da sua família. Este modelo, com o seu foco na segurança, respostas fisiológicas e comportamentais, ajudou a identificar as necessidades dos doentes e das suas famílias, preparando-os adequadamente para a experiência cirúrgica e fornecendo informações claras para a gestão da ansiedade. Além disso, através da implementação de estratégias de comunicação e intervenção, foi possível que as famílias compreendessem o processo cirúrgico e as etapas subsequentes, fomentando um ambiente de confiança e alívio. O modelo também facilitou a intervenção centrada na pessoa em situação perioperatória, estabelecendo que as necessidades emocionais e físicas fossem analisadas e tratadas de forma integrativa, sempre com ênfase no conforto, na segurança e no acompanhamento contínuo durante todo o processo perioperatório.

3.2. Maximiza a segurança da PSPo e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

Este domínio refere-se à responsabilidade do enfermeiro especialista em maximizar a segurança tanto da PSPo como da equipa multidisciplinar envolvida no procedimento cirúrgico. Dado o elevado risco inerente a este ambiente, que inclui a vulnerabilidade dos doentes e a complexidade dos procedimentos, o enfermeiro especialista utiliza os seus conhecimentos e competências para que as práticas sejam seguras para todos os intervenientes. A consciência cirúrgica é uma parte fulcral deste domínio, orientando o profissional a gerir o ambiente e os recursos de maneira a prevenir eventos adversos e promover um cuidado seguro e eficaz, em conformidade com os princípios éticos da profissão (OE, 2018).

O período perioperatório está associado a diversos riscos que podem levar a complicações, especialmente quando as práticas de segurança não são seguidas de forma adequada. Entre os fatores de risco identificados, destacam-se a falta de verificação das queixas de saúde dos doentes, a ausência de consentimento informado para a cirurgia, e a não aplicação de escalas importantes como a de Glasgow (Ponte et al., 2019). Além disso, a ausência de identificação dos doentes, a não permanência do anestesiológista durante todo

o procedimento e a falta de confirmação adequada do nome do doente e do local da cirurgia, são fatores de risco importantes citados por Ponte et al. (2019). Outros riscos incluem, ainda, a falha na testagem dos equipamentos cirúrgicos, a inadequada limpeza da sala de cirurgia e a gestão insuficiente do jejum pré-operatório. Todos estes fatores aumentam o risco de complicações como as infeções no local cirúrgico, as hemorragias e outras intercorrências, que podem pôr em risco a segurança do doente. Nesse sentido, a adoção de protocolos de segurança, como as *checklists* cirúrgicas, é de suma importância para minimizar estes riscos e melhorar os resultados perioperatórios (Ponte et al., 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), a segurança do doente envolve um núcleo de atividades estruturadas e sistemáticas que criam uma cultura, processos, práticas, comportamentos, tecnologias e ambientes no contexto dos cuidados de saúde. O propósito primordial é reduzir de forma consistente e sustentável os riscos, diminuir a frequência de danos evitáveis e mitigar o impacto destes danos quando ocorrem. Anualmente, um número significativo de doentes sofre lesões ou falecem devido a cuidados de saúde inseguros, o que contribui substancialmente para o aumento das taxas de mortalidade e morbilidade (OMS, 2021).

Neste contexto, a enfermagem desempenha uma função de relevo na garantia da segurança do doente ao longo de todo o período perioperatório. Exemplos da sua atuação incluem a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica (*checklist*), a correta preparação e posicionamento da PSPo para a cirurgia, o acompanhamento na fase de recuperação da anestesia e o acompanhamento do processo de esterilização dos instrumentos cirúrgicos (Gonçalves, 2022). A participação em eventos como o *Congresso Internacional de Controlo de Infeção* e o *Encontro Científico sobre Investigação em Enfermagem* contribuiu para melhorar o conhecimento sobre práticas seguras e atualizadas, que foram integradas na aplicação de protocolos de segurança e medidas de controlo de infeção.

Durante o estágio, a maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar foi uma constante em toda a prática, em consonância com as competências previstas no domínio da consciência cirúrgica. Assim, foi demonstrada consciência cirúrgica através da promoção de um ambiente seguro ao participar proactivamente na verificação da *checklist* cirúrgica, uma atividade que incluiu confirmar o nome do doente, o procedimento cirúrgico e o local da intervenção antes de cada cirurgia, complementando com uma comunicação eficaz entre a equipa e contribuindo, desta maneira, para a redução de riscos de erros.

De acordo com Soares et al. (2022), a ocorrência global de eventos adversos no período perioperatório é de 3%, com uma taxa de mortalidade de 0,5%. Esses dados indicam que, anualmente, cerca de 7 milhões de doentes cirúrgicos apresentam complicações, resultando em aproximadamente 1 milhão de mortes durante ou logo após a cirurgia. Nesse contexto, o enfermeiro assume um papel fundamental na implementação e no uso da *checklist* de segurança cirúrgica, uma vez que está presente em todas as fases essenciais para garantir a segurança no ambiente cirúrgico. O enfermeiro também atua como um mediador na comunicação entre os membros da equipa cirúrgica, promovendo a qualidade e a segurança de todos os participantes do procedimento (Hendges et al., 2020).

Diversos estudos demonstraram os benefícios da utilização da *checklist* de segurança cirúrgica, especialmente na diminuição da mortalidade e no risco de complicações pós-operatórias. O estudo de White et al. (2018) associou a implementação da *checklist* a uma redução simultânea nas taxas de mortalidade e complicações em doentes cirúrgicos. De maneira semelhante, o estudo de Spanjersberg et al. (2020) observou uma diminuição na mortalidade em até 120 dias em doentes submetidos a cirurgias cardíacas. Segundo Haridarshan et al. (2018), a utilização da *checklist* de segurança cirúrgica contribui significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, além de aumentar a percepção dos profissionais sobre a segurança da PSPO. Este recurso tem um impacto positivo ao reduzir de forma notável a morbilidade, a mortalidade e as complicações associadas, o que se traduz numa melhoria global da qualidade dos serviços de saúde.

Adicionalmente, existiu envolvimento na preparação do ambiente cirúrgico, garantindo que os instrumentos estavam devidamente esterilizados e organizados para cada intervenção, uma atividade que ajudou a garantir a segurança do ambiente cirúrgico, promovendo a eficiência e eficácia dos cuidados. Segundo Panta et al. (2022), a esterilização no ambiente cirúrgico é extremamente relevante na prevenção da transmissão de patógenos entre doentes e profissionais de saúde. O processo de reprocessamento e esterilização de dispositivos médicos reutilizáveis é fundamental para evitar infeções associadas aos cuidados de saúde, especialmente em procedimentos invasivos. Os autores ressaltam que os enfermeiros, em particular, demonstram um nível mais elevado de conhecimento e atitudes positivas em relação à esterilização, em virtude da sua maior participação nas práticas de controlo de infeções. No entanto, muitas vezes são identificadas áreas que necessitam de reforço na formação e educação, como os procedimentos adequados de esterilização, o armazenamento correto de dispositivos esterilizados e a descontaminação. Como tal, é importante melhorar o conhecimento nestas áreas para uma maior segurança

do doente e diminuição do risco de infeções em hospitais, sobretudo em contextos com recursos limitados (Panta et al., 2022).

Além das práticas de assepsia e utilização de *checklists*, a gestão dos dispositivos médicos, como lasers, microscópios, bisturis elétricos, torres de artroscopia e aspiradores de fumos, é fundamental. Nesse sentido, o tutor de estágio era responsável pela validação e disponibilidade dos mesmos, estando a cargo dele o pedido e agendamento de manutenções preventivas e curativas destes equipamentos, o que promove uma segurança acrescida no ambiente cirúrgico ao fazer com que todos os dispositivos estejam em condições adequadas de uso. Esta prática reduz o risco de falhas durante os procedimentos, contribuindo para um ambiente seguro e eficiente.

No que se refere à unidade de competência “liderar o processo de prevenção e controlo de infeção”, houve um papel ativo na monitorização do cumprimento dos princípios de assepsia. Assim, foi realizada a antissepsia das mãos e a supervisão do cumprimento rigoroso das normas de assepsia no BO, especialmente na troca de luvas e na manutenção da técnica estéril durante a instrumentação cirúrgica. De acordo com Tanner et al. (2016), a antissepsia cirúrgica das mãos é um procedimento essencial para destruir micro-organismos transitórios e inibir o crescimento de micro-organismos residentes, minimizando assim o risco de ILC. Segundo Wood (2024), os enfermeiros desempenham um papel fulcral na antissepsia cirúrgica e na prevenção de infeções. Entre as suas principais intervenções, destaca-se a higiene adequada das mãos, quer através da lavagem frequente, quer com o uso de desinfetantes à base de álcool, uma medida simples, mas eficaz para reduzir a transmissão de patógenos. A preparação do local cirúrgico, que compreende a limpeza com agentes antissépticos e a remoção segura de pelos, também é uma tarefa importante para minimizar o risco de contaminação. Além disso, os enfermeiros são responsáveis por garantir a técnica asséptica, mantendo o campo cirúrgico estéril, esterilizando adequadamente instrumentos e dispositivos, e identificando qualquer falha na técnica asséptica durante o procedimento (Wood, 2024).

Além disso, durante os ensinamentos pós-operatórios, houve a oportunidade de frisar com os doentes e familiares a importância da higiene adequada da ferida cirúrgica, colaborando assim no controlo da infeção no período pós-operatório. Na conceção de Wilandika et al. (2023), os enfermeiros são importantes na educação dos doentes e seus familiares no que diz respeito aos cuidados de saúde, promovendo a literacia em saúde. Esta literacia é essencial para que os doentes possam aceder, compreender, avaliar e utilizar corretamente as informações de saúde, o que influencia de forma direta os seus comportamentos e

decisões em relação ao seu estado de saúde. Ademais, os enfermeiros atuam como cuidadores, facilitadores e educadores, ajudando a superar as limitações de literacia em saúde dos doentes e otimizando os seus conhecimentos e competências para melhor gerir as suas doenças (Wilandika et al., 2023).

Segundo Denicu et al. (2024), os enfermeiros têm uma função crucial na educação de doentes e familiares no contexto de cuidados pós-operatórios. Este envolvimento inclui a orientação sobre a gestão de feridas, o apoio nutricional adequado e a assistência emocional, procurando sempre que os doentes e as suas famílias compreendam plenamente as orientações para a recuperação. A comunicação clara e frequente com a equipa multidisciplinar é fundamental para a correta adesão aos cuidados, ajudando a prevenir complicações e promovendo uma recuperação de sucesso. Além disso, a atualização constante dos conhecimentos por parte dos enfermeiros é essencial para que possam prestar cuidados baseados em evidências, assegurando a melhor qualidade de atendimento no período pós-operatório (Denicu et al., 2024).

Finalmente, no âmbito da unidade de competência: “promoção e controlo dos dispositivos médicos”, existiu um envolvimento na gestão dos dispositivos utilizados nas cirurgias, garantindo que estavam funcionais e rastreáveis, desde a sua chegada à unidade de reprocessamento de dispositivos médicos até ao seu uso no BO. A colaboração na criação de *preference cards* também melhorou a organização e gestão dos materiais necessários para cada cirurgia, contribuindo para a segurança e eficiência do processo operatório.

A aplicação do MPFP foi de suma importância para concretizar as competências deste domínio, dado que norteou todas as intervenções ao garantir que cada etapa do processo cirúrgico fosse conduzida de forma segura e competente, desde a verificação das condições do ambiente cirúrgico até à preparação da PSPo para a cirurgia. A implementação da *checklist* cirúrgica, a supervisão da esterilização dos instrumentos, e o correto posicionamento cirúrgico foram exemplos práticos de como as diretrizes do MPFP foram aplicadas para evitar complicações e promover um ambiente seguro para a PSPo e a equipa. Além disso, ao atuar como defensor da PSPo inconsciente, foi assegurado que as respostas fisiológicas e comportamentais fossem acompanhadas adequadamente, mantendo a tónica na segurança e no bem-estar durante todo o perioperatório.

Para finalizar, apresenta-se a tabela que sistematiza os dois domínios de competências específicas do enfermeiro especialista e como foram concretizados durante o estágio.

Tabela 2 - Sistematização dos domínios das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista e a sua concretização durante o estágio

Domínio de Competência	Concretização
a) Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	- Identificação das necessidades da PSPo e família, com elaboração de planos de cuidados individualizados. - Capacitação da PSPo e família para a gestão da experiência cirúrgica, incluindo o ensino pré e pós-operatório. - Promoção de um ambiente de confiança e acolhimento, com apoio emocional e orientação. - Colaboração interprofissional para assegurar a continuidade dos cuidados com base em evidências científicas.
b) Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória (PSPo) e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	- Participação ativa na implementação da checklist de segurança cirúrgica. - Garantia de esterilização e organização dos instrumentos cirúrgicos. - Supervisão da técnica estéril e controle de infeções. - Monitorização dos sinais vitais e gestão da dor no pós-operatório. - Ensino às pessoas em situação perioperatória e familiares sobre os cuidados pós-operatórios para prevenir infeções.

4. Considerações finais

Concluída esta fase tão crucial, a reflexão sobre todo este trajeto torna-se extremamente importante. Assim, as considerações finais deste relatório de estágio têm como objetivo sintetizar os resultados alcançados no contexto da componente de estágio, evidenciando o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem perioperatória e a consecução dos objetivos propostos, além de apresentar uma reflexão sobre todo o percurso traçado. Este estágio, desenvolvido numa unidade hospitalar na zona norte, apresentou-se como um verdadeiro desafio, revelando-se, ao mesmo tempo, uma experiência profundamente gratificante, tanto no percurso de formação para Enfermeiro Especialista como para Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Este processo permitiu um crescimento expressivo nas várias esferas do saber: saber teórico, saber prático, saber ser e saber estar.

Ao longo deste caminho, foram adquiridos novos conhecimentos e desenvolvidas competências, quer a nível teórico quer a nível prático, os quais foram enriquecidos através da participação nas aulas teóricas, do trabalho autónomo, da leitura de bibliografia científica, da realização dos ensinamentos clínicos, das reflexões, bem como dos projetos e da participação em congressos. Importa referir que as orientações recebidas dos professores e dos enfermeiros e outros profissionais com quem se interagiu, foram cruciais para firmar tudo o que foi aprendido, permitindo, igualmente, refletir sobre as experiências vivenciadas e fortalecer ainda mais os conhecimentos obtidos. Esta reflexão permitiu organizar o pensamento e mobilizar os conhecimentos de forma a que o planeamento e a execução das intervenções se traduzissem na prestação de cuidados de qualidade. Assim, foram adquiridas competências no âmbito de conhecimentos avançados, os quais foram incorporados na prática assistencial, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No que tange aos objetivos propostos, é possível afirmar que foram atingidos com sucesso. O primeiro objetivo, que consistia em realizar uma formação com vista à melhoria dos cuidados perioperatórios no serviço, foi cumprido através da apresentação de uma formação centrada na importância da higiene das mãos e sua contribuição para a prevenção de infeções hospitalares. Esta formação foi realizada junto aos enfermeiros e assistentes operacionais e gerou uma discussão viva entre os participantes, promovendo uma maior adesão às práticas de higiene e medidas preventivas. O segundo objetivo,

desenvolver competências especializadas na prevenção e controlo de infeções durante o procedimento operatório, também foi concretizado. Durante o estágio, houve uma constante prática de medidas de assepsia e controlo de infeção, nomeadamente na esterilização dos instrumentais cirúrgicos, na monitorização das práticas de higiene e na observação rigorosa das normas de assepsia no BO. Este desenvolvimento de competências refletiu-se na capacidade de aplicar e supervisionar medidas de controlo de infeção, contribuindo para a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Por fim, o terceiro objetivo, elaborar *Preference Cards* dos procedimentos realizados na especialidade de ortopedia, foi atingido com a criação de ferramentas que melhoraram a organização e eficiência dos procedimentos cirúrgicos, de forma que a equipa tivesse acesso a informações padronizadas sobre os materiais e técnicas a serem utilizados. A padronização promovida pelos *Preference Cards* resultou, sem qualquer dúvida, numa maior eficiência e segurança no BO, culminando, por extensão, na melhoria dos cuidados às pessoas em situação perioperatória e na otimização dos recursos.

No que concerne ao desenvolvimento das competências associadas ao grau de mestre, conforme estipulado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto de 2018, considera-se que foram concretizadas. A experiência clínica permitiu o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos no 1.º ciclo, consolidando a compreensão de práticas perioperatórias e fomentando o desenvolvimento de soluções em contextos complexos. Especificamente, o estágio proporcionou o desenvolvimento de competências de conhecimento e capacidade de compreensão, aplicação de conhecimentos em situações novas e não familiares, capacidade para lidar com questões desafiadoras, comunicação eficaz de conclusões e raciocínios, e uma aprendizagem contínua ao longo da vida, todas estas, competências essenciais para a prática de um enfermeiro especialista.

Durante este percurso, foram igualmente adquiridas as competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no que tange à responsabilidade profissional, ética e legal, à melhoria contínua da qualidade, à gestão dos cuidados e ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A responsabilidade profissional foi assegurada através da prática de cuidados centrados no respeito pela dignidade e direitos dos doentes, promovendo um ambiente seguro e ético. A melhoria contínua da qualidade foi concretizada na aplicação rigorosa de medidas de segurança e controlo de infeção, e na criação de *Preference Cards*, que uniformizaram procedimentos e melhoraram a eficiência operatória. A gestão dos cuidados concretizou-se na organização do BO e na gestão dos recursos humanos, para que os cuidados fossem prestados com qualidade, mesmo em

momentos de maior exigência. Finalmente, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi promovido através da reflexão contínua sobre as práticas realizadas e da participação em formações e eventos científicos.

Além disso, foram adquiridas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, com destaque para o cuidado centrado na PSPo e na sua família, a promoção da segurança perioperatória e a integração numa abordagem interprofissional. O cuidado à pessoa em situação perioperatória foi garantido através da identificação das necessidades dos doentes e da sua família, promovendo a qualificação para a gestão da recuperação pós-cirúrgica. A segurança perioperatória foi atingida com a aplicação de *checklists* de segurança e a supervisão das práticas de esterilização e assepsia no BO. Por fim, a estratégia interprofissional foi concretizada através da colaboração com a equipa multidisciplinar, contribuindo para a coordenação dos cuidados de forma competente e segura.

Este estágio representou um marco muitíssimo importante no desenvolvimento das competências como enfermeiro especialista, não apenas no domínio da prática clínica, como também na capacidade de refletir sobre a mesma, identificar áreas de melhoria e propor soluções baseadas em evidências. A reflexão contínua sobre as atividades realizadas permitiu uma análise crítica das práticas e dos resultados, promovendo um ciclo de aprendizagem e evolução constante. A aplicação do MPFP foi vital para conduzir toda a prática, fazendo com que cada intervenção fosse pautada pela segurança e pelo bem-estar da PSPo, ampliando a importância de cuidados centrados na pessoa.

Relativamente às dificuldades encontradas, considera-se que a principal foi a dificuldade em encontrar um tema pertinente a apresentar no serviço, que se adequasse às necessidades da equipa. Além disso, a gestão do tempo para a conclusão deste relatório também representou um desafio importante. Outra dificuldade foi a conciliação entre as atividades práticas e o aprofundamento teórico, exigindo um equilíbrio constante entre ambas. Para ultrapassar estes obstáculos, foi mantido sempre um elevado nível de dedicação, procurando a orientação adequada e aproveitando cada oportunidade disponível para avançar com o relatório, o que contribuiu de forma positiva para todo o processo de aprendizagem. Estas experiências permitiram desenvolver as competências necessárias, além de também terem proporcionado uma enorme satisfação pessoal e profissional. Não obstante, estas dificuldades foram ultrapassadas, o que contribui para o crescimento enquanto pessoa e profissional.

Em síntese, este estágio constitui uma experiência muito proveitosa e ao mesmo tempo desafiadora, que permite a qualificação para lidar com as exigências da prática especializada em enfermagem perioperatória com um olhar crítico e ético, que culminou na procura pela prestação de cuidados de elevada qualidade e segurança às pessoas em situação perioperatória. Acreditasse que, com a conclusão de todo este percurso descrito ao longo do relatório, foi atingida uma evolução notável, e que todo o esforço e dedicação investidos na realização deste mestrado foram extremamente gratificantes, contribuindo de forma substancial para o desenvolvimento tanto a nível profissional como pessoal.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

A Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre o Risco do Fumo Cirúrgico na Sala de Operações

1. Resumo

Enquadramento: O fumo cirúrgico, originado principalmente durante o uso de eletrocautério em procedimentos cirúrgicos, é um poluente ocupacional que representa riscos consideráveis para a saúde dos profissionais de saúde nas salas de operações. Apesar do conhecimento dos riscos, a implementação de medidas protetivas ainda é insatisfatória em muitas instituições. Este estudo qualitativo investigou a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre os riscos de exposição ao fumo cirúrgico e as práticas adotadas para mitigar esses riscos.

Objetivos: O principal objetivo deste estudo foi explorar a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre os riscos associados à exposição ao fumo cirúrgico e identificar as práticas de mitigação implementadas nos blocos operatórios. Além disso, procurou-se compreender as barreiras à implementação de medidas de proteção eficazes.

Metodologia: A população alvo deste estudo foi composta por 8 enfermeiros perioperatórios com experiência superior a 5 anos, selecionados para participar de um *focus group*. A recolha de dados baseou-se na condução de uma sessão de *focus group*, realizada via plataforma *Teams*, com o intuito de obter informação sobre a percepção dos riscos, práticas de mitigação adotadas e barreiras no ambiente de trabalho.

Resultados: Os participantes demonstraram um conhecimento geral sobre os perigos do fumo cirúrgico, porém, identificou-se uma subutilização de medidas de proteção, tais como os sistemas de evacuação de fumos. A análise evidenciou que as barreiras institucionais e a falta de protocolos eficientes constituem as principais barreiras para a implementação de práticas de segurança mais rigorosas.

Conclusão: Os resultados deste estudo indicam que, embora os enfermeiros estejam cientes dos riscos associados ao fumo cirúrgico, a aplicação de medidas preventivas é condicionada por barreiras organizacionais e operacionais. Conclui-se que é necessário o desenvolvimento de políticas institucionais mais rígidas e a promoção de formação contínua para assegurar a proteção adequada dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Salas cirúrgicas; Enfermagem perioperatória; Risco; Fumo cirúrgico

2. Abstract

Introduction: Surgical smoke, mainly generated during the use of electrocautery in surgical procedures, is an occupational pollutant that poses considerable health risks to healthcare professionals in operating rooms. Despite knowledge of the risks, the implementation of protective measures is still unsatisfactory in many institutions. This qualitative study investigated the perception of perioperative nurses about the risks of exposure to surgical smoke and the practices adopted to mitigate these risks.

Objectives: The main objective of this study was to explore the perception of perioperative nurses about the risks associated with exposure to surgical smoke and to identify the mitigation practices implemented in operating rooms. In addition, we sought to understand the barriers to the implementation of successful protective measures.

Methods: The target population of this study consisted of 8 perioperative nurses with more than 5 years of experience, selected to participate in a focus group. Data collection was based on a focus group session conducted via the Teams platform, with the aim of obtaining information on risk perception, adopted mitigation practices and barriers in the work environment.

Results: Participants demonstrated general knowledge about the dangers of surgical smoke, however, underuse of protective measures, such as smoke evacuation systems, was identified. The analysis showed that institutional barriers and the lack of efficient protocols constitute the main barriers to the implementation of more rigorous safety practices.

Conclusion: The results of this study indicate that, although nurses are aware of the risks associated with surgical smoke, the application of preventive measures is conditioned by organizational and operational barriers. It is concluded that it is necessary to develop stricter institutional policies and promote continuous training to ensure adequate protection of health professionals.

Keywords: Operating rooms; Perioperative nursing; Risk; Surgical Smoke

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Devido ao avanço vertiginoso da tecnologia, tem-se verificado um aumento no uso de equipamentos sofisticados nas salas de operações, assim como em diversos outros setores. Apesar de estes dispositivos permitirem uma maior praticidade, também acarretam alguns riscos tanto para a equipa cirúrgica como para a pessoa em situação perioperatória (Afacan et al., 2023). O fumo cirúrgico é um poluente ocupacional presente nas salas de operações (SO), produzido sobretudo pelo uso de eletrocautério, um equipamento comum em cirurgias que facilita a excisão precisa dos tecidos e o controlo hemostático (Caus et al., 2023). Este fumo contém partículas inativas, constituintes orgânicos voláteis (COVs), patógenos viáveis (como vírus e bactérias) e células viáveis. São substâncias que variam consoante o tipo de equipamento usado e o tecido tratado. Por exemplo, partículas menores e mais perigosas são frequentemente produzidas por eletrocautério e lasers, enquanto bisturis ultrassónicos podem originar uma maior quantidade de células viáveis (Zhou et al., 2023).

De acordo com Dixon et al. (2023), os efeitos prejudiciais da inalação de fumo cirúrgico nos profissionais de saúde que trabalham em salas de cirurgia são múltiplos. O fumo cirúrgico contém compostos cancerígenos como o formaldeído e o benzeno, que ultrapassam os limites de segurança ocupacional determinados. A presença destes compostos é alarmante, uma vez que podem provocar broncoespasmo, edema pulmonar e danos aos órgãos, além de terem propriedades cancerígenas. Além disso, a inalação pode levar à infeção das células epiteliais nasais. Muito embora não haja uma confirmação conclusiva de infeção a longo prazo, o risco é reconhecido, sobretudo no contexto de procedimentos como a cirurgia laparoscópica (Dixon et al., 2023). Foram ainda apontados os seguintes sinais, sintomas e doenças relacionados à exposição ao fumo cirúrgico: irritação ocular, cefaleia, náuseas, vômitos, fadiga, insuficiência cardiovascular e hepatite (Caus et al., 2023).

A *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN) já emitiu algumas orientações acerca da gestão do fumo cirúrgico na sala de cirurgia, apontando várias medidas para garantir a segurança dos profissionais de saúde e doentes, nomeadamente a evacuação do fumo. A AORN recomenda o uso de sistemas de evacuação de fumo no decorrer de todos os procedimentos cirúrgicos que gerem fumo. Estes procedimentos incluem o uso de filtros de partículas de alta eficiência (ULPA), que são 99,999% eficazes na captura de pequenas partículas presentes no fumo cirúrgico (Spruce, 2021). No que se refere à ventilação da

sala, a sua adequação é crucial, porém a AORN destaca que a ventilação sozinha é insuficiente para eliminar os contaminantes presentes no fumo; por essa razão, recomenda-se a combinação de ventilação e evacuação de fumo para controlar a contaminação do ar (Spruce, 2021). A formação e a sensibilização são igualmente essenciais, sendo salientada a necessidade de formação contínua sobre os perigos do fumo cirúrgico e a essencialidade da adesão às normas de evacuação de fumo (Ball, 2010). No estudo de Afacan et al. (2023), verificou-se que, à medida que o nível de conhecimento dos profissionais que atuam nas salas de cirurgia aumentou, houve uma redução na exposição ao fumo cirúrgico, visto que estes profissionais passaram a ter cuidados maiores e a utilizar de forma mais frequente dispositivos de evacuação de fumo.

A AORN também sugere a implementação de controlos administrativos e de engenharia para reduzir a exposição ao fumo cirúrgico, incluindo o uso de dispositivos que produzam menos fumo e a introdução de políticas específicas para a evacuação de fumo cirúrgico (Heroor et al., 2022).

Neste âmbito, os enfermeiros perioperatórios estão em risco significativo em virtude da exposição ao fumo cirúrgico. Na verdade, o Bloco Operatório (BO) é visto como um serviço hospitalar de alto risco, acompanhado por diversas ameaças que podem levar a custos acrescidos em caso de acidentes ou incidentes de trabalho (Nobre, 2017). De acordo com Ribeiro et al. (2021), os profissionais de saúde, em geral, devido à especificidade das suas funções, estão expostos a inúmeros riscos no ambiente de trabalho, sendo estes mais prementes nos enfermeiros perioperatórios. A exposição constante ao fumo cirúrgico nas salas de operações é considerada um risco ocupacional de peso. Muitos destes profissionais reportam frequentemente sintomas como dores de cabeça, irritação na garganta, tosse e outros problemas respiratórios por causa da exposição ao fumo cirúrgico. Além do mais, a adesão às recomendações de evacuação de fumo é muitas vezes reduzida, intensificando os riscos (Asdornwised et al., 2018). Os resultados do estudo de Van Giersbergen et al. (2019) mostraram que 73,2% dos enfermeiros reportaram ter pelo menos um sintoma associado à exposição ao fumo cirúrgico. Os sintomas mais comuns compreenderam alterações respiratórias inflamatórias (57,3%), dores de cabeça (51,2%), náuseas ou vômitos (39,1%) e hipoxia ou tonturas (34,1%). O estudo revelou que apenas 8,2% dos enfermeiros indicaram que as suas instituições possuíam protocolos específicos para lidar com o fumo cirúrgico, e 65% usavam máscaras cirúrgicas como medida de proteção, apesar de estas máscaras não oferecerem proteção apropriada contra os componentes menores e mais perigosos do fumo. O estudo concluiu que as medidas preventivas em salas de operações eram

inadequadas e que existe uma necessidade urgente de melhorias para proteger os enfermeiros dos efeitos prejudiciais da exposição ao fumo cirúrgico. De acordo com Vortman et al. (2021), os enfermeiros têm noção dos riscos à saúde a longo prazo relacionados ao fumo cirúrgico. No entanto, a falta de conhecimento e de formação adequada sobre a totalidade dos riscos e as medidas de mitigação contribuem para a fraca e inadequada utilização de utensílios de evacuação de fumo. Na opinião de Heroor et al. (2022), a segurança dos profissionais de saúde e a promoção de medidas rigorosas de segurança ocupacional em ambientes de saúde são muitas vezes negligenciadas e não são devidamente regulamentadas por políticas diretas. A esse respeito, Okoshi et al. (2015) indicam que muitas salas de operações ainda não disponibilizam proteção adequada contra a exposição ao fumo cirúrgico, frequentemente devido à resistência dos cirurgiões em permitir o uso destes sistemas de ventilação local. Para além disso, Bree et al. (2017) referem que as medidas atuais para proteger os profissionais de saúde contra os efeitos nocivos do fumo cirúrgico são deficientes. Há uma necessidade premente de implementar e aderir a melhores práticas de proteção, incluindo o uso consistente de respiradores N95 e sistemas eficazes de evacuação de fumo. Os autores defendem a necessidade de estudos prospetivos de longo prazo para analisar a incidência de comorbidades entre os profissionais de saúde expostos ao fumo cirúrgico, a fim de estabelecer se existe uma relação causal entre a exposição ao fumo cirúrgico e os resultados adversos de saúde.

Neste contexto, é de referir o Modelo Perioperatório Focado no Paciente (MPFP), desenvolvido inicialmente por Rothrock e Smith em 2000, e revisto por Van Wicklin em 2020, sendo considerado um marco importante na área da enfermagem perioperatória. Este modelo foi estabelecido como uma estrutura conceitual pela AORN e tem como objetivo primordial promover a segurança da pessoa em situação perioperatória e otimizar as respostas fisiológicas e comportamentais durante o período perioperatório. O modelo centra-se na pessoa em situação perioperatória, colocando-o no cerne do cuidado perioperatório, e dá crucial importância a uma intervenção individualizada que atende às necessidades físicas e emocionais das pessoas em situação perioperatória. Importa referir que o modelo foi desenvolvido a partir da análise de 15 teorias existentes e foi selecionado pela AORN devido à sua lógica e aplicabilidade prática no ambiente cirúrgico (Rothrock & Smith, 2000). Consideramos que o MPFP pode ser um recurso de grande valor para estruturar este estudo e para desenvolver intervenções eficazes que protejam a saúde dos profissionais no bloco operatório e das pessoas em situação perioperatória.

Perante o exposto, é possível aferir que o fumo cirúrgico representa um risco relevante e muitas vezes subestimado nos ambientes de BO. A evidência sugere que é imperiosa a adoção de medidas de proteção mais eficazes para colmatar os riscos a que os profissionais de saúde estão sujeitos. Nesse sentido, a problemática escolhida para a realização deste estudo descritivo prende-se com a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre o risco de exposição ao fumo cirúrgico na sala de operações. Assim, foi realizado um estudo qualitativo, utilizando a metodologia de *focus group* com enfermeiros que trabalham no BO. A pertinência deste estudo está relacionada com a necessidade de sensibilizar os enfermeiros e as instituições de saúde para a importância da adoção de medidas de proteção efetivas contra a exposição ao fumo cirúrgico, contribuindo para um ambiente de trabalho mais seguro. Posto isto, pretendemos que este estudo contribua para o desenvolvimento de estratégias de formação contínua e a implementação de políticas institucionais que favoreçam a proteção dos profissionais de saúde contra os riscos associados a este fumo.

Face aos resultados, espera-se que este estudo incentive a adesão a práticas de segurança mais rigorosas e a melhoria das condições de trabalho nas salas de operações, reduzindo deste modo os riscos ocupacionais e promovendo a saúde e o bem-estar dos enfermeiros perioperatórios.

4. Finalidade e objetivos

Com o intuito de compreender se os enfermeiros perioperatórios estão cientes dos riscos associados ao fumo cirúrgico na sala de operações, foi formulado um objetivo central de investigação. Segundo Islam e Samsudin (2020), os objetivos ajudam a delimitar o âmbito do estudo, especificando exatamente o que será investigado, o que, por sua parte, permite que o investigador mantenha o foco nas questões centrais do estudo, evitando a dispersão de esforços.

Assim, definimos o seguinte objetivo: Descrever a perceção dos enfermeiros perioperatórios sobre o risco do fumo cirúrgico na sala de operações. Como finalidade, pretende-se identificar as medidas preventivas adotadas e avaliar a eficácia destas medidas na mitigação dos riscos.

5. Metodologia

A investigação é entendida como uma atividade básica da ciência, que procura questionar e analisar a realidade (Vilelas, 2009). A investigação científica permite obter conhecimentos científicos, objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis (Vilelas, 2009).

Neste ponto, apresentamos a metodologia utilizada neste estudo empírico, uma parte fulcral de qualquer investigação científica, pois define o caminho seguido para a obtenção de resultados fiáveis e válidos (Pandey & Pandey, 2015). A investigação assume um carácter qualitativo que, segundo Chivanga e Monyai (2021), possibilita ao investigador obter uma visão mais profunda e completa dos significados e interpretações que os participantes atribuem aos fenómenos que são o objeto de análise. O foco da investigação qualitativa reside na obtenção de informação pormenorizada e rica oriunda diretamente do ponto de vista dos participantes (Chivanga & Monyai, 2021).

5.1. *Desenho do estudo*

Segundo a classificação de Montero e León, o desenho do estudo é classificado como "Estudo Empírico Qualitativo". Mais especificamente, devido ao uso de *focus group* para a recolha de dados, trata-se de um "Estudo de Caso" em que a metodologia qualitativa é aplicada para explorar percepções e experiências dos participantes (Montero e León, 2007). Segundo Yin (2014), um estudo de caso é uma pesquisa que analisa um fenómeno atual dentro do seu ambiente real, especialmente quando é difícil separar o fenómeno do contexto em que ocorre. Yin explica que os estudos de caso são úteis quando se quer entender "como" e "porquê" algo acontece, principalmente em situações onde não se pode controlar os eventos e o objetivo é compreender as dinâmicas dentro de um contexto específico (Yin, 2014). Este tipo de estudo é o mais adequado para a nossa investigação devido à sua capacidade de explorar em profundidade as percepções e experiências dos participantes, alinhando-se com os objetivos do estudo.

5.2. *Participantes*

O estudo contou com a participação de 8 indivíduos, dos quais 3 são do sexo masculino e 5 do sexo feminino. Todos os participantes possuem uma experiência significativa em

enfermagem perioperatória, com mais de 5 anos de atuação na área. Entre os participantes, 4 são enfermeiros especialistas, o que indica uma qualificação adicional e conhecimento especializado na área da enfermagem perioperatória.

5.3. *Processo de recolha de dados*

Como ferramenta de recolha de dados foi usado o *focus group* (grupos focais) uma metodologia largamente utilizada em estudos de enfermagem. Os *focus group* permitem aos investigadores aceder às fontes de comportamentos e motivações complexas, viabilizando informações que podem não ser obtidas por métodos convencionais, como as entrevistas individuais. Esta interação ativa entre os participantes é fulcral para uma maior compreensão sobre as opiniões e experiências dos enfermeiros (Jayasekara, 2012).

Para a realização do *focus group*, foram inicialmente convidados 20 enfermeiros, através de um convite enviado por e-mail. Destes 20 profissionais, 17 enfermeiros manifestaram disponibilidade para participar. Com o intuito de identificar o dia e hora mais convenientes para todos, foi criado um formulário no Google Forms. Este processo exigiu três rondas de consulta até se conseguir encontrar uma data em que 12 dos enfermeiros pudessem participar simultaneamente. Após a definição da data e hora, foram enviados os termos de consentimento via email, solicitando que fossem assinados e devolvidos antes da reunião. Todos os consentimentos foram devidamente assinados e devolvidos ao investigador antes do início do *focus group*. Contudo, na hora marcada para a reunião, 3 dos enfermeiros previamente confirmados informaram que, por motivos pessoais, não poderiam participar. Além disso, um dos participantes tentou entrar na reunião, mas devido a problemas técnicos, não conseguiu participar efetivamente.

O *focus group* foi realizado na plataforma *Teams*, conforme planeado, e a sessão foi gravada em áudio e vídeo, de acordo com o consentimento prévio dado por todos os participantes. Após a reunião, a gravação foi transcrita para texto, a fim de facilitar a análise posterior dos dados.

Os termos de consentimento assinados foram arquivados pelo investigador, juntamente com a gravação da sessão, garantindo que todas as informações obtidas fossem utilizadas unicamente para os fins deste estudo. Foi também garantido o anonimato de todos os participantes, preservada a sua privacidade e mantida a confidencialidade de todos os dados recolhidos.

Durante o *focus group*, o investigador principal, conduziu a discussão utilizando um guião orientador com questões abertas, facilitando a exploração aprofundada das temáticas propostas. O estudo foi elaborado de forma a permitir que os participantes manifestassem livremente as suas opiniões, podendo abandonar a discussão a qualquer momento, sem qualquer penalização ou risco. As práticas de proteção e confidencialidade foram frisadas, asseverando que o processo de recolha de dados foi realizado de forma ética e responsável.

O guião orientador utilizado no *focus group* foi cuidadosamente construído para estruturar a discussão e garantir que todos os tópicos relevantes fossem abordados de forma completa e sistemática. Este guião foi constituído por uma série de questões abertas, concebidas para explorar as percepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros em relação à exposição ao fumo cirúrgico, o tema nuclear do estudo. As perguntas foram formuladas para permitir uma discussão rica e interativa entre os participantes, encorajando-os a partilhar as suas experiências e preocupações. As questões iniciais centraram-se no conhecimento que os enfermeiros possuem sobre os riscos associados à exposição ao fumo cirúrgico e se esse conhecimento foi adquirido através de ações de formação, promovidas pelo hospital ou por iniciativa própria. Posteriormente, o guião direcionou a conversa para as preocupações atuais dos enfermeiros no que se refere à exposição ao fumo cirúrgico nas suas práticas diárias, bem como para o conhecimento que possuem sobre os riscos a longo prazo dessa exposição. As questões também abordaram as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para minimizar a exposição ao fumo cirúrgico e se existem políticas ou procedimentos específicos no hospital onde trabalham para prevenir a inalação desse fumo. Por fim, foram discutidas as práticas de proteção atualmente em vigor para lidar com o contacto com o fumo cirúrgico.

5.4. *Processo de análise de dados*

Os dados recolhidos foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo, conforme descrito por Bardin (2016). Segundo Câmara (2013), o propósito central da análise de conteúdo é discernir temas ou categorias significativas dentro de um *corpus* de conteúdo e apresentar uma descrição pormenorizada da realidade social que emerge destes temas/categorias, à medida que são experienciados num contexto específico.

Esta análise envolveu três etapas principais: (1) Pré-análise; (2) Exploração do material; e (3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2016). A Pré-análise é a etapa inicial de organização. Inclui a "leitura flutuante", que é o primeiro contato com os

documentos analisados; a seleção dos documentos; e a definição dos objetivos da análise. A fase de exploração do material é a mais intensiva e envolve principalmente atividades de codificação, decomposição ou enumeração. É nesta fase que se definem as categorias e subcategorias, bem como as unidades de registo e as unidades de contexto. A categorização é um processo de classificação dos elementos isolados (unidades de registo), agrupando-os conforme critérios específicos, como semânticos, sintáticos, lexicais ou expressivos. As unidades de registo são segmentos codificados de conteúdo que servem como a base para a categorização e a contagem de frequências. Representam o menor segmento de um texto que pode ser classificado, como palavras-chave, temas ou acontecimentos. As unidades de contexto, por sua vez, são segmentos mais abrangentes que as unidades de registo e servem para esclarecer o significado exato das unidades de registo (Bardin, 2016). Na fase final, os dados são processados de forma a tornar-se significativos para o estudo. Esta etapa envolve sobretudo a descrição e a análise dos dados, que podem incluir inferências ou interpretações. Dependendo do estudo, podem ser utilizadas operações estatísticas simples, como percentagens e frequências, ou operações mais complexas. O estudo também pode incluir o uso de gráficos, imagens ou tabelas para facilitar a compreensão dos resultados. Após a interpretação dos dados, realiza-se uma comparação sistemática com a literatura existente (Bardin, 2016).

A análise foi efetuada com auxílio do MAXQDA Analytics Pro 24.4.1, um *software* de análise de dados qualitativos, que possibilita a codificação de diferentes tipos de dados (p. ex.: textos, imagens, vídeos), ajudando a criar categorias e a codificação automática (Kuckartz & Rädiker, 2019). Além disso, este *software* possui recursos avançados para a análise estatística e representação gráfica dos dados, promovendo uma maior transparência e rigor metodológico no processo de análise (Saunders et al., 2016; Nodari et al., 2014).

5.5. Considerações éticas

Conforme anteriormente explicado, na seção correspondente à recolha de dados, o estudo garantiu a proteção dos participantes através do consentimento informado (APÊNDICE III), assegurando a voluntariedade e o direito de desistência. A confidencialidade e a privacidade dos dados foram mantidas, especialmente ao conduzir o estudo via plataforma *Teams*. O estudo seguiu os princípios éticos da Declaração de Helsínquia, sendo os dados armazenados de forma segura e utilizados exclusivamente para esta investigação.

6. Resultados

Os participantes do *focus group* apresentaram as seguintes características sociodemográficas:

- **Sexo:** 3 participantes do sexo masculino e 5 do sexo feminino.
- **Experiência profissional:** Todos os participantes possuem mais de 5 anos de experiência em enfermagem perioperatória.
- **Especialização:** 4 dos participantes são enfermeiros especialistas.

Os participantes do estudo exercem a sua atividade em diferentes unidades hospitalares localizadas em três distritos: Porto (5 participantes), Coimbra (2 participantes), Aveiro (1 participante). Das 8 unidades hospitalares referenciadas só uma delas pertence ao setor privado.

Através da análise de conteúdo realizada, emergiram as seguintes categorias principais, que representam as percepções e práticas dos enfermeiros perioperatórios em relação ao risco do fumo cirúrgico na sala de operações:

1. Conhecimento sobre os Riscos

Esta categoria abrange o nível de compreensão dos enfermeiros no que respeita aos riscos associados à exposição ao fumo cirúrgico, incluindo os vários tipos de riscos (respiratórios, cancerígenos, entre outros) e as fontes de conhecimento que os sustentam, tais como formações, congressos e pesquisa bibliográfica.

2. Preocupações com a Exposição ao Fumo

Nesta categoria são exploradas as preocupações dos enfermeiros em relação à exposição contínua ao fumo cirúrgico, com ênfase nos riscos a longo prazo, como o desenvolvimento de doenças graves e a percepção da gravidade destes riscos.

3. Estratégias de Mitigação

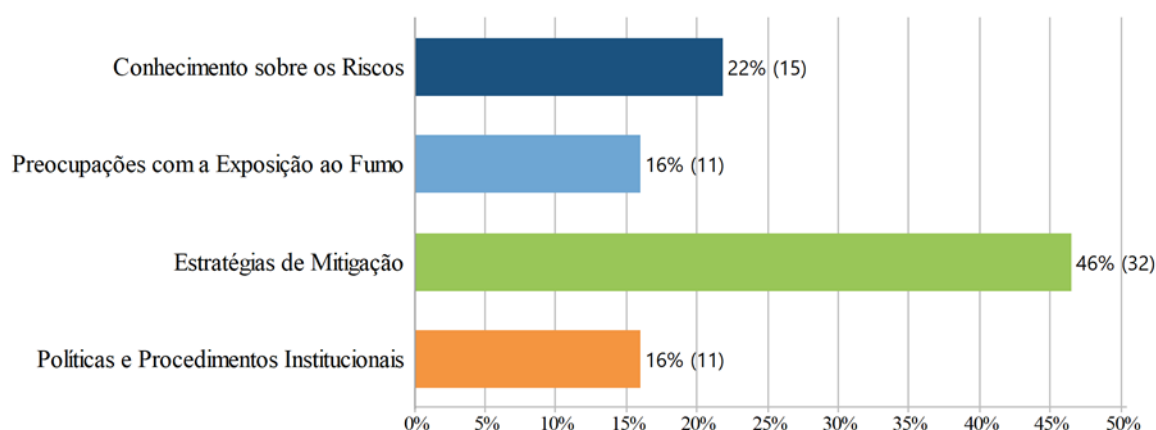
Esta categoria identifica as práticas e estratégias que os enfermeiros usam para reduzir a exposição ao fumo cirúrgico, bem como as barreiras que condicionam a implementação de medidas mais eficientes, como o uso de aspiradores de fumos e equipamentos de proteção individual (EPI).

4. Políticas e Procedimentos Institucionais

A última categoria emergente centra-se na existência (ou falta) de políticas e procedimentos institucionais dirigidos para a prevenção da inalação de fumo cirúrgico. Também aborda a forma como a falta de apoio institucional e a resistência à mudança impactam na adoção de práticas seguras no ambiente perioperatório.

A Figura 1 mostra a distribuição de categorias emergentes identificadas na análise de conteúdo. A análise revela que a categoria "Estratégias de Mitigação" foi a mais discutida, sugerindo um maior enfoque nas práticas e medidas que os profissionais de saúde estão a adotar ou deveriam adotar para se protegerem dos riscos do fumo cirúrgico. As outras categorias mostram um equilíbrio entre o conhecimento dos riscos, as preocupações manifestadas e as políticas institucionais existentes ou ausentes.

Figura 1: Distribuição das Categorias.



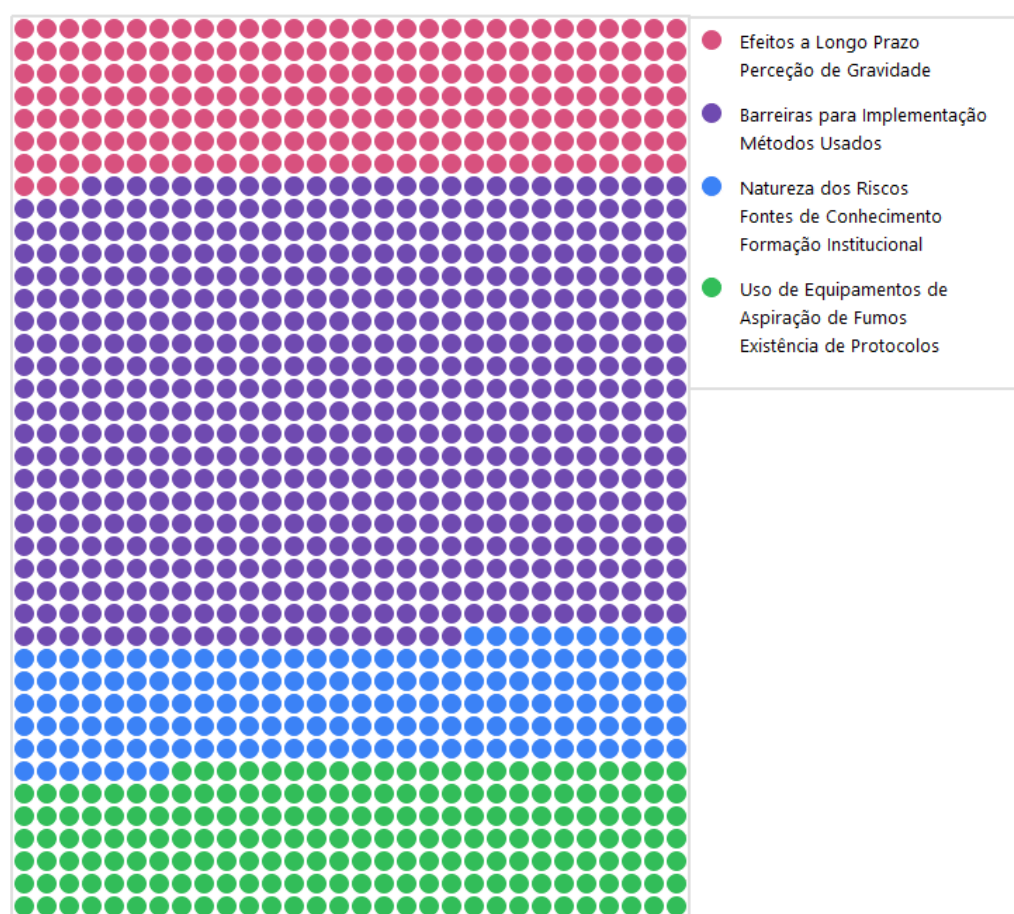
Fonte: Output do MAXQDA

Este *output* sugere que, apesar de haver um reconhecimento dos riscos e preocupações entre os profissionais de saúde, há uma ênfase acentuada na necessidade de estratégias de mitigação, possivelmente em virtude da falta de políticas institucionais consistentes para lidar com o fumo cirúrgico. Estas categorias demonstram as principais áreas de preocupação e ação entre os enfermeiros participantes, evidenciando quer os desafios quer as oportunidades para melhorar a segurança ocupacional nas salas de operações.

De seguida apresenta-se o “Retrato de Documento” do *focus group* (Figura 2), mais uma ferramenta analítica providenciada pelo *software* MAXQDA. Esta visualização colorida

possibilita uma leitura imediata e compreensível da codificação efetuada, em que cada linha horizontal simboliza diferentes partes das entrevistas e cada bloco de cor representa a aplicação de um código específico. A distribuição e frequência destes blocos ao longo do documento mostram os temas recorrentes nos discursos dos participantes, assim como também a intensidade e a relação entre as várias dimensões analisadas.

Figura 2: Retrato de Documento.



Fonte: Output do MAXQDA

A cor vermelha, localizada na parte superior, faz parte da categoria “Preocupações com a Exposição ao Fumo”, e diz respeito aos “Efeitos a Longo Prazo/Percepção de Gravidade”. De modo geral, indica que os participantes discutiram estes temas logo no início do *focus group*. A intensidade desta cor sugere que houve uma discussão substancial sobre a percepção dos riscos e os efeitos a longo prazo da exposição ao fumo cirúrgico. A cor roxa, predominante, ocupa uma grande parte do retrato. Diz respeito às barreiras para a

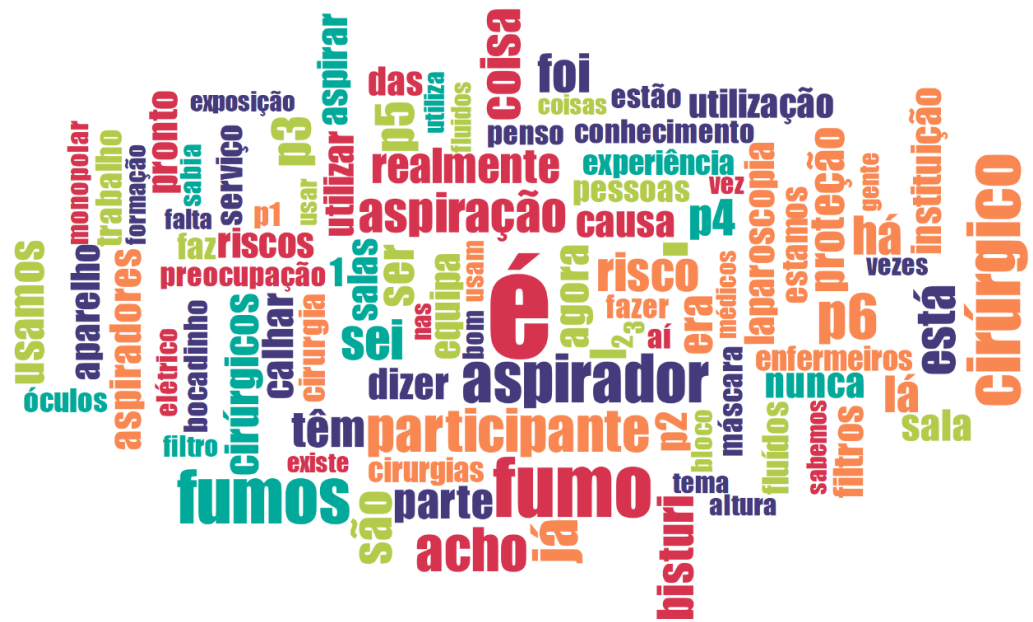
implementação e métodos usados, fazendo parte da categoria “Estratégias de Mitigação”. A predominância da cor sugere que as barreiras para a implementação de métodos eficazes e os métodos atualmente usados foram tópicos centrais e recorrentes no decorrer do *focus group*.

A cor azul, que aparece logo abaixo da roxa, diz respeito à categoria “Conhecimento sobre os Riscos” e compreende a natureza dos riscos do fumo cirúrgico, a forma como os participantes tomaram conhecimento desses riscos e se tiveram formação da instituição sobre esses riscos. O retrato mostra que houve uma discussão contínua acerca destes temas.

A cor verde, correspondente à categoria “Políticas e Procedimentos Institucionais”, dizem respeito ao uso de Equipamentos de Aspiração de Fumos e à Existência de Protocolos. Localizado na parte inferior da imagem, esta cor sugere que o uso de equipamentos de aspiração e a existência de protocolos foram discutidos na parte final do *focus group*. A presença desta cor numa área específica do retrato parece sugerir que este tema foi debatido de maneira mais centrada ou que surgiram perguntas relacionadas a isto na fase final da discussão.

Na Figura 3 presente abaixo, apresenta-se uma nuvem de palavras composta pelas respostas dos participantes, e é perceptível que as palavras mais destacadas, como "aspirador," "fumo," "cirúrgico," "participante," e "risco," aparecem em maior tamanho, indicando que foram mencionadas com mais frequência ao longo do *Focus Group*. Estas palavras sugerem os principais temas de discussão e preocupação entre os participantes, como o uso de aspiradores para fumo cirúrgico e os riscos associados.

Figura 3: Nuvem de Palavras



Fonte: Output do MAXQDA

Termos como "proteção," "utilização," "enfermeiros," "salas," e "cirurgia" também estão evidenciados, o que indica que a conversa envolveu questões sobre medidas de proteção, práticas de utilização de equipamentos, e os riscos experienciados por enfermeiros e outros profissionais de saúde nas salas de operações. A presença de palavras como "equipamentos," "médicos," "conhecimento," e "formação" sugere que a discussão também abordou a disponibilidade e a adequação dos equipamentos de proteção, a percepção dos médicos em relação ao fumo cirúrgico, e o nível de conhecimento e treino dos profissionais de saúde sobre este tema.

Resumindo, a prevalência de termos relacionados à "aspiração" e "fumo cirúrgico" sugere que estes foram os temas principais da discussão. Além disso, as menções frequentes a "risco," "proteção," e "utilização" indicam uma preocupação substancial com os perigos associados à exposição ao fumo cirúrgico e as estratégias de minoração utilizadas.

Neste processo, foi elaborada também uma matriz de análise de conteúdo. Esta matriz serve como uma ferramenta estruturada para organizar e interpretar os dados qualitativos recolhidos durante a sessão. A matriz de análise de conteúdo permite sistematizar a informação em categorias e subcategorias, facilitando a identificação de padrões, temas recorrentes e a relação entre diferentes conceitos presentes no discurso dos participantes (Tabela 1).

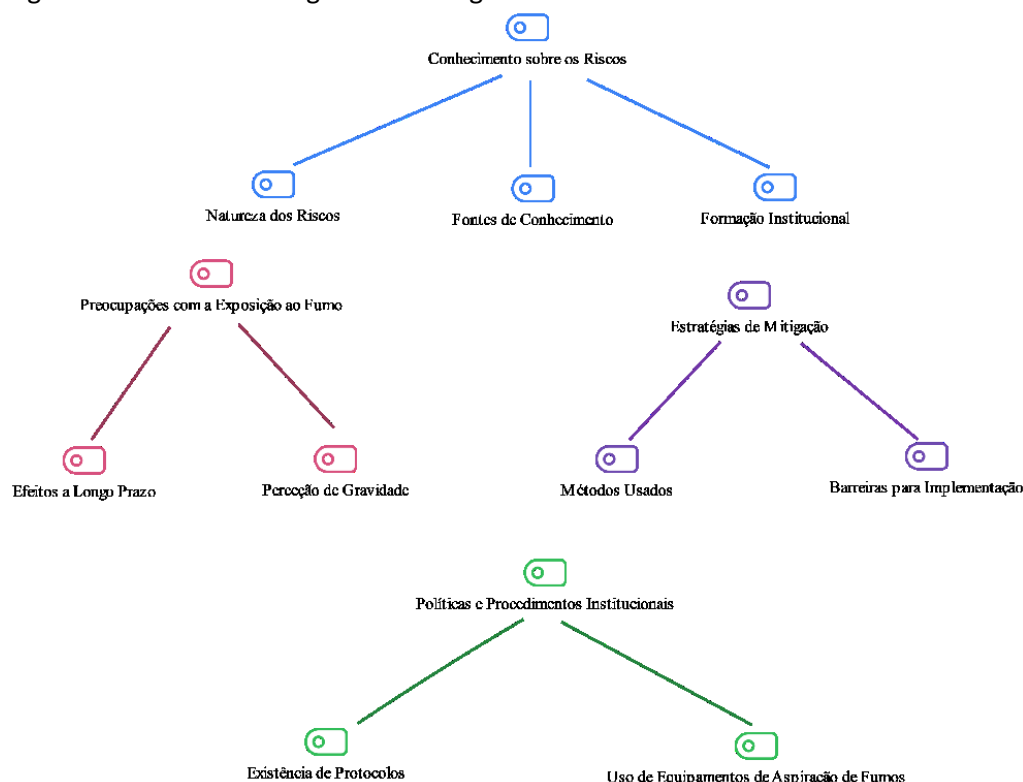
Tabela 3 - Matriz de Análise de Conteúdo.

Categorias	Subcategorias	Indicadores/Unidades de Registo	Unidades de Contexto
Conhecimento sobre os Riscos	Natureza dos Riscos	"Problemas respiratórios", "Cancerígenos", "Sintomatologia cutânea", "Irritações oculares"	Descrição dos riscos associados à exposição ao fumo cirúrgico, com destaque nas manifestações clínicas.
	Fontes de Conhecimento	"Congressos", "Pesquisa pessoal", "Curiosidade intelectual"	A maioria dos participantes indicou que o conhecimento adquirido sobre o fumo cirúrgico foi autónomo.
	Formação Institucional	"Instituição não oferece formação", "Formação do grupo de enfermeiros"	Formação específica sobre o fumo cirúrgico foi escassa e, em geral, não disponibilizada pelas instituições.
Preocupações com a Exposição ao Fumo	Efeitos a Longo Prazo	"Risco cumulativo", "Tumores associados ao fumo cirúrgico"	Preocupação sobre a exposição crónica e a potencial relação com o desenvolvimento de doenças graves.
	Percepção de Gravidade	"Percebo que é um risco, mas deixamos andar", "Passividade"	Apesar de haver consciência dos riscos, muitos enfermeiros reportaram inércia na adoção de medidas preventivas.

Estratégias de Mitigação	Métodos Usados	"Aspiradores de fluídos convencionais", "Máscaras FFP2", "Óculos de proteção"	Devido à falta de recursos, são frequentemente usadas estratégias paliativas e não específicas para o fumo cirúrgico.
	Barreiras para Implementação	"Custo elevado", "Inércia da equipa", "Equipamentos ruidosos"	As barreiras financeiras e operacionais são citadas como razões principais para a não adoção de melhores práticas.
Políticas e Procedimentos Institucionais	Existência de Protocolos	"Ausência de políticas", "Direção não tem interesse"	A falta de políticas institucionais claras e a falta de pressão para mudanças são apontadas como problemáticas.
	Uso de Equipamentos de Aspiração de Fumos	"Aparelhos pouco utilizados", "Falta de material consumível"	Apesar da disponibilidade de alguns equipamentos, a sua utilização é mínima em razão de vários fatores, como o ruído e a resistência dos cirurgiões.

A Figura 4 mostra a estrutura hierárquica dos códigos principais ou categorias gerais, que se desdobram em subcategorias ou temas específicos conforme se vai descendo no diagrama. As linhas que ligam os códigos sugerem uma relação ou sequência lógica entre as categorias e subcategorias, revelando que um conceito leva a outro ou que estes estão inter-relacionados.

Figura 4: Modelo de Códigos e Subcódigos.



Fonte: Resultados MAXQDA

Os resultados por categoria são apresentados a seguir, divididos pelas categorias emergentes. Cada categoria é ilustrada com exemplos de excertos da transcrição do *Focus Group*.

Categoria 1: Conhecimento sobre os Riscos

Os enfermeiros demonstraram um conhecimento geral sobre os riscos associados ao fumo cirúrgico, variando desde sintomas imediatos, como problemas respiratórios e irritações, até a consequências mais severas, como o desenvolvimento de cancro. No entanto, este conhecimento não é homogêneo entre os participantes, uma vez que alguns mostraram uma compreensão maior e outros uma percepção mais limitada.

Os participantes mencionaram uma série de riscos, desde sintomas leves como tonturas e fadiga até a efeitos graves como o cancro, o que mostra que existe um nível básico de consciencialização, mas também aponta para a necessidade de maior aprofundamento no que respeita aos riscos específicos e às evidências científicas que os sustentam.

Participante 5 (P5) – “*Sim, estamos expostos todos os dias a isso, não é?*”

P3 – *“(...) eu acho que nós temos a noção dos riscos associados ao fumo cirúrgico, mas deixámos andar porque toda a equipa deixa andar, então não queremos ser os ranhosos. Na sala operatória deixamos andar, porque eu acho que a maioria tem noção, sobretudo dos riscos e cada vez mais se fala nos riscos cancerígenos do fumo. Eu acho que esses são os que preocupam cada vez mais.”*

A maioria dos enfermeiros adquiriu conhecimento através de iniciativas pessoais, como a participação em congressos ou investigações individuais, ao invés de formações promovidas pela instituição. Este dado sugere uma lacuna relevante na educação formal fornecida pelas instituições, dado que os enfermeiros dependem de si próprios para obter informações sobre este assunto.

P3 – *“Não, curiosidade própria e investigação pessoal, mais nada relativamente à instituição zero, na minha instituição zero.”*

P6 – *“No meu serviço, não fazemos formação sobre isso, nem fizemos nem ouve, e tudo o que sabemos é curiosidade intelectual de cada um.”*

Enquanto alguns enfermeiros mostraram uma compreensão ampla dos riscos, outros indicaram ter apenas uma percepção geral, sem detalhes profundos. Esta situação pode conduzir a práticas inconsistentes e a uma subvalorização dos riscos em algumas ocasiões.

P6- *“Eu acho que todos temos noção, que a exposição ao fumo cirúrgico é um risco acrescido para a nossa saúde. No entanto, a maior parte de nós não têm um profundo conhecimento de quais são os riscos.”*

Categoria 2: Preocupações com a Exposição ao Fumo

De modo geral, os enfermeiros expressaram preocupações importantes relativamente à exposição ao fumo cirúrgico, nomeadamente no que respeita aos efeitos cumulativos e a longo prazo, como o desenvolvimento de tumores. Não obstante, estas preocupações nem sempre se traduzem em ações preventivas efetivas, o que sugere uma discrepância entre a percepção do risco e a prática quotidiana.

P3 – *“A mim preocupa-me. Preocupa-me precisamente por aquilo que a gente também já foi falando, porque isto é um risco ocupacional, é um risco cumulativo e estão descritos, embora escassos, casos de tumores associados ao fumo cirúrgico. Enfim, ninguém sabe a quem é que calha a roleta, portanto, é lógico que me preocupa.”*

P5 – *“Infelizmente, há vários casos de colegas com tumores no meu serviço. Se é associado ou não ao fumo cirúrgico? Não sabemos, nem vamos conseguir estabelecer uma relação de causa e efeito. Mas quem sabe não é? A mim preocupa-me.”*

P7- *“(…) existe sempre fumo cirúrgico, nós é que não valorizamos por ser por períodos curtos, mas são muitos períodos curtos ao longo de um dia de trabalho.”*

Há um reconhecimento nítido entre os enfermeiros de que a exposição regular ao fumo cirúrgico pode levar a graves problemas de saúde futuramente. A ideia de que estes riscos são cumulativos e podem resultar em doenças graves como o cancro é uma inquietação central.

P3- *“E a mim preocupa-me, porque eu não sei se não posso ser eu a calhar na roleta, já vi colegas meus a acontecer, pode não ter sido isso, mas a verdade é que ainda não há muito tempo uma colega nossa foi uma coisa do género, uma leucemia, uma coisa do género, e agora vou dizer, foi por causa do fumo cirúrgico? Pode nem ter sido, não é? Mas não sabemos, isto é uma roleta.”*

Apesar da consciencialização sobre os riscos, os enfermeiros reportaram uma passividade em agir para ultrapassar estes riscos, seja em virtude da falta de pressão institucional ou à aceitação de que estes riscos fazem parte do trabalho. A passividade também está relacionada à percepção de que, mesmo tendo conhecimento dos riscos, as ações necessárias para proteção não são implementadas devido a barreiras institucionais ou culturais.

P3- *“(…) em termos de proteção, aquilo pouco ou nada faz.*

(…) uma pessoa vai empurrando porque toda a equipa o faz não há nada para nos proteger e temos que operar o doente. Mas eu acho que já não passa tão despercebido quanto isso. É a percepção que eu tenho.”

P6 – *“Há uma maior consciencialização, mas eu acho que as pessoas não valorizam.”*

Apesar de os enfermeiros manifestarem apreensão em relação aos riscos, há uma dissociação considerável entre esta preocupação e os comportamentos adotados para minorar estes riscos, o que pode ser atribuído à falta de recursos, apoio institucional e uma cultura que normaliza a exposição ao fumo cirúrgico como parte da rotina.

P5 – *“Eu acho que a Participante 4 falou num ponto muito, muito importante, que é a nossa passividade. E a nossa passividade e a passividade do grupo, influencia muito o deixa andar, pronto, e isto continua e nunca vai mudar, não é?”*

P6- *“Eh pá, não é uma preocupação constante. Eu acho que realmente nós, na equipa temos que trabalhar mais este assunto.”*

P2 – *“Acho que falta chamar a atenção do problema, que ele existe, que é real e que existe alguma forma de nós o colmatarmos.”*

Categoria 3: Estratégias de Mitigação

As estratégias de mitigação usadas pelos enfermeiros para reduzir a exposição ao fumo cirúrgico são muitas vezes inadequadas ou improvisadas. Estas estratégias englobam o uso de aspiradores de fluídos convencionais, máscaras e óculos de proteção, que, apesar de oferecerem alguma proteção, não são específicos para a remoção do fumo cirúrgico. As barreiras para a implementação de estratégias mais eficazes incluem os seguintes: custos elevados, desconforto dos equipamentos e falta de apoio institucional.

Muitos enfermeiros relataram o uso de aspiradores de fluídos convencionais para tentar reduzir a exposição ao fumo, apesar de reconhecerem que esta prática é pouco eficaz. Este ponto evidencia a falta de recursos específicos e apropriados para a mitigação do fumo cirúrgico.

P6- *“Nós utilizamos junto à ponta do bisturi o aspirador de fluídos convencional... Não sei se é eficaz, mas pronto.”*

Os enfermeiros reportaram barreiras importantes na implementação de medidas mais efetivas, como os aspiradores de fumo específicos. As principais barreiras assinaladas foram o elevado custo dos equipamentos, o desconforto para os cirurgiões e o ruído dos aparelhos, que desmotivam o uso.

P2 – *“A questão é que a estratégia para colmatar isso é extremamente cara. Nós já experimentamos, nós já tivemos, já tivemos aspiradores, portanto as cânulas ligadas ao bisturi que para além de serem um incómodo para o cirurgião, acarretam um custo acrescido, brutal e, portanto não se tornou viável no meu local de trabalho.”*

P4 – *“E também faz muito ruido, pelo menos o nosso primeiro fazia muito. Eles queixavam-se muito (médicos e enfermeiros).”*

P3 – *“E depois também penso que o facto das manutenções, dos filtros que deveriam ficar muito caros e aquilo caiu depressa por terra, os cirurgiões não gostaram e tudo o resto associado também.”*

Mesmo quando os recursos estão disponíveis, há uma adoção incompleta das práticas de mitigação. Alguns participantes indicaram que os equipamentos adequados existem, mas

Sofia Pinto

são subutilizados devido a questões como a falta de conhecimento acerca do funcionamento ou a resistência à mudança por parte da equipa cirúrgica.

P5 – *“Sim, nós aqui passamos pela mesma experiência também não gostaram. Era isto, era aquilo pronto, sempre com muitas desculpas para a não utilização.”*

P6- *“E eu, por exemplo, na minha prática eu trabalho em plástica e no início eu coloquei o aspirador de fumo cirúrgico, bisturi com aspirador de fumos. Ele (médico) disse que não queria utilizar, que era muito desconfortável, que não dava muito jeito.”*

P3- *“Por vezes podemos não ter, mas quem os tem muitas das vezes também não usa, quer por desconhecimento quero por desleixo.”*

Categoria 4: Políticas e Procedimentos Institucionais

Por fim, os resultados indicaram uma ausência relevante de políticas institucionais claras e procedimentos que regulamentem a proteção contra o fumo cirúrgico. A falta de critérios e apoio institucional contribui para uma exposição continuada e muitas vezes subvalorizada ao fumo cirúrgico. A implementação de práticas preventivas depende, em grande medida, da iniciativa individual de profissionais preocupados, em vez de ser um esforço coletivo e sistematizado.

Muitos participantes mencionaram que as instituições onde trabalham não possuem normas ou procedimentos formais para a prevenção da exposição ao fumo cirúrgico. Conforme é possível perceber, esta falta de orientação institucional conduz a uma abordagem fragmentada e inconsistente à segurança ocupacional.

P5- *“Na minha instituição zero. Mas o grupo de enfermeiros do serviço tem um plano de formação, que temos uma formação uma vez por semana... a instituição zero.”*

Ao invés de uma estratégia institucional coerente, as práticas de prevenção muitas vezes dependem da iniciativa de indivíduos ou grupos específicos dentro do hospital, o que cria desigualdade na proteção e na implementação de medidas de segurança.

P4- *“Não vejo um interesse global sobre este assunto... Acho que isto é mesmo uma pessoa, um cirurgião diretor da torácica, neste caso, que se interessa por este assunto e investe.”*

Verificou-se uma resistência significativa por parte das instituições na adoção de práticas mais seguras devido a fatores como o custo elevado e, sobretudo, a resistência à mudança por parte dos profissionais, nomeadamente os cirurgiões. Esta situação perpetua uma cultura de exposição ao risco que não é devidamente ultrapassada pelas políticas institucionais.

P4- *“Não estão abertos à mudança. Não há interesse da parte dos cirurgiões, não havendo interesse da parte dos cirurgiões, não fazem pressão para comprar mais equipamento, nem na sua utilização.”*

Em conclusão, a análise das categorias mostrou que os enfermeiros têm consciência dos riscos do fumo cirúrgico, porém também revelou que são muitas as barreiras à implementação efetiva de práticas de prevenção, o que é preocupante. Fatores como a falha nas políticas institucionais claras, o custo alto dos equipamentos, bem como uma cultura de passividade contribuem bastante para a manutenção de uma situação de risco para os profissionais.

7. Discussão

Esta investigação teve como objetivo principal estudar a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre o risco do fumo cirúrgico na sala de operações. O fumo cirúrgico representa um risco ocupacional importante para os enfermeiros que trabalham no bloco operatório (Ribeiro et al., 2021). Os resultados do *focus group* mostraram que os enfermeiros entendem os riscos do fumo cirúrgico, mas as suas medidas de prevenção muitas vezes são deficitárias e inconsistentes.

Os enfermeiros demonstraram um conhecimento global sobre os riscos associados ao fumo cirúrgico, contudo, este conhecimento não é uniforme entre os participantes. Alguns revelaram uma compreensão maior, ao passo que outros um conhecimento mais insuficiente. Estes dados estão em consonância com o estudo de Moon et al. (2021), que evidenciou que, embora os enfermeiros acreditassem que a exposição prolongada ao fumo cirúrgico acumulava substâncias nocivas no corpo, muitos desconheciam os perigos específicos presentes no ambiente de trabalho. Também no estudo de Arli (2020) foi verificado que o nível geral de conhecimento entre os profissionais, incluindo enfermeiros, foi considerado mediano, com uma pontuação média relativamente baixa nos questionários sobre a segurança do fumo cirúrgico. Além disso, o estudo destacou a falta de políticas institucionais, de supervisão e de programas de educação bem consolidados como fatores que contribuem para o baixo nível de consciência e conhecimento entre os profissionais. De forma semelhante, no estudo de Michaelis et al. (2020), os profissionais também revelaram variabilidade no que respeita ao conhecimento dos riscos associados ao fumo cirúrgico, sendo que muitos não se sentiam adequadamente informados sobre os riscos.

Os enfermeiros expressaram preocupações importantes quanto à exposição ao fumo cirúrgico, designadamente em relação aos efeitos cumulativos e de longo prazo, como o desenvolvimento de tumores. Estas preocupações estão alinhadas com estudos como o de Merajikhah et al. (2022), que revelou que o fumo cirúrgico contém uma variedade de compostos tóxicos e carcinogénicos, além de patógenos como vírus e bactérias, que representam sérios riscos à saúde. Estes riscos incluem complicações respiratórias, como congestão nasal, tosse, e aumento da probabilidade de infeções, além de doenças mais graves, como a carcinogenicidade e mutagenicidade. Os profissionais de saúde relataram frequentemente sintomas como dores de cabeça, tonturas, sonolência e irritações nas vias

respiratórias devido à exposição ao fumo cirúrgico. O estudo de Merajikhah também mencionou que a exposição prolongada a este fumo pode resultar em danos crónicos à saúde, como lesões nas mucosas nasais e maior risco de doenças respiratórias crónicas, incluindo cancro. Além disso, o fumo cirúrgico tem sido associado à transmissão de doenças infecciosas, como o HPV e o vírus da hepatite B, o que aumenta ainda mais as preocupações dos profissionais de saúde em relação à sua exposição regular em ambientes cirúrgicos (Merajikhah et al., 2022).

No entanto, no nosso estudo, foi constatado que as preocupações manifestadas nem sempre se traduzem em ações preventivas eficazes, o que pode ser explicado pela falta de recursos, apoio institucional e uma cultura que banaliza a exposição ao fumo cirúrgico como parte do dia a dia. De acordo com um estudo efetuado por Wagner et al. (2024), mesmo com a crescente consciencialização sobre estes riscos, muitos hospitais ainda não implementaram diretrizes adequadas para a evacuação do fumo na sala cirúrgica, e há pouca ou nenhuma supervisão da qualidade do ar ou da exposição em salas de cirurgia. Ainda segundo esse estudo, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros e os técnicos cirúrgicos, relatam alterações respiratórias agudas e crónicas devido à exposição ao fumo cirúrgico, mas as barreiras para a conformidade com as práticas de evacuação incluem a falta de conhecimento, a falta de equipamentos apropriados e, em alguns casos, a recusa dos cirurgiões em usar o equipamento de evacuação disponível (Wagner et al., 2024).

Os resultados revelaram que as estratégias de mitigação usadas pelos enfermeiros para reduzir a exposição ao fumo cirúrgico são várias vezes inadequadas ou improvisadas. Foi reportado que as barreiras para a implementação de estratégias mais eficazes incluem altos custos, desconforto dos equipamentos e falta de apoio institucional. Estes dados estão em harmonia com a literatura neste campo. Por exemplo, o estudo de Ball e Gilder (2022) revelou que, apesar dos riscos conhecidos da exposição ao fumo cirúrgico, muitos enfermeiros perioperatórios não seguem de forma consistente as estratégias de mitigação recomendadas. Entre as estratégias de mitigação para reduzir a exposição, o uso de equipamentos de evacuação de fumo é altamente recomendado. No entanto, o estudo de Ball e Gilder mostrou que apenas 32% dos enfermeiros relataram a existência de uma política de evacuação nas suas instalações, deixando 68% sem uma política ou sem certezas sobre a sua existência. Além disso, muitos enfermeiros continuaram a apresentar sintomas respiratórios e outras doenças que associam à exposição ao fumo cirúrgico, como congestão nasal e tosse. Estes sintomas são agravados pela falta de adesão às diretrizes,

como as da AORN, que recomendam a evacuação adequada do fumo para diminuir os riscos. O estudo de Ball e Gilder (2022) também destacou que a educação sobre os riscos do fumo cirúrgico e o conhecimento das diretrizes de segurança são fatores críticos que influenciam as práticas de mitigação. No entanto, há uma lacuna grande na implementação destas práticas. Também no estudo de Michaelis et al. (2020) foram identificadas grandes barreiras à implementação de estratégias para reduzir a exposição ao fumo cirúrgico, nomeadamente: a falta de conhecimento sobre os riscos do fumo e a insuficiente / falta de formação sobre o uso adequado de sistemas de evacuação de fumo. A resistência dos cirurgiões em adotar medidas de evacuação de fumo, muitas vezes devido à falta de consciência ou por considerarem que o fumo faz parte do trabalho, foi um dos maiores obstáculos citados, juntamente com os altos custos associados aos dispositivos de sucção e à complexidade ou inconveniência do seu uso (Michaelis et al., 2020).

Por fim, os nossos resultados indicaram uma ausência importante de políticas institucionais claras e procedimentos que regulam a proteção contra o fumo cirúrgico. De acordo com os participantes, a implementação de práticas preventivas depende, em grande medida, da iniciativa individual de profissionais interessados, em vez de ser um esforço geral e planeado. Estes resultados são corroborados pela literatura. Um estudo conduzido por Yu et al. (2022) identificou que a falta de políticas claras e padronizadas de evacuação de fumo cirúrgico é um dos principais fatores que contribuem para a baixa adesão dos enfermeiros a comportamentos de autoproteção. Sem diretrizes institucionais rígidas, a implementação de medidas de proteção fica a cargo dos próprios profissionais, o que resulta numa aplicação incoerente destas práticas. O artigo concluiu que é de suma importância que os diretores de enfermagem e gestores hospitalares tomem medidas para estabelecer e intensificar as políticas de evacuação de fumo, supervisionar os comportamentos de autoproteção e disponibilizar os equipamentos necessários. Além disso, a inovação no desenho de equipamentos de proteção que sejam confortáveis e de baixo custo é sugerida como uma estratégia para melhorar a adesão dos profissionais de saúde às práticas de autoproteção (Yu et al., 2022). De forma idêntica, o estudo de Heroor et al. (2022) mostrou que, embora existam recomendações e diretrizes globais sugerindo o risco do fumo cirúrgico, há uma falta significativa de princípios específicos e padronizados. Esta ausência de políticas claras dificulta a implementação bem-sucedida de medidas de proteção nas salas de cirurgia, expondo os profissionais de saúde a riscos evitáveis.

Tendo em conta a dimensão dos resultados encontrados no presente estudo e nos estudos que lhe serviram de comparação, é preponderante que sejam tomadas medidas imediatas

para colmatar as lacunas assinaladas, nomeadamente através do desenvolvimento e efetivação de políticas concretas e uniformizadas, do reforço da educação e formação dos profissionais, e da melhoria dos recursos e apoios institucionais disponíveis.

Os objetivos propostos para este estudo foram atingidos, tendo permitido uma discussão do tema por parte do grupo o que desencadeou uma reflexão crítica pelos mesmos. A realização da colheita de dados utilizando o *focus group* permitiu aos participantes expressarem a sua opinião e trocar experiências que tornarão a prática diária mais enriquecedora.

Como limitação principal deste estudo destaca-se o tamanho da amostra, que contou com apenas 8 participantes. Embora o número de participantes tenha sido suficiente para a realização de um *Focus Group*, é necessário reconhecer que uma amostra tão reduzida pode não capturar a totalidade das experiências e percepções existentes no universo dos enfermeiros perioperatórios.

O facto de o estudo ter sido realizado via plataforma *Teams* também constitui uma limitação, na medida em que pode ter introduzido variáveis que interferem na dinâmica da discussão, como problemas técnicos, dificuldades de comunicação não-verbal e a ausência de um ambiente controlado, que poderia influenciar o nível de participação e a acuidade das respostas dos participantes.

8. Conclusão

Este trabalho focou-se na percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre os riscos de exposição ao fumo cirúrgico na sala de operações, utilizando uma estratégia qualitativa através de *um focus group*. Este apresenta as conclusões do presente estudo, que vão ao encontro dos resultados e respetiva discussão analisados no ponto anterior.

O objetivo inicialmente definido para o estudo foi atingido, obtendo-se conclusões muito pertinentes.

Em função dos resultados obtidos neste estudo, verificamos que os enfermeiros têm uma percepção relativamente clara sobre os riscos associados à exposição ao fumo cirúrgico, especialmente no que diz respeito aos possíveis efeitos a longo prazo, como doenças respiratórias e cancerígenas. No entanto, constatou-se também que, apesar desse conhecimento, há uma subutilização de dispositivos de proteção, como os sistemas de evacuação de fumos, muitas vezes devido a barreiras da instituição ou operacionais.

Após revisão da literatura, constatamos que a presença de políticas institucionais específicas e rigorosas sobre a utilização de medidas de proteção contra o fumo cirúrgico é fundamental para a mudança de comportamento e para a adesão às boas práticas. No entanto, os resultados deste estudo revelaram que estas políticas ainda são deficientes ou mal implementadas em muitas instituições de saúde.

Em suma, analisando as percepções e as práticas dos enfermeiros perioperatórios, é possível perceber que, apesar de existir uma consciência dos riscos, as barreiras organizacionais e a falta de protocolos efetivos impedem uma proteção mais bem-sucedida contra a exposição ao fumo cirúrgico. Isto leva-nos a concluir que, para melhorar a segurança ocupacional, é necessária uma maior intervenção por parte das organizações, que inclua a criação e a aplicação escrupulosa de políticas de saúde ocupacional.

Pelo exposto ao longo do trabalho, verifica-se que o objetivo estipulado no início foi amplamente cumprido, permitindo não só uma reflexão sobre as práticas atuais, mas também apontando caminhos para futuras melhorias na segurança dos profissionais de saúde em salas de operações. Finalmente, ao concluir este trabalho, destacamos a importância de continuar a investigar este tema, de forma a promover mudanças concretas nas políticas de saúde ocupacional e contribuir para um ambiente de trabalho mais seguro para os profissionais expostos ao fumo cirúrgico.

As contribuições deste trabalho devem ser aproveitadas e servir de base para novas investigações em algumas áreas específicas. Assim, uma das contribuições deste estudo consistiu em descortinar a necessidade premente de implementação de protocolos consistentes para proteger melhor os profissionais de saúde contra a exposição ao fumo cirúrgico. Outra contribuição deste estudo foi a identificação das principais barreiras à implementação de medidas de proteção, o que pode orientar intervenções futuras e estudos que objetivem superar estes obstáculos. O desenvolvimento de estudos neste âmbito é extremamente pertinente, dado que oferece um contributo para a melhoria das condições de trabalho nas salas de operação, tendo em vista uma melhor qualidade de vida para os profissionais de saúde.

Uma vez que este estudo foi desenvolvido no âmbito do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, torna-se evidente a sua importância para a prática clínica nesta área. A análise da percepção dos enfermeiros sobre os riscos da exposição ao fumo cirúrgico e as práticas de proteção aplicadas traz um contributo valioso para a área da enfermagem perioperatória, na medida em que permite identificar lacunas e oportunidades de melhoria na segurança ocupacional. Assim, um vez mais, os dados obtidos reforçam a pertinência de intervenções direcionadas para a implementação de práticas e protocolos eficazes que promovam a saúde dos profissionais de enfermagem, alinhando-se com objetivos formativos e práticos do mestrado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho representa o culminar de um percurso de aprendizagem e crescimento, carregado de experiências que foram, indubitavelmente, evolutivas. No decorrer deste mestrado, que incluiu o estágio, a realização do relatório e a investigação, foram muitos os desafios e as aprendizagens obtidas. Foi uma experiência que modelou uma percepção mais humana e crítica no que diz respeito à prática de enfermagem perioperatória, ajudando a reforçar as competências como profissional.

Durante o estágio, houve oportunidade de experienciar o dia a dia num BO de forma intensa e prática. Cultivou-se a importância da comunicação transparente e da sincronização entre toda a equipa, sobretudo nas transições de cuidados e na preparação de procedimentos. Esta experiência permitiu compreender, de modo direto, a influência que a atenção aos detalhes e a dedicação têm na segurança da PSPo e na eficiência dos cuidados. Foram desenvolvidas competências gerais e específicas, tais como o domínio das técnicas de assepsia, a gestão e organização de materiais, e a supervisão criteriosa do ambiente cirúrgico. Estas experiências consolidaram o que que foi aprendido na teoria e ensinou, também, a lidar com a variabilidade e a complexidade do ambiente perioperatório.

No que concerne à investigação realizada acerca dos riscos da exposição ao fumo cirúrgico, esta permitiu entender melhor as questões de segurança ocupacional e sensibiliza para as barreiras que obstaculizam a implementação de medidas preventivas. A análise ao *focus group* revelou que, ainda que os enfermeiros estivessem cientes dos riscos, a falta de políticas específicas e claras, a carência de apoio institucional e a indisponibilidade de equipamentos apropriados são obstáculos que necessitam ser colmatados para uma maior segurança dos profissionais de saúde.

Com a consecução dos objetivos deste estudo, foi possível identificar lacunas importantes nas práticas de segurança perioperatória, particularmente na proteção contra o fumo cirúrgico. No entanto, o estágio também orientou para que a prática de enfermagem é dinâmica e complexa, exigindo adaptações constantes. Embora o estudo tenha as suas limitações – como o número reduzido de participantes e as entrevistas *online*, que podem ter influenciado a profundidade das interações – estes desafios também ajudaram a entender as subtilidades da investigação em ambiente real.

Além disso, este percurso sublinhou a importância da atualização contínua e da reflexão crítica na prática clínica. As sugestões propostas, como a conceção de políticas institucionais mais consistentes e a efetivação de uma cultura de segurança no BO, chamam a atenção da necessidade de um ambiente de trabalho que proteja quer as pessoas em situação perioperatória quer os profissionais. Ficou igualmente evidente que os programas de formação contínua são fulcrais para que todos estejam corretamente capacitados para lidar com os riscos específicos da sua área.

Para terminar, esta etapa final consolidou o conhecimento técnico, mas também proporcionou uma nova compreensão sobre o compromisso ético e a responsabilidade de cuidar. É possível olhar para este percurso com gratidão, com a consciência de que cada experiência vivida, cada lição aprendida e cada desafio superado contribuíram para fazer a diferença nos cuidados de saúde que são desempenhados na profissão de enfermagem com ainda mais empatia e competência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, I. (2017). *Competências de Enfermagem Especializadas na Abordagem à Pessoa em Situação Crítica no Pré e Intra-Hospitalar* [Dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESESJC - Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/20662>
- Afacan, Z., Korkmaz, E., Çınar, F., & Eti Aslan, F. (2023). Efeitos da exposição à fumaça cirúrgica nos sintomas da equipe da sala de cirurgia: Revisão sistemática e meta-análise. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 8(2), 354–365. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7926831>
- Arli, S. K. (2020). Knowledge of the operating room team members about surgical smoke safety. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 489-495. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org>
- Asdornwised, U., Pipatkulchai, D., Damnin, S., Chinswangwatanakul, V., Boonsripitayanon, M., & Tonklai, S. (2018). Recommended practices for the management of surgical smoke and bio-aerosols for perioperative nurses in Thailand. *Journal of Perioperative Nursing*, 31(1), 33–41. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1022>
- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP] (2019, 15 de Fevereiro). *Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório*. https://www.aesop-enfermeiros.org/pnd_2019/
- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP] (2006). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Lisboa: Lusodidacta.
- Atlas da Saúde. (2024, 21 de junho). O enfermeiro especialista e as suas competências comuns... uma reflexão! *Atlas da Saúde*. <https://www.atlasdasaude.pt/artigos/o-enfermeiro-especialista-e-suas-competencias-comunsuma-reflexao>
- Aviz, A. L. M. de, Pereira, M. da C. A. R. S., & Simões, J. F. F. L. (2022). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: Vivências Significativas dos Enfermeiros Supervisores. *Research, Society and Development*, 11(10), 1–8. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32295>
- Baek, H., Han, K., Cho, H., & Ju, J. (2023). Nursing teamwork is essential in promoting patient-centered care: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22(433), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01592-3>

- Ball, K. (2010). Compliance With Surgical Smoke Evacuation Guidelines: Implications for Practice. *AORN Journal*, 92(2), 142–149. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.06.002>
- Ball, K., & Gilder, R. E. (2022). A Mixed Method Survey on the Impact of Exposure to Surgical Smoke on Perioperative Nurses. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 26 (100232), 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2021.100232>
- Barbosa, S. (2010). *Humanização dos cuidados de enfermagem: a perspectiva do enfermeiro* [Projeto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau Licenciada em Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa, Unidade de Ponte de Lima]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/1934>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* [Tradução de Rego & Pinheiro]. Edições 70.
- Barros, A. C. L., Menegaz, J. C., Santos, J. L. G., Polaro, S. H. I., Trindade, L. L., & Meschial, W. C. (2023). Nursing care management concepts: Scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(1), e20220020.
- Bellaire, L. L., Nichol, P. F., Noonan, K., & Shea, K. G. (2024). Using Preference Cards to Support a Thoughtful, Evidence-based Orthopaedic Surgery Practice. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 32(7), 287–295. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-23-00711>
- Bree, K., Barnhill, S., & Rundell, W. (2017). The Dangers of Electrosurgical Smoke to Operating Room Personnel: A Review. *Workplace Health & Safety*, 65(11), 517–526. <https://doi.org/10.1177/2165079917691063>
- Brunt, B. A., & Morris, M. M. (2023, Março 4). *Nursing professional development evidence-based practice*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589676/>
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(459), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Câmara, R. (2013). Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 179-191. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S198382202013000200003

- Caus, N., Barbosa, K., Leachi, H., Rocha, A., & Ribeiro, R. (2023). Análise da incidência de sinais e sintomas relacionados à exposição ocupacional ao fumo cirúrgico na residência. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RVI22082>
- Chellam Singh, B., & Arulappan, J. (2023). Operating Room Nurses' Understanding of Their Roles and Responsibilities for Patient Care and Safety Measures in Intraoperative Practice. *SAGE Open Nursing*, 9, 1–13. <https://doi.org/10.1177/23779608231186247>
- Chintale, S. (2021). Perioperative Phases of Surgery. *Journal of Perioperative Medicine*, 5(2), 1. <https://www.longdom.org/open-access-pdfs/perioperative-phases-of-surgery.pdf>
- Chivanga, S. Y., & Monyai, P. B. (2021). Back to basics: Qualitative research methodology for beginners. *Journal of Critical Reviews*, 8(2), 11-17. <https://www.jcreview.com/admin/Uploads/Files/61c19809c67a19.50998997.pdf>
- Crafoord, M.-T., & Fagerdahl, A.-M. (2017). Clinical supervision in perioperative nursing education in Sweden – A questionnaire study. *Nurse Education in Practice*, 24, 29–33. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.03.006>
- Cuervo, F., Cabatana, M. E., & Villegas, P. V. (2018). Responses to Perioperative Challenges of Student Nurses in University. *JPAIR Multidisciplinary Research*, 30(1), 17–36. <https://doi.org/10.7719/jpair.v30i1.552>
- Davrieux, C. F., Palermo, M., Serra, E., Houghton, E. J., Acquafresca, P. A., Finger, C., & Giménez, M. E. (2019). Stages and factors of the "perioperative process": Points in common with the aeronautical industry. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 32(1), e1423. <https://doi.org/10.1590/0102-672020180001e1423>
- Decreto-Lei nº74/2006, de 24 de março. Diário da República, Série I (60) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Denicu, M. M., Preda, S. D., Râmboiu, S., Bratiloveanu, T., Nemes, R., & Chiotu, L. (2024). The crucial role of nurses in the comprehensive management of postoperative enteroatmospheric fistula: A narrative review. *Current Health Sciences Journal*, 50(1), 12–19. <https://doi.org/10.12865/CHSJ.50.01.02>

- Di Muzio, M., Cammilletti, V., Petrelli, E., & Di Simone, E. (2015). Hand hygiene in preventing nosocomial infections: A nursing research. *Annali di Igiene*, 27(2), 485-491. <https://doi.org/10.7416/ai.2015.2035>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
- Dixon, K., Dasgupta, P., & Vasdev, N. (2023). A systematic review of the harmful effects of surgical smoke inhalation on operating room personnel. *Health Sciences Review*, 6 (100077), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.hsr.2023.100077>
- Dubois, D. (1998). *Competency-based HR management*. Blackwell Publishing.
- Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa [ESSN-CVP] (2021). *Guia de Orientação - Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II*. (E. S.-C. Portuguesa, Ed.) Oliveira de Azeméis, Portugal.
- Gilbert, T. (1996). *Human competence*. Silver Spring, MD: International Society for Performance Improvement.
- Gonçalves, R. C. da S. (2022). Práticas seguras no contexto da enfermagem perioperatória. *Global Academic Nursing Journal*, 3(1), 1–2. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200227>
- Haridarshan, S. J., Girish, C. S., & Rajagopalan, S. (2018). Effects of Implementation of W.H.O Surgical Safety Check List: Our Institutional Analysis. *Indian Journal of Surgery*, 80(5), 465–469. <https://doi.org/10.1007/s12262-017-1635-x>
- Harvey, L. F. B., Smith, K. A., & Curlin, H. (2017). Physician Engagement in Improving Operative Supply Chain Efficiency Through Review of Surgeon Preference Cards. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 24(7), 1116–1120. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2017.06.018>
- Haverstick, S., Goodrich, C., Freeman, R., James, S., Kullar, R., & Ahrens, M. (2017). Patients' Hand Washing and Reducing Hospital-Acquired Infection. *Critical Care Nurse*, 37(3), 1–8. <https://doi.org/10.4037/ccn2017694>
- HealthTrust. (2022, Setembro). *The benefit of accurate preference cards: Lower costs and improve nursing satisfaction in the OR*. The Source.

<https://www.healthtrustpg.com/supply-chain-best-practices/the-benefit-of-accurate-preference-cards/>

- Hendges, M., Soares, N. V., Rodrigues, F. C. P., & Bittencourt, V. L. L. (2020). Checklist cirúrgico e sua importância na segurança do paciente. *Vivências*, 16(31), 245–252. <https://doi.org/10.31512/vivencias.v16i31.132>
- Heroor, A. A., Asaf, B. bin, Deo, S. S. v., Lau, E. H.-L., Mok, C. W., DiPasco, P. J., Jain, P., & Anand, U. (2022). Occupational Hazards of Surgical Smoke and Achieving a Smoke Free Operating Room Environment: Asia-Pacific Consensus Statement on Practice Recommendations. *Frontiers in Public Health*, 10, 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.899171>
- Hornby, D., & Thomas, R. (1989). Towards a better standard of management? *Personnel Management*, 21(1), 52–55.
- Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE. (2017, fevereiro). *Sessão multidisciplinar: Bloco operatório*. <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1798/4/Sess%C3%A3o%20multidisciplinar%20BO%20Fev%202017.pdf>
- Islam, S., & Samsudin, S. (2020). Characteristics, Importance and Objectives of Research: An Overview of the Indispensable of Ethical Research. *International Journal of Scientific and Research Publications (IJSRP)*, 10(05), 331–335. <https://doi.org/10.29322/IJSRP.10.05.2020.p10138>
- Jayasekara, R. S. (2012). Focus groups in nursing research: Methodological perspectives. *Nursing Outlook*, 60(6), 411–416. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.001>
- Klemp, G. O. (1980). *Assessment of Occupational Competence*. Washington DC: National Institute of Education.
- Kong, A., Botero Suarez, C. S., Rahamatalli, B., Shankweiler, J., & Karasik, O. (2021). Hand Hygiene and Hospital-Acquired Infections During COVID-19 Increased Vigilance: One Hospital's Experience. *HCA Healthcare Journal of Medicine*, 2(5), 379–384. <https://doi.org/10.36518/2689-0216.1296>
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2019). *Analyzing Qualitative Data with MAXQDA*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-15671-8>

- Leite, A. I., Gomes e Claudino, H., & Ribeiro dos Santos, S. (2009). A importância de ser ético: Da teoria à prática na enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 14(1), 172-177. <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648974024.pdf>
- Levy, B. E., Wilt, W. S., Lantz, S., Ballert, E., & Harris, A. (2023). Standardization and Visualization of the Surgical Time-Out. *Journal of Patient Safety*, 19(7), 453–459. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001156>
- Lomba, A. (2023). *A Avaliação da Satisfação do Cliente como Ferramenta de Melhoria dos Cuidados Intraoperatórios* [Relatório final de estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43818>
- Luís, A. (2023). *Enfermagem perioperatória-contributos para a maximização da segurança cirúrgica* [Dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESESJC - Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43825>
- Martins, M. (2024). *Enfermagem avançada em perioperatório: mais enfermagem na enfermagem – scoping review* [Relatório de Estágio, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/51370>
- Matos, I. (2019). *Competências especializadas: Segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica: da urgência ao perioperatório* [Dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESESJC - Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/29346>
- Meeker, Z. (2022, Outubro). The importance of nursing internships. *Nurse.com*. <https://www.nurse.com/blog/importance-nursing-internships/>
- Menegaz, J. C., Santos, J. L. G., Polaro, S. H. I., Trindade, L. L., & Meschial, W. C. (2023). Nursing care management concepts: Scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(1), e20220020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0020pt>
- Merajikhah, A., Imani, B., Khazaei, S., & Bouraghi, H. (2022). Impact of Surgical Smoke on the Surgical Team and Operating Room Nurses and its Reduction Strategies: A Systematic Review. *Iranian Journal of Public Health*, 27–36. <https://doi.org/10.18502/ijph.v51i1.8289>

- Michaelis, M., Hofmann, F. M., Nienhaus, A., & Eickmann, U. (2020). Surgical Smoke—Hazard Perceptions and Protective Measures in German Operating Rooms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 515. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020515>
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006, 24 de março). Decreto-Lei n.º 74/2006. *Diário da República*, Série I-A, n.º 60, 2242-2257. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20(62), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Montero, I., & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847–862. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770318>
- Moon, H. N., Park, B. H., & Chang, S. O. (2021). Operating room nurses' perceptions of the impact of surgical smoke and its countermeasures: A mixed-methods study. *Nursing & Health Sciences*, 23(4), 898–907. <https://doi.org/10.1111/nhs.12885>
- Mouajou, V., Adams, K., DeLisle, G., & Quach, C. (2022). Hand hygiene compliance in the prevention of hospital-acquired infections: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 119, 33–48. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.09.016>
- Nobre, P. (2017). *Riscos no Bloco Operatório: Implicações na gestão* [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum. <http://hdl.handle.net/10400.6/9570>
- Nodari, F., Soares, M., Wiedenhöft, G., & Oliveira, M. (2014). Contribuição do Maxqda e do NVivo para a Realização da Análise de Conteúdo. Em *XXXVIII Encontro Da ANPAD* (pp. 1–16).
- Okoshi, K., Kobayashi, K., Kinoshita, K., Tomizawa, Y., Hasegawa, S., & Sakai, Y. (2015). Health risks associated with exposure to surgical smoke for surgeons and operation room personnel. *Surgery Today*, 45(8), 957–965. <https://doi.org/10.1007/s00595-014-1085-z>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Ordem

dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-paraest%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-deestudos-dos-mestrados-enf-especialista>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2014, Fevereiro). *Entrevista Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/acoress/noticias/conteudos/entrevista-dia-europeu-do-enfermeiro-perioperat%C3%B3rio/>

Ordem dos Enfermeiros [OE] – Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica [CEEMC] (2017, 25 de Novembro). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Leiria, Portugal.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. *Diário da República*, Série II, n.º 135, 19359-19370.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019, 6 de Fevereiro). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 26, 4744-4750.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2021, Agosto). *Global patient safety action plan 2021-2030. Towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>

Pandey, P., & Pandey, M. M. (2015). *Research methodology: Tools and techniques*. Bridge Center. <https://www.euacademic.org/BookUpload/9.pdf>

Panta, G., Richardson, A. K., Shaw, I. C., & Coope, P. A. (2022). Healthcare workers' knowledge and attitudes towards sterilization and reuse of medical devices in primary and secondary care public hospitals in Nepal: A multi-centre cross-sectional survey. *PLOS ONE*, 17(8), e0272248. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272248>

- Pascoal, M. M., & Souza, V. (2021). A importância do estágio supervisionado na formação do profissional de enfermagem. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(6), 536. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i6.1408>
- Pasquer, A., Ducarroz, S., Lifante, J. C., Skinner, S., Poncet, G., & Duclos, A. (2024). Operating room organization and surgical performance: a systematic review. *Patient Safety in Surgery*, 18(5), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13037-023-00388-3>
- Penedo, J., Gonçalves, G., Ormonde, L., Barros, M. J., Carvalho, M., Gomes, P.; . . . Ribeiro, V. (2015). *Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios - Relatório Final*. Ministério da Saúde. https://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf
- Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau, S., & Perneger, T. v. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *The Lancet*, 356(9238), 1307–1312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02814-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02814-2)
- Ponte, V. A., Massena, A. M., Silva, A. S. J., & Araújo, T. M. (2019). Avaliação de fatores de risco para complicações no perioperatório relacionadas à segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, 24, e61834. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.61834>
- Portugal. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República. https://bdjur.almedina.net/item.php?field=item_id&value=2244822
- Ramos, M., Brandão, A. L., Graever, L., & Campos, C. E. A. (2021). Melhoria contínua da qualidade: uma análise pela perspectiva dos profissionais das equipes de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 16(43), 2736. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2736](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2736)
- Ribeiro, C. M. F. da S., Viana, C. F. C. M., Viseu, I. P. B., Moreira, M. H. G., Castanheira, J. R. A., & Borges, E. M. das N. (2021). Fumo cirúrgico: Um risco ocupacional dos enfermeiros em contexto de pandemia COVID-19. *Revista ROL de Enfermagem*, 44(11-12), 138. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38650/1/ICOHN21_138.pdf
- Rothorck, 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, W. P. dos, & Wilk, M. M. G. de S. (2023). Contribuições da enfermagem perioperatória para segurança do paciente na sala cirúrgica: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12(2), 1–10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40089>
- Sapeta, P. (2013). Desenvolvimento de competências: Os saberes teóricos e os saberes práticos. *Revista do Instituto Politécnico de Castelo Branco*, 3(4), 4-9. <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/3079>
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2016). *Research methods for business students* (7th ed.). Pearson Education Limited.
- Shin, S., Lee, I., Kim, J., Oh, E., & Hong, E. (2023). Effectiveness of a critical reflection competency program for clinical nurse educators: a pilot study. *BMC Nursing*, 22(69), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01236-6>
- Singh, B., & Arulappan, J. (2023). Operating Room Nurses' Understanding of Their Roles and Responsibilities for Patient Care and Safety Measures in Intraoperative Practice. *SAGE Open Nursing*, 9, 1–13. <https://doi.org/10.1177/23779608231186247>
- Skills for Health. (2021). *Privacy and dignity: The care certificate*. <https://www.skillsforhealth.org.uk/wp-content/uploads/2021/01/Standard-7-Privacy-and-dignity.pdf>
- Soares, S. G. da C., Pedroza, R. de M., & da Silva, R. R. (2022). Implantação de checklist para cirurgia segura em um Hospital Regional no Agreste Pernambucano. *Brazilian Journal of Development*, 8(2), 13519–13533. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-335>
- Spanjersberg, A. J., Ottervanger, J. P., Nierich, A. P., Speekenbrink, R. G. H., Stoker, W., Hoogendoorn, M., van Veghel, D., Houterman, S., & Brandon Bravo Bruinsma, G. J. (2020). Implementation of a specific safety check is associated with lower postoperative mortality in cardiac surgery. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 159(5), 1882-1890.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2019.07.094>
- Spruce, L. (2021). Surgical Smoke Safety. *AORN Journal*, 114(5), 493–501. <https://doi.org/10.1002/aorn.13543>
- Taffner, V. B. M., Pimentel, R. R. S., Almeida, D. B., Freitas, G. F., & Santos, M. J. (2022). Nursing theories and models as theoretical references for Brazilian theses and

- dissertations: A bibliometric study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), e20210201. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0201>
- Tanner, J., Dumville, J. C., Norman, G., & Fortnam, M. (2016). Surgical hand antisepsis to reduce surgical site infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1–80. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004288.pub3>
- Toney-Butler, T. J., Gasner, A., & Carver, N. (2023). Hand Hygiene. In *StatPearls* StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513254/>
- University of Tulsa. (2023, Julho). *The importance of evidence-based practice in nursing*. University of Tulsa. <https://online.utulsa.edu/blog/evidence-based-practice-in-nursing/>
- Van Giersbergen, M. Y., Alcan, A. O., Kaymakci, S., Ozsaker, E., & Dirimese, E. (2019). Investigation of surgical smoke symptoms and preventive measures in Turkish operating rooms. *International Journal of Health Sciences & Research*, 9(1), 138-144. https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.9_Issue.1_Jan2019/22.pdf
- Van Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18(100083), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação O Processo da Construção do Conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo, Lda.
- Vortman, R., Wendler, M. C., & McPherson, S. (2021). A Delphi technique study to understand nurses' knowledge and concerns regarding surgical smoke. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 24(100193), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2021.100193>
- Wagner, D., Pearcey, S., Hudgins, C. J., & Ulmer, B. C. (2024). Surgical smoke knowledge and practices before and after onset of COVID-19: A national survey of OR personnel. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 35, (100411), 1-20. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2024.100411>
- White, M. C., Baxter, L. S., Close, K. L., Ravelojaona, V. A., Rakotoarison, H. N., Bruno, E., Herbert, A., Andean, V., Callahan, J., Andriamanjato, H. H., & Shrimel, M. G. (2018). Evaluation of a countrywide implementation of the world health organisation surgical safety checklist in Madagascar. *PLOS ONE*, 13(2), e0191849. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191849>

- Wilandika, A., Pandin, M. G. R., & Yusuf, A. (2023). The roles of nurses in supporting health literacy: a scoping review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1022803>
- Wood, A. (2024, Setembro 16). Infection prevention: A perioperative nurse's guide to preventing surgical site infections. *AORN News and Information*. <https://www.aorn.org/article/infection-prevention--a-perioperative-nurses-guide-to-preventing-surgical-site-infections>
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods*. Sage publications.
- Yu, C.-L., Hsieh, S.-I., Lin, L.-H., Chi, S.-F., Huang, T.-H., Yeh, S.-L., & Wang, C. (2022). Factors Associated with Surgical Smoke Self-Protection Behavior of Operating Room Nurses. *Healthcare*, 10(5), 965. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050965>
- Zhou, Y., Wang, C., Zhou, M., Li, Z., Chen, D., Lian, A., & Ma, Y. (2023). Surgical smoke: A hidden killer in the operating room. *Asian Journal of Surgery*, 46(9), 3447–3454. <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2023.03.066>

ANEXOS

ANEXO I: CERTIFICADOS

Webinar AEPOT

Cirurgia de ambulatório em ortopedia: tendências e práticas



CERTIFICADO

Certifica-se que:

Sofia Clara de Oliveira Pinto

Participou no **Webinar AEPOT-AESOP** sobre
“**Cirurgia de ambulatório em ortopedia: tendências e práticas**”
que se realizou no dia 10 de Julho de 2024, tendo estado presente
durante 58 minutos.

Carmen Queirós

Enf.ª Carmen Queirós
Presidente da AEPOT

AEPOT – Associação dos Enfermeiros Portugueses
de Ortopedia e Traumatologia

Com o apoio da:





CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

SOFIA CLARA DE OLIVEIRA PINTO

membro nº **47260** desta Ordem, participou no(a) **"IV Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2024 | 3ª Sessão"**, realizado no dia **21 de Maio de 2024**, com duração total de **16h00 às 18h00**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 21 de Maio de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



Certificado

Para os devidos efeitos, certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

Sofia Clara de Oliveira Pinto

Participou no **Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2024**

Que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 21 e 22 de Março de 2024,

com a duração total de 16 horas.

Porto, 25 de março de 2024

A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Moraes





CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

SOFIA CLARA DE OLIVEIRA PINTO

membro nº **47260** desta Ordem, participou no(a) **"III ENCONTRO CIENTIFICO – INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM"**, realizado no dia **9 de Dezembro de 2023**, com duração total de **3h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 9 de Dezembro de 2023

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,40** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

SOFIA CLARA DE OLIVEIRA PINTO

membro nº **47260** desta Ordem, participou no(a) **"IV Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2024 | 2ª Sessão"**, realizado **no dia 14 de Maio de 2024**, com duração total de **16h00 às 18h00**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 14 de Maio de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



Assinado por: **José Manuel Lúcio Chora**
Num. de Identificação: 06468337
Data: 2024.03.06 22:19:57+00'00'

José Manuel Chora
Enfermeiro Diretor

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica

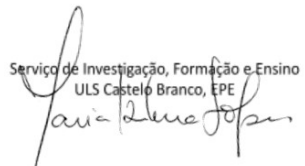
Webinar

Certifica-se que: Sofia Pinto

Participou no **1º webinar 2024 “Bloco Verde”** promovido pelo Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, no dia 22 de abril de 2024, com a duração de 2 horas:

1º webinar 2024 “Bloco Verde”

- Sustentabilidade Ambiental no Bloco Operatório (Enf. Augusta)
- Projeto Bloco Verde (Enf. Luz de Fátima)
- Implementação prática do Projeto Bloco Verde (Enf. Luís Pinho)

Serviço de Investigação, Formação e Ensino
ULS Castelo Branco, EPE

Assinatura Diretor SIFE



Castelo Branco | 30 de abril de 2024


Unidade Local de Saúde
Castelo Branco, EPE


SIFE
Serviço de Investigação,
Formação e Ensino







APÊNDICES

APÊNDICE I: FORMAÇÃO EM SERVIÇO

3º Ciclo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Correta Higiene das Mãos e o seu Impacto na Segurança do Doente

16 fevereiro 2024



Correta Higiene das Mãos e o seu Impacto na Segurança do Doente

Autora do trabalho:
Sofia Pinto (3997)

Coautor:
Marco Gonçalves (Mestre em EMCPO)

Orientação:
Professor Jorge Moreira (Mestre em EMC)

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Sensibilizar para a importância da correta higiene das mãos e o seu impacto na segurança do Doente

Objetivos Específicos

- Promover uma cultura de segurança da pessoa em situação perioperatória
- Envolver e motivar a equipa para o processo da correta higienização das mãos

Correta Higiene das Mãos e o seu Impacto na Segurança do Doente 3



A medida mais eficaz na prevenção e controlo de infeção é a higienização das mãos. Esta é uma abordagem prática e baseada na evidência, apresentando um impacto na qualidade do cuidado e na segurança do doente em todos os níveis do sistema de saúde.

OMS, 2019

Correta Higiene das Mãos e o seu Impacto na Segurança do Doente 4



“Save Lives: Clean your Hands” foi a campanha efetuada pela OMS em 2011 com a finalidade de garantir a segurança do doente na prestação de cuidados.

Os profissionais de saúde estão expostos a doentes infetados e superfícies contaminadas, que os coloca em risco de adquirir e transmitir doenças patogénicas.

Correção Higiene das Mãos e o seu Impacto na Segurança do Doente

CONSIDERAÇÕES

- As infeções associadas aos cuidados de saúde, muitas das quais causadas por organismos multirresistentes, estão entre os eventos mais frequentes que ocorrem na prestação de cuidados de saúde.
- Na Europa, cerca de 9 milhões de infeções associadas aos cuidados de saúde ocorrem anualmente em unidades de cuidados intensivos e de longa duração, o que causa um aumento de 25 milhões de dias adicionais de hospitalização e custa entre 13 e 24 bilhões de euros.
- A OMS acredita que nenhuma pessoa que recebe ou presta cuidados de saúde deve estar exposta ao risco de ser prejudicada por uma infeção prevenível.
- A higiene e limpeza das mãos dignificam e são um sinal de respeito às pessoas que necessitam de cuidados de saúde e facilitam o trabalho dos profissionais de saúde.^{1, 13}

SAVE LIVES - Higienize Suas Mãos OMS, 2023

Correção Higiene das Mãos e o seu Impacto na Segurança do Doente



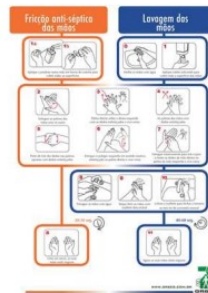
TEMA 2024:

Promover o conhecimento e a capacitação dos profissionais de saúde e de cuidados de saúde através de formação (...) sobre prevenção e controlo de infeção, incluindo a higiene das mãos.

Objetivos

- Reforçar abordagens de aprendizagem;
- Consciencializar;
- Incentivar mecanismos de medição e avaliação.

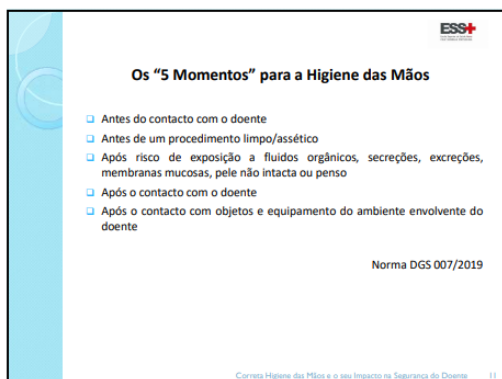
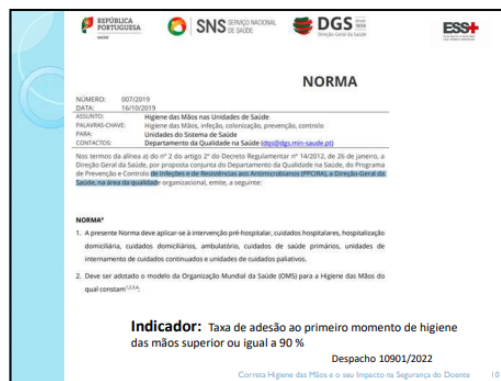
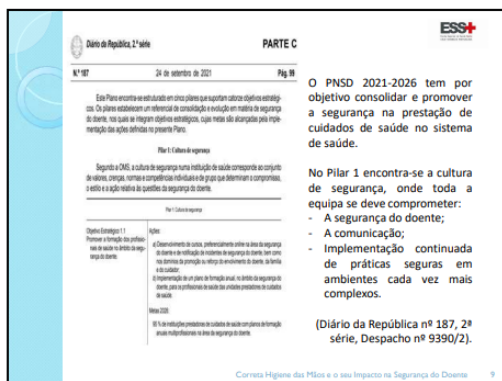
Correção Higiene das Mãos e o seu Impacto na Segurança do Doente



A adesão dos profissionais de saúde às orientações de higiene das mãos é vital no combate às doenças infecciosas nos hospitais, principalmente as infeções associadas aos cuidados de saúde.

A correta desinfeção das mãos pode prevenir cerca de 15% a 30% das infeções.

Correção Higiene das Mãos e o seu Impacto na Segurança do Doente



Outras indicações para a Higiene das Mãos

- ❑ Quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos orgânicos
- ❑ Antes da preparação e administração de fármacos e manipulação de dispositivos médicos
- ❑ Antes da manipulação e/ou preparação de alimentos
- ❑ Antes da colocação de luvas: o uso de luvas não dispensa a higiene das mãos
- ❑ Imediatamente após remoção de luvas estéreis, ou remoção de luvas não estéreis
- ❑ Preparação pré-cirúrgica das mãos
- ❑ Após utilização das instalações sanitárias

Norma DGS 007/2019

Correta Higiene das Mãos e o seu Impacto na Segurança do Doente 13

Técnicas de Higiene das Mãos com água e sabão

- ❑ Molhar as mãos em água à temperatura corporal
- ❑ Aplicar a quantidade de sabão suficiente para cobrir ambas as mãos em todas as suas superfícies e os punhos
- ❑ Friccionar as mãos vigorosamente durante no mínimo 15 segundos
- ❑ Enxaguar bem as mãos
- ❑ Não tocar na torneira após higiene das mãos (usar um toalhete de papel para fechar a torneira de acionamento manual)
- ❑ Secar bem as mãos com toalhete de uso único
- ❑ Depositar os toalhetes usados em contentor de acionamento por pedal
- ❑ A duração do procedimento deve ser entre 40 a 60 segundos

Norma DGS 007/2019

[Bing Videos](#)

Correta Higiene das Mãos e o seu Impacto na Segurança do Doente 14

Técnicas de Higiene das Mãos por fricção com SABA

- ❑ Não usar SABA nas mãos visivelmente sujas (incluindo o pó de luvas)
- ❑ Aplicar a quantidade suficiente de SABA para cobrir ambas as mãos em todas as suas superfícies e punhos
- ❑ Friccionar as mãos vigorosamente entre 20 a 30 segundos, até evaporar completamente a SABA, garantindo a secagem das mãos

Norma DGS 007/2019

[Bing Videos](#)

Correta Higiene das Mãos e o seu Impacto na Segurança do Doente 15



MENTIMETER

www.mentimeter.com/app/presentation/alvabppdp66rfkkdkhqokpyxgxlabh/247974objlfe

Correta Higiene das Mãos e o seu Impacto na Segurança do Doente 16

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ESS+

- Fouad, M., & Eltahir, S. (2020). Hand hygiene initiative: Comparative study of pre- and postintervention outcomes. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 26(2), 198-205. <https://doi.org/10.26719/2020.26.2.198>
- Iversen, A.-M., Stangerup, M., From-Hansen, M., Hansen, R., Sode, L. P., Kostadinov, K., Hansen, M. B., Calum, H., Ellemann-Eriksen, S., & Knudsen, J. D. (2021). Light-guided nudging and data-driven performance feedback improve hand hygiene compliance among nurses and doctors. *American Journal of Infection Control*, 49(6), 733-739. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.11.007>
- Langgoni, K. A., Sholihah, Q., Ciptadi, G., Andarini, S., Patria, D. K. A., & Adi, S. (2023). Discipline as complete mediation in the implementation of the Theory Planned Behaviour of nurse's handwashing compliance. 78(3).
- Luttrell, N., Asadi, R., Adami, M. H., & Pittat, D. (2020). Emojis in public health and how they might be used for hand hygiene and infection prevention and control. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 9(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13756-020-0092-2>
- Ministério da Saúde [MS]. (2021). Despacho n.º 9/07/2019. Obtido em 2024, de Diário da República Eletrónico: <https://www.dre.pt/visao/visao-despachos/9390-2021-1718910594>
- Ministério da Saúde [MS]. (2021). Despacho n.º 9/390/2021. Obtido em 2024, de Diário da República Eletrónico: <https://www.dre.pt/visao/visao-despachos/9390-2021-1718910594>
- Peters, A., Borzykowski, T., Tartari, E., Kilpatrick, C., Mai, S. H. C., Allegranti, B., & Pittet, D. (2019). "Clean Care for All—It's in Your Hands": The 5 May 2019 World Health Organization SAVE LIVES: Clean Your Hands Campaign. *Clinical Infectious Diseases*, 69(11), 2026-2028. <https://doi.org/10.1093/cid/ciy218>
- Puto, G., Wójcikowska-Mach, J., Walczek, M., Repka, I., & Różańska, A. (2020). Selected aspects of the knowledge and practice concerning hand hygiene guidelines in the context of infection control structures in hospital and long-term care facilities – findings of a questionnaire survey. *Medycyna Pracy*, 71(5), 531-537. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.09952>
- Santos, I. M. M., Damasceno, R. C., De Aguiar, M. S., Sousa, D. I. D. S., Mouta, A. A. N. M., Beltrão, R. P. L., & Da Silva, A. C. B. (2021). Higienização das Mãos: Uma Revisão Crítica Sobre a Baixa Adesão dos Profissionais de Saúde. *Enxame e Ciência e Biológicas Agrárias e da Saúde*, 25(4), 451-455. [https://doi.org/10.17951/1493-8838.2021.25\(4\)451-455](https://doi.org/10.17951/1493-8838.2021.25(4)451-455)
- Toney-Butler, T. J., Gasner, A., & Carver, N. (2023). Hand Hygiene. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Vale, M. D., Rocha, I. L. D. S., Sousa, T. P. M., Cruz, Y. A. D., Baerera, T. B., Baggio, E., Morais, R. B. D., & Ribeiro, A. C. (2019). Efficacy of the multimodal strategy for hand hygiene compliance: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 552-565. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0288>
- World Health Organization. (2024). World Hand Hygiene Day 2024. Retrieved from <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day>

Correia Higienização das Mãos e o seu Impacto na Segurança do Doente 17

ESS+

OBRIGADA !



Sofia Pinto
enfsoplapinto@gmail.com
 965330490

Correia Higienização das Mãos e o seu Impacto na Segurança do Doente 18

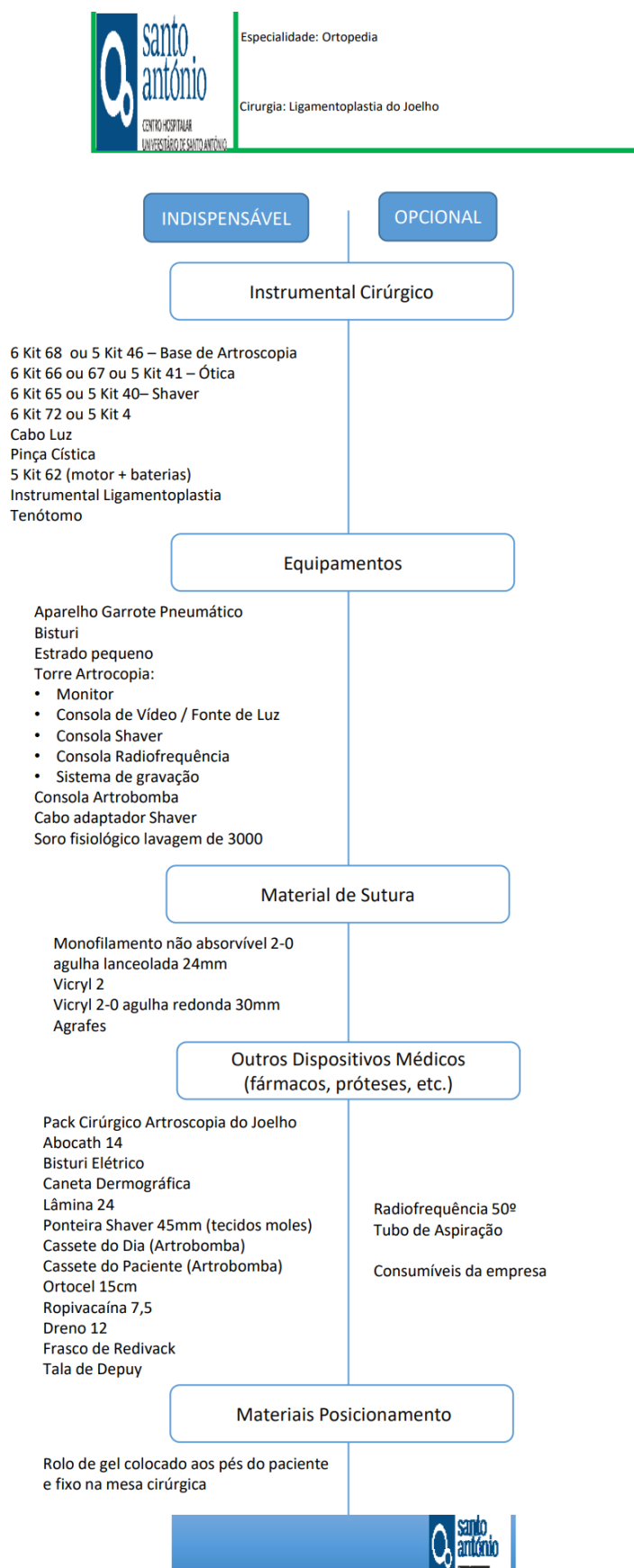
ESS+



BingVideos

Correia Higienização das Mãos e o seu Impacto na Segurança do Doente 19

APÊNDICE II: PREFERENCE CARDS

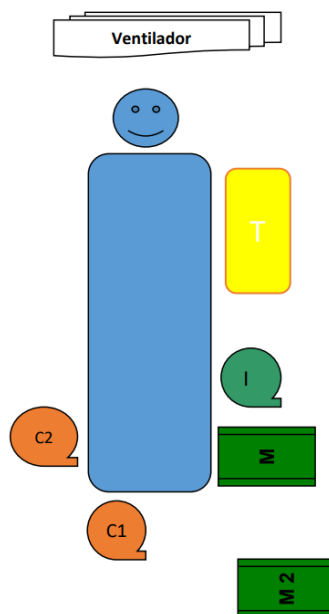


	Especialidade: Ortopedia
	Cirurgia: Ligamentoplastia do Joelho

Posicionamento

Decúbito Dorsal

Posicionamento da Equipa Cirúrgica / Mesa instrumentos / Equipamentos



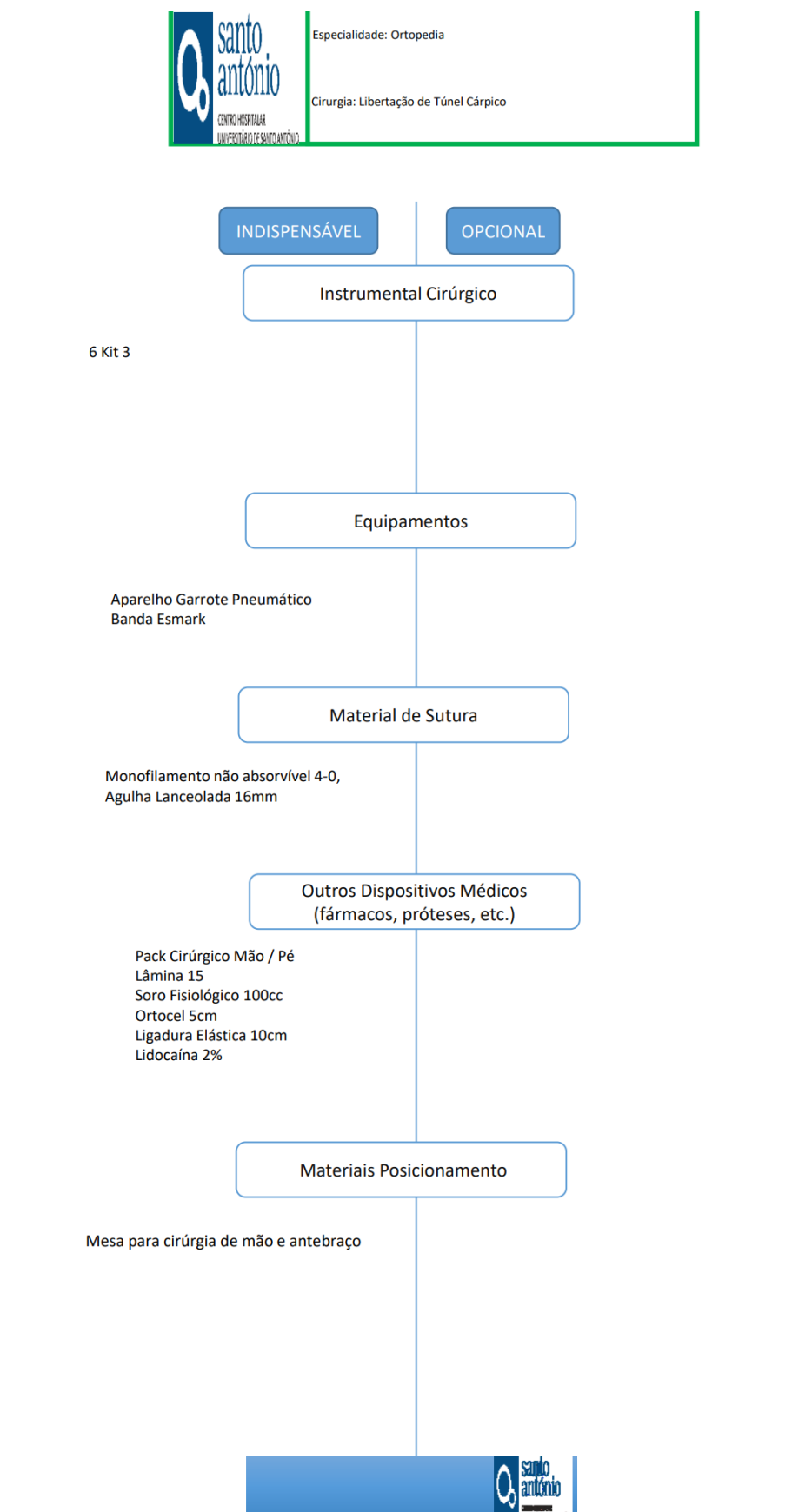
C1 – Cirurgião principal
C2 – 1º cirurgião ajudante
I – Enfermeiro instrumentista
M – Mesa de Mayo
M2 – Mesa para preparação do Ligamento
T – Torre de laparoscopia e shaver

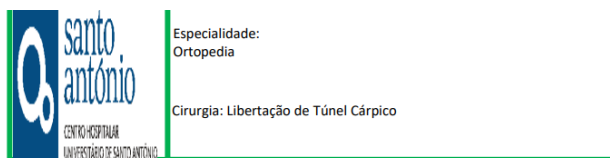
A disposição da sala varia conforme a lateralidade do joelho a ser operado

Observações

- Desinfecção Pele:
- ☐ Esponja de Clorhexidina
 - ☐ Clorhexidina Alcoólica



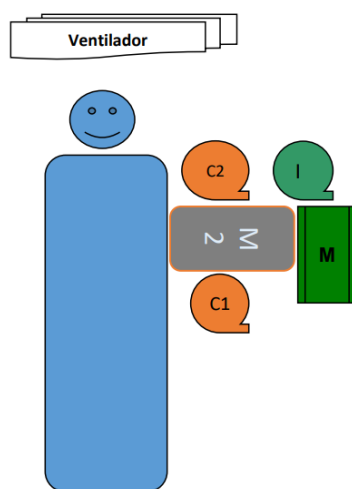




Posicionamento

Decúbito Dorsal com Membro superior intervencionado abduzido

Posicionamento da Equipa Cirúrgica / Mesa instrumentos / Equipamentos



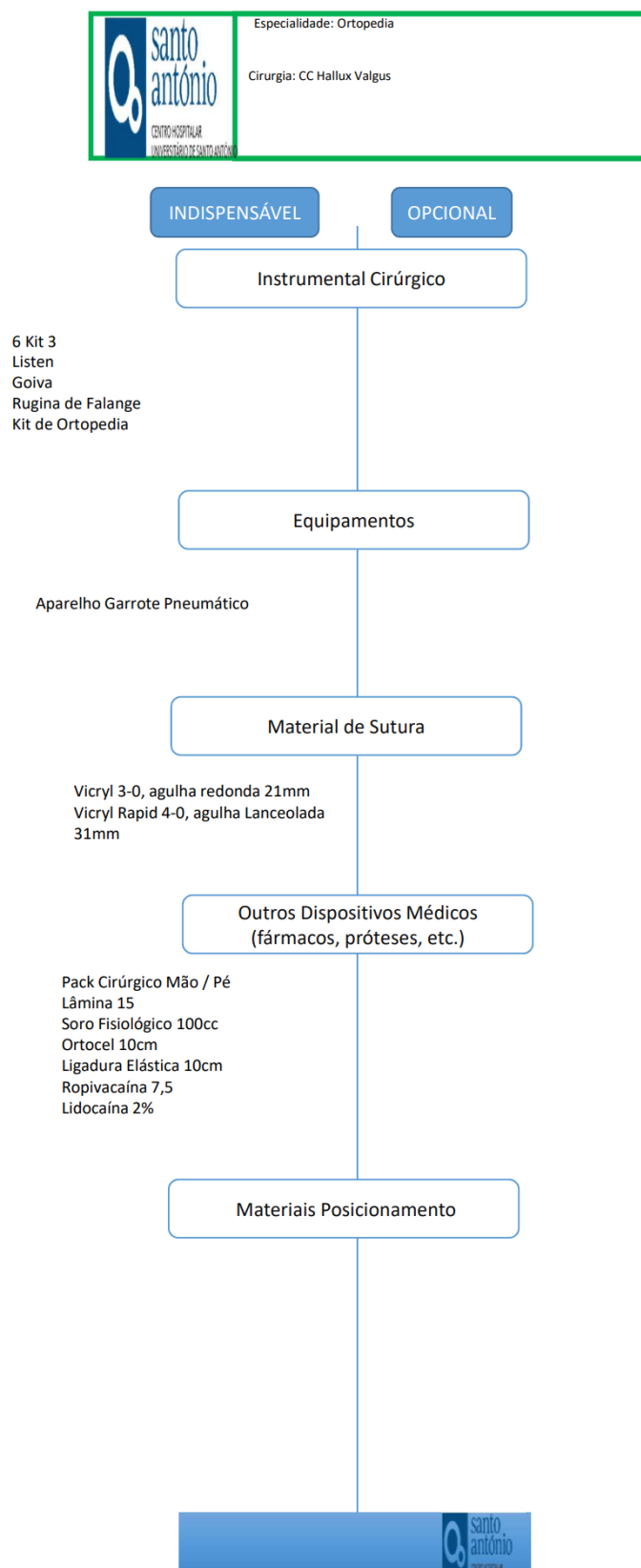
C1 – Cirurgião principal
C2 – 1º cirurgião ajudante
I – Enfermeiro instrumentista
M – Mesa de Mayo
M2 – Mesa de Mão

A disposição da sala varia conforme a lateralidade da mão a ser operada

Observações

- Desinfecção Pele:
- ☐ Esponja de Clorhexidina
 - ☐ Clorhexidina Alcoólica



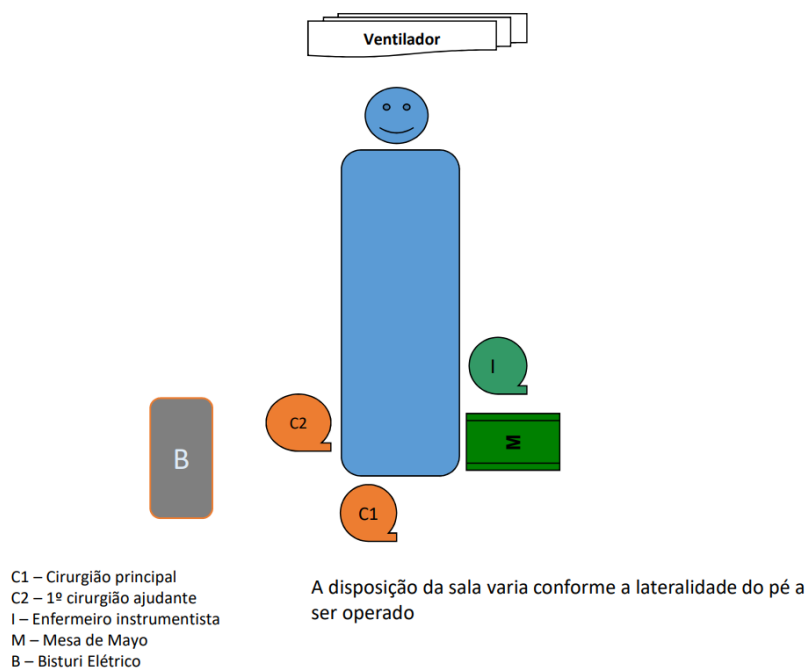


	Especialidade: Ortopedia Cirurgia: CC Hallux Valgus
---	---

Posicionamento

Decúbito Dorsal

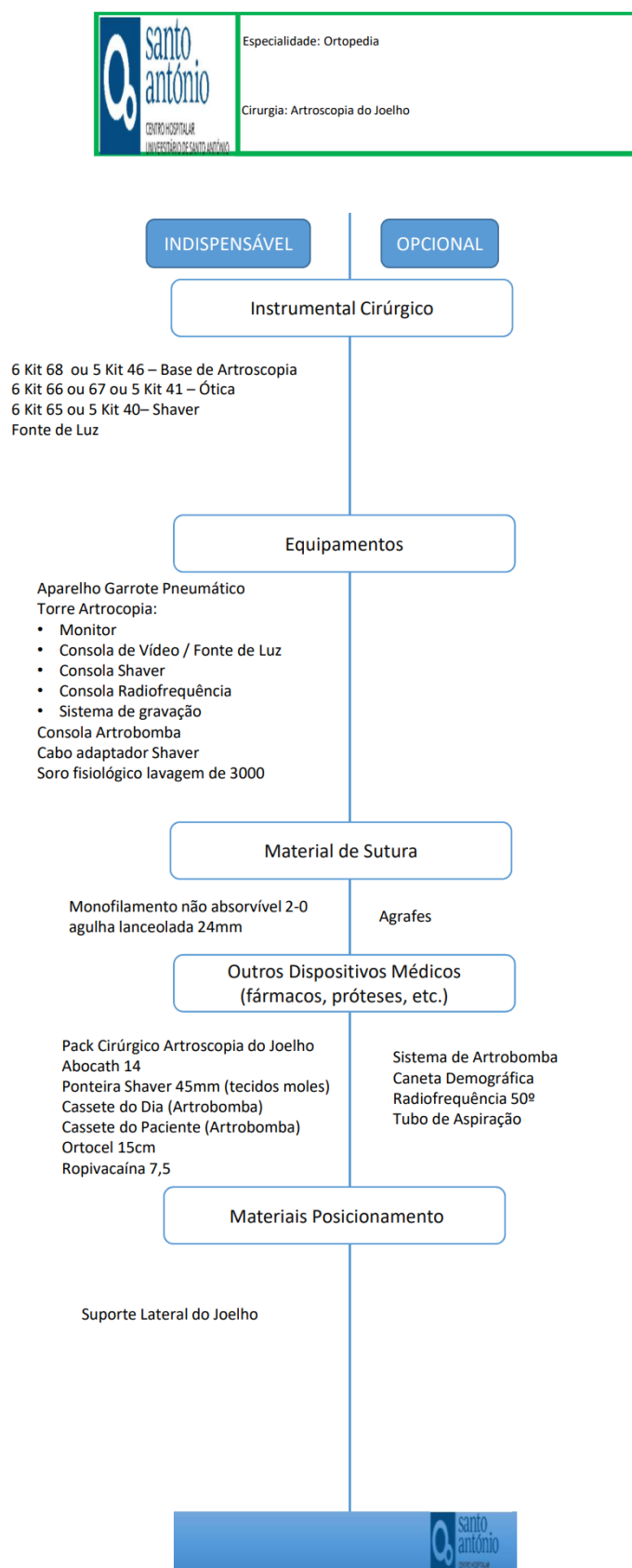
Posicionamento da Equipa Cirúrgica / Mesa instrumentos / Equipamentos



Observações

- Desinfecção Pele:
- ☐ Esponja de Clorohexidina
 - ☐ Clorohexidina Alcoólica



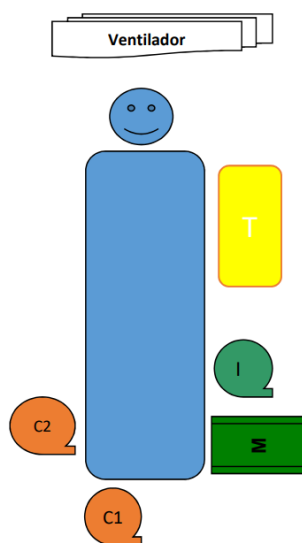


	Especialidade: Ortopedia
	Cirurgia: Artroscopia do Joelho

Posicionamento

Decúbito Dorsal

Posicionamento da Equipa Cirúrgica / Mesa instrumentos / Equipamentos



C1 – Cirurgião principal
C2 – 1º cirurgião ajudante
I – Enfermeiro instrumentista
M – Mesa de Mayo
T – Torre de laparoscopia e shaver

A disposição da sala varia conforme a lateralidade do joelho a ser operado

Observações

- Desinfecção Pele:
- ☐ Esponja de Clorohexidina
 - ☐ Clorohexidina Alcoólica



APÊNDICE III: CONSENTIMENTO INFORMADO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, Esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assine.*

Título do estudo: A percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre o risco do fumo cirúrgico na sala de operações

Enquadramento: "O fumo cirúrgico é um poluente ocupacional presente no ar das Salas de Operação (SO), produzido quando o eletrocautério é utilizado, um dispositivo amplamente utilizado nas cirurgias, que permite a ablação exata do tecido operado, bem como, o controlo hemostático do local cirúrgico" (Mittelstein et al., 2017).

Segundo a Association of Perioperative Registered Nurses (AORN, 2016) existem evidências científicas sobre os efeitos nocivos do fumo cirúrgico, reconhecidas na literatura e por diferentes organizações profissionais há muitos anos, no entanto este continua, nos dias de hoje a ser um risco para os profissionais do perioperatório.

Pretende-se com esta investigação descrever a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre o risco de exposição do fumo cirúrgico na sala de operações. Será elaborado um estudo qualitativo utilizando a metodologia de focus group, por videoconferência através da plataforma teams, com enfermeiros a exercer funções em bloco operatório há pelo menos 5 anos. Será posteriormente analisado o focus group de forma a descrever a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre o risco da exposição ao fumo cirúrgico na sala de operações.

Explicação do estudo: Será realizado um estudo qualitativo, utilizando a metodologia de focus group. Os participantes serão enfermeiros que trabalham no bloco operatório há mais de cinco anos, convidados pelo investigador principal. Será realizado um focus group através do agendamento de uma reunião via plataforma teams, numa data possível para todos os participantes, que será conduzida pelo investigador principal e pelo orientador da investigação, utilizando um guião orientador de questões abertas, para permitir a discussão das mesmas em grupo.

A reunião será gravada em formato áudio e vídeo, após autorização de todos os participantes e será transcrita para o formato de texto para posterior análise. Todos os participantes no estudo serão livres de participar / abandonar o mesmo se assim o pretenderem. Será mantido o anonimato e a privacidade de todos os participantes, assim como a confidencialidade dos dados obtidos. As imagens e os dados obtidos serão utilizados unicamente com o objetivo da realização deste estudo. O estudo não implica risco para os participantes, nem qualquer tipo de custo.

Condições e financiamento: Não estão previstas condições e financiamentos para o estudo

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/jspc/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dhsa.pt/pdf/sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>





Confidencialidade e anonimato: Será mantida a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes

Assinatura do investigador: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura do participante/representante legal: _____

Data: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE

