



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

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

Neli Jacinto Leitão Bastos

PREVENÇÃO DA
INFEÇÃO DO LOCAL
CIRÚRGICO NA PESSOA
SUBMETIDA A CIRURGIA
OFTALMOLÓGICA:
PERSPETIVA DOS
ENFERMEIROS

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

**PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO
NA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA
OFTALMOLÓGICA:
PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS**

Relatório de Estágio

Neli Jacinto Leitão Bastos

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

Oliveira de Azeméis | 2024

“Embora tenha o universo
nada posso afirmar ter,
pois o desconhecido não posso conhecer
se me agarrar ao que já conheço.”

Robert Fisher

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Enfermeira Dina Costa pela presença e amparo em todas as fases deste longo processo; pela paciência, pela disponibilidade, pela mestria com que iluminou sempre o caminho.

Aos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar do Bloco Operatório e Unidade de Cirurgia Ambulatória do contexto de estágio pelo seu acolhimento e disponibilidade na partilha de conhecimentos; e em particular à Enfermeira Joana Cristóvão por procurar sempre proporcionar-me as melhores oportunidades de aprendizagens e reflexão, mas também pela compreensão, pela confiança demonstrada, pela motivação e competência que tanto me inspiraram neste percurso de crescimento e aprendizagem.

À minha equipa: equipa do Bloco Operatório de Oftalmologia onde cresci pessoal e profissionalmente, pelo incentivo, pelo apoio e pelo carinho em todos os momentos.

Aos meus “companheiros de viagem” de mestrado, por tudo. Dedico-vos esta conquista.

Esta etapa não teria sido alcançada sem o apoio incondicional da minha família.

Ao Sérgio, companheiro da minha vida.

Aos meus filhos, Rodrigo e Catarina por acreditarem sempre em mim.

A todos, muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APCA – Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória

BO – Bloco Operatório

BOC – Bloco Operatório Central

CA – Cirurgia Ambulatória

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNDCA – Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória

DGS – Direção-Geral da Saúde

DQS – Departamento da Qualidade em Saúde

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

EEMCPSP – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

ELPO – Escala de Avaliação do Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EORNA – *European Operating Room Nurses*

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

IAAC – *International Association for Ambulatory Surgery*

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

MRSA – *Staphylococcus aureus* metilcilina resistente

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Processo Assistencial Integrado

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPFM – *Perioperative Patient Focused Model*

PSP – Pessoa em Situação Perioperatória

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala Operatória

SPA – Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

SPCIRA – Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UCA – Unidade de Cirurgia Ambulatória

UID – Unidade de Investigação e Desenvolvimento

VPO – Visita Pré-Operatória

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

O processo de aprendizagem contínua sustentado na formação avançada, conferida pelo mestrado na área perioperatória, permite adquirir e aprofundar os conhecimentos em contexto de investigação e desenvolver capacidades de reflexão profissional e de tomada de decisão fundamentadas em evidência científica.

Este relatório pretende analisar criticamente a aquisição de competências comuns e específicas no âmbito do mestrado na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

A primeira parte deste relatório procura demonstrar o percurso realizado ao longo do estágio em unidade de cirurgia de ambulatório, que permitiu explorar as potencialidades de um contexto tão vasto e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa e família/pessoa significativa ao longo de toda a sua experiência perioperatória.

Com o propósito de contribuir para a divulgação do conhecimento científico na área da Enfermagem Perioperatória, a segunda parte deste relatório inclui a componente de investigação científica, onde se apresenta o estudo qualitativo desenvolvido numa perspetiva de investigação interpretativa com o objetivo de responder à questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a prevenção de infeção do local cirúrgico na pessoa submetida a cirurgia oftalmológica?

Partindo de uma reunião com treze enfermeiros que desenvolvem atividade na área da cirurgia oftalmológica, em vários blocos operatórios de hospitais nacionais, analisou-se o contributo dos enfermeiros perioperatórios na prevenção da infeção do local cirúrgico em oftalmologia. Através da análise de conteúdo da reunião, emergiram cinco categorias: “autocuidado”, “gerir ambiente”, “atitudes terapêuticas”, “gestão do regime terapêutico” e “fatores organizacionais”, que correspondem à perspetiva dos enfermeiros sobre o tema em estudo.

Palavras-chave: procedimentos cirúrgicos oftalmológicos; infeção da ferida cirúrgica; enfermagem perioperatória.

ABSTRACT

The process of sustained continuous learning in advanced education, conferred by a master's degree in perioperative care, allows the acquisition and deepening of knowledge in a research context, as well as the development of professional reflection and evidence-based decision-making skills.

This report aims to critically analyse the acquisition of common and specific competences in the context of the master's program specializing in perioperative nursing care.

The first part of this report tries to demonstrate the journey undertaken during the internship in an ambulatory surgery unit, which enabled the exploration of the potentialities of such a vast context and the development of competences in providing nursing care directed towards individuals and their families/significant others throughout their perioperative experience.

In order to contribute to the dissemination of scientific knowledge in the field of perioperative nursing, the second part of this report includes the scientific research component, presenting a qualitative study developed in an interpretative research perspective with the aim of addressing the research question: What nursing interventions contribute to the prevention of surgical site infection in patients undergoing ophthalmic surgery?

Based on a meeting with thirteen nurses practicing ophthalmic surgery across various national hospitals' operating rooms, the contribution of perioperative nurses to the prevention of surgical site infection in ophthalmology was analysed. Through the meetings' content analysis, five categories emerged: "self-care", "environmental management", "therapeutic attitudes", "management of therapeutic regimen", and "organizational factors", representing the nurses' perspectives on the topic under study.

Keywords: Ophthalmologic surgical procedures; surgical wound infection; perioperative nursing.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Representação esquemática das áreas temáticas e respectivas categorias, subcategorias e sub-subcategorias.....	88
--	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	21
1. Enquadramento do contexto de estágio	23
1.1 Estágio em contexto de Unidade de Cirurgia de Ambulatório	24
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	29
2.1 Responsabilidade profissional, ética e legal	29
2.2 Melhoria contínua da qualidade	31
2.3 Gestão dos cuidados	35
2.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	38
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória	41
3.1 Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	41
3.2 Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	53
4. Considerações finais.....	63
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	65
1. Resumo	67
2. Abstract.....	69
3. Fundamentação/enquadramento teórico	71
4. Finalidade e objetivos	81
5. Metodologia	83
5.1 Desenho do estudo	83
5.2 Considerações éticas.....	85

6. Resultados	87
7. Discussão	95
8. Conclusão	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS.....	129
ANEXO I: Certificado de Comunicação Oral:	131
ANEXO II: Certificado de Comunicação Oral:	135
ANEXO III: Certificado de Comunicação Oral:	139
ANEXO IV: Certificado de Comunicação Oral:.....	143
ANEXO V: Certificado de 3º Prémio Atribuído à Comunicação Oral:	147
ANEXO VI: Certificado de Póster Científico:.....	151
ANEXO VII: Apreciação e votação do parecer da comissão de ética	155
ANEXO VIII: Apresentação da Categoria: “Autocuidado”	159
ANEXO IX: Apresentação da Categoria: “Gerir ambiente”	163
ANEXO X: Apresentação da Categoria: “Atitudes terapêuticas”	167
ANEXO XI: Apresentação da Categoria: “Gestão do regime terapêutico”	173
ANEXO XII: Apresentação da Categoria: “Fatores organizacionais”	179
APÊNDICE I: Formação em serviço	187
APÊNDICE II: Guião da reunião de <i>Focus Group</i>	193
APÊNDICE III: Consentimento informado	197

INTRODUÇÃO

A Pessoa em Situação Perioperatória (PSP) ao vivenciar um processo cirúrgico procura manter ou melhorar o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida. O ambiente perioperatório, caracterizado pela sua alta complexidade, exige que os seus profissionais possuam competências diferenciadas na prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade. A crescente inovação tecnológica aliada ao desenvolvimento das técnicas cirúrgicas e anestésicas, necessita de enfermeiros que acompanhem essa evolução, que desenvolvam capacidades de aprendizagem e de resolução de situações complexas, assumindo ainda assim, a humanização dos cuidados e a segurança das pessoas como grandes prioridades (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017; Duarte & Martins, 2014)

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), nomeadamente as Infeções do Local Cirúrgico (ILC) representam um grave problema de segurança, com um enorme impacto quer na saúde das populações quer nos altos custos económicos que implicam (Duarte & Martins, 2019).

A melhor estratégia incide na prevenção, uma vez que se considera possível reduzir a incidência das ILC através da aplicação de medidas preventivas baseadas em evidências científicas.

Assim, a DGS (2022) elaborou um conjunto de intervenções aplicável a grande parte das pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas, nomeadamente no âmbito de cirurgia geral, obstetrícia e ortopedia; contudo, a situação específica de oftalmologia não foi contemplada para integrar as especialidades cirúrgicas desta norma.

Na pesquisa bibliográfica realizada, as intervenções dirigidas à prevenção de ILC de uma forma geral, encontram-se bem documentadas, mas não revelaram resultados para estudos direcionados à situação particular dos cuidados de enfermagem na prevenção da ILC em oftalmologia.

Embora a nível nacional não existam registos de incidência e vigilância epidemiológica de ILC em oftalmologia, os estudos realizados por alguns centros hospitalares, referem que apesar da baixa incidência, as graves consequências, nomeadamente a perda de visão na maioria dos casos de ILC nas pessoas submetidas a cirurgia oftalmológica, justificam a necessidade da implementação de medidas de prevenção de infeção e diagnóstico precoce para evitar tais complicações.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde e procura o mais elevado nível de segurança para a pessoa em situação perioperatória, sendo assim responsabilidade do enfermeiro nesta área de especialidade, a promoção e implementação de procedimentos para a prevenção e controlo de infeção do local cirúrgico (OE, 2017).

A aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, aliada à formação avançada proporcionada pelo mestrado na área perioperatória permite desenvolver e aprofundar os conhecimentos na área de investigação, procurando soluções para questões complexas, fundamentadas em evidência científica, fundamental para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem (Decreto-Lei nº 65/2018, 2018).

O *Perioperative Patient Focused Model* (PPFM) é considerado um importante modelo conceptual para a prática dos cuidados de enfermagem no contexto perioperatório. Este modelo enfatiza o cuidado centrado na pessoa em situação perioperatória e família em todas as fases do processo perioperatório, assegurando que as intervenções sejam direcionadas às necessidades individuais de cada pessoa nas suas dimensões físicas, emocionais e sociais, promovendo a segurança, o conforto e a recuperação eficiente (Wicklin, 2020). Fundamentados neste modelo, os enfermeiros na área específica da prevenção de ILC, focam as suas intervenções na personalização dos cuidados, na integração de práticas baseadas em evidências e na comunicação eficaz (Kolovos, 2020).

Estruturalmente este relatório encontra-se dividido em duas partes distintas. A primeira parte, relativa à componente de estágio pretende apresentar, numa perspetiva descritiva e crítico-reflexiva, o percurso desenvolvido na Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) e Bloco Operatório Central (BOC) de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal. Abordando inicialmente o enquadramento do contexto de estágio, os capítulos seguintes referem-se à aquisição de competências comuns e de competências específicas através do desenvolvimento de conhecimentos especializados na área de enfermagem à PSP. As considerações finais pretendem sintetizar o desenvolvimento pessoal e profissional proporcionado pelas oportunidades de aprendizagem no contexto de estágio.

A segunda parte deste relatório refere-se à componente de investigação. Foi desenvolvido um estudo qualitativo numa perspetiva de investigação interpretativa através da realização de uma reunião de discussão com um grupo de enfermeiros peritos em oftalmologia, com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem que contribuem para a prevenção de infeção do local cirúrgico na pessoa submetida a cirurgia oftalmológica.

Assim, através deste estudo pretende-se compreender de que forma os enfermeiros com experiência profissional em oftalmologia, percecionam os cuidados de saúde envolvidos na prevenção de ILC em cirurgias oftalmológicas. Após o enquadramento teórico que pretende sustentar e contextualizar o tema, apresenta-se a finalidade e os objetivos pretendidos com o estudo. Nos capítulos seguintes, desenvolve-se o estudo em termos metodológicos, com a apresentação e análise dos resultados obtidos seguida da discussão dos mesmos à luz da evidência científica existente. Por último, conclui-se o estudo, com a exposição das potenciais implicações para a prática, as limitações decorrentes da investigação e as considerações finais.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento do contexto de estágio

O estágio de natureza profissional visa possibilitar ao estudante a aquisição e o desenvolvimento de competências avançadas de planeamento, decisão e resolução de situações exigentes em contextos alargados e pluridisciplinares, na área profissional de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa [ESSNorteCVP], 2023).

A *European Operating Room Nurses Association* (EORNA) (2023) recomenda a realização de formação pós-graduada na área da enfermagem perioperatória para garantir a segurança dos cuidados prestados em contexto perioperatório. Também a OE (2017), considera fundamental a área de especialidade de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, dado possibilitar a aquisição de competências especializadas direcionadas às necessidades específicas da pessoa e família numa situação de particular vulnerabilidade, no seu processo anestésico e cirúrgico e na complexidade do ambiente perioperatório.

O enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEMCPSP), perspetiva cuidar da pessoa em todo o processo perioperatório: antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico, identificando as necessidades, planeando e executando as intervenções e avaliando os resultados obtidos (OE, 2017).

Desta forma, ao procurar o desenvolvimento de capacidades de reflexão profissional e de tomada de decisão em enfermagem perioperatória, o objetivo de realizar o estágio em contexto de cirurgia de ambulatório, foi o de explorar as potencialidades de um contexto tão completo em vários aspetos e de desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa e família/pessoa significativa ao longo de toda a sua experiência perioperatória.

O estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, decorreu no Bloco Operatório Central (BOC) e Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) de um centro hospitalar da região centro do país, no período de 2 de outubro de 2023 a 8 de março de 2024, num total de 810 horas, que incluíram 440 horas de contacto em contexto de prática clínica e as restantes horas em trabalho autónomo, seminários teóricos e práticos e orientações tutoriais, de acordo com o plano de estudos.

Tendo como base os objetivos gerais de estágio que prevêm a aprendizagem e o domínio de capacidades técnicas, científicas e relacionais e seguindo o Regulamento de competências

específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (Regulamento nº 429/2018, 2018), foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e família/ pessoa significativa, em situação perioperatória em contexto de cirurgia de ambulatório sustentada na mais recente evidência científica;
- Maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, mobilizando conhecimentos e habilidades que contribuam para a gestão de riscos, prevenção de complicações e promoção de ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório;
- Contribuir para a divulgação do conhecimento científico na área da Enfermagem Perioperatória em contexto de Cirurgia de Ambulatório e realizar um relatório de estágio que inclui a componente de investigação científica, refletindo criticamente sobre as intervenções de enfermagem desenvolvidas no contexto perioperatório.

1.1 Estágio em contexto de Unidade de Cirurgia de Ambulatório

De acordo com a Resolução do Conselho de Ministros nº 159-A/2008 (2008), entende-se por cirurgia de ambulatório “a realização de uma intervenção cirúrgica programada, tradicionalmente efetuada em regime de internamento, cuja alta ocorre até 24 horas após a operação” (p. 7458-2).

A permanência da pessoa na unidade hospitalar é reduzida, tendo alta poucas horas após o procedimento cirúrgico. Caso seja necessário permanecer a primeira noite no hospital, tendo alta até 24h após a cirurgia, passa a denominar-se cirurgia ambulatória com pernoita hospitalar (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória [CNDCA], 2008).

A Cirurgia Ambulatória (CA), que tem grande impacto social e económico, pressupõe um modelo organizativo centrado no utente, com instalações próprias e recursos humanos dedicados ao envolvimento da pessoa e família em todas as fases do processo cirúrgico (Despacho nº 25832/2007, 2007).

Os benefícios proporcionados por um regresso a casa antecipado, respeitando as condições de segurança que incentivam a deambulação precoce e a recuperação pós-operatória num ambiente familiar, permitem um regresso rápido às atividades diárias, à vida familiar e à atividade profissional, com uma menor taxa de complicações pós-operatórias (Despacho nº

25832/2007, 2007). A reorganização das estruturas hospitalares permitiu assim dedicar o internamento hospitalar a situações mais complexas, reduzindo a despesa em saúde e reorientando os custos hospitalares (Despacho nº 1380/2018, 2018).

Os cuidados devem ser planeados individualmente, de acordo com critérios adequados de seleção, no sentido de capacitar a pessoa e família (ou pessoa cuidadora/pessoa significativa) para o autocuidado, por forma a garantir a segurança e a satisfação das suas necessidades de saúde, apostando na humanização e personalização dos cuidados (Lima & Pinto, 2014). Contudo, o tipo de procedimento e a seleção dos utentes determinam o sucesso do processo cirúrgico neste contexto particular, pois nem todas as pessoas podem ser operadas neste regime cirúrgico. Existem critérios de admissibilidade, que podem ser adaptados de acordo com as características de cada hospital (CNDCA, 2008), sendo as recomendações da *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) um importante guia orientador. Assim, os critérios de seleção de utentes estão definidos como critérios sociais e clínicos (CNDCA, 2008). Como critérios sociais, os utentes devem aceitar ser submetidos a cirurgia em regime de ambulatório, devem entender e cumprir as instruções fornecidas e estar acompanhados por um adulto responsável nas 24h seguintes à alta (IAAS, 2014). Para além de residirem em habitação com condições de segurança, higiene e conforto, devem assegurar o transporte próprio a menos de 60 minutos do hospital e dispor de acesso telefónico facilitado (Caseiro, 2009; Lima & Pinto, 2014). Como critérios clínicos, devem ser consideradas as condições físicas dos utentes, de acordo com a classificação de risco anestésico da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA), o tipo e duração de intervenção cirúrgica (inferior a 120 minutos), a possibilidade de controlo da dor e outros sintomas de forma eficaz no domicílio, não estarem previstas complicações anestésicas ou cirúrgicas, ou a necessidade de cuidados pós-operatórios especializados (Caseiro, 2009; Lima & Pinto, 2014).

Sendo já reconhecidas internacionalmente as vantagens da CA, o seu desenvolvimento possibilita uma organização da estrutura hospitalar que permite o aumento da efetividade, da eficiência e da qualidade dos cuidados, gerindo a despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares (Despacho nº 1380/2018, 2018).

Assim, a cirurgia em regime de ambulatório baseia-se num modelo organizativo de qualidade centrado na pessoa, onde se podem obter múltiplos benefícios para todos os intervenientes: humanização e acessibilidade para utentes e familiares; satisfação para os profissionais de saúde; redução de custos, eficácia e eficiência para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (CNDCA, 2008). Pelo exposto, pode afirmar-se que as suas particularidades se evidenciam muito além da simples duração da estadia hospitalar da pessoa submetida a cirurgia.

A utilização de um referencial teórico como base dos cuidados de enfermagem é fundamental para a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Na conceptualização da prática de cuidados, seguem-se os pressupostos do *Perioperative Patient Focused Model* (PPFM), pois este modelo aborda as especificidades e o foco dos cuidados da enfermagem perioperatória: a pessoa e família no centro do processo de cuidados no contexto perioperatório (Rothrock & Smith, 2000).

Segundo Wicklin (2020), o modelo divide-se em quatro domínios, três dos quais centrados na PSP:

- . Segurança – os enfermeiros em contexto perioperatório deverão prestar cuidados que visem a prevenção de lesões físicas durante o procedimento cirúrgico, com o intuito de proteger a pessoa ao longo de todo o processo perioperatório;
- . Respostas fisiológicas – as intervenções realizadas pelos enfermeiros deverão manter as respostas fisiológicas (físicas, bioquímicas e funcionais) da pessoa ao processo cirúrgico/invasivo, em conformidade com o seu padrão individual;
- . Respostas comportamentais – compete aos enfermeiros garantir que a pessoa e a sua família compreendem todo o processo cirúrgico satisfazendo as suas necessidades psicológicas, sociológicas e espirituais;
- . Sistema de saúde – engloba todos os elementos estruturais presentes em contexto perioperatório;

O PPFM representa os cuidados perioperatórios centrados no utente, porém atribui significado aos seus resultados. Os resultados da PSP são subdomínios respeitantes à segurança, respostas fisiológicas e respostas comportamentais.

Em suma, os enfermeiros em contexto perioperatório avaliam a PSP focando-se nos resultados de alta qualidade que querem alcançar, identificando diagnósticos e intervenções de enfermagem individualizadas (Wicklin, 2020).

Este modelo é aplicável às várias áreas da prática de enfermagem perioperatória e pressupõe que esta deve ser baseada em evidências implementadas por enfermeiros que trabalham no sistema de saúde com vista à segurança dos cuidados neste contexto específico.

No que diz respeito à localização do local de estágio, a UCA situa-se num polo do centro hospitalar, contiguamente ao BOC. A unidade é constituída por um espaço construído de raiz para o efeito: possui duas salas operatórias (SO) e um espaço que foi adaptado para dar resposta ao acréscimo de utentes resultante do aumento da área de abrangência populacional e do aumento dos programas cirúrgicos que foi designado por UCA Pernoita. Para realizar a sua atividade cirúrgica, a UCA também utiliza diariamente salas do BOC e respetiva Unidade de Cuidados Pós-Anestésica (UCPA), situação possível devido à

proximidade das instalações, uma vez que as salas do BOC se encontram na continuidade da estrutura física da UCA.

A organização e a normalização dos procedimentos, dos circuitos de utentes, de profissionais e de materiais maximizam a produtividade, a qualidade e a satisfação e diminuem as perdas de tempo e os custos desnecessários (Lima & Pinto, 2014). Para isso, encontra-se implementado na UCA, um conjunto de documentos que norteiam a prática clínica: manual de procedimentos, protocolos clínicos, normas atualizadas e Processo Assistencial Integrado (PAI), cujo objetivo é garantir que todos os procedimentos realizados na unidade, de âmbito clínico e não clínico, se sustentam na melhor evidência disponível visando a melhoria contínua da qualidade e a maior eficiência organizacional.

De referir ainda que o percurso do utente na UCA respeita os passos definidos no PAI.

De acordo com as recomendações da CNDCA (2008), a constituição de um circuito próprio e bem definido passa por uma área de admissão, sala de preparação, SO, UCPA, sala de recobro e finalmente sala de alta.

A UCA cumpre as orientações anteriormente descritas e as recomendações da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) para os blocos operatórios e divide as suas instalações em: área livre, onde se pode circular com roupa de exterior (sala de espera/admissão de utentes, circulação de profissionais e materiais, gabinetes de consulta); área semi-restrita, onde é obrigatória a utilização de roupa de bloco operatório (BO), incluindo touca (sala de acolhimento/preparação, UCPA, armazéns de materiais estéreis e instrumental cirúrgico e toda a área de apoio e adjacente às SO) e área restrita, onde é obrigatória utilização de roupa de BO incluindo touca e máscara (SO e salas pré-anestésicas ou de indução) (ACSS, 2011).

A UCA Pernoita encontra-se num espaço físico paralelo e contíguo à UCA, situado no mesmo piso e integrado no PAI da UCA.

Nesse local é feito o acolhimento e preparação da PSP a ser intervencionada na unidade, permitindo ainda a realização de recobro da fase II e III, a sua alta, assim como a pernoita quando há indicação para tal.

Os recursos humanos são constituídos por uma equipa pluriprofissional composta por médicos (cirurgiões e anestesiólogos), enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica e técnicos de manutenção.

Na área da gestão da unidade, a UCA é constituída por um coordenador (médico), uma enfermeira gestora e uma enfermeira coordenadora. As equipas de enfermagem e de assistentes operacionais da UCA e do BOC são distintas, mas trabalham em estreita colaboração uma vez que grande parte das cirurgias no BOC são realizadas em contexto de ambulatório e todos os profissionais desenvolvem os seus cuidados de acordo com o PAI da

UCA, para garantir a prestação de cuidados específicos e individualizados aos utentes utilizadores desta unidade hospitalar.

Em virtude da organização vigente, o presente estágio decorreu na UCA, UCA Pernoita e BOC, tornando possível obter uma visão geral dos cuidados perioperatórios, com oportunidade de conhecer e participar no PAI da Unidade, de realizar a visita pré-operatória (VPO), de colaborar na formação em serviço e nas auditorias, e ainda, a possibilidade de acompanhar a Enfermeira Especialista de Apoio à Gestão, abrangendo valências diversificadas e diferentes da prática profissional.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

A experiência acumulada ao longo do percurso académico e profissional, como enfermeira e como mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, permitiu o desenvolvimento de competências específicas na área de Enfermagem à PSP, aplicando-as no processo vivenciado pela pessoa e família nas suas experiências cirúrgicas/anestésicas.

Segundo o Regulamento nº 140/2019 (2019), são reconhecidas ao enfermeiro especialista competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade em enfermagem.

Ainda de acordo com o mesmo regulamento, as competências comuns

“são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745).

As competências comuns têm por base quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

2.1 Responsabilidade profissional, ética e legal

No âmbito do exercício das funções como enfermeira no contexto profissional e como estudante a realizar estágio no BOC e UCA, o Código Deontológico de Enfermagem, o Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), assim como os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE, encontram-se bem presentes e guiam as suas decisões e os cuidados prestados.

O BO é um local onde a equipa multidisciplinar trabalha num contexto de exigência e alta complexidade, associado aos elevados riscos inerentes aos procedimentos, onde a PSP se encontra num estado de vulnerabilidade física e emocional (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2012). Cabe ao enfermeiro proporcionar à PSP

proteção na situação particular de vulnerabilidade, capacitá-la e promover a sua autonomia, assegurando a sua segurança, privacidade e dignidade (OE, 2017).

Neste sentido e apesar do ambiente exigente complexo e tecnológico que caracteriza o BO, é imperativa a tomada de decisão baseada em princípios éticos e morais para benefício dos utentes (Araújo et al., 2022).

De realçar que o respeito pelos princípios éticos e morais, se constatou ser uma preocupação transversal a toda a equipa de enfermagem do BOC e UCA em todos os momentos do circuito da PSP, nas diversas fases do processo cirúrgico. A sala de acolhimento para a preparação pré-cirúrgica, apesar de ser um local amplo, é dividido em pequenos espaços, separados por cortinas, de forma a manter a privacidade da PSP, dispondo ainda de um gabinete de enfermagem e um gabinete para procedimentos invasivos. Cada enfermeiro acolhe e prepara uma pessoa de cada vez, proporcionando um momento calmo e estabelecendo uma relação de confiança com resultados positivos para a experiência cirúrgica da PSP. De acordo com o código deontológico, o enfermeiro deve garantir que a pessoa alvo dos cuidados de saúde está devidamente informada e esclarecida quanto aos procedimentos a que será submetida (OE, 2015). Assim, é confirmado se todos os documentos necessários constam do processo clínico, como o consentimento informado para ambos os procedimentos: cirúrgico e anestésico, o consentimento sobre as normas de funcionamento da UCA, certificando-se que toda a informação foi compreendida e facilitando o seu esclarecimento se for o caso. É importante capacitar a PSP para assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua situação de saúde e os cuidados que lhe são propostos, pois só assim se poderá respeitar a sua autonomia (OE, 2015).

Na SO, cada elemento da equipa cirúrgica tem intervenções bem definidas com vista ao sucesso do procedimento. De acordo com o REPE (Decreto-Lei nº 161/96, 1996), a prática clínica do enfermeiro deverá proteger a pessoa fazendo cumprir os imperativos legais e éticos nos cuidados de saúde prestados. Assim, o enfermeiro deverá ser um agente de defesa e proteção para a PSP (Decreto-Lei nº 161/96, 1996). O contexto intraoperatório é onde a pessoa se encontra em situação de maior vulnerabilidade, decorrente do procedimento anestésico e cirúrgico, devido à perda de consciência, à exposição corporal, ao posicionamento e a todos os procedimentos invasivos a que está sujeita (OE, 2017). Durante o período de estágio, foi, portanto, uma preocupação garantir o respeito pela integridade, privacidade, intimidade e individualidade da PSP, mantendo uma atitude assertiva de vigilância para prevenir lesões e potenciais riscos, exposição corporal desnecessária, hipotermia, restringir a circulação de profissionais ao estritamente necessário, defendendo os melhores procedimentos e comportamentos com consciência cirúrgica.

Para a OE (Regulamento nº 429/2018, 2018), a consciência cirúrgica direciona a prática clínica e, concomitantemente, ao ser um princípio ético e moral, orienta o enfermeiro na prática de cuidar a pessoa em contexto perioperatório, agindo em seu benefício em qualquer situação. No seu exercício profissional, os enfermeiros mantêm presentes a importância de garantia do sigilo profissional e da confidencialidade (OE, 2015). Estes princípios revestem-se de particular importância no processo cirúrgico vivenciado pela PSP, pois a transmissão de informação é fundamental para a continuidade dos cuidados. Foi assim um desafio, uma determinada situação em que, uma PSP pediu sigilo na transmissão de informação ao seu acompanhante (seu cuidador) sobre a natureza da intervenção cirúrgica a que tinha sido submetido. No momento da alta, pressupõe-se que sejam feitos os ensinamentos pós-operatórios, com a informação sobre os sinais de alarme indicativos de possíveis complicações ao adulto de referência da pessoa. Para respeitar o pedido da PSP e o dever de sigilo profissional, foi necessário equilibrar a informação fornecida. Por um lado, foi necessário cumprir o dever de informação, de forma a capacitar a PSP e seu cuidador nos cuidados pós-operatórios para garantir a sua segurança e não comprometer o sucesso de todo o processo, e por outro, preservar a sua privacidade. Esta situação permitiu refletir sobre a relevância da autodeterminação da pessoa e a importância do seu envolvimento no centro do processo de cuidados. As diversas situações desafiadoras, no local de estágio, proporcionam momentos de reflexão consciente que potenciam o crescimento pessoal e profissional.

O contexto perioperatório suscita receios, desconfianças e desestabiliza a PSP no seu processo individual, familiar ou profissional, nas suas crenças e valores, pelo que na intervenção como enfermeira no BOC e UCA, foi possível identificar as necessidades, planear e executar as ações e avaliar os resultados obtidos. Foi também possível atuar como elemento conciliador no seio da equipa multidisciplinar, por forma a assegurar os cuidados essenciais para a PSP, priorizando o direito à sua autodeterminação, o direito à informação, o respeito pela sua privacidade e pelos seus valores.

2.2 Melhoria contínua da qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista desempenha um papel relevante pela responsabilidade de garantir dinamização no “desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, no desenvolvimento de “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de

melhoria contínua” assim como assegurando “um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4747).

A DGS reconhece que o princípio da qualidade no SNS “visa a prestação de cuidados de saúde efetivos, seguros e eficientes com base na evidência científica, realizados de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa, e à avaliação de impacto, valorizando a integração de cuidados” (DGS, 2022b, p.5).

Assim a qualidade em saúde pressupõe que os cuidados prestados sejam acessíveis e equitativos, adequados às necessidades e expectativas dos cidadãos, visando a melhoria da eficiência e da efetividade dos cuidados de saúde (Despacho nº 5613/2015, 2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD), aprovado em 2021, considera que a segurança dos utentes é fundamental para a qualidade em saúde e recomenda a utilização de recursos humanos e tecnológicos no intuito de proporcionar práticas seguras nos ambientes de prestação de cuidados de saúde (Despacho nº 9390/2021, 2021).

No mesmo seguimento, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE são um importante referencial para a prática especializada dos enfermeiros, estabelecendo o padrão de excelência do exercício profissional (OE, 2017).

Neste âmbito, o enfermeiro especialista inserido numa equipa multidisciplinar, deve aproximar os profissionais em torno de estratégias que garantam a máxima qualidade em saúde.

Como estratégia de melhoria contínua da qualidade, a UCA e o BOC encontram-se em processo de certificação/acreditação por uma entidade externa: a *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia* (ACSA), que é o modelo oficial de acreditação de unidades de saúde do Sistema de Saúde português.

A certificação é um processo dinâmico, contínuo, faseado e evolutivo que pretende otimizar o potencial de evolução das unidades de saúde e que, simultaneamente se constitui como uma ferramenta que pretende facilitar e impulsionar os processos de melhoria e avaliação nas instituições (Departamento de Qualidade em Saúde [DQS], 2017).

Neste sentido, o envolvimento da equipa nos processos de melhoria contínua permite alcançar resultados significativos na procura de cuidados de saúde de qualidade (DQS, 2017).

No período de estágio, foi possível acompanhar o empenho e o trabalho dos vários elementos envolvidos no processo de acreditação, nomeadamente conhecer a gestão documental e toda a informação gerada no processo de certificação.

Encontram-se em desenvolvimento na UCA e BO projetos de melhoria contínua da qualidade que contam com a colaboração de toda a equipa de enfermagem: implementação da visita

pré-operatória (VPO) de enfermagem à PSP; a prevenção de infeção do local cirúrgico (ILC). Estes dois projetos encontram-se em fase de implementação, sendo que a VPO é realizada no dia anterior pelo enfermeiro anestesista e é efetuado o registo informático no processo clínico da PSP. A avaliação da fase de implementação do projeto é feita através de um formulário que é preenchido pela PSP para determinar a sua satisfação e pela presença de registo informático nos processos clínicos. De acordo com a AESOP (2012), a VPO visa garantir a qualidade dos cuidados prestados à PSP e família/pessoa significativa, promovendo a sua satisfação e a humanização dos cuidados de enfermagem. O objetivo da VPO é identificar as necessidades da pessoa proposta para cirurgia e elaborar um plano de cuidados individualizado e sistematizado, por forma a prepará-la física e emocionalmente para a cirurgia (AESOP, 2012). Esta visita permite uma personalização dos cuidados, sendo a primeira interação entre o enfermeiro perioperatório e a pessoa com cirurgia programada, permitindo posteriormente a continuidade dos cuidados (AESOP, 2012). Foi possível durante o período de estágio acompanhar a realização da VPO e observar que os resultados preliminares da sua implementação são muitos positivos, sendo possível constatar a satisfação dos utentes que verbalizam a redução da ansiedade e a segurança transmitida por reconhecer o enfermeiro anestesista como elemento de referência.

O projeto de melhoria contínua da qualidade sobre a segurança no cuidar- Feixes de intervenções para a prevenção de ILC, prevê a implementação das intervenções de enfermagem constantes na Norma da DGS: “feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico” e respetivo registo na plataforma informática *Patient Care*[®], por forma a aumentar a cultura de segurança no serviço e promover a segurança dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Segundo a DGS (2022), estima-se que cerca de metade das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência e de “feixes de intervenções”. A prevenção da ILC é um processo complexo e multifatorial, que exige a integração de um conjunto de medidas que abrangem os períodos pré, intra e pós-operatório (*World Health Organization [WHO], 2018*). Assim, pretende-se uniformizar a informação transmitida na consulta pré-operatória de enfermagem, nomeadamente quanto à tricotomia e à realização do banho pré-operatório, assim como padronizar procedimentos na avaliação e registo da glicémia capilar, temperatura e manutenção da normotermia a todas as pessoas intervencionados no BOC e UCA, nas várias fases do processo cirúrgico. O acompanhamento da implementação deste projeto tem sido feito pela realização de auditorias aos registos de enfermagem e apresentação dos resultados à equipa, com esclarecimentos e sugestões de melhoria.

Durante o estágio, foi possível participar na auditoria aos registos dos cuidados de enfermagem, colaborando na implementação da grelha de auditoria, por forma a validar a informação registada e sugerir oportunidades formativas. A existência de sistema de registo que permite a identificação dos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem médico-cirúrgica, revela-se fundamental para a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2017). De referir que o sistema de informação utilizado no BOC e UCA, *Patient Care*® foi instalado recentemente, substituindo a aplicação *SClínico*®, sendo necessário um período de adaptação, consolidação e orientação por parte dos elementos de referência para a implementação do programa. Durante este período de implementação e consolidação foi importante observar o papel ativo do Enfermeiro Especialista enquanto líder do programa de melhoria, no âmbito da supervisão e desenvolvimento do programa junto da equipa pluridisciplinar.

Outro aspeto fulcral da qualidade dos cuidados, é a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade (OE, 2017). No BOC e na UCA, o plano de formação anual é concebido de acordo com as necessidades formativas transmitidas pelos elementos da equipa às enfermeiras especialistas responsáveis pela formação. De acordo com o Departamento de Qualidade em Saúde (DQS), os serviços devem garantir a permanente adequação das competências dos profissionais desencadeando a sua formação contínua e a investigação, para oferecer uma prestação de cuidados de qualidade e manter e melhorar as aptidões e conhecimento dos profissionais (DQS, 2017).

Inicialmente, não existindo oportunidade por parte da equipa de enfermagem de realizar um momento formativo durante a semana, devido ao extenso programa cirúrgico diário, esses momentos eram agendados uma vez por mês, ao sábado de manhã, com a apresentação de vários temas/trabalhos. Durante o período de estágio, surgiu uma alteração de horário do início da atividade cirúrgica à sexta-feira de manhã, permitindo a reunião da equipa de enfermagem e assistentes operacionais para formação em serviço e/ou partilha de experiências, dúvidas e informações. Assim, semanalmente, existe um momento formal de partilha de conhecimentos que se revela essencial para a melhoria dos cuidados, contribuindo também para uma maior coesão da equipa. Como forma de participar de forma ativa nos momentos formativos da equipa, foi apresentado o trabalho “Desinfecção do local cirúrgico em oftalmologia: que evidência?”, enquadrado no estudo de investigação em desenvolvimento no âmbito do mestrado, sendo pertinente a sua apresentação no contexto do projeto de melhoria contínua da qualidade em implementação no serviço, referido

anteriormente sobre a segurança no cuidar - Feixes de intervenções para a prevenção de ILC (Apêndice I).

Ainda no âmbito da melhoria contínua da qualidade, foi também apresentado em co-autoria sob forma de comunicação livre no 5º Congresso Internacional de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) 2023, o trabalho denominado: “Projeto de melhoria contínua: rastreabilidade em contexto intraoperatório”, sendo possível consultar o certificado da apresentação no Anexo I.

Durante o estágio foi possível compreender e aplicar os conhecimentos inerentes ao domínio da melhoria contínua da qualidade, desenvolvendo um processo de reflexão sobre a prática profissional. A importância do enfermeiro especialista em EMC nos processos de implementação de processos de melhoria contínua e no desenvolvimento de práticas baseadas em evidência científica é indiscutível, sendo uma referência na dinamização das equipas, dos serviços e das instituições com vista a atingir os mais altos padrões de qualidade e segurança que são esperados pelos utentes.

2.3 Gestão dos cuidados

Este domínio pressupõe competências ao nível da gestão dos cuidados de enfermagem, a otimização da resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde, assim como a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, com vista à garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A gestão de um BO exige uma capacidade organizativa rigorosa, pois a diversidade de especialidades cirúrgicas e de procedimentos, de materiais e equipamentos, os recursos limitados e a coexistência de equipas multidisciplinares impõem capacidades de gestão e de planeamento adequadas. Assim, é necessário estabelecer prioridades, prevenindo possíveis complicações, colaborando nas decisões das equipas de saúde e articulando os recursos humanos e materiais disponíveis com a restante equipa (Regulamento nº 140/2019, 2019). No BOC e UCA foi possível acompanhar a enfermeira especialista em EMC de apoio à gestão no exercício destas funções e indagar acerca das competências para o efeito.

A gestão de recursos humanos exige a consideração da dotação adequada de enfermeiros, o seu nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, dado que estes elementos são decisivos para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para os utentes e para a instituição (Regulamento nº 743/2019, 2019).

No BOC e UCA é notória a preocupação com o desenvolvimento de competências na área relacional e técnico-científica, bem como o investimento de toda a equipa em formação, por forma a proporcionar cuidados de qualidade à PSP. Para além disso, há um ajuste dos recursos humanos às diferentes áreas e postos de trabalho, adequando a distribuição dos enfermeiros às competências e ao perfil individual de cada elemento, em função das especialidades cirúrgicas e da complexidade das intervenções e situações. A distribuição dos elementos da equipa é realizada com antecedência e enviada na véspera por email a cada profissional, para que este tenha oportunidade de se preparar, consultando os protocolos e procedimentos existentes para cada situação, planeando assim antecipadamente as suas intervenções de acordo com as necessidades.

Contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados, o número de elementos preconizados para as dotações seguras pela OE em CA são respeitados. São distribuídos 3 enfermeiros em cada SO, 1 enfermeiro para 3 PSP no recobro imediato, 1 enfermeiro para 6 PSP no recobro tardio. Seguindo as recomendações da OE para o cálculo das dotações seguras neste contexto, existe sempre 1 enfermeiro responsável pela consulta de enfermagem pré-operatória e 3 enfermeiros no acolhimento pré-operatório da PSP, sendo que um deles é responsável pelo telefonema da véspera da cirurgia e pelo telefonema do dia seguinte (Regulamento nº 743/2019, 2019). Esta norma da OE é igualmente um instrumento de apoio à gestão, contribuindo para a proteção da saúde e segurança dos utentes, bem como dos próprios profissionais envolvidos (Regulamento nº 743/2019, 2019).

Como já referido, a tecnologia, os equipamentos e os materiais têm uma importância relevante num BO pois são indispensáveis à realização de procedimentos anestésicos e cirúrgicos seguros. É, portanto, fundamental a sua gestão diária com o envolvimento de toda a equipa.

Em relação aos materiais de consumo clínico, existe um sistema de armazém avançado em que o pedido de material é realizado através de leitura ótica, sendo repostos posteriormente pelo serviço de aprovisionamento, permitindo a organização de materiais e equipamentos. O serviço de aprovisionamento recebe informaticamente a informação dos gastos efetuados e procede à reposição duas vezes por semana. Este sistema permite evitar falhas de material ou acumulação desnecessária; no entanto, o funcionamento adequado deste sistema depende do registo informático com leitura ótica que cada enfermeiro faz dos materiais que retira do armazém. Ocasionalmente, nos momentos de maior fluxo de profissionais no armazém ou numa situação de necessidade urgente, é difícil cumprir esse registo. Por isso, o enfermeiro responsável pela gestão de recursos materiais no BO mantém atualizados os níveis de reposição.

O dispositivo *Pyxis*[®] é um sistema de fornecimento automatizado de fármacos que mantém armazenados e acondicionados os medicamentos de uso comum no BO. A reposição, verificação de validades e inventários são assegurados pela farmácia hospitalar. O levantamento dos fármacos necessários é feito após registo biométrico do enfermeiro que o realiza e que procede à reposição dos carros de apoio existentes nas SO. Este sistema permite um armazenamento seguro, a manutenção e a gestão de *stocks* de fármacos existentes, permitindo maior controlo sobre prazos de validade, melhorando as condições de conservação e reduzindo o espaço de armazenamento (Câmara, 2018).

Outro desafio relacionado com a gestão de recursos materiais, é atribuído à gestão do instrumental cirúrgico, devendo existir articulação com empresas externas, com a central de reprocessamento e com o BOC do outro polo do Centro Hospitalar, também ele utilizador dos referidos recursos. Como a quantidade de caixas de instrumentos cirúrgicos é limitada, o planeamento cirúrgico deve ter em conta os materiais que vão ser necessários para cada cirurgia. É solicitado aos cirurgiões que indiquem com antecedência os recursos que pretendem utilizar, de forma a evitar falhas, mas nem sempre existe esse cuidado, o que ocasiona momentos de stress na resolução destes problemas, possibilitando conflitos. O enfermeiro especialista em EMC deve utilizar competências de comunicação eficaz na resolução de conflitos, uma vez que estes são inevitáveis nas relações laborais (Araújo et al., 2022). Ainda segundo estes autores, as equipas são constituídas por pessoas com diferentes personalidades e diferentes conceções de vida o que acaba por interferir nas relações interpessoais e na dinâmica dos grupos. As situações de stress potenciam essas diferenças e geram conflitos no trabalho (Araújo et al., 2022). É importante proporcionar espaço para reflexões construtivas. Cabe ao enfermeiro especialista em EMC utilizar estratégias de comunicação e de motivação de acordo com as diferentes e interdependentes funções dos profissionais do BO, sendo um elemento conciliador, fomentando um ambiente positivo e favorável à prática (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Durante o turno de apoio à coordenação da equipa, houve oportunidade de observar intimamente os desafios constantes que o Enfermeiro Especialista de Apoio à Gestão enfrenta, desde as dificuldades diárias causadas pelo absentismo de profissionais, à rotura de *stocks* de bens essenciais no armazém central, à avaria ou problemas técnicos pontuais de equipamentos ou à resolução de situações imprevistas ou pouco frequentes como providenciar o transporte inter-hospitalar urgente de um utente com instabilidade hemodinâmica no pós-operatório. Assim, é esperado que o enfermeiro especialista em EMC mobilize conhecimentos e habilidades para uma tomada de decisão fundamentada e

ajustada à natureza e gravidade das circunstâncias, evidenciando-se em todos os momentos como profissional de referência para toda a equipa.

2.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências deste domínio compreendem o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade e a aplicação da prática clínica baseada na evidência científica (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Segundo Duarte e Martins (2014), o BO é um ambiente dinâmico e estimulante, propício ao desenvolvimento de conhecimentos e de competências relacionais. Segundo estes autores, os enfermeiros devem aperfeiçoar determinadas competências como liderança, competências comunicacionais, escuta ativa, pensamento crítico, tolerância ao stress, integridade ética, controlo emocional, cooperação, iniciativa, entre outras.

Assim sendo, o processo de desenvolvimento profissional é indissociável do crescimento pessoal e da capacidade de gerir os seus comportamentos e emoções.

A motivação de melhoria contínua e aperfeiçoamento dos conhecimentos no contexto da prática clínica conduziu à participação em vários momentos de formação profissional, nomeadamente formações em contexto de serviço, congressos e webinars com a apresentação em co-autoria de comunicações e póster.

A participação no 5º Congresso Internacional de IACS 2023, revelou-se enriquecedora não só pela qualidade dos temas desenvolvidos, mas também pela multiplicidade de participantes e de experiências partilhadas ao longo daqueles dias de trabalhos. Foram apresentados e discutidos vários estudos e trabalhos que fortaleceram o conhecimento científico pelo seu rigor e pertinência no âmbito dos desafios e inovação em controlo de infeção. Assim, como referido anteriormente, foi apresentada em co-autoria a comunicação “Projeto de melhoria contínua: rastreabilidade em contexto intraoperatório” que permitiu a discussão das melhores práticas de rastreabilidade, esterilização e processamento de dispositivos médicos em contexto de BO (Anexo I). Outro tema apresentado em co-autoria foi “Desinfeção do local cirúrgico em Oftalmologia: Que evidência?” que permitiu partilhar a mais recente evidência científica sobre a utilização do agente anti-infeccioso mais adequado e seguro na preparação do local cirúrgico em oftalmologia (Anexo II).

Na participação no Congresso de Enfermagem Perioperatória – Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência, foi apresentada a comunicação “O Enfermeiro Instrumentista em Oftalmologia – Uma visão sobre a prática de cuidados”, tendo sido além de co-autora, a apresentadora da comunicação. Pretendeu-se evidenciar as competências do enfermeiro

instrumentista em oftalmologia, fundamentando as suas práticas e a especificidade da instrumentação em oftalmologia em evidência científica (Anexo III). A comunicação com o tema “Cuidados de Enfermagem à Pessoa submetida a terapia genética em oftalmologia – Contributo do Enfermeiro Perioperatório”, da qual se participou como co-autora, pretendeu evidenciar a importância da implementação de protocolos de procedimentos na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e o contributo do enfermeiro perioperatório na liderança destes processos (Anexo IV). A esta comunicação foi atribuído o 3º prémio pela Comissão Científica do congresso (Anexo V). Neste congresso foi destacada a Enfermagem Perioperatória como uma área específica da enfermagem com capacidade de produzir conhecimento científico, em que se podem desenvolver tanto a tecnologia e a inovação, como a humanização dos cuidados. Além de ter sido profícua a partilha de conhecimentos, foi lançado o desafio de continuar o crescimento da produção científica nesta área, e que foi aceite pelos participantes deste encontro.

Com o intuito de contribuir para a divulgação do conhecimento científico na área da Enfermagem Perioperatória, foi ainda proposto participar no 3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico, onde foi possível apresentar o projeto de investigação “Prevenção da infeção do local cirúrgico na Pessoa submetida a cirurgia oftalmológica – perspetiva dos enfermeiros”, sob a forma de póster científico. Esta participação pretendeu apresentar o projeto de investigação do estudo apresentado na segunda parte deste relatório, parte da componente de investigação do Curso de Mestrado em EMC, tendo sido apreciado e aceite pela comissão científica do referido webinar (Anexo VI).

Todos estes momentos de aprendizagem, pelos desafios que proporcionaram e pelos contributos inegáveis que representaram, contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional como enfermeira especialista na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

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

De acordo com a OE (Regulamento nº 429/2018, 2018), os cuidados especializados em EMC exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados. O enfermeiro perioperatório demonstra competências especializadas no cuidado à pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica, e na garantia da segurança, congruente com a consciência cirúrgica (Regulamento nº 429/2018, 2018).

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

A intervenção do enfermeiro nesta área de especialidade desenvolve-se nas cinco áreas de atuação complementares entre si: a consulta perioperatória, a anestesia, a circulação, a instrumentação e os cuidados pós-anestésicos, abrangendo assim as fases de pré, intra e pós-operatório (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Como refere a OE (2017) nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da PSP, esta encontra-se num estado de vulnerabilidade física e emocional e os cuidados de enfermagem visam proporcionar-lhe proteção nesta situação particular, capacitá-la e promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde.

Na experiência anestésica e cirúrgica vivenciada pela pessoa e família, o enfermeiro é o profissional de referência, pois apresenta competências específicas que o diferenciam dos restantes profissionais (OE, 2017).

Sendo a abordagem da CA centrada na PSP, o enfermeiro realiza o planeamento dos cuidados respeitando integralmente as vertentes psicológica, física, social e espiritual de cada utente e sua família (Lima & Pinto, 2014).

Neste contexto, o *Perioperative Patient Focused Model* (PPFM) apresenta ser um guia conceptual adequado para a prática assistencial de enfermagem em contexto perioperatório, pois pressupõe o planeamento das intervenções de enfermagem de acordo com a atividade diagnóstica realizada, focada nos resultados de alta qualidade para os utentes (Wicklin, 2020). Portanto, os enfermeiros nesta área de especialidade devem avaliar a PSP focando-se

nos resultados, identificando diagnósticos e intervenções de enfermagem individualizadas (Kolovos, 2020). Através da prática baseada na evidência, o enfermeiro procura promover a segurança da PSP e otimizar as respostas fisiológicas e comportamentais desta no contexto de CA, que são os domínios do PPFM. O modelo centrado na PSP valoriza a relação entre a pessoa, a sua família e os cuidados de enfermagem com foco nos melhores resultados possíveis durante o processo perioperatório (Wicklin, 2020).

O processo de enfermagem, no período perioperatório permite aos enfermeiros organizar e planear os cuidados de enfermagem a prestar à PSP de forma individualizada e segura (Ferrito, 2014). Todo o processo perioperatório deve ser entendido como um desenvolvimento contínuo de competências para o autocuidado, com o objetivo de capacitar a pessoa e o seu cuidador a garantir resposta às situações emergentes da experiência cirúrgica (Lima & Pinto, 2014). Uma vez que a CA preconiza que a pessoa e família se tornem responsáveis pela preparação pré-operatória e pela sua recuperação no domicílio, a transmissão de informações adquire uma importância fundamental e desafiante (IAAS, 2014). Assim o primeiro contacto da PSP com o enfermeiro no processo de CA acontece na consulta pré-operatória de enfermagem. Este é um momento essencial de partilha de informações, avaliação de necessidades e expectativas e de esclarecimento de dúvidas (Lima & Pinto, 2014). Esta relação enfermeiro/pessoa/família, sustentada em comunicação assertiva e empática, visa permitir o planeamento de forma individualizada do percurso cirúrgico do utente, envolvendo-o no processo e preparando-o para a sua recuperação (AESOP, 2012). Ao se estabelecer uma relação de confiança com os profissionais, esta consulta permite melhorar o conforto e a segurança da pessoa e da sua família, contribuindo para o seu empoderamento e satisfação, como parte integrante do sucesso dos procedimentos (AESOP, 2012; Lima & Duarte, 2014).

Respondendo a um dos objetivos de estágio, a participação na consulta pré-operatória de enfermagem, no telefonema na véspera da cirurgia e no acolhimento na unidade no dia da cirurgia, revelou-se fundamental para conhecer e compreender o PAI da UCA. Atualmente a consulta é realizada em formato não presencial, telefonicamente, estratégia implementada no contexto pandémico de Sars-Cov-2, para minimizar as deslocações dos utentes, medida que se mantém de acordo com as orientações da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA) (APCA, 2020). Após reflexão e partilha de experiências com os enfermeiros da unidade, constata-se que este modelo apresenta vantagens, uma vez que reduz os custos de deslocações adicionais da PSP e diminui o fluxo de pessoas na unidade; no entanto, pode dificultar o estabelecimento de uma relação empática entre os profissionais e os utentes, assim como a compreensão e a validação da informação fornecida

e recebida. Além disso, a informação verbal deve apoiar e ser apoiada por informações escritas e, desta forma, a entrega de folhetos esclarecedores e objetivos permite garantir que a PSP e família recebem informações essenciais, que podem ser consultadas a qualquer momento (IAAS, 2014). Esta dificuldade pode ser contornada através da utilização de correio eletrónico, mas uma parte significativa da população, especialmente mais idosa, não utiliza este recurso, representando assim um obstáculo significativo.

Diariamente, a consulta é realizada por um enfermeiro, em gabinete próprio, para manter a privacidade e a confidencialidade dos dados recolhidos. Após apresentar-se e proceder à identificação da PSP e do cuidador/acompanhante de referência, o enfermeiro realiza a avaliação pré-operatória, onde se inclui a avaliação dos critérios de inclusão. A avaliação é feita de forma estruturada e de acordo com um questionário que permanece no processo clínico. É igualmente fornecida informação sobre o acesso à unidade, o circuito a realizar no dia da cirurgia, a possibilidade de pernoita e a preparação pré-operatória (inclui o cumprimento de jejum, o banho pré-operatório, o vestuário indicado, e a remoção de adornos). Durante o período de estágio, constatou-se existir uma preocupação evidente por parte dos elementos da equipa da UCA em transmitir as informações com segurança e profissionalismo, mas também em transmitir confiança, tranquilidade e disponibilidade ao esclarecer as dúvidas, respeitando a individualidade de cada pessoa e do seu acompanhante. Foi assim possível reconhecer o impacto positivo da consulta pré-operatória nos comportamentos das PSP e cuidadores, que se revelam confiantes e envolvidos no seu processo cirúrgico, sendo um resultado congruente com a evidência científica (Silva, 2022). Ainda no período pré-operatório, o telefonema da véspera da cirurgia é realizado diariamente por um enfermeiro distribuído no acolhimento, com intenção de confirmar a preparação da PSP para a sua vinda à UCA no dia seguinte e informar sobre o horário de agendamento, relembrando indicações adequadas a cada pessoa, relacionadas com a preparação pré-operatória no domicílio. Dado que este é um momento de validação das informações e de esclarecimento de dúvidas decorrentes da ansiedade e stress gerados pela situação, importa então que seja um momento calmo e adequado à expressão das necessidades da PSP e familiares (AESOP, 2012). Adicionalmente, este telefonema tem como objetivo evitar atrasos e desistências atribuíveis a lacunas de informação ou a alterações repentinas do estado de saúde da PSP, permitindo reagendamentos oportunos (IAAS, 2014). No âmbito do processo cirúrgico, o contato com a UCA é iniciado através dos serviços administrativos onde é confirmada a identidade, a morada e o contacto da PSP e pessoa significativa recorrendo ao cartão de cidadão. A identificação inequívoca dos utentes é uma estratégia fundamental para a segurança de todo o processo cirúrgico e é um dos objetivos

estratégicos do PNSD 2015-2020, que se encontra regulamentado pelo Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Através da implementação das medidas que constam do PNSD 2015-2020, pretende-se evitar a ocorrência de erros e/ou danos graves provenientes da incorreta identificação de utentes e/ou procedimentos (Despacho nº 1400-A/2015, 2015). Assim, o procedimento de identificação da PSP na UCA e BOC passa pela confirmação verbal por parte da pessoa, da sua identidade, bem como o uso de um mecanismo de identificação, neste caso de uma pulseira de identificação com vinheta identificativa, onde constam nome completo, morada e data de nascimento. Mesmo com a confirmação destes dados, a identificação inequívoca deve assegurar igualmente a correta correspondência com o procedimento a realizar, em concordância com a PSP e o respetivo registo clínico (Despacho nº 1400-A/2015, 2015). Na UCA, a colocação da pulseira de identificação é feita pelo enfermeiro no momento do acolhimento, antes de iniciar a preparação para a cirurgia. É confirmada a correspondência dos dados da PSP com a informação constante do processo clínico, colocada a pulseira de identificação e efetuado o respetivo registo. A confirmação verbal da identidade da PSP é feita sistematicamente ao longo do seu percurso na Unidade: na admissão, na sala de acolhimento, na SO, aquando do preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica, na UCPA e no momento da alta. Aquando da alta, a pulseira é removida pelo enfermeiro, antes de abandonar as instalações da unidade. A identificação inequívoca da PSP é um procedimento cumprido com especial rigor pela equipa da UCA e BOC porque o risco de erro é real e pode ser potenciado pelo elevado número de utentes e de profissionais presentes, assim como pela multiplicidade e complexidade de procedimentos realizados diariamente.

No dia da cirurgia e após ter realizado a admissão administrativa, a PSP é acompanhada pelo assistente operacional aos vestiários femininos e masculinos, equipados com cacifos individuais. Nesse local, retira as suas roupas, guarda os seus bens e coloca vestuário hospitalar para entrar na área semi-restrita da unidade, a fim de ser acolhida pelo enfermeiro e preparada para o procedimento cirúrgico. As instalações da unidade permitem que se respeitem a integridade e a privacidade da PSP, no entanto, é função do enfermeiro EEMCPSP garantir o trabalho em equipa e a formação dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente dos assistentes administrativos e operacionais (Regulamento nº 429/2018, 2018). O direito à privacidade, dignidade e integridade são valores fundamentais e, embora universais, não podem depender do bom senso e da educação de cada profissional, mas sim da formação e treino promotores de desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção da equipa interdisciplinar (OE, 2017). Ao longo deste estágio, verificou-se existir de forma transversal a toda a equipa,

particular diligência no respeito e na procura da prestação dos melhores cuidados, em parte fruto do resultado de momentos formativos formais e informais proporcionados pela equipa de enfermagem.

O acolhimento da PSP na unidade, no dia da cirurgia reveste-se de especial importância, sendo um dos seus objetivos a redução dos níveis de ansiedade inerentes à experiência cirúrgica que se encontra prestes a vivenciar (AESOP, 2012). Nesse momento, o enfermeiro que procede ao acolhimento estabelece uma relação empática e terapêutica, permitindo a expressão de dúvidas ou receios e mostrando disponibilidade para responder a todas as questões (Jesus & Abreu, 2014). Proporcionando um ambiente calmo, é validada a informação e os ensinamentos que foram feitos na consulta pré-operatória, de forma a permitir que a PSP possa expressar alguma questão ou necessidade não detetada na consulta de enfermagem (AESOP, 2012). Ao acolher a PSP, o enfermeiro procede também à verificação do conhecimento e do consentimento relativamente às normas de funcionamento da UCA, da equipa cirúrgica e dos procedimentos que vão ser realizados. É igualmente validada a preparação pré-operatória da PSP: o tempo de jejum, a ausência de próteses, a existência do consentimento informado escrito para o procedimento anestésico e cirúrgico seguindo a lista de verificação da unidade e procedendo ao respetivo registo.

Durante o estágio na UCA foi possível realizar o acolhimento da PSP garantindo a sua privacidade num ambiente calmo e acolhedor, e proceder à sua preparação pré-cirúrgica, nomeadamente o cateterismo venoso periférico, o cumprimento das instruções pré-anestésicas e a tricotomia dos locais cirúrgicos quando indicado.

Após o início do processo de enfermagem a partir da colheita de dados e da observação realizada desde o primeiro contacto com a PSP, são planeados os cuidados a prestar durante todo o período perioperatório de forma a prever, organizar, avaliar e dar continuidade aos cuidados de enfermagem (Ferrito, 2014).

Assim, de acordo com a OE (2017), a identificação das necessidades, o planeamento, a execução e a avaliação dos resultados obtidos, são um processo contínuo nas diversas áreas perioperatórias complementares entre si: anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos e consultas pré e pós-operatórias. Neste âmbito, as competências comunicacionais dos enfermeiros EEMCPSP são fundamentais para assegurar a continuidade dos cuidados e a segurança dos procedimentos (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A DGS (2017a) considera que a qualidade na transição dos cuidados de saúde reflete a qualidade da prestação dos cuidados e é um elemento fundamental da segurança da PSP. Assim, a transmissão de informação entre os profissionais de saúde deve ser breve, precisa, completa, clara, atempada e apreendida por quem recebe a informação (DGS, 2017a). De

acordo com o PNSD 2015-2020, as instituições devem implementar procedimentos normalizados que assegurem uma comunicação eficaz (Despacho nº 1400-A/2015, 2015). Com a elaboração do novo PNSD 2021-2026, a comunicação mantém-se como pilar essencial na promoção da segurança dos cuidados de saúde, e são propostas medidas de atualização de procedimentos, desenvolvimento das ferramentas de comunicação e elaboração de programas de formação específica neste âmbito, com o objetivo de melhorar a comunicação e segurança nas transmissões de informação entre profissionais de saúde (Despacho nº 9390/2021, 2021). A técnica ISBAR apresenta-se como ferramenta padronizada de comunicação recomendada pela DGS para as instituições de saúde, pois permite uma fácil memorização pelos profissionais e pode ser utilizada em diferentes contextos da transmissão de informação em saúde (DGS, 2017a). A sigla ISBAR corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações) (DGS, 2017a).

No contexto de UCA e BOC, esta técnica encontra-se em período de consolidação, após ter sido implementada no serviço. Contudo, apesar de ser utilizada todos os dias, requer adaptação e aprendizagem, pois exige competências por parte dos profissionais, e que precisam ser interiorizadas e praticadas. Esta ferramenta permite que a informação seja transmitida de forma sistematizada reunindo todos os dados pertinentes e essenciais à continuidade de cuidados. Neste sentido foi observada a dinamização desta temática por parte dos enfermeiros especialistas na equipa, sendo até assunto de reunião de serviço, na procura de estratégias facilitadoras de sua utilização, através da implementação de um novo documento, guião para informação escrita, para auxiliar a transmissão verbal de informações, sugerido por uma estudante de mestrado.

Concluída a preparação pré-operatória, a transição de cuidados entre profissionais permite aos enfermeiros na SO prestar cuidados de acordo com o plano inicial e adaptá-lo às necessidades da PSP (AESOP, 2012). Na SO preconiza-se a presença de três enfermeiros distribuídos nas diferentes funções: enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista (Regulamento nº 743/2019, 2019). Estas funções são distintas, ainda que os cuidados se complementem e estejam centrados no bem-estar e na manutenção de um ambiente seguro para a PSP e restante equipa multidisciplinar (AESOP, 2012). Através do desenvolvimento de competências, os enfermeiros organizam e gerem o seu trabalho e o tempo, liderando o processo de prevenção e controlo de infeção, garantindo a qualidade dos cuidados prestados e a gestão do risco (Viegas & Névoa, 2014). No período intraoperatório, a equipa de enfermagem responsabiliza-se pela PSP tomando a cargo o conforto, a integridade, a

privacidade e o cumprimento da vontade expressa, até que a mesma tenha capacidade para os assegurar (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Foi possível observar, no contexto de estágio, que os diferentes elementos da equipa de enfermagem colaboram entre si na preparação da sala, materiais e equipamentos necessários ao procedimento anestésico e cirúrgico. Asseguram também a operacionalidade da SO, nomeadamente as condições de higienização da sala e os parâmetros ambientais adequados. Procedem ainda ao acolhimento da PSP na SO confirmando a sua identidade, apresentando os elementos da equipa presentes e estabelecendo uma relação empática e transmitindo segurança e tranquilidade.

Cabe ao enfermeiro de anestesia possuir competências e conhecimentos acerca de técnicas anestésicas, agentes anestésicos e interação farmacológica, equipamentos e técnicas de monitorização (AESOP, 2012). Este assume assim a monitorização dos sinais vitais e de sintomas, analisando os resultados e intervindo com base no conhecimento especializado, evidência científica e experiência profissional (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Durante o período de estágio, foi possível observar e colaborar em diferentes técnicas anestésicas (bloqueio de nervos periféricos, bloqueio do neuroeixo), utilizar equipamentos de monitorização e de ventilação diferentes da realidade profissional habitual o que contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos e competências, permitindo uma capacidade de intervenção e uma perspetiva mais global dos cuidados anestésicos à PSP.

O enfermeiro circulante é o elemento de ligação entre os diferentes intervenientes do processo cirúrgico, sendo considerado o gestor da SO (AESOP, 2012). O enfermeiro circulante colabora com o enfermeiro de anestesia na responsabilização da segurança e bem-estar da PSP, com o enfermeiro instrumentista na manutenção da assepsia e segurança do procedimento cirúrgico, e com a toda a equipa cirúrgica na gestão de riscos inerentes ao BO, na segurança do ambiente e na gestão organizacional da SO (AESOP, 2012).

No contexto de estágio foi desafiador colaborar com o enfermeiro circulante, sendo normalmente distribuído para esta função um enfermeiro experiente, dado que este detém conhecimentos aprofundados de todos os procedimentos, da localização e funcionamento de todos os equipamentos e materiais necessários à realização segura dos planos operatórios, trabalhando em estreita colaboração com os restantes elementos da equipa. Sendo considerado o responsável de sala, assegura todas as condições de segurança ao desenvolvimento dos procedimentos. Assim, cabe a este enfermeiro o preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) que é realizada em todas as cirurgias, de acordo com a recomendação da DGS. A LVSC é um instrumento que visa garantir a segurança e o sucesso da cirurgia, ao minimizar os riscos evitáveis que ameaçam a vida e o bem-estar

da PSP (DGS, 2010). A implementação da LVSC pressupõe a interação de toda a equipa interveniente no processo operatório, mas o que se verifica é o desinteresse de grande parte das equipas médicas na aplicação rigorosa deste instrumento. Embora cientes da obrigatoriedade do seu preenchimento e dos benefícios indiscutíveis para a segurança das práticas, delegam esta tarefa na equipa de enfermagem. Assim, o enfermeiro circulante realiza todos os passos da LVSC mesmo quando não existe um momento dedicado formal para a sua realização, como preconizado pela DGS.

Esta situação foi geradora de reflexão na tentativa de encontrar uma forma de motivar e envolver toda a equipa multidisciplinar neste processo. A formação e o treino em equipa acompanhado por profissionais externos e experientes é uma hipótese a ser considerada, mas que necessita de autorização dos coordenadores do serviço e das equipas e, portanto, difícil de concretizar em contexto de estágio com tempo limitado. No entanto, após reflexão com a enfermeira tutora, concluiu-se que é possível iniciar uma alteração de comportamentos, sensibilizando alguns elementos da equipa médica que se mostram recetivos a esta preocupação, por forma a gerar uma aceitação gradual e abrangente aos restantes intervenientes, persistindo e fundamentando a pertinência das boas práticas baseadas em evidência científica. Desta forma, de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em EMC, constitui responsabilidade do enfermeiro EEMCPSP, promover resultados positivos e influenciar positivamente as equipas, em benefício da PSP (OE, 2017).

Ainda no período intraoperatório, as intervenções do enfermeiro instrumentista requerem competências técnicas e relacionais avançadas (Viegas & Névoa, 2014). De referir que a manutenção da assepsia do campo operatório e dos instrumentos, a organização do material cirúrgico na mesa operatória, a instrumentação cuidadosa e atempada, assim como o conhecimento da técnica cirúrgica, potenciam a qualidade e o sucesso da cirurgia (AESOP, 2012).

O enfermeiro instrumentista responsabiliza-se pela segurança da PSP em colaboração com a restante equipa, evitando pressões exercidas no corpo da PSP, prevenindo possíveis falhas de técnica assética, contribuindo na minimização do traumatismo tecidual e na redução do tempo cirúrgico (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Nas salas operatórias da UCA e BOC a função de enfermeiro instrumentista não é exercida por todos os elementos da equipa de igual modo. Existe uma grande diversidade de técnicas cirúrgicas e de equipamentos que necessitam de atualização constante de conhecimento, exigindo um grande nível de destreza e concentração. Por forma a dar uma resposta eficaz e diferenciada nos procedimentos cirúrgicos, os enfermeiros instrumentistas estão divididos

por áreas de especialidades cirúrgicas, para permitir um investimento formativo direcionado. Foi possível verificar que as cirurgias mais complexas ou realizadas com menor frequência são geradoras de stress pois provocam insegurança em enfermeiros menos experientes. Existindo um leque tão vasto de procedimentos a dominar, esta diferenciação é positiva uma vez que permite que os enfermeiros estejam mais preparados e seguros das suas práticas, por terem mais experiência numa determinada área. Além disso, trabalhando quase sempre com os mesmos profissionais, estabelecem-se relações de confiança e existe maior eficiência na realização dos procedimentos de acordo com os hábitos das equipas cirúrgicas, facilitando o processo cirúrgico. No entanto, esta diferenciação tem como desvantagem a dificuldade na distribuição das equipas em situações de absentismo. Portanto, salvo melhor opinião, considera-se que esta diferenciação apresenta aspetos positivos e aspetos negativos.

A chegada da PSP à UCPA é realizada após o procedimento cirúrgico, com o acompanhamento do enfermeiro de anestesia e do anestesiológista. Este é um espaço diferenciado em que o objetivo é proporcionar à PSP a vigilância de possíveis complicações pós-operatórias, sendo que as mais frequentes e mais graves ocorrem na primeira hora de UCPA (AESOP, 2012).

O período pós-anestésico divide-se em três fases: A fase de recuperação I (recobro imediato), a fase de recuperação II (recobro intermédio) e a fase de recuperação III (recobro tardio e vigilância após a alta) (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia [SPA], 2017).

Na fase de recuperação I, a PSP é acolhida e instalada na unidade, em espaço individualizado composto por monitor de sinais vitais, rampa de oxigénio e de vácuo e dispositivo de aquecimento. É feita uma avaliação da função respiratória, da função cardiovascular, das alterações sensoriomotoras, do estado de consciência, da permeabilidade de acessos vasculares e drenagens, da integridade cutânea e dos pensos, do nível de dor e do bem-estar e conforto da PSP (SPA, 2017; Viegas & Névoa, 2014). O objetivo é antecipar e prevenir possíveis complicações anestésicas e cirúrgicas e atuar com competência e de forma imediata caso ocorram (AESOP, 2012). Em CA, além da estabilidade hemodinâmica, o objetivo é assegurar que a PSP experiencie uma recuperação rápida, sem dores e sem náuseas ou vômitos para que a transição seja harmoniosa e segura para a segunda fase de recobro e depois para o domicílio (IAAS, 2014). Com este intuito foram emitidas as recomendações da APCA para a profilaxia e tratamento de náuseas e vômitos e para o tratamento da dor aguda pós-operatória em CA. Efetivamente, a ocorrência de náuseas e vômitos no pós-operatório interfere significativamente com a qualidade de vida da PSP e que, além de ser fonte de desconforto, pode também provocar complicações como hemorragia pós-operatória, deiscência de sutura ou desequilíbrio hidro-electrolítico (APCA,

2012). Já a presença de dor no pós-operatório tem impacto no retorno às atividades diárias, podendo estar na origem do prolongamento da permanência hospitalar, de internamentos e de readmissões hospitalares (APCA, 2013). O controlo destas sintomatologias adquire particular importância no contexto de ambulatório, pois exige uma preparação adequada para a recuperação domiciliária da PSP como garantia de sucesso e qualidade da CA (APCA, 2013).

Assim, a prestação de cuidados na UCPA durante o estágio possibilitou o desenvolvimento de competências específicas de vigilância, permitindo identificar as necessidades, planear e executar as intervenções adequadas e avaliar depois os resultados obtidos, adotando uma atitude antecipatória das potenciais complicações em estreita colaboração com a equipa de enfermagem e os anestesiólogos de serviço, visando a segurança e conforto da PSP.

Não existem normas rígidas quanto ao tempo de permanência na UCPA, devendo ser avaliado cada caso de forma individual (SPA, 2017). Após a recuperação do estado de consciência, estabilização de sinais vitais e controlo da dor, náuseas e vômitos, pode ser efetuada a transição da PSP para a fase seguinte de recobro que inclui todo o processo de recuperação do estado clínico que permita o seu regresso a casa em segurança (SPA, 2017). Nesta fase, designada recuperação II, inicia-se o levante progressivo, a ingestão de alimentação e deambulação, com apoio e supervisão do enfermeiro, que avalia a tolerância da PSP a estes procedimentos (Lima & Pinto, 2014).

Na UCA, de acordo com o PAI, a alta da PSP depende do cumprimento dos critérios que são confirmados pela equipa médica e de enfermagem: dor controlada, ausência de hemorragia ativa, sinais vitais sem necessidade de intervenção farmacológica, ausência de náuseas ou vômitos e recuperação do grau de atividade (UCA, 2023). Assim, a PSP é acompanhada ao gabinete de alta onde é solicitada a presença do seu acompanhante por forma a validar todas as informações necessárias à segurança da sua recuperação pós-operatória.

A atuação do enfermeiro procura empoderar e capacitar a PSP e família/pessoa significativa, fomentando a sua autonomia e comportamentos adequados à sua situação (OE, 2017). São fundamentais os ensinamentos e a formação, uma vez que estes são parceiros principais na prestação dos cuidados pós-operatórios (APCA, 2013). A continuidade dos cuidados no domicílio é uma característica da CA e o envolvimento da família/pessoa significativa/cuidador, assume um papel preponderante no sucesso da sua recuperação e na sua segurança (Ferraz, 2020).

No momento da alta é importante avaliar a informação que a PSP e família já detêm, as dúvidas presentes e validar a compreensão dos ensinamentos e das informações que são transmitidas (Ferraz, 2020). Para assegurar a continuidade dos cuidados, o enfermeiro

confirma a presença de toda a documentação necessária, nomeadamente cartas de alta, marcação de consulta, instruções escritas dos cuidados pós-operatórios, justificações de presença/baixa médica e contacto telefónico da unidade (Lima & Pinto, 2014).

De acordo com o estudo desenvolvido por Ferraz (2020), a informação considerada importante para a PSP, é aquela que responde a questões relacionadas com a sua dinâmica individual, associadas ao retomar das atividades de vida diária, possíveis complicações, cuidados à ferida e realização de penso e informações sobre o regime terapêutico.

Na UCA, o momento da alta é considerado fundamental por toda a equipa e é realizado em espaço próprio, privilegiando a relação de confiança construída entre a PSP e a equipa de enfermagem ao longo de todo o processo, abrindo espaço para o esclarecimento de dúvidas e questões. Respeitando a privacidade e individualidade da PSP e acompanhante, no gabinete de alta são reforçados os ensinamentos sobre a importância do repouso/mobilidade, a alimentação adequada, os cuidados especiais, os cuidados à ferida cirúrgica, os exercícios adequados, as limitações impostas pela cirurgia e anestesia e o retorno às atividades habituais. São fornecidas todas as informações verbais e escritas relativas aos cuidados pós-operatórios comprovando-se a compreensão da mesma, as instruções sobre a prescrição medicamentosa, os contactos telefónicos de apoio e a documentação necessária como marcação da próxima consulta e/ou tratamento, baixa médica e cartas de alta médica e de enfermagem. De salientar que existem na UCA folhetos informativos sobre cada procedimento cirúrgico e respetivos cuidados pós-operatórios, sinais de alarme e cuidados especiais. Estes folhetos foram elaborados em equipa, pelos profissionais do serviço: enfermeiros, cirurgiões e anestesiolistas sendo entregues no momento da alta, revestindo-se de especial importância por se poderem adaptar à situação de cada pessoa. É igualmente entregue nesse momento o inquérito de satisfação, solicitando o seu preenchimento de forma voluntária, por forma a avaliar a satisfação dos utentes face às informações fornecidas pelos profissionais da UCA, antes da cirurgia e após a cirurgia quanto aos procedimentos e cuidados a adotar. Os resultados destes inquéritos são apresentados anualmente à equipa, sendo um importante indicador de qualidade dos cuidados prestados e permitindo simultaneamente a sensibilização dos profissionais no intuito da melhoria contínua das boas práticas.

O CNDCA em 2008 considerou que o fornecimento de medicação à PSP nos primeiros dias de recuperação seria uma forma de evitar despesas adicionais e de adequar a dosagem fornecida às necessidades no pós-operatório. Neste sentido, o Decreto-Lei nº 13/2009 de 12 de janeiro (2009) determina que os fármacos a serem dispensados sem encargos para a PSP e para os primeiros cinco dias de tratamento após o procedimento cirúrgico são: analgésicos

(com exceção dos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos), anti-inflamatórios não esteroides e antieméticos. Neste sentido e de acordo com a legislação, na UCA, a PSP e o seu acompanhante, aquando da alta, recebem medicação analgésica de acordo com o tratamento e situação pós-operatória, conforme prescrição médica. O acompanhante torna-se assim responsável pelo acompanhamento e supervisão da PSP e assina a responsabilização pela medicação do domicílio e pela sua saída da instituição de saúde. Uma das vantagens da CA é que permite a recuperação pós-operatória da PSP no domicílio, com o objetivo desta recuperar a sua autonomia o mais precocemente possível em ambiente familiar, diminuindo a exposição aos riscos inerentes a internamentos hospitalares prolongados (Despacho nº 25832/2007, 2007). É, portanto, fundamental capacitar a PSP e família/accompanhante na promoção da sua autonomia e deteção precoce de eventos adversos, mantendo o contacto/apoio/acesso aos profissionais e instituições de saúde (IAAS, 2014).

Nas primeiras 24 horas após a alta hospitalar, a PSP é contactada por telefone para responder a um questionário de avaliação do seu estado. O enfermeiro distribuído na sala de acolhimento, no dia seguinte, realiza o telefonema e avalia a recuperação pós-operatória com vista a assegurar a continuidade dos cuidados e a avaliação dos mesmos. O contacto é realizado com o objetivo de avaliar a evolução da situação, despistar eventuais complicações, reforçar ensinamentos e esclarecer dúvidas.

É neste sentido essencial que o enfermeiro possua conhecimentos sobre cuidados pós-operatórios e complicações frequentes de acordo com cada procedimento cirúrgico e que utilize estratégias facilitadoras de comunicação estabelecendo uma relação empática e terapêutica com a PSP (UCA, 2023).

O enfermeiro EEMCPSP detentor de conhecimentos baseados em evidência científica, com experiência e habilidades específicas na área do perioperatório promove a tomada de decisão no seu exercício profissional, proporcionando à PSP cuidados seguros, direcionados para a sua capacitação e otimização do processo adaptativo na gestão da sua experiência perioperatória (OE, 2017).

O desenvolvimento de competências específicas e especializadas nos cuidados prestados à PSP e família/cuidador/accompanhante no âmbito do estágio na UCA permitiram vivenciar experiências desafiantes e promotoras de crescimento pessoal e profissional, ao integrar a equipa pluridisciplinar e como interveniente ativo e preponderante na segurança e sucesso do processo perioperatório.

A complexidade do ambiente perioperatório exige dos enfermeiros, especificamente nesta área de especialidade, capacidades de trabalho em equipa, de comunicação, de liderança, de

pensamento crítico, de tolerância ao stress, de iniciativa e de adaptação (Viegas & Névoa, 2014).

De acordo com o nº 3 do Artigo 8º do REPE, “os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional com os demais profissionais de saúde, mas dotado de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional” (Decreto-Lei nº 161/96, 1996, p.2961).

Este contexto de estágio permitiu refletir sobre a importância da articulação entre os diversos elementos da equipa no processo cirúrgico e sobre as responsabilidades individuais e coletivas no sucesso da experiência cirúrgica da PSP. Foi possível exercer funções no seio da equipa pluridisciplinar privilegiando a comunicação assertiva, e, simultaneamente, desenvolver competências na gestão de situações de stress e de conflito, promovendo um ambiente sereno e seguro.

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

A complexidade do ambiente perioperatório, com recurso a alta tecnologia e elevada diferenciação de dispositivos médicos, potencia situações de elevado risco (Matos et al., 2021). O enfermeiro com competências especializadas em enfermagem perioperatória, empoderado com conhecimentos técnicos, científicos e humanos procura garantir a segurança da PSP, dos procedimentos e dos intervenientes no BO, fundamentando a sua tomada de decisão e agindo de acordo com a ética profissional (OE, 2017).

É importante identificar antecipadamente os riscos e potenciais complicações inerentes a todo o processo perioperatório, de forma a direcionar as intervenções de enfermagem para a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Sousa & Marques, 2014).

O elevado risco associado aos cuidados perioperatórios é multifatorial, decorrente da complexidade dos procedimentos, dos antecedentes e patologias da PSP, do contexto, do ambiente e dos recursos disponíveis, pelo que estes devem ser geridos de forma a controlar e diminuir o risco para a PSP e para os profissionais (Barroso et al., 2021).

Durante o período de estágio, foi possível utilizar e desenvolver estratégias de prevenção dos vários riscos inerentes ao período intraoperatório, permitindo o planeamento adequado das intervenções de enfermagem centradas na PSP e sua segurança.

Assim, o recurso a estratégias de comunicação eficaz e a medidas de segurança como a dupla confirmação, a identificação e armazenamento corretos de medicação, essenciais para evitar

danos decorrentes da preparação e administração terapêutica, foram parte integrante das intervenções diárias no BO, gerindo eficazmente os protocolos terapêuticos complexos no âmbito dos procedimentos anestésicos e cirúrgicos. De realçar que a UCA cumpre as normas da DGS para o armazenamento, rotulagem e identificação de medicamentos, nomeadamente a Norma 008/2023 de 19 de dezembro de 2023 (DGS, 2023), para a implementação de práticas seguras no que se refere aos medicamentos de alta vigilância nos quais se incluem os medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, designados por medicamentos LASA (do inglês “look-alike, sound-alike”) e medicamentos de alerta máximo. Os procedimentos específicos sobre o uso seguro de medicamentos são atualizados sempre que necessário e divulgados à equipa em contexto de formação.

Segundo a OE, os enfermeiros EEMCPSP têm a responsabilidade de promover a partilha de informações e orientações atualizadas baseadas em evidência científica, assim como a elaboração e atualização de procedimentos e recomendações que contribuem para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, sendo essa assumida pelos enfermeiros especialistas e reconhecida pela restante equipa (OE, 2017).

O risco de lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico é uma preocupação partilhada pela equipa cirúrgica. A finalidade de um posicionamento cirúrgico correto consiste em obter uma exposição do campo cirúrgico e um acesso ideal para a equipa cirúrgica, sem comprometimento da via aérea, dos acessos venosos e equipamentos de monitorização, mantendo o conforto e a segurança da PSP, de modo a evitar resultados adversos ou lesões causadas pela sua posição na mesa operatória (EORNA, 2023).

As lesões relacionadas com os posicionamentos intraoperatórios resultam de vários fatores, relacionados com a PSP (idade, comorbilidades, estado nutricional, peso, integridade da pele, entre outros) ou com o próprio procedimento/posicionamento, a sua duração, pressões externas, humidade, falta de equipamentos de posicionamento e proteção (Salazar-Maya, 2022). É, portanto, fundamental avaliar o risco de lesão de acordo com as necessidades específicas individuais, de modo a providenciar os equipamentos de proteção adequados, assim como o número de profissionais suficientes para realizar o posicionamento de forma segura (EORNA, 2023).

Um estudo conduzido por Oliveira (2023), considerou a escala de ELPO (Escala de Avaliação do Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico) como um instrumento efetivo de avaliação do risco para a ocorrência de lesão por pressão decorrente do posicionamento cirúrgico, sendo uma ferramenta importante de apoio à tomada de decisão do enfermeiro EEMCPSP neste âmbito. A referida escala relaciona a

classificação obtida na sua utilização com a ocorrência de lesão por pressão, sendo que as pessoas classificadas de maior risco apresentam uma maior probabilidade de desenvolverem lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico, possibilitando o planeamento e implementação de cuidados adequados e seguros à PSP (Oliveira, 2023).

Em contexto de estágio, o posicionamento cirúrgico foi sempre planeado cuidadosamente. O plano operatório diário pode ser consultado pelos enfermeiros, na véspera e para cada sala, com informações relevantes que permitem o planeamento das intervenções de enfermagem. Mantendo o anonimato da PSP, o plano contém o nome do cirurgião principal, o diagnóstico, a intervenção cirúrgica planeada, o posicionamento pretendido e os equipamentos específicos solicitados pela equipa médica. Assim, de acordo com o programa cirúrgico, foi possível planear a utilização dos equipamentos necessários para um adequado posicionamento e proteção das zonas de proeminência óssea, com maior risco de lesão. Como a maioria dos posicionamentos é realizada após a indução anestésica, releva-se ainda mais a importância desse procedimento, pois a pessoa mantém a imobilidade e não pode manifestar dor ou desconforto pela posição em que foi colocada. Assim, o posicionamento é realizado em cooperação com os diversos elementos da equipa, em que cada um se posiciona para que este seja realizado de forma firme e segura. O anestesiológista geralmente coordena o procedimento e mantém a proteção da cabeça e da via aérea, dos acessos venosos e funcionalidade dos equipamentos de monitorização, juntamente com o enfermeiro de anestesia. Os restantes elementos distribuem-se ao redor da PSP e iniciam o movimento de acordo com indicação do anestesiológista garantindo que o alinhamento do corpo seja mantido durante todo o processo e que a cabeça, as extremidades e as articulações sejam apoiadas. O acolchoamento correto e apropriado é usado para distribuir a pressão uniformemente sobre a área de superfície maior e proteger todas as proeminências ósseas e áreas nervosas superficiais contra lesões. Constata-se que é necessária uma adequada gestão de recursos devido à sua limitação, e que existem alguns dispositivos específicos em espuma e gel que são utilizados principalmente nas cirurgias mais prolongadas e nos posicionamentos ventrais, recorrendo-se ao uso de lençóis e almofadas comuns sempre que necessário. Não é utilizada nenhuma escala de avaliação do risco de lesão, reconhecendo-se que a Escala de Braden, em uso na instituição, não se adequa à realidade intraoperatória, como referido pelo estudo de Oliveira (2023), pois não considera algumas variáveis significativas no processo de lesão neste período, como o tipo de posição cirúrgica, o tempo de cirurgia, o tipo de anestesia, as superfícies de suporte e a posição dos membros. Reconhece-se, no entanto, que a implementação da Escala de ELPO seria importante para o planeamento dos cuidados na SO e para justificar a necessidade da

alocação dos recursos necessários de acordo com o risco de lesão. No processo clínico da PSP, são registados pela equipa de enfermagem, os posicionamentos durante o ato cirúrgico, os equipamentos de proteção e posicionamento utilizados e as alterações observadas sobre a integridade da pele, por forma a permitir a continuidade dos cuidados.

Na SO são diversos os equipamentos e tecnologias utilizados no período intraoperatório que podem representar um risco para a segurança quer da PSP quer dos profissionais, tornando-se fundamental a adequada gestão do ambiente cirúrgico no que se refere à seleção de dispositivos médicos ajustados às necessidades. Todos estes equipamentos, que cumprem um esquema de manutenção supervisionado pela equipa de enfermagem, nomeadamente pelos enfermeiros especialistas, são testados no início de cada dia para garantir o seu funcionamento no momento oportuno. Durante o estágio, foi possível realizar de forma sistemática a avaliação das condições físicas e ambientais da SO antes da sua utilização, utilizar e explorar vários equipamentos que habitualmente não são usados em contexto profissional, tais como o garrote pneumático, torre de videolaparoscopia, de radiofrequência, de eletrocirurgia, insuflador de CO₂ e o recurso ao intensificador de imagem. O conhecimento sobre o seu funcionamento e riscos inerentes, assim como o correto manuseamento é essencial para garantir a segurança dos procedimentos e dos intervenientes. Cabe aos enfermeiros a identificação, avaliação e controlo dos riscos inerentes aos cuidados de saúde pela sua proximidade e responsabilidade na gestão direta das unidades de saúde (Barroso et al., 2021). A gestão do risco e do ambiente é fundamental no contexto perioperatório para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados e é claramente assumida pelos enfermeiros especialistas nesta área de especialidade, com objetivo de evitar eventos adversos e promover uma cultura de segurança nas equipas (OE, 2017).

A prevenção e controlo das IACS representa um desafio prioritário para as instituições e profissionais pelo impacto provocado por estas infeções nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade (DGS, 2017).

No contexto das IACS, as infeções associadas aos cuidados perioperatórios mais relevantes são as ILC, sendo considerado um dos incidentes mais frequentes associados à atividade cirúrgica (Viegas, 2019).

Em Portugal, embora sendo uma das infeções mais prevalentes, verificou-se uma diminuição da taxa global de incidência de ILC, entre 2015 e 2020 (DGS, 2022a). Embora o contexto pandémico tenha levado a um decréscimo do número de organizações participantes na vigilância epidemiológica, considera-se que as medidas implementadas no âmbito das

políticas de saúde, nomeadamente através da publicação de normas, contribuíram para a promoção de boas práticas na prevenção de ILC nos cuidados perioperatórios (DGS, 2022a). Efetivamente, as orientações emitidas no PNSD em 2015 e mais tarde em 2021, mantêm como objetivos estratégicos a prevenção e o controlo das IACS, preconizando a adesão das instituições e profissionais às normas e programas de estratégias multimodais de prevenção e controlo de infeções (Despacho nº 1400-A/2015, 2015; Despacho nº 9390/2021, 2021).

De acordo com o “Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico”, publicado pela DGS em 2015 e atualizado em 2022, o sucesso da prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas básicas, incluindo a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica asséptica, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios (DGS, 2022). A intervenção do enfermeiro EEMCPSP no seio da equipa multidisciplinar é, portanto, fundamental ao assumir um papel de liderança nos processos de prevenção e controlo de infeção, pois procura assegurar o cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) e de todas as intervenções que visam a prevenção da ILC (Regulamento nº 429/2018, 2018). Assim, considerando a lavagem das mãos um princípio fundamental da prática dos cuidados no que se refere à prevenção e controlo da infeção, foi sempre encorajado e estimulado junto das equipas os cinco momentos para a higienização das mãos. A implementação, no serviço, do projeto de melhoria contínua da qualidade sobre a segurança no cuidar - Feixes de intervenções para a prevenção de ILC, demonstra a preocupação por parte da equipa de enfermagem em evitar as complicações resultantes das ILC e aumentar a cultura de segurança no contexto perioperatório.

Assim, de acordo com a norma da DGS (2022) já referida, no período pré-operatório, informa-se a PSP da necessidade de realizar o banho pré-cirúrgico com uma solução de clorexidina a 2% na véspera da cirurgia e no próprio dia da cirurgia com uma antecedência mínima de duas horas. Esta solução é facultada durante a consulta pré-operatória e confirmado o cumprimento do banho aquando do telefonema no dia anterior à cirurgia. Existem situações em que a PSP não obtém a solução de clorexidina, por exemplo pelo facto de a consulta não ser presencial e não ser possível a sua aquisição ou dirigir-se à UCA; nestes casos, é dada indicação para a realização do banho com os seus produtos habituais. No entanto, embora rara, esta situação necessita ser corrigida e já foi reportada à enfermeira gestora que juntamente com o coordenador da unidade avaliam possíveis soluções, como a articulação com os cuidados de saúde primários no fornecimento da clorexidina. Como referido na norma, se alguma das intervenções não for cumprida, o sucesso do feixe de intervenções poderá estar comprometido (DGS, 2022).

Sempre que indicados, os princípios da profilaxia antibiótica cirúrgica são cumpridos: é administrado o antibiótico prescrito pela equipa cirúrgica, no acolhimento durante a preparação pré-operatória da PSP, ou na SO, pelo enfermeiro de anestesia, nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica.

A tricotomia do local cirúrgico só é realizada quando estritamente necessário, com máquina de corte, e imediatamente antes do procedimento cirúrgico, pelo enfermeiro do acolhimento aquando da preparação pré-operatória.

Na SO, após a indução anestésica e o posicionamento em segurança da PSP, é realizada a antissépsia da pele imediatamente antes da incisão, utilizando solução de clorexidina a 2% em álcool a 70%, exceto em oftalmologia e em algumas cirurgias do foro ginecológico, urológico e de otorrinolaringologia. Nestas situações específicas são utilizados outros agentes anti-infecciosos, nomeadamente a solução de iodopovidona a 10%.

A utilização de solução de clorexidina de base alcoólica na preparação antisséptica da pele é uma recomendação sustentada por estudos epidemiológicos, clínicos e/ou experimentais e divulgada por entidades nacionais e internacionais (DGS, 2022; EORNA, 2023; WHO, 2018).

Assim, considerou-se importante pesquisar a mais recente evidência científica que sustente as práticas realizadas, nomeadamente em oftalmologia, por ser área de interesse e objeto de estudo no âmbito da componente de investigação. Procedeu-se a uma *scoping review* com o objetivo de mapear a evidência sobre a desinfeção do local cirúrgico em doentes submetidos a cirurgia oftalmológica com a seguinte questão de investigação: “Qual o agente anti-infeccioso a ser utilizado na preparação do local cirúrgico em oftalmologia?”. Em todos os estudos encontrados é perentório o uso da iodopovidona a 10 % como anti-infeccioso eficaz e seguro para desinfeção do local cirúrgico em oftalmologia, não existindo evidências que suportem a sua substituição por outro agente anti-infeccioso. Apesar de existirem algumas alternativas promissoras, estas não apresentam ainda estudos conclusivos para Oftalmologia. Os resultados desta pesquisa, também apresentados em evento científico como já referido, foram apresentados à equipa, em contexto de formação (Apêndice 1), tendo proporcionado um espaço de partilha de conhecimentos e esclarecimento de questões muito pertinentes para a prática de cuidados.

No que respeita ao controlo de infeção, importa ainda referir alguns aspetos específicos e intrínsecos ao papel do enfermeiro EEMCPSP e que foram desenvolvidos em contexto de estágio. Perante a PSP com infeção documentada, foi gerida a implementação de medidas de contenção, prevenção de transmissão e descontaminação, recorrendo quando necessário ao Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (SPCIRA) para clarificar e esclarecer situações, garantindo a execução das medidas

preconizadas como essenciais à promoção e viabilização de boas práticas na área do controlo de infeção e da gestão do risco.

A manutenção da homeostasia intraoperatória da PSP é fundamental para a prevenção de ILC com especial destaque para normotermia, controlo glicémico, oxigenação e normovolémia (DGS, 2022).

Na UCA, a manutenção da normotermia (temperatura igual ou superior a 36°C) é assegurada com o uso de manta térmica e dispositivo de aquecimento ao longo de todo percurso da PSP, desde a sua chegada ao acolhimento, aquando da preparação pré-operatória, até ao momento da alta, respeitando as recomendações da Norma 020/2015 da DGS (2022), que preconiza que a prevenção da hipotermia se deve iniciar cerca de 2 horas antes do procedimento anestésico. Na SO, sempre que necessário, o enfermeiro de anestesia recorre ao aquecedor de fluidos procurando a manutenção da normotermia mas também a normovolémia através de monitorização hemodinâmica, procurando assegurar sempre o mínimo de exposição cutânea para evitar perdas de calor corporal.

A manutenção da normoglicemia capilar é assegurada desde a chegada da PSP. Na sala de acolhimento é avaliada a glicémia capilar pelo enfermeiro, na SO pelo enfermeiro de anestesia e, pelo enfermeiro da UCPA no pós-operatório, de forma a instituir medidas, se necessário para manter o controlo glicémico.

No período intraoperatório e no pós-operatório imediato procura-se manter a saturação periférica de oxigénio em valores iguais ou superiores a 95%, ou o mais elevado possível nos casos de insuficiência respiratória de base, sendo assumido pelo enfermeiro da UCPA a instituição de oxigenoterapia ideal (DGS, 2022).

Na área da gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório, o armazenamento e a integridade da esterilização dos materiais exigem uma constante monitorização, permitindo assim, agir em conformidade com medidas corretivas aquando da quebra na técnica asséptica, protegendo a saúde da PSP e dos próprios profissionais (WHO, 2018). As orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) contemplam a verificação da esterilização dos materiais e instrumentos, sendo requerida a avaliação da conformidade dos indicadores de esterilização antes da incisão da pele (DGS, 2010). De acordo com a WHO (2018), é responsabilidade dos enfermeiros perioperatórios, nomeadamente do enfermeiro circulante e do enfermeiro instrumentista, a validação dos indicadores químicos de esterilização dos dispositivos médicos utilizados na cirurgia e a sua inclusão nos registos clínicos da PSP. Segundo a OE (2017), o enfermeiro nesta área de especialidade, deve promover e implementar os procedimentos para a prevenção e controlo de ILC e promover

a organização e verificação da disponibilidade, integridade, funcionalidade e finalidade dos dispositivos médicos e a garantia de rastreabilidade.

De igual modo, é fundamental garantir o cumprimento de todas as recomendações do fabricante quanto à utilização e eliminação de dispositivos médicos e colaborar no reprocessamento e esterilização de dispositivos médicos de uso múltiplo (WHO, 2018). Desta forma, o enfermeiro assegura que os dispositivos médicos solicitados estão disponíveis e íntegros e são utilizados de acordo com as instruções do fabricante. Os cuidados essenciais neste sentido correspondem, por exemplo, à utilização dos dispositivos médicos implantáveis (como próteses, material de osteossíntese, lentes intraoculares) confirmando que se trata do dispositivo solicitado adequado antes da abertura e assegurando o seu registo para rastreabilidade. É assim efetuada uma correta gestão e controlo dos dispositivos médicos, evitando o desperdício. Neste sentido, foi assegurada a confirmação da validade e segurança das embalagens estéreis dos dispositivos médicos e a colaboração no acondicionamento e encaminhamento para o processamento e esterilização de todo o material cirúrgico utilizado.

No entanto, a garantia da rastreabilidade não se encontra totalmente assegurada, uma vez que apesar de ser avaliada a conformidade dos indicadores de esterilização antes da incisão da pele, não existe um instrumento de registo dessa avaliação, com o arquivamento dos indicadores químicos de esterilização no processo clínico da PSP, mas sim apenas os registos referentes aos dispositivos médicos implantados.

Esta preocupação, partilhada pela enfermeira tutora e por alguns elementos da equipa, motivou a sensibilização do tema em reunião de serviço, onde se estabeleceu que se faria o pedido à unidade de reprocessamento, no sentido de utilizar indicadores de esterilização com informação mais completa: nome do artigo, número do lote, identificação do esterilizador, profissional responsável pelo processo e data de embalamento, de acordo com as orientações da DGS (2010). Estas informações são essenciais para identificar o instrumental cirúrgico utilizado e permitir uma posterior rastreabilidade em caso de suspeita de falha no circuito de processamento e de esterilização (DGS, 2010). Cabe, portanto, ao enfermeiro EEMCPSP assegurar a articulação dos diferentes intervenientes nos processos de esterilização, procurar e identificar as falhas existentes, de modo a apresentar soluções com vista à máxima segurança dos procedimentos e consequentemente da PSP.

Os cuidados relativos à retenção inadvertida de itens cirúrgicos permitem evitar complicações graves na PSP, tais como infeção, abscesso, obstrução, dor, ou seja, sofrimento desnecessário (EORNA, 2023; DGS, 2010). Neste sentido, deve ser realizada a contagem de todos os itens cirúrgicos utilizados: compressas, instrumentos, cortoperfurantes e outros, em

cooperação com a equipa cirúrgica de forma segura e adequada, com comunicação clara e objetiva (EORNA, 2023; DGS, 2010). Na UCA, a contagem de itens cirúrgicos é realizada no início de cada procedimento cirúrgico pelo enfermeiro instrumentista em conjunto com o enfermeiro circulante no momento da colocação da mesa cirúrgica, e sempre que um novo item é adicionado durante a intervenção. Apenas são utilizadas compressas radiopacas para permitir a sua deteção radiológica e cada item colocado na mesa operatória é contabilizado e registado no processo clínico. Antes do final de cada cirurgia e do encerramento do local cirúrgico, procede-se à contagem completa de todos os itens utilizados e confirma-se o resultado das contagens com os registos realizados. O risco de erro humano é real, pelo que estes procedimentos são entendidos pela equipa multidisciplinar como de extrema importância, existindo uma colaboração da equipa cirúrgica na pesquisa exaustiva do local cirúrgico e dupla confirmação do enfermeiro instrumentista e circulante na contagem dos itens utilizados.

A gestão de tecidos e fluidos para análise, eliminação, colheita e transporte é assegurada pela equipa de enfermagem, nomeadamente pelos enfermeiros EEMCPSP (Regulamento nº 429/2018, 2018). A manipulação cuidadosa de todas as amostras recolhidas nos procedimentos cirúrgicos é essencial para uma prática segura (EORNA, 2023). As amostras são identificadas, armazenadas em local apropriado e registadas para posterior transporte para o laboratório. Diariamente, é designado um enfermeiro especialista para proceder à verificação e registo das amostras e garantir o envio atempado e o transporte seguro realizado por um assistente operacional.

Foi dada especial atenção ao cumprimento da manutenção da qualidade e higienização ambiental, na supervisão da separação de lixos e higienização das SO. A limpeza e desinfeção do BO são realizadas por assistentes operacionais que devem ter conhecimentos e qualificações nesse âmbito, para garantir a sua correta execução, pois o objetivo é obter um ambiente isento do maior número de microrganismos (Duarte & Martins, 2014). De acordo com estes autores, neste domínio, são fundamentais a formação e o empenho dedicados a estes procedimentos, pois um ambiente contaminado representa um risco para toda a equipa de profissionais e para a PSP. O enfermeiro EEMCPSP assume a formação e o treino da equipa interdisciplinar, utilizando estratégias facilitadoras de comunicação, com o objetivo de promover uma cultura de segurança e de consciência cirúrgica coletiva (OE, 2017; Regulamento nº 429/2018, 2018).

Em suma, a complexidade do ambiente perioperatório, com recurso a alta tecnologia e elevada diferenciação de dispositivos médicos, potencia situações de elevado risco. É assim esperado que o enfermeiro com competências especializadas em enfermagem

perioperatória, empoderado com conhecimentos técnicos, científicos e humanos garante a segurança da PSP, dos procedimentos e dos intervenientes no BO, fundamentando a sua tomada de decisão e agindo de acordo com a ética profissional e com consciência cirúrgica.

4. Considerações finais

Ao longo do percurso profissional foi possível desenvolver e aperfeiçoar capacidades de trabalho em equipa, de adequação de comportamentos e atitudes a situações existentes em diferentes contextos. No entanto, o estágio, ao ser realizado num ambiente de BOC e UCA diferente do contexto profissional, exigiu o desenvolvimento de outras competências, nomeadamente capacidade de adaptação a um novo contexto de trabalho, a diferentes profissionais, diferentes técnicas e procedimentos. Houve possibilidade de desenvolver e adquirir conhecimentos na área da CA, das suas características e especificidades e no âmbito de diversas especialidades cirúrgicas.

A aquisição de competências especializadas no cuidado à PSP e na garantia da segurança do ambiente cirúrgico complexo, congruente com a consciência cirúrgica permitiu mobilizar conhecimentos e habilidades para cuidar da pessoa e família, em contexto de CA, promovendo não apenas a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, mas também a capacitação para o autocuidado e reintegração familiar e social.

Esta diversidade de situações permitiu um vasto leque de oportunidades de aprendizagens, exigindo por isso pesquisa bibliográfica e fundamentação teórica metódica de forma a apresentar capacidade de resposta na prestação de cuidados especializados à PSP neste contexto.

Os conhecimentos teóricos e práticos com bases científicas permitem fundamentar a tomada de decisão, sendo assim crucial a formação dos profissionais, quer a nível teórico quer a nível prático. A teoria é a chave para uma boa prática e esta é essencial para o desenvolvimento de novos conhecimentos. Contudo, só conjugando estes aspetos com a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e do percurso ao longo do estágio, é que se desenvolve o pensamento crítico, promovendo desta forma o crescimento pessoal e profissional na procura de um padrão de excelência no cuidar.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: As infeções do local cirúrgico estão entre as infeções associadas aos cuidados de saúde mais comuns, provocando custos adicionais e grande impacto na pessoa submetida a cirurgia. Em oftalmologia, a perda de visão da maioria dos utentes após uma infeção causada por uma cirurgia oftalmológica, justifica a implementação de medidas de prevenção de infeção e diagnóstico precoce para evitar tais complicações. Os cuidados de enfermagem no período perioperatório, direcionados à prevenção de infeções do local cirúrgico, de uma forma geral, encontram-se bem documentados, mas não foram encontrados estudos sobre os cuidados de enfermagem na situação particular da prevenção da infeção do local cirúrgico em oftalmologia.

Objetivo: identificar as intervenções de enfermagem que contribuem para a prevenção de infeção do local cirúrgico na pessoa submetida a cirurgia oftalmológica.

Metodologia: Foi desenvolvido um estudo qualitativo, numa perspetiva de investigação interpretativa partindo da questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a prevenção de infeção do local cirúrgico na pessoa submetida a cirurgia oftalmológica?” A colheita de dados foi realizada através da técnica de *focus group*, que permitiu promover um espaço de debate de um grupo de treze enfermeiros com experiência mínima de cinco anos em cirurgia oftalmológica, em blocos operatórios de hospitais nacionais sobre o seu contributo na prevenção das infeções do local cirúrgico em oftalmologia.

Resultados: Através da análise dos resultados emergiram como categorias: “autocuidado”, “gerir ambiente”, “atitudes terapêuticas”, “gestão do regime terapêutico” e “fatores organizacionais”, que correspondem à perspetiva dos enfermeiros sobre o tema em estudo. Em resposta à questão de investigação, as intervenções identificadas pelos enfermeiros, destacam questões referentes à higiene das mãos e da face da pessoa em situação perioperatória, à manutenção de assepsia cirúrgica, à desinfeção do local cirúrgico e à profilaxia antibiótica, à gestão de cuidados e à adesão ao regime terapêutico, bem como questões organizacionais que influenciam o desempenho das equipas. Os enfermeiros reconhecem a escassez de formação específica disponível nesta área e a necessidade da implementação de intervenções baseadas em diretrizes padronizadas sustentadas em evidência científica.

Conclusão: Os enfermeiros consideram que, para além dos princípios básicos de prevenção e controlo de infeção, existem intervenções de enfermagem que podem ser implementadas com objetivo de prevenir a infeção do local cirúrgico na pessoa submetida a cirurgia

oftalmológica. No entanto, a falta de orientações claras e objetivas baseadas em evidências científicas compromete a uniformização das práticas no contexto específico da cirurgia oftalmológica.

Palavras-chave: procedimentos cirúrgicos oftalmológicos; infeção da ferida cirúrgica; enfermagem perioperatória.

2. Abstract

Background: Surgical site infections are amongst the most common healthcare-associated infections, leading to additional costs and significant impact on patients undergoing surgery. In ophthalmology, the loss of vision experienced by most patients following an infection caused by ophthalmic surgery justifies the need to implement infection prevention measures and early diagnosis to avoid such complications. While perioperative nursing care aimed at preventing surgical site infections is generally well-documented, no studies have been found specifically addressing nursing care for preventing surgical site infections in ophthalmology.

Objective: Identify nursing interventions that contribute to the prevention of surgical site infection in patients undergoing ophthalmic surgery.

Methodology: A qualitative study was conducted from an interpretative research perspective, based on the research question: “What nursing interventions contribute to the prevention of surgical site infection in patients undergoing ophthalmic surgery?”. Data collection was carried out using the focus group technique, which allowed a discussion among thirteen nurses with a minimum of five years of experience in ophthalmic surgery at national hospitals’ operating rooms, about their contributions to the prevention of surgical site infections in ophthalmology.

Results: The analysis of the results disclosed the categories: “self-care”, “environmental management”, “therapeutic attitudes”, “management of therapeutic regimen”, and “organizational factors”, which correspond to the nurses’ perspective on the topic under study. In response to the research question, the interventions identified by the nurses’ highlighted issues related to hand and face hygiene of the patient, maintenance of surgical asepsis, disinfection of the surgical site and antibiotic prophylaxis, care management and adherence to the therapeutic regimen, as well as organizational issues influencing team performance. The nurses acknowledged the scarcity of specific training available in this area and the need for the implementation of interventions based on standardized guidelines supported by scientific evidence.

Conclusion: Nurses consider that, in addition to the basic principles of infection prevention and control, there are nursing interventions that can be implemented to prevent surgical site infections in patients undergoing ophthalmic surgery. However, the lack of clear and objective evidence-based guidelines compromises the standardization of practices in the specific context of ophthalmic surgery.

Keywords: Ophthalmologic surgical procedures; surgical wound infection; perioperative nursing.

3. Fundamentação/enquadramento teórico

As ILC estão entre as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) mais comuns, nomeadamente em Portugal, provocando internamentos hospitalares prolongados, procedimentos cirúrgicos adicionais e grande impacto na pessoa submetida a cirurgia (*European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2019*).

Atualmente, cerca de 0,5% a 3% dos doentes submetidos a um procedimento cirúrgico apresentam infeção no local da incisão cirúrgica ou adjacente a ele (Seidelman et al., 2023). Segundo a DGS (2022), a ILC é definida como uma infeção que ocorre até 30 dias após a cirurgia ou até 90 dias após a cirurgia em doentes que recebem material implantável e afeta a zona superficial da incisão ou os tecidos mais profundos no local da cirurgia.

Em oftalmologia, as infeções pós-cirúrgicas podem ser incisionais ou da câmara anterior e/ou posterior do olho, ou ainda anexas ao globo ocular, podendo ser classificadas como endógenas ou exógenas. A endoftalmite pós-operatória (normalmente de causa exógena) constitui uma das complicações mais graves e de pior resultado visual, podendo resultar em perda de visão funcional ou em abordagens drásticas como enucleação ou evisceração que consiste respetivamente, na remoção do globo ocular ou na remoção do seu conteúdo (Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA], 2017).

Não existe vigilância epidemiológica de ILC em oftalmologia em Portugal, pois esse registo não é obrigatório, o que torna difícil compreender a dimensão da situação.

De acordo com Ferreira (2019), a criação e implementação de programas de vigilância epidemiológica das ILC são ferramentas fundamentais na prevenção das infeções e são um indicador de qualidade e segurança dos cuidados prestados nas unidades de saúde. Os dados recolhidos nos programas de vigilância epidemiológica permitem identificar problemas e prioridades locais e avaliar a eficácia das medidas de prevenção e controlo de infeção, com o objetivo de reduzir a ocorrência de ILC evitáveis e os custos associados (Ferreira, 2019).

De acordo com um estudo realizado recentemente num hospital da região centro de Portugal, a maioria dos casos de endoftalmite relatados estão relacionados com procedimentos cirúrgicos. De acordo com a literatura, a incidência desta patologia varia consideravelmente, normalmente entre 0,02% e 0,54% dependendo da causa principal, sendo mais frequente esta incidência quando resulta de uma cirurgia após um trauma penetrante (Félix et al., 2023). No entanto, a cirurgia de catarata, sendo a cirurgia programada mais realizada, apresenta ser a causa mais frequente de ILC em oftalmologia

(48%), seguida das injeções intravítreas (45,7%). As cirurgias de glaucoma são responsáveis por 3,7% dos casos, as vitrectomias por 1,2% e as cirurgias de córnea por 1,2% (Félix et al., 2023).

Os microrganismos gram-positivos são os agentes etiológicos mais frequentemente encontrados e a maioria coincide com aqueles normalmente presentes na pele e conjuntiva humana (Félix et al., 2023; Luz et al., 2019).

Embora a taxa de incidência seja baixa, a perda de visão da maioria dos utentes após uma infeção causada por uma cirurgia oftalmológica justifica a necessidade de implementação de medidas de prevenção de infeção e diagnóstico precoce para evitar tais complicações (Luz et al., 2019).

Assim sendo, um líder atualizado e comprometido, juntamente com a sua equipa, cumprindo boas práticas baseadas em evidência científicas e atualizadas, revela-se fundamental na prevenção das ILC (ANVISA, 2017).

De acordo com a OE, é assim da responsabilidade do enfermeiro nesta área de especialidade, liderar o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos utentes e procura o mais elevado nível de segurança para a pessoa em situação perioperatória (OE, 2017).

Os cuidados de enfermagem perioperatórios necessitam basear-se num referencial teórico para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Kolovos, 2020). O *Perioperative Patient Focused Model* (PPFM) procura ser uma estrutura conceptual para a prática de enfermagem perioperatória (Wicklin, 2020). Este modelo teórico centrado na PSP, permite planear, implementar e documentar os cuidados de enfermagem prestados durante o período perioperatório, baseando-se no processo de enfermagem (Kolovos, 2020). Assim, os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia ou outro procedimento no ambiente perioperatório, são orientados para alcançar resultados específicos na área da segurança, das reações fisiológicas e das reações comportamentais, tendo em conta as necessidades multidimensionais de cada pessoa (Kolovos, 2020). Desta forma, os enfermeiros neste ambiente tão desafiante como é o contexto perioperatório, tendo por base o PPFM, planeiam e implementam cuidados de enfermagem personalizados para prevenir os riscos de infeção, para manter a estabilidade hemodinâmica e capacitar a pessoa na adoção de comportamentos adequados, de forma a alcançar os melhores resultados (Wicklin, 2020).

A pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos encontra-se em situação de particular vulnerabilidade, sendo o ambiente perioperatório um ambiente de alto risco. Neste contexto, cabe ao enfermeiro especialista na área da PSP, apresentar uma atitude de prevenção e vigilância antecipatória, tomando decisões ajustadas com o intuito de evitar eventos adversos (OE, 2017).

A implementação de medidas preventivas e a sua monitorização contínua, assim como a vigilância epidemiológica das ILC, pode ajudar os profissionais de saúde a supervisionar e melhorar as suas práticas e identificar áreas onde intervenções adicionais podem ser necessárias para reduzir a incidência de ILC (ECDC, 2023).

A Norma da DGS nº 020/2015, atualizada em 2022 (DGS, 2022), referente ao “feixe de intervenções” para a prevenção da ILC representa um importante guia orientador das boas práticas em contexto perioperatório, constituindo um conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhores resultados com mais impacto na saúde dos utentes. Este conjunto de intervenções pode ser aplicado à generalidade das pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas, nomeadamente cirurgia geral, obstetrícia e ortopedia; contudo, a situação de oftalmologia é muito específica e não foi contemplada para integrar as especialidades cirúrgicas desta norma (DGS, 2022).

Na pesquisa bibliográfica realizada, as intervenções dirigidas à prevenção de ILC de uma forma geral encontram-se bem documentadas, mas em nenhum dos achados se refere a situação particular dos cuidados de enfermagem direcionado à prevenção da ILC em oftalmologia no período perioperatório.

A etiologia das infeções é multifatorial: existem fatores relacionados com a própria PSP, com os cuidados de saúde, com o processamento seguro dos materiais e com a higiene ambiental, pelo que a abordagem da prevenção deve ser pluridisciplinar (ANVISA, 2017).

Neste sentido, como recomendado pela DGS (2022) a prevenção da ILC exige a integração de um conjunto de medidas que abrangem os períodos pré, intra e pós-operatório.

No **período pré-operatório**, a diversidade de fatores relacionados com a PSP pode aumentar a sua suscetibilidade à infeção, devendo ser considerada uma avaliação pré-operatória tendo em conta a idade, o estado nutricional, diabetes, obesidade, hábitos tabágicos, infeções coexistentes e alteração da resposta imunitária (Duarte & Martins, 2014).

Em oftalmologia, os fatores de risco também podem estar relacionados com a presença de sinais de infeção/ inflamação do olho, pálpebras e conjuntiva, como a blefarite e a conjuntivite, que devem ser sinalizadas e tratadas (Deepthi & Prabakaran, 2020). Concomitantemente, o envolvimento da família/pessoa significativa em todo o processo perioperatório é fundamental na prevenção de complicações (Salazar-Maya, 2022).

A preparação física e emocional, a informação oferecida, o contexto e o cuidador são condições essenciais na compreensão sobre os cuidados a ter após a cirurgia (IAAS, 2014; Ferraz, 2020). A preparação prévia, com a informação sobre os cuidados de higiene, a importância da adesão terapêutica e os sinais de alarme que contribuem para a capacitação da PSP e família e para a continuidade dos cuidados e a sua segurança (Ferraz, 2020).

De acordo com Viegas (2019), o risco de infecção também está relacionado com a maior permanência hospitalar nos períodos pré e pós-cirúrgicos. Assim, é recomendado um recurso maior a cirurgias de ambulatório e conseqüente redução de permanência hospitalar. Em oftalmologia, a tipologia dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos permite que a grande maioria das cirurgias sejam realizadas em contexto de ambulatório, conduzindo a uma recuperação mais rápida e menor incidência de complicações.

A profilaxia antibiótica cirúrgica é usada como medida preventiva de ILC, em situações com maior risco de infecção e de acordo com o tipo e classificação da cirurgia; ao ser administrada nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, proporciona a concentração bactericida máxima no momento da incisão cirúrgica (DGS, 2022).

No caso concreto de oftalmologia, devido à anatomia do olho e a questões relacionadas com a farmacocinética, concluiu-se que a administração sistémica de antibióticos não é suficiente para atingir níveis bactericidas intraoculares ótimos, tendo havido uma mudança progressiva das formulações antibióticas, para uma nova classe de compostos antissépticos, como é o caso da iodopovidona que provou ser eficaz não apenas contra bactérias, mas também contra fungos, protozoários e vírus (ANVISA, 2017; Borgia et al., 2023). Acresce que, uma vez que também a aplicação tópica de antibiótico no período pré-operatório não garante níveis bactericidas duradouros e considerando as alternativas, os custos e o risco de resistência a antimicrobianos, a sua utilização deixou de ser recomendada (ANVISA, 2017). Vários estudos atuais demonstram que a colocação de colírios antissépticos de iodopovidona a 5%, no período pré-operatório imediato, confere maior eficácia na eliminação da flora bacteriana conjuntival e da superfície ocular e que a administração de antibiótico intraocular no final da cirurgia tem resultados comprovados na redução de infeções (Deepthi & Prabakaran, 2020; Falavigna et al., 2020; DGS, 2022c).

Relativamente ao banho pré-operatório, o seu objetivo consiste em eliminar a flora transitória e inibir a flora residente presente na pele, de forma a excluir uma das potenciais fontes de infecção cirúrgica (Salazar-Maya, 2022). De acordo com a DGS (2022), o banho com clorexidina 2- 4% deve ser realizado na véspera da cirurgia e no próprio dia (no mínimo com 2 horas de antecedência), com o objetivo de reduzir a microflora cutânea, nomeadamente no local da incisão cirúrgica. No caso particular da cirurgia oftalmológica, não é recomendado

o contacto da solução de clorexidina com a mucosa ocular, uma vez que concentrações superiores a 1% provocam toxicidade para o epitélio da córnea (Kanclerz & Myers, 2022).

A norma da DGS para a prevenção da ILC recomenda o rastreio de *Staphylococcus aureus* metilcilina resistente (MRSA) e, sendo positivo, a sua descolonização nas cirurgias de elevado risco de infeção por este microorganismo, em particular nas cirurgias cardiorácicas e ortopédicas (DGS, 2022). O *Staphylococcus aureus* tem sido responsável por uma grande incidência de IACS, cerca de 80% delas após cirurgia, com origem na própria flora dos utentes (WHO, 2018). Estas infeções podem ter consequências graves, estando associadas a altas taxas de morbilidade e mortalidade, sendo que esta tendência está a aumentar devido à ampla disseminação de MRSA (WHO, 2018). As cirurgias oftalmológicas não são consideradas de alto risco de infeção, embora como referido anteriormente, não exista vigilância epidemiológica de ILC em oftalmologia que possa fornecer dados concretos e permitir adotar medidas preventivas específicas e direcionadas (ANVISA, 2017).

No período intraoperatório as condições ambientais adequadas da SO englobam vários requisitos, nomeadamente a temperatura e a humidade, que devem ser controladas a fim de reduzir o risco de infeção: a temperatura no BO deve situar-se entre os 17º e 27ºC e deve contar com 30 a 60% de humidade residual (ACSS, 2011). Respeitando os limites estabelecidos, outro fator preponderante é o conforto da PSP e dos profissionais. Temperaturas mais baixas são mais convenientes à equipa cirúrgica que se encontra equipada com batas e luvas e sob focos de iluminação, mas podem acentuar o risco de hipotermia da pessoa submetida a cirurgia, pelo que se recomendam temperaturas entre os 21ºC e 24ºC (AESOP, 2012).

Relativamente ao ar, a qualidade, o tipo de filtragem, a direção, a pressão, a limpeza e a manutenção do sistema de circulação, são fatores essenciais para a segurança do ambiente cirúrgico (Viegas, 2019). A WHO (2018) recomenda que deve existir um sistema de ventilação de filtração do ar, com pressão positiva nas SO e que permita pelo menos 20 renovações de ar por hora, para limpar o ar e excluir a entrada dos microrganismos de áreas adjacentes. As especificações técnicas para a instalação de equipamentos de aquecimento, ventilação e ar condicionado em edifícios hospitalares encontram-se descritas no documento da ACSS (2022), que estabelece as condições necessárias a adotar para as diferentes áreas e especificamente para os BO.

Também o número de elementos dentro da sala e a circulação de pessoas dentro das SO deve ser reduzida ao essencial, mantendo as portas fechadas de forma a otimizar o sistema de ventilação (Viegas, 2019).

O corpo humano apresenta uma grande quantidade de microrganismos presentes na pele, no cabelo e no sistema respiratório e que representam uma potencial fonte de contaminação do ambiente cirúrgico (Madaleno, 2014). O uso de vestuário próprio do BO pretende contribuir para a manutenção de um ambiente o mais isento possível de agentes microbianos (AESOP, 2012). Assim, o vestuário e fardamento cirúrgico dos intervenientes no processo cirúrgico, deve evitar a propagação e dispersão de microrganismos e de partículas: a roupa de circulação dos profissionais deve ser de uso exclusivo do BO, limitando a exposição da pele (AESOP, 2012); as toucas e barretes (de uso único) devem cobrir por completo o cabelo; as máscaras cirúrgicas constituem uma barreira protetora de gotículas veiculadas pela respiração; as luvas e batas cirúrgicas protegem simultaneamente a equipa da contaminação de fluidos orgânicos e a PSP, da contaminação da ferida operatória (EORNA, 2023; Duarte & Martins, 2014; AESOP, 2012).

A preparação pré-cirúrgica das mãos é considerada uma importante medida de controlo de infeção (EORNA, 2023). Como já referido, a pele constitui a principal fonte de contaminação microbiana do ambiente cirúrgico (Duarte & Martins, 2014). Assim, o objetivo é eliminar a flora transitória e reduzir a flora residente da superfície das mãos dos profissionais, através de uma técnica que envolve uma ação mecânica e química (AESOP, 2012). A WHO (2018) recomenda a utilização de sabão antimicrobiano e água ou, em alternativa, uma solução de base alcoólica com ação residual, de forma que a fricção inclua unhas, mãos e antebraços. No entanto, a opção pelo uso de solução antisséptica de base alcoólica, em vez de lavagem com água e sabão antimicrobiano para a preparação pré-cirúrgica das mãos, pode resultar numa redução significativa no consumo de água e no uso de energia para purificação e fornecimento de água, representando um impacto ambiental significativo (Ong, Birtel & Issa, 2024).

A preparação da pele antes da cirurgia, através da sua desinfeção, procura reduzir a flora cutânea e conseqüentemente o risco de infeção operatória (DGS, 2022). Embora as recomendações da DGS indiquem a utilização de soluções de clorexidina de base alcoólica na preparação antisséptica da pele, na situação de oftalmologia, vários estudos demonstram que a solução de iodopovidona aquosa apresenta segurança e eficácia comprovada para a desinfeção do local cirúrgico e prevenção de ILC (Kanclerz & Myers, 2022; Zaharia et al., 2021). De acordo com estes autores, as soluções de base alcoólica provocam lesões oculares graves e devem ser evitadas.

A tricotomia não é indicada por rotina e só deve ser realizada se absolutamente necessário, preservando a integridade da pele (DGS, 2022; EORNA, 2023; WHO, 2018). Relativamente a este aspeto, não foram encontradas evidências no contexto específico de oftalmologia.

Os campos operatórios são usados como barreira para prevenção da contaminação do local cirúrgico e devem ser resistentes, impermeáveis, conter um sistema de controlo de fluidos e promover um isolamento eficaz (Viegas, 2019). O objetivo é isolar o local operatório do ambiente físico não estéril circundante, para que a cirurgia possa ser realizada com segurança (EORNA, 2023). Em oftalmologia, recomenda-se a utilização de campos adesivos estéreis que permitam o isolamento dos cílios, para evitar a contaminação do campo operatório (ANVISA, 2017).

A manutenção da técnica asséptica durante o procedimento cirúrgico tem como objetivo prevenir a infeção, evitando a contaminação e mantendo um ambiente livre de organismos potencialmente infecciosos (Viegas, 2019). A adoção de uma cultura de segurança por parte dos membros da equipa revela-se fundamental; a constante vigilância e consciencialização das melhores práticas proporcionam a manutenção de um ambiente seguro para a PSP (EORNA, 2023). O cumprimento dos procedimentos assegurando a técnica asséptica cirúrgica inclui ainda o uso de métodos de esterilização adequados do material cirúrgico e a rastreabilidade e a segurança dos dispositivos médicos utilizados (EORNA, 2023). Todos os materiais utilizados num campo estéril devem estar esterilizados, acondicionados em embalagens íntegras, apresentando por isso um indicador adequado e visível do processo de esterilização (WHO, 2018).

De acordo com a DGS, a garantia da homeostasia da PSP é um fator preponderante na prevenção de ILC, pelo que é recomendada a normoterapia, a normoglicemia e a adequada oxigenoterapia e fluidoterapia no período perioperatório (DGS, 2022).

A manutenção da temperatura da PSP em 36°C antes, durante e após o procedimento cirúrgico pretende prevenir a hipotermia, pois esta contribui para um maior risco de infeção cirúrgica, aumenta o desconforto e o stress pós-cirúrgico (Duarte & Martins, 2014). A hipotermia perioperatória pode ser induzida por vários fatores que afetam a termorregulação, tais como os agentes anestésicos, a exposição de uma grande superfície corporal, a temperatura e humidade baixas na sala de cirurgia, a administração de fluidos endovenosos e de lavagem, entre outros (EORNA, 2023).

Em oftalmologia, a área corporal exposta é mínima, as cirurgias não são geralmente prolongadas, mas o recurso a sistemas de aquecimento ativo e passivo mantém-se pertinente, de forma a garantir a normotermia.

Ainda segundo a DGS (2022), deve ser realizado o controlo glicémico da PSP com e sem diabetes, pois o descontrolo metabólico pode influenciar o processo de cicatrização da ferida operatória e potenciar o risco de ILC.

É igualmente recomendação da DGS, otimizar a oxigenação da pessoa submetida a intervenção cirúrgica sob anestesia geral, através de oxigenoterapia adequada, para garantir a saturação periférica de oxigénio superior a 95% (DGS, 2022). As técnicas anestésicas predominantemente utilizadas em oftalmologia são tópicas e locais, recorrendo eventualmente a bloqueios periféricos; no entanto, algumas cirurgias são realizadas com recurso a anestesia geral e administrada oxigenoterapia.

Relativamente ao material cirúrgico utilizado, no final da intervenção, os instrumentos cirúrgicos devem ser retirados da SO em contentores fechados, para seguir para o processo de descontaminação (Duarte & Martins, 2014). Devem ser respeitadas as normas europeias relativas aos meios adequados de descontaminação e esterilização de instrumentos cirúrgicos reutilizáveis, incluindo instrumentos e equipamentos (EORNA, 2023). O material cirúrgico utilizado nas várias especialidades cirúrgicas pode ser um veículo de transmissão de microrganismos e o seu adequado tratamento é fundamental para a prevenção de infeções (Link, 2019). No caso de oftalmologia, dada a pequena dimensão do olho e a sua sensibilidade a quantidades mínimas de contaminantes químicos ou microbianos, as práticas inadequadas de limpeza ou esterilização de instrumentos podem representar um risco significativo para os utentes (Chang & Mamalis, 2018).

Para a WHO (2016), o ciclo de reprocessamento de instrumentos cirúrgicos inclui as seguintes etapas: limpeza, descontaminação, inspeção, embalagem, esterilização, armazenamento e transporte. A monitorização rigorosa de todas estas etapas é essencial para a validação do processo e a garantia da segurança dos instrumentos cirúrgicos (WHO, 2016).

A gestão de resíduos é também uma prática importante e inclui a adequada triagem, a manipulação segura e o acondicionamento correto para permitir a recolha segura de resíduos e posterior tratamento (Rosário, 2019). A triagem deve ser feita no momento da produção e consiste na separação dos diferentes resíduos hospitalares em vários grupos colocando-os em contentores distintos (Duarte & Martins, 2014). Os resíduos produzidos no BO são classificados como resíduos hospitalares de risco biológico (Grupo III), ou seja, são considerados contaminados ou suspeitos de contaminação e devem ser sujeitos a processos de incineração ou um pré-tratamento, para posterior eliminação como resíduo urbano (Despacho nº 242/96, 1996). A manipulação e recolha deste tipo de resíduos exige especial precaução e deve ser realizada em segurança com a utilização de equipamentos de proteção individual, para prevenir contaminação pessoal e eventual transmissão de agentes microbianos (Rosário, 2019).

A limpeza em meio hospitalar reduz a contaminação ambiental, diminui o risco de transmissão de infeção e proporciona um ambiente seguro para a prestação de cuidados

(Rodrigues, 2019). A higienização do BO deve ser realizada com rigor, mantendo altos níveis de limpeza, para eliminar os microrganismos potencialmente infecciosos (Duarte & Martins, 2014). A limpeza da SO deve ser realizada após cada cirurgia independentemente do tipo de procedimento cirúrgico e sempre realizada no sentido das zonas mais limpas para as mais sujas (WHO, 2018). Cada instituição deve desenvolver procedimentos e protocolos de higienização do BO e proporcionar treino e formação aos seus profissionais de forma a garantir a eficácia dos procedimentos e um ambiente perioperatório seguro, limpo e livre de carga microbiana (Rodrigues, 2019).

No **período pós-operatório**, para além da manutenção da homeostasia da PSP, é essencial a vigilância do seu estado geral através de mecanismos de monitorização e intervenção adequados, assim como a vigilância da integridade do penso da ferida cirúrgica (Salazar-Maya, 2022).

A DGS (2022) recomenda que o penso deve ser mantido nas primeiras 48h após a cirurgia, mas na cirurgia oftalmológica, dependendo dos protocolos e das indicações dos cirurgiões, preconiza-se que a oclusão seja removida e iniciado o esquema terapêutico precocemente, nas primeiras horas de pós-operatório (ANVISA, 2017). Assim, é indispensável a intervenção do enfermeiro na capacitação da pessoa/família nos cuidados pós-operatórios a realizar no domicílio, nomeadamente sobre os cuidados gerais, os cuidados de higiene, a adesão terapêutica e os sinais de alarme.

4. Finalidade e objetivos

Através da experiência profissional, constata-se que ao longo dos anos, o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas com recurso a tecnologias cada vez mais sofisticadas reduziram os tempos cirúrgicos, permitiram adequar diferentes técnicas anestésicas, aumentar o número de cirurgias diárias, rentabilizar os tempos de salas operatórias, traduzindo-se em novos desafios para as equipas. Por outro lado, cada vez mais a PSP e família/pessoa significativa, em virtude da facilidade com que acedem à informação, se encontram mais informadas e mais exigentes relativamente à sua experiência cirúrgica. Os profissionais devem acompanhar esta evolução e atualizar as suas práticas oferecendo à população os cuidados de qualidade almejados.

Tendo em conta a situação particular da oftalmologia, a prestação de cuidados requer cada vez mais conhecimentos específicos e cuidados de enfermagem fundamentados em evidência científica, em virtude dos avanços verificados aos mais diversos níveis.

Embora subnotificadas, tal como já descrito anteriormente, as ILC em oftalmologia são uma realidade e a atualização dos cuidados de enfermagem direcionados à sua prevenção revela-se fundamental.

Na procura da excelência dos cuidados de enfermagem e com base na perspetiva dos enfermeiros, com este estudo pretende-se identificar as intervenções de enfermagem que contribuem para a prevenção de infecção do local cirúrgico na pessoa submetida a cirurgia oftalmológica, tendo sido estabelecida a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a prevenção de infecção do local cirúrgico na pessoa submetida a cirurgia oftalmológica?”

5. Metodologia

O desenvolvimento da Enfermagem como ciência exige que os enfermeiros desenvolvam a sua prática baseada na evidência científica, sendo a investigação um ponto fulcral do processo de construção do conhecimento (Vilelas, 2022).

Através deste estudo pretende-se identificar as intervenções de enfermagem que contribuem para a prevenção de infeções do local cirúrgico, na perspetiva dos enfermeiros com experiência profissional em oftalmologia.

Deste modo, optou-se por um estudo qualitativo, numa perspetiva de investigação interpretativa.

De referir que o presente estudo foi submetido à Unidade de Investigação e Desenvolvimento (UID) da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa e, após processo de análise, obteve parecer favorável pela UID e pela Comissão de Ética da referida instituição, tendo sido emitido o Parecer nº 013/2024 (Anexo VII).

5.1 Desenho do estudo

Os estudos qualitativos permitem explorar o comportamento, as perspetivas e as experiências das pessoas estudadas (Vilelas, 2022).

Neste sentido, foi realizada uma reunião de *focus group* com o objetivo de recolher dados, informações e experiências relacionados com os cuidados de enfermagem e a sua relação com a prevenção de ILC em contexto de cirurgia oftalmológica.

De acordo com Silva et al. (2014), esta é uma técnica de investigação de colheita de dados que permite a interação e o debate dos vários elementos que compõem o grupo. Os participantes na reunião têm características em comum, que são relevantes para o tema em discussão e para a investigação (Vilelas, 2022).

A técnica do *focus group* requer o planeamento cuidadoso dos recursos necessários, do espaço de reunião, do número e perfil de participantes e do seu processo de seleção, da elaboração do guião da entrevista e do tempo de duração (Sousa & Ferrito, 2022).

Assim, a seleção dos participantes pretendeu desenvolver uma discussão o mais produtiva possível, tendo em conta os objetivos da investigação, sendo que todos os participantes

foram claramente informados sobre o desenho do estudo, o tempo estimado de duração, as regras de participação, incluindo as condições de anonimato e privacidade.

De acordo com Vilelas (2022), o grupo deverá ter entre quatro e doze participantes e o seu processo de seleção é intencional. Segundo Sousa e Ferrito (2022), os participantes deverão ser entre seis e quinze pessoas, não sendo pretendida uma representatividade estatística, mas sim uma representação tipológica ou sociocultural de acordo com os objetivos do estudo.

Para o presente estudo, o grupo de discussão foi composto por uma amostra intencional de treze participantes.

Pretendeu-se reunir um grupo de profissionais com competência e experiência comprovada na área cirúrgica oftalmológica, de forma a promover em espaço de debate sobre o contributo dos enfermeiros perioperatórios na prevenção das infeções do local cirúrgico em oftalmologia.

Segundo Benner (2001), a competência profissional é a capacidade de transpor os conhecimentos teóricos para a prática clínica, reconhecendo no profissional o desenvolvimento de carácter, conhecimento e competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática. A OE reconhece uma área de competência acrescida após um mínimo de cinco anos de exercício profissional comprovado na respetiva área de intervenção (Regulamento nº 556/2017, 2017).

Assim, os critérios de inclusão definidos para o estudo abrangeram enfermeiros com prática clínica no contexto de cirurgia oftalmológica em bloco operatórios há pelo menos cinco anos e que aceitaram participar no estudo de forma voluntária. Constituíram critérios de exclusão, enfermeiros que não reuniram os critérios de inclusão definidos no estudo.

O papel dos moderadores é o de questionar, ouvir, manter o debate no trilho e certificar-se que cada participante tem oportunidade de participar (Silva et al., 2014). De acordo com os mesmos autores, ao existirem dois moderadores, o processo de colheita de dados torna-se mais eficaz, pois permite a um deles dedicar-se à condução da reunião enquanto o outro dirige a gestão do equipamento de gravação, otimiza as condições logísticas e informáticas, dando resposta a interrupções ou dificuldades inesperadas. A reunião de discussão que serviu de base à colheita de dados foi realizada através da plataforma *Teams*, no dia 16 de fevereiro de 2024, moderada pela investigadora e pela orientadora do estudo, com a duração de 120 minutos e com recurso a áudio gravado, tendo como base um guião de reunião de discussão apresentado em apêndice (Apêndice II).

Como explica Sousa e Ferrito (2022), a análise qualitativa permite identificar, descrever e interpretar os elementos recolhidos. A análise dos dados envolve várias etapas com a

finalidade de processar um grande conjunto de dados através da codificação, categorização, interpretação e apresentação de resultados. Assim, foi realizada uma análise categorial temática à posteriori, de acordo com Bardin (2016). Segundo a autora: “a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 2016, p.44).

Após a realização da reunião de *focus group*, foi feita a transcrição literal de todos os dados gravados, para se proceder à análise de conteúdo. A etapa seguinte consistiu em codificar todas as ideias e temas que surgiram ao longo da discussão segmentando o texto e atribuindo um código a cada fragmento. Seguidamente, foram agrupados os códigos por categorias (categorização), sendo-lhes atribuídos um significado e conseqüentemente um tema. Uma vez identificados os temas e organizadas as categorias, foi possível verificar e interpretar os dados. Os dados obtidos foram assim sujeitos a uma análise sistemática e rigorosa, de modo a responder aos objetivos da investigação (Bardin, 2016).

5.2 Considerações éticas

Como realça Deodato (2022), o desenvolvimento da ciência é atualmente um valor universal, sustentado pela investigação científica. O conhecimento científico não é estático ou absoluto e necessita de atualização permanente, o que de certa forma fundamenta a necessidade de investigar.

“A realização de qualquer pesquisa implica por parte do investigador o levantamento de questões morais e éticas” (Vilelas, 2022, p.467).

Investigar é necessário, quando os resultados permitem o desenvolvimento do conhecimento geral ou alcançar resultados concretos na prática, tendo por base o respeito pelos princípios universais da ética (Deodato, 2022).

Deste modo, o presente estudo pretendeu respeitar os princípios éticos e contribuir para a melhoria dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem ao identificar os contributos dos enfermeiros na prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados perioperatórios numa área muito específica como é a da cirurgia oftalmológica.

A reunião de discussão que serviu de base à colheita de dados para este estudo, foi realizada em plataforma digital (*Teams*) em data conveniente para todos, o que permitiu maior conforto e maior rentabilidade do tempo dos participantes. A seleção, identificação e contacto dos participantes foi feita pessoalmente pela investigadora, tendo sido fornecida a

explicação do objetivo e da natureza do estudo, da metodologia a utilizar, dos benefícios esperados e do tempo estimado de duração da reunião e sua gravação. A participação voluntária na reunião assegurou o direito ao anonimato, à confidencialidade e ao consentimento livre e esclarecido.

A participação na investigação pretendeu a ampliação do conhecimento sobre a temática, sem representar quaisquer riscos, danos físicos ou emocionais para os participantes tendo estes o direito de decidirem livremente sobre a sua inclusão no estudo. Ao aceitarem participar, foi pedida a assinatura do documento respeitante ao consentimento informado, onde foi confirmado o seu acordo em colaborar, depois de devidamente esclarecido (Apêndice III). Ressalva-se que os participantes foram esclarecidos acerca do seu direito de abandonar o estudo em qualquer fase, sem quaisquer consequências.

Relativamente ao tratamento dos dados recolhidos, foram garantidos o anonimato e a confidencialidade, uma vez que a informação foi exclusivamente utilizada pela investigadora para esta investigação, não sendo fornecido o acesso a terceiros.

O nome dos participantes foi substituído por um código, constituído por uma letra e um número (E1 a E13) e depois de concluída e divulgada a investigação, os resultados serão disponibilizados através de consulta pública ou contactando diretamente a investigadora. Todos os documentos e resultados provenientes do processo de colheita de dados, foram preservados em arquivo privado e serão eliminados posteriormente.

A participação no estudo não teve qualquer custo para os participantes.

Não se verificaram conflitos de interesse nesta investigação.

6. Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados que emergiram da análise do *corpus* de dados, de acordo com a metodologia descrita.

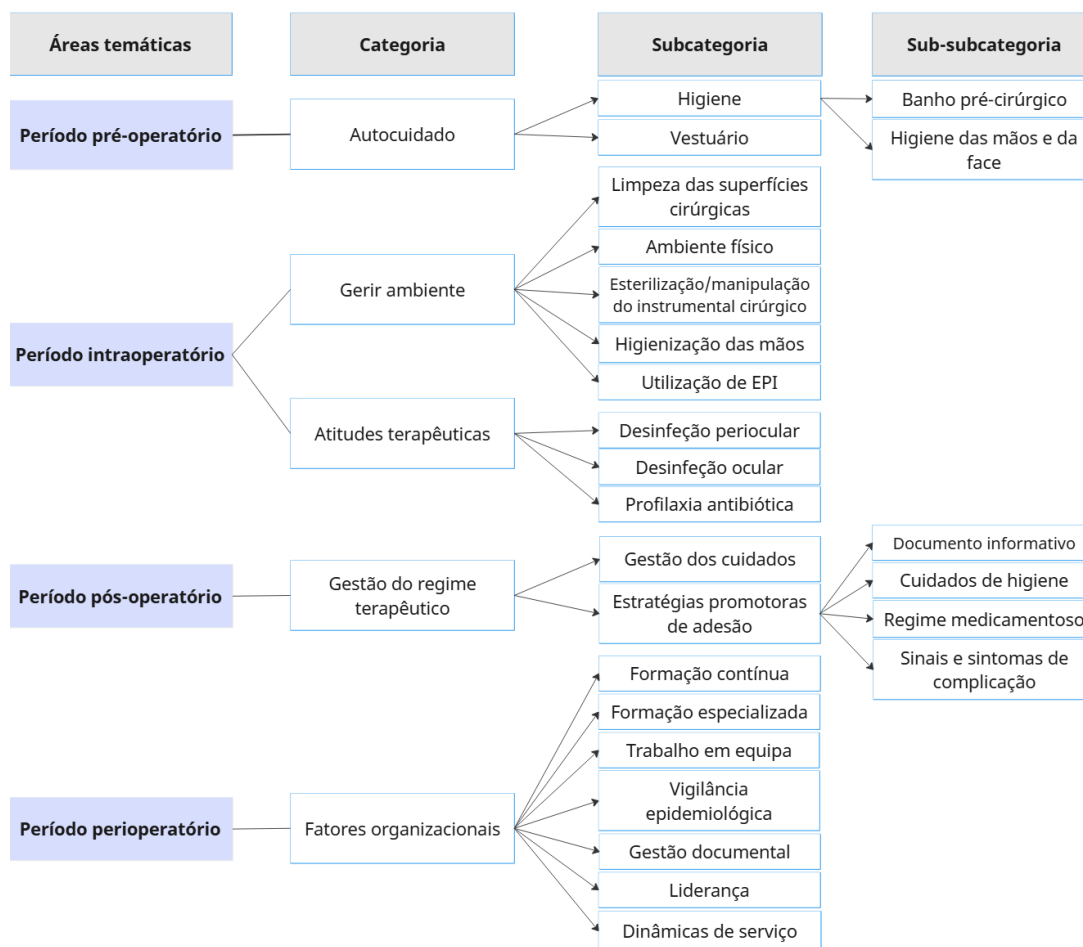
O presente estudo reuniu um grupo de treze enfermeiros com experiência em cirurgia oftalmológica, com idades compreendidas entre os 38 e os 53 anos e com um tempo médio de experiência profissional em BO de oftalmologia de 14,5 anos (mínimo de 5 e máximo de 29 anos). Os contextos profissionais dos participantes incluem BO em contextos de CA e/ou cirurgia convencional, que se dividem em BO com diferentes especialidades cirúrgicas e em BO exclusivamente de oftalmologia, sendo 5 enfermeiros de 3 hospitais da região norte, 5 enfermeiros de 3 hospitais da região centro e 3 enfermeiros de 2 hospitais da região sul de Portugal. De referir que 5 participantes possuem a licenciatura em enfermagem, 7 participantes possuem a formação académica pós-graduada de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 1 em Enfermagem de Reabilitação.

Partindo da reunião de discussão que permitiu o desenrolar do estudo, emergiram 5 categorias centradas nas intervenções de enfermagem que contribuem para a prevenção da infeção do local cirúrgico na pessoa submetida a cirurgia oftalmológica: “Autocuidado”, “Gerir ambiente”, “Atitudes terapêuticas”, “Gestão do regime terapêutico” e “Fatores organizacionais”.

De acordo com a OE (2017), os cuidados de enfermagem perioperatórios têm como alvo a pessoa e família/pessoa significativa e desenvolvem-se antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico.

No sentido de uma melhor estruturação, a apresentação dos resultados segue as áreas temáticas: período pré-operatório, período intraoperatório, período pós-operatório e finalmente o período perioperatório, com as respetivas categorias como esquematizado na Figura 1.

Figura 1: Representação esquemática das áreas temáticas e respetivas categorias, subcategorias e sub-subcategorias



No **período pré-operatório**, destaca-se a categoria **“autocuidado”** centrada nas intervenções de enfermagem relacionadas com o banho pré-cirúrgico, a higiene das mãos e da face e com o vestuário utilizado, tal como apresentado no Anexo VIII.

Na perspetiva dos enfermeiros, são relevantes as questões relacionadas com a higiene e o vestuário para a prevenção de ILC:

– “O banho com clorexidina, mesmo não incluindo a face e cabeça, tem influência neste contexto de oftalmologia” (E10, fevereiro, 2024).

Nos BO que partilham a atividade cirúrgica com várias especialidades, constata-se que a preparação pré-operatória contempla o banho pré-cirúrgico de uma forma geral. No entanto, na maioria dos serviços, este não é requisito obrigatório para a pessoa submetida a cirurgia oftalmológica, sendo dada especial atenção à desinfeção das mãos e limpeza da face:

– “(...) não fazem banho pré-cirúrgico como está recomendado para a cirurgia geral” (E3, fevereiro, 2024);

- *“Fazem a lavagem das mãos e da cara no serviço (...) com água e sabão”* (E3, fevereiro, 2024);
- *“(...) são desinfetadas as mãos”* (E13, fevereiro, 2024).

Relativamente à subcategoria “vestuário”, a remoção de acessórios e o uso de indumentária própria aquando da entrada no BO é referido em todos os contextos como preponderante na preparação pré-operatória:

- *“O enfermeiro chama o doente e acolhe-o (...) orienta para tirar toda a roupa e acessórios”* (E13, fevereiro, 2024).

No **período intraoperatório**, as intervenções de enfermagem reunidas na categoria **“Gerir ambiente”**, foram agrupadas nas subcategorias “Limpeza das superfícies cirúrgicas”, “Ambiente físico”, “Esterilização e manipulação do instrumental cirúrgico”, “Higienização das mãos” e “Utilização de EPI”, apresentadas no Anexo IX.

A higienização do BO, a limpeza das superfícies e os aspetos relacionados com a segurança do ambiente físico são importantes para os enfermeiros, apesar das dificuldades e desafios diários constatados e transversais a todos os contextos:

- *“Feita de forma igual a cirurgias mais sujas (tampo cirúrgico, fios de monitorização, chão, focos de iluminação, mesas e outras superfícies de trabalho)”* (E9, fevereiro, 2024);
- *“A limpeza da sala entre cirurgias é muito rápida: limpeza de superfícies e a remoção dos lixos”* (E10, fevereiro, 2024);
- *“As portas são abertas frequentemente”* (E9, fevereiro, 2024);
- *“Uma das nossas funções como enfermeiros, é garantir um ambiente seguro e temos de atuar”* (E8, fevereiro, 2024).

Quanto à esterilização, os enfermeiros constataam a complexidade dos processos de limpeza e descontaminação dos instrumentos usados em oftalmologia, destacando a importância destes processos serem realizados por profissionais com formação específica, nos seus serviços, antes de serem transportados para as unidades de reprocessamento centrais:

- *“É uma preocupação: o material, a diversidade do material e a forma como é processado e esterilizado”* (E8, fevereiro, 2024).

No âmbito da higienização das mãos e da utilização de EPI, também estes aspetos são considerados relevantes para a prevenção e controlo de ILC:

- *“Importante é a correta desinfecção das mãos”* (E12, fevereiro, 2024);
- *“Outro aspeto importante é o uso correto dos EPI”* (E3, fevereiro, 2024).

Ainda no **período intraoperatório**, a categoria **“Atitudes terapêuticas”** reúne intervenções de enfermagem relacionadas com a desinfeção do local cirúrgico, agrupadas nas subcategorias **“Desinfeção periocular”**, **“Desinfeção ocular”** e **“Profilaxia antibiótica”** apresentadas no Anexo X.

A preparação da pele no local de incisão cirúrgica é considerada preponderante na prevenção de ILC, na perspetiva dos enfermeiros do estudo, constatando-se que a desinfeção da pele periocular com solução de iodopovidona 10% é prática comum a todos os contextos operatórios:

- *“A desinfeção cirúrgica é efetuada pelo cirurgião com iodopovidona”* (E13, fevereiro, 2024);
- *“Fazemos uma desinfeção com iodopovidona dérmica antes do doente entrar na sala”* (E7, fevereiro, 2024).

No que respeita a situações de alergia ou intolerância à iodopovidona, existe referência à utilização de diferentes solutos dependendo de cada contexto, usando soluções diluídas nos próprios serviços ou provenientes das farmácias hospitalares, uma vez que não existe um produto específico para este intuito:

- *“Usamos a clorexidina alcoólica para a desinfeção, não diretamente no olho, nas pálpebras”* (E8, fevereiro, 2024);
- *“Solução aquosa de clorexidina 0,05%, fazemos a diluição e aplicamos.”* (E2, fevereiro, 2024).

A prática de desinfeção ocular também é um aspeto referido pelos enfermeiros, que não se encontra instituído em todos os serviços nem em todas as cirurgias:

- *“Nas injeções intravítreas é colocado colírio monodose de iodopovidona”* (E13, fevereiro, 2024);
- *“Ainda não se faz sempre, fazemos a aplicação de iodopovidona unidose”* (E11, fevereiro, 2024).

A profilaxia antibiótica é considerada parte integrante da estratégia de prevenção de ILC, dividindo-se em aplicação tópica de colírio e administração intra-ocular no final da cirurgia:

- *“A aplicação de Floxedol® é feita antes do doente entrar na sala”* (E11, fevereiro, 2024);
- *“A todos os doentes é aplicado antibiótico tópico no final da cirurgia.”* (E13, fevereiro, 2024);
- *“Fazem a cefuroxima intracamerular (...)”* (E7, fevereiro, 2024).

No **período pós-operatório**, a categoria **“Gestão do regime terapêutico”** é uma área relevante na recuperação da pessoa submetida a cirurgia, mantendo o foco na segurança e

na prevenção de complicações, reunindo intervenções de enfermagem agrupadas nas subcategorias “Gestão dos cuidados” e “Estratégias promotoras de adesão” (Anexo XI).

O acompanhamento pós-operatório é valorizado, embora na prática se verifiquem diferentes procedimentos dependendo do local e dos recursos disponíveis:

- *“Vai o número de telefone para onde podem ligar a qualquer hora”* (E13, fevereiro, 2024);
- *“Fazemos o telefonema de follow up a todos os utentes exceto os das injeções”* (E7, fevereiro, 2024).

Relativamente às estratégias promotoras de adesão, estas são consideradas fundamentais pelos enfermeiros na capacitação da pessoa na promoção da sua saúde e segurança no âmbito da prevenção de ILC. Neste sentido, a importância de um documento informativo é unânime assim como a informação transmitida que deve corresponder às necessidades da pessoa e família:

- *“Temos folhetos para todos os doentes e para todo o tipo de cirurgias (...)”* (E8, fevereiro, 2024);
- *“Precisam dessa documentação para levar para casa, para a família ler, as vezes que forem necessárias”* (E4, fevereiro, 2024);
- *“É muito importante, o nosso ensino, a nossa educação para a saúde.”* (E8, fevereiro, 2024).

No momento da alta, os enfermeiros salientam ainda a importância de abordar assuntos relacionados as possíveis complicações, os cuidados de higiene, a realização do penso e as informações sobre o regime medicamentoso:

- *“Na alta é muito reforçada a necessidade de cuidados de higiene para evitar infeções”* (E13, fevereiro, 2024);
- *“A colocação das gotas (...) para que não haja infeções”* (E4, fevereiro, 2024);
- *“A todos os doentes e acompanhante são feitos ensinamentos no momento da alta”* (E13, fevereiro, 2024).

A categoria **“Fatores organizacionais”**, inclui aspetos relevantes em todo o **período perioperatório**. As subcategorias “Formação contínua”, “Formação especializada”, “Trabalho em equipa”, “Vigilância epidemiológica”, “Gestão documental”, “Liderança” e “Dinâmicas de serviço”, na perspetiva dos enfermeiros, reúnem fatores determinantes para a prevenção de ILC, como apresentado no anexo XII.

Esta categoria não reúne intervenções de enfermagem, mas representa questões que são transversais aos vários contextos da prática e foram destacadas ao longo do estudo pelos participantes.

Os enfermeiros salientam a importância da formação e da aquisição de competências especializadas para a segurança dos cuidados, constatando a escassez de informações disponíveis na área de oftalmologia:

- *“Sentimos uma necessidade muito grande em ir a congressos e ir a formações (...) a formação em oftalmologia não chega muito aos enfermeiros”* (E1, fevereiro, 2024);
- *“Aos poucos estamos a conseguir mudar algumas mentalidades, é pela evidência”* (E3, fevereiro, 2024);
- *“É assim que vamos evoluindo, desafiar o outro a ir procurar informação também”* (E7, fevereiro, 2024).

Na perspetiva dos enfermeiros, o trabalho em equipa é fundamental para a concretização de objetivos comuns, nomeadamente no contexto da prevenção de ILC, mas destacam também a existência de desafios associados à colaboração entre equipas:

- *“O trabalho em equipa fomenta o sucesso e reduz o risco de infeção do local cirúrgico”* (E4, fevereiro, 2024);
- *“(…) consegue-se alguma coisa quando são enfermeiras mais resistentes, mas não como uma política do grupo”* (E6, fevereiro, 2024).

A vigilância epidemiológica é um aspeto considerado relevante pelos participantes do estudo, mas as falhas na notificação e na partilha de informações relativas às ILC em oftalmologia são transversais aos contextos da prática:

- *“Não se sabe qual a nossa taxa de endoftalmite, mas não é zero”* (E9, fevereiro, 2024);
- *“Quais eram as infeções que existem, em termos de endoftalmite a nível nacional, mas não existe. Não há um relatório, não há um registo nacional de infeções em oftalmologia”* (E12, fevereiro, 2024).

É dado especial relevo à gestão documental, tanto na elaboração de procedimentos como na transmissão de informação para garantir a segurança e a continuidade dos cuidados por todos os participantes:

- *“Usamos as guidelines da Sociedade Europeia de Cirurgia de Catarata e Refrativa”* (E9, fevereiro, 2024);
- *“É a norma da nossa instituição”* (E7, fevereiro, 2024).

As questões de liderança também são aspetos destacados pelos enfermeiros, principalmente como fator de coesão nas equipas:

- *“É importante haver uma hierarquia que nos permita fazer valer os nossos conhecimentos”* (E4, fevereiro, 2024);
- *“Alguém superior hierarquicamente que dê a cara e que nos defenda”* (E6, fevereiro, 2024).

Relativamente às dinâmicas de serviço, estas são consideradas determinantes não só no desempenho das equipas como na gestão do tempo e dos cuidados prestados:

- *“Não aguenta o stress e a pressão a que nós somos submetidas diariamente. A pressa, a rotatividade”* (E6, fevereiro, 2024);
- *“Porque os timings têm que ser rápidos, a cirurgia de ambulatório é tudo a correr e as pessoas esquecem-se do essencial, esquecem-se que está ali um ser humano”* (E4, fevereiro, 2024);
- *“Tem de se atingir é um número, e não a qualidade, em que a pressão é constante”* (E6, fevereiro, 2024).

7. Discussão

Após a apresentação dos resultados obtidos, procedeu-se à sua análise, partindo de uma reflexão acerca dos conteúdos que emergiram, sustentada na evidência científica existente, fundamentando assim a interpretação dos resultados e permitindo inferências válidas sobre o seu significado. A discussão é organizada de forma sequencial, de acordo com as categorias, subcategorias e sub-subcategorias que emergiram, procurando dar resposta à questão de investigação do estudo.

A categoria **“Autocuidado”** emergiu do estudo tendo como base a definição proposta pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (OE, 2016, p. 42), em que corresponde a uma “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”. Este conceito teve a sua génese em 1965 por Dorothea Orem, que definiu o autocuidado como uma função humana reguladora, realizada deliberadamente para a regulação do funcionamento e do desenvolvimento, para garantir o fornecimento dos requisitos necessários para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção e integridade humana (Orem, 2001). Considera também que são ações realizadas ou direcionadas para as condições internas ou externas, necessárias para manter e promover a saúde, bem como o crescimento e desenvolvimento, tendo o foco na prevenção, alívio, cura, ou controlo de condições humanas indesejáveis que afetam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar das pessoas (Orem, 2001).

Para Queirós et al. (2014), o conceito é central na Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, entendendo-se autocuidado como a realização de atividades que têm como objetivo a preservação da vida e do bem-estar. A teoria de Orem apresenta-se em três teorias inter-relacionadas: I) Teoria do Autocuidado, II) Teoria dos Défices de Autocuidado e III) Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Silva, 2011). Considera-se que é nesta última que o enfermeiro perioperatório pode assumir-se como agente dinamizador da experiência cirúrgica da PSP, nomeadamente ao nível do apoio e educação relacionado com o facto da PSP se encontrar sob orientação e assistência para que seja capaz de aprender e realizar ações de autocuidado terapêutico, tendo especial atenção nos aspetos que à ILC dizem respeito.

Enquadram-se neste contexto as questões relacionadas com a higiene, que se assumiram como uma dimensão valorizada pelos enfermeiros no contexto perioperatório em oftalmologia, tendo sobressaído como fundamentais a higiene da PSP, nomeadamente o

banho pré-cirúrgico e a higiene das mãos e da face e questões relacionadas com o vestuário utilizado.

Relativamente ao banho pré-cirúrgico, este tem como finalidade promover a limpeza da pele e a redução da carga bacteriana, especialmente no local de incisão (WHO, 2018). Borgia et al. (2023) afirmam que a preparação prévia à cirurgia oftalmológica assume uma importância particular na redução do risco de infeções pós-operatórias. De referir que não existe evidência de que uma solução antibacteriana seja mais eficaz do que sabonete normal na redução de ILC, pelo que se sugere que ambos possam ser utilizados com a mesma finalidade (WHO, 2018). No entanto, a recomendação da DGS (2022) para o banho pré-cirúrgico indica a utilização de solução de clorexidina 2 a 4% na véspera da cirurgia e no próprio dia da cirurgia, exceto quando contraindicado. No caso de oftalmologia, a utilização de soluções de clorexidina com concentrações superiores a 1% na região ocular está desaconselhada por provocar lesões oculares graves (Kanclerz & Myers, 2022).

Os estudos que abordam esta temática referem que os microrganismos gram-positivos são os agentes etiológicos mais frequentemente encontrados em ILC em oftalmologia, a maioria normalmente proveniente da pele e conjuntiva humana (Félix et al., 2023; Luz et al., 2019). Assim, a redução da carga bacteriana é relevante em contexto cirúrgico, através do banho pré-operatório e no caso específico de oftalmologia, com a limpeza da pele da face, pálpebras e sobrancelhas com água e sabonete normal (ANVISA, 2017).

Também os enfermeiros do estudo valorizam a questão da higiene no âmbito do autocuidado, tendo em conta a redução de ILC em oftalmologia, embora não exista uma uniformização de práticas nas diversas instituições de saúde. Em alguns BO com várias especialidades cirúrgicas, todos os utentes são instruídos para realizar o banho pré-cirúrgico, independentemente do local cirúrgico, de forma a garantir a limpeza máxima da pele e reduzir a flora transitória e residente presente na pele: “o banho com clorexidina, mesmo não incluindo a face e cabeça, tem influência neste contexto de oftalmologia” (E10, fevereiro, 2024).

Constatou-se que ainda que na maioria dos serviços os utentes não realizem o banho pré-operatório, na situação particular de cirurgia oftalmológica, é dada especial atenção à desinfecção das mãos e limpeza da face: “(...) não fazem banho pré-cirúrgico como está recomendado para a cirurgia geral” (E3, fevereiro, 2024); “fazem a lavagem das mãos e da cara no serviço (...) com água e sabão” (E3, fevereiro, 2024); “(...) são desinfetadas as mãos” (E13, fevereiro, 2024).

Relativamente ao vestuário enquanto subcategoria do autocuidado na prevenção de ILC em oftalmologia, é aceite que o uso de vestuário próprio aquando da entrada no BO favorece o controlo da contaminação do ambiente cirúrgico, mantendo um nível adequado de higiene (AESOP, 2013). Verificou-se que este é um procedimento mandatório evidenciado pelos

enfermeiros no estudo, ao referirem que: “o enfermeiro chama o doente e acolhe-o (...) orienta para tirar toda a roupa e acessórios” (E13, fevereiro, 2024); “O doente chega, tira a roupa, veste a roupa do bloco” (E3, fevereiro, 2024); “trocam de roupa nos vestiários.” (E7, fevereiro, 2024).

Já no período intraoperatório, a intervenção **“Gerir ambiente”** foi identificada pelos enfermeiros do estudo, no âmbito da ILC. De acordo com o definido pela CIPE (OE, 2016, p. 116), “gerir” corresponde a uma “ação: estar encarregue de, e organizar para alguém ou alguma coisa”. O ambiente hospitalar, pela presença potencial de inúmeros microrganismos e, por conseguinte, o ambiente do BO, pela exposição dos seus intervenientes, representa um verdadeiro desafio no que concerne à prevenção e controlo de infeção (Rodrigues, 2019). De acordo com Costa (2023) a PSP, o ambiente e os profissionais de saúde podem revelar-se importantes fontes de transmissão de organismos patogénicos, pelo que os enfermeiros EEMCPSP têm um papel fundamental ao promoverem um ambiente seguro, monitorizando e avaliando as práticas de limpeza e desinfeção das superfícies e de todos os equipamentos envolvidos durante a intervenção cirúrgica (Costa, 2023).

Pelo exposto, a gestão do ambiente tendo em vista a manutenção da segurança do ambiente cirúrgico, tem como objetivo proteger todos os intervenientes nos procedimentos, no que diz respeito à redução da contaminação ambiental e do risco de transmissão de infeção (Rodrigues, 2019). A higienização do BO é uma importante medida de prevenção e controlo de infeção, pois permite reduzir significativamente a presença e transmissão de microrganismos potencialmente infecciosos (Rutala & Weber, 2019).

A metodologia de limpeza e desinfeção deve ser rigorosa e obedecer a protocolos estabelecidos, sendo igual para todas as áreas do BO e realizada nas várias fases do seu funcionamento, ou seja, antes do programa cirúrgico, durante a intervenção cirúrgica, entre as intervenções, no fim do programa cirúrgico, limpeza semanal e limpeza periódica (Madaleno, 2014; WHO, 2018). Embora o tempo das cirurgias oftalmológicas seja habitualmente reduzido, os procedimentos cirúrgicos oftalmológicos devem ser realizados em salas com condições ambientais seguras, uma vez que a limpeza e a desinfeção das SO são medidas gerais de controlo de infeção (ANVISA, 2017).

Com o intuito de caracterizar o funcionamento dos blocos operatórios nacionais e de planear a forma de utilizar eficientemente os recursos existentes na resposta às necessidades da população, o Ministério da Saúde criou o Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios (GTBO) em 2013. De acordo com o GTBO (2015), a duração entre o final de uma intervenção cirúrgica e o início de outra, inclui a limpeza e a preparação da sala e dos equipamentos necessários, designado por tempo de *turnover* e constitui um indicador de eficiência do funcionamento do BO. Segundo este grupo de trabalho, o tempo de limpeza médio considerado adequado é de 15 a 20 minutos, de acordo com o tipo e

complexidade do procedimento cirúrgico; no entanto, um tempo de limpeza inferior a 10 minutos pode significar um cuidado insuficiente nos processos de higienização, devendo ser sujeito a auditoria (GTBO, 2015). O aumento dos níveis de produtividade, os tempos de resposta rápida e a contenção de custos são exigências organizacionais para o contexto perioperatório, configurando-se uma pressão crescente sobre os profissionais de saúde (Benze et al., 2021), podendo interferir no tempo de *turnover*. Os equipamentos e dispositivos médicos utilizados diariamente na sala de cirurgia, como dispositivos de monitorização, superfícies de trabalho ou mesa operatória, entre outros, podem ser contaminados com microrganismos durante os procedimentos cirúrgicos; a limpeza e a desinfecção adequadas entre cada intervenção cirúrgica são fundamentais, pois existem evidências crescentes que associam a contaminação de superfícies nas SO a IACS (Branch & Amiri, 2020).

Verifica-se que estes são aspetos importantes para os enfermeiros do estudo, apesar das pressões diárias constatadas: “Mantemos a insistência na limpeza da sala entre doentes” (E11, fevereiro, 2024); “Temos protocolo de limpeza de salas entre cirurgias” (E10, fevereiro, 2024); “feita de igual forma a cirurgias mais sujas (...) tampo cirúrgico, fios de monitorização, chão, focos de iluminação, mesas e outras superfícies de trabalho” (E9, fevereiro, 2024). Verifica-se que em alguns BO o tempo de limpeza não se encontra regulamentado: “demore o tempo que demorar” (E9, fevereiro, 2024); “a limpeza da sala entre cirurgias é muito rápida (...)” (E10, fevereiro, 2024), noutros BO esse tempo é contabilizado e registado, o que permite uniformização dos procedimentos: “o *turnover* é 10 minutos entre cirurgias (...)” (E8, fevereiro, 2024); “temos um programa informático (...) a auxiliar vai iniciar a limpeza da sala e fica registado” (E7, fevereiro, 2024).

Relativamente ao ambiente físico, para a AESOP (2013), o controlo das condições ambientais da SO favorece a limpeza e a segurança do ambiente cirúrgico e previne a sua contaminação, ao manter os níveis de pressão, humidade, temperatura e circulação de ar controlados. No estudo desenvolvido por Wistrand et al. (2021), relacionou-se a contaminação do ar da SO com a circulação de pessoas e a abertura das portas, podendo influenciar a contaminação da ferida cirúrgica. O sistema de ventilação da SO filtra o ar, controla a distribuição e mantém uma pressão de ar positiva dentro da sala cirúrgica; no entanto, quanto maior o número de pessoas presentes, mais bactérias são libertadas para o ar, pelo que, para manter a qualidade ideal do ar com baixo número de bactérias durante a cirurgia, o número de abertura das portas deve ser reduzido ao mínimo e a circulação de profissionais controlada (Wistrand et al., 2021).

Embora reconheçam a importância da segurança do ambiente físico, a maioria dos enfermeiros tem dificuldade em garantir a manutenção das condições ambientais: “Uma das nossas funções como enfermeiros, é garantir um ambiente seguro e temos de atuar” (E8,

fevereiro, 2024); “as portas são abertas frequentemente” (E9, fevereiro, 2024); “o controlo de tráfego e acesso ao bloco, (...) somos um bloco que tem muitos alunos de medicina” (E8, fevereiro, 2024).

Neste contexto, a esterilização e manipulação do instrumental cirúrgico durante o procedimento é fundamental e consiste em criar e manter um campo estéril, prevenir a contaminação da ferida, isolar o local operatório do ambiente físico não estéril circundante para que a cirurgia possa ser realizada com segurança (EORNA, 2023). Com vista à prevenção de ILC, a proteção da PSP e da contaminação do ambiente cirúrgico de possíveis microrganismos, requer o cumprimento de um conjunto de princípios básicos presentes nas práticas dos enfermeiros inquiridos: “Temos enfermeiro instrumentista em todas as cirurgias, o que garante maior segurança em questões de esterilidade” (E9, fevereiro, 2024); “Na mesa cirúrgica manter sempre a assepsia” (E13, fevereiro, 2024).

A garantia da manutenção do campo estéril e da técnica asséptica cirúrgica inclui o uso de métodos de esterilização adequados do material cirúrgico e a rastreabilidade e a segurança dos dispositivos médicos utilizados (EORNA, 2023). É assim importante assegurar que os instrumentos cirúrgicos e dispositivos médicos de uso múltiplo tenham sido esterilizados e acondicionados em embalagens íntegras, apresentando um indicador adequado e visível do processo de esterilização (WHO, 2018). Há registos de que algumas situações de surtos infecciosos têm sido atribuídas a limpeza, desinfeção inadequadas e a falhas na esterilização de dispositivos (Link, 2019). Em relação à situação específica de oftalmologia, alguns estudos relatam a incidência de reações oculares inflamatórias associadas ao uso de algumas soluções enzimáticas na descontaminação dos instrumentos cirúrgicos e cujos resíduos microscópicos são difíceis de eliminar (Chang & Mamalis, 2018). Os instrumentos utilizados em cirurgia oftalmológica são delicados e complexos e tornam a sua limpeza muito difícil e particular exigindo processos de limpeza e descontaminação minuciosos (ANVISA, 2017). Devido ao reduzido volume do olho e às suas características, pequenas quantidades de produtos químicos ou resíduos resultantes de processos de descontaminação e esterilização ineficazes, podem desencadear processos inflamatórios locais com impacto significativo (Chang & Mamalis, 2018). Os enfermeiros estão conscientes destas particularidades e referem que alguns dos serviços promovem os processos de lavagem e descontaminação dos instrumentos antes de serem transportados para as unidades de reprocessamento centrais: “a lavagem do material é toda feita no serviço e depois segue para a central de esterilização” (E3, fevereiro, 2024); “É uma preocupação: o material, a diversidade do material e a forma como é processado e esterilizado” (E8, fevereiro, 2024); “A rastreabilidade do material é importante e o facto de termos um enfermeiro na esterilização” (E12, fevereiro, 2024).

A higienização adequada das mãos e o uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) são umas das medidas mais importantes e universalmente reconhecidas na prevenção

de infeções (EORNA, 2023). O risco de transmissão de microrganismos durante a prestação de cuidados de saúde através das mãos dos profissionais é real, pelo que existe indicação para a higiene das mãos, sempre antes e após o contacto com o utente ou o seu ambiente envolvente, antes de um procedimento limpo ou assético e após o risco de exposição a fluidos orgânicos (“Programa 5 momentos para a higiene das mãos”) (DGS, 2019).

A preparação e manutenção do campo estéril em contexto intraoperatório também depende da adequada preparação pré-cirúrgica das mãos e da correta paramentação, pelo que estes procedimentos devem ser realizados segundo as normas baseadas em evidências científicas (Viegas, 2019). De acordo com as recomendações da DGS (2019), o procedimento de preparação pré-cirúrgica das mãos consiste na higienização das mãos dos elementos da equipa cirúrgica de forma a reduzir significativamente a flora residente e eliminar a flora transitória, tendo uma duração média de 2 a 5 minutos.

O procedimento deve ser realizado com a utilização de sabão antimicrobiano e água ou, em alternativa, uma solução de base alcoólica com ação residual, ou seja, com ação mecânica e química com a fricção das unhas, mãos e antebraços (DGS, 2019; WHO, 2018).

Também os enfermeiros valorizam a importância da higienização das mãos: “importante é a correta desinfecção das mãos” (E12, fevereiro, 2024); “a higiene constante das mãos” (E13, fevereiro, 2024), apesar de alguns desafios no rigor da sua execução: “Não se cumpre o tempo de desinfecção das mãos” (E9, fevereiro, 2024).

A utilização de batas esterilizadas, luvas, máscaras e outros EPI é crucial para prevenir a transmissão de microrganismos, com o objetivo de proteger tanto os profissionais de saúde quanto a PSP (Viegas, 2019). Além de formarem uma barreira protetora, os EPI devem reduzir o risco de exposição ao sangue, fluidos corporais e outros contaminantes potencialmente infecciosos, devem ser resistentes e não permitir a libertação de partículas e devem ser descartados adequadamente após cada procedimento cirúrgico (EORNA, 2023). As luvas cirúrgicas devem ajustar-se bem às mãos para maior destreza, conforto e sensibilidade; as batas devem ter o tamanho apropriado e envolver adequadamente o profissional para proteger e conferir proteção adicional ao campo estéril (EORNA, 2023). Como referem os enfermeiros: “um ponto importante é a paramentação cirúrgica de forma adequada” (E12, fevereiro, 2024); “outro aspeto importante é o uso correto dos EPI” (E3, fevereiro, 2024); “Quanto ao pessoal é muito importante a indumentária adequada e limpa” (E13, fevereiro, 2024). No entanto, também neste aspeto, nem todos os profissionais cumprem as normas de utilização: “acerca da questão da máscara, é maioritariamente abaixo do nariz” (E5, fevereiro, 2024); “parecem avessos ao seu uso correto” (E10, fevereiro, 2024).

Como categoria, as **“atitudes terapêuticas”** emergiram no presente estudo e de acordo com o Ministério da Saúde (MS), são descritas como intervenções de enfermagem resultantes de prescrições de outros técnicos (MS, 2016). Segundo o REPE, os enfermeiros, no contexto de

atuação multiprofissional desempenham intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes (Decreto-Lei nº 161/96, 1996). Em ambas as intervenções, a tomada de decisão para a sua implementação é autónoma e é baseada nas competências técnicas, científicas e humanas detidas pelos enfermeiros, de forma a assegurar a segurança dos cuidados prestados (Parecer nº 57/2017, 2017). Como determinado pela OE, os enfermeiros em contexto perioperatório devem desenvolver as suas intervenções numa perspetiva interprofissional, garantindo a articulação e a complementaridade das intervenções para benefício e segurança da PSP e de toda a equipa (Regulamento nº 429/2018, 2018). Assim, neste contexto, sendo a prevenção de ILC um processo complexo e multifatorial, requer a integração de cuidados de saúde pluridisciplinares com vista à redução da incidência de infeções (DGS, 2022).

Como parte integrante da estratégia de prevenção de ILC, a preparação da pele no local da incisão cirúrgica tem como objetivo a redução da flora cutânea que possa ter acesso à ferida operatória (Salazar-Maya, 2022). Embora a DGS (2022) recomende a utilização de soluções de clorexidina de base alcoólica, no caso particular da oftalmologia, os estudos evidenciam que a solução de iodopovidona a 10% continua a ser a mais segura e eficaz como agente anti-infeccioso para a desinfeção do local cirúrgico (Kanclerz & Myers, 2022; Zaharia et al., 2021). De acordo com estes autores, as soluções de base alcoólica podem provocar lesões epiteliais graves quando em contacto com a mucosa ocular. Além disso, existem algumas alternativas promissoras, mas sem estudos conclusivos para a área de oftalmologia (Kanclerz & Myers, 2022). Estudos recentes demonstram que culturas bacterianas intraoculares encontradas em situações de endoftalmite pós-cirúrgica, geralmente correspondem a espécies encontradas nas pálpebras ou conjuntiva, destacando a importância de reduzir a carga microbiana nessas áreas antes da cirurgia (Soleimani et al., 2024). Estes autores destacam o efeito bactericida da iodopovidona, demonstrada em estudos clínicos com uma eficácia de eliminação bacteriana de 96,7% em sessenta segundos. No que diz respeito à desinfeção periocular e desinfeção ocular identificadas pelos enfermeiros do estudo, a *European Society of Cataract and Refractive Surgery* (ESCRS), entidade de referência em oftalmologia, emitiu em 2013 um parecer baseado em evidência científica sobre a aplicação de iodopovidona a 10% durante 3 minutos para a desinfeção da pele periocular e que se mantém válido até ao momento, apesar de existirem estudos mais recentes que demonstram a eficácia antisséptica de formulações com concentrações mais baixas e com menor tempo de atuação (Borgia et al., 2023).

A prática de desinfeção da pele (periocular) com solução de iodopovidona a 10% é unânime nos contextos operatórios dos enfermeiros inquiridos. Em alguns casos, é realizada

previamente à entrada na SO, sendo também sempre cumprida imediatamente antes do procedimento cirúrgico. No entanto e apesar das recomendações, nem sempre é respeitado o tempo de atuação da desinfecção: “A desinfecção cirúrgica é efetuada pelo cirurgião com iodopovidona” (E13, fevereiro, 2024); “Fazemos uma desinfecção com iodopovidona dérmica antes do doente entrar na sala” (E7, fevereiro, 2024); “o cirurgião é que faz a desinfecção com iodopovidona dérmica” (E8, fevereiro, 2024); “existe alguma relutância, nomeadamente na espera dos 3 minutos” (E5, fevereiro, 2024); “esperar 3 minutos para atuar (...) isso é impensável” (E6, fevereiro, 2024). Salvo melhor opinião, considera-se que o facto de não existir uma recomendação clara e inequívoca sobre qual o procedimento mais seguro a adotar, favorece a discrepância na implementação das práticas.

Também nas situações de alergia ou intolerância à iodopovidona, não existe uniformidade de práticas, pois os estudos existentes consideram várias alternativas, mas sem unanimidade e sem resultados significativos e decisivos: “usamos a clorexidina alcoólica para a desinfecção, não diretamente no olho, nas pálpebras” (E8, fevereiro, 2024); “solução aquosa de clorexidina 0,05%, fazemos a diluição e aplicamos.” (E2, fevereiro, 2024); “é feita a diluição de soluto de dakin, é uma solução de hipoclorito diluído a 0,5%” (E5, fevereiro, 2024).

Relativamente à profilaxia antibiótica, esta está indicada nos 60 minutos antes da cirurgia, na pessoa submetida a cirurgia limpa envolvendo a colocação de prótese ou implante, cirurgia limpa contaminada e cirurgia contaminada (DGS, 2022). Na cirurgia oftalmológica, através dos protocolos instituídos ou por indicação do cirurgião, é habitualmente utilizado antibiótico em forma de colírio, de aplicação tópica, no período pré-operatório. No entanto, estudos atuais questionam a pertinência desta prática, referindo maior eficácia na colocação de colírios antissépticos de iodopovidona a 5% no período pré-operatório imediato, que permite a eliminação eficaz do microbioma bacteriano conjuntival e o recurso a administração de antibiótico intraocular no final da cirurgia (Deepthi & Prabakaran, 2020; Falavigna et al., 2020; DGS, 2022c). Como referido anteriormente, é recomendada a desinfecção ocular com iodopovidona em detrimento da colocação de colírio antibiótico tópico (Borgia et al., 2023).

Esta especificidade é manifestada pelos enfermeiros neste estudo: “colocamos a gota de iodopovidona” (E11, fevereiro, 2024); “nas injeções intravítreas é colocado colírio monodose de iodopovidona (E13, fevereiro, 2024); “nas injeções também colocamos uma gota no final, sempre no fundo do saco conjuntival” (E3, fevereiro, 2024); “Em todos os doentes que não são alérgicos à iodopovidona” (E7, fevereiro, 2024).

A aplicação tópica de antibiótico não garante níveis bactericidas duradouros, associando-se ao risco de indução de resistência bacteriana, pelo que não está recomendado o seu uso no

período pré-operatório, mas sim a administração intraocular de uma formulação específica de antibiótico (cefuroxime) no final da cirurgia (ANVISA, 2017; Borgia et al., 2023). No entanto, esta prática difere de acordo com cada contexto e apesar da evidência: “Não colocamos o Floxedol® colírio na preparação” (E2, fevereiro, 2024); “A aplicação de Floxedol® é feita antes do doente entrar na sala” (E11, fevereiro, 2024); “(...) já não estão a fazer profilaxia antibiótica nos pós injeção.” (E12, fevereiro, 2024); “Cefuroxima intracamerular ou subconjuntival” (E9, fevereiro, 2024); “A cefuroxima (...) no final da cirurgia.” (E8, fevereiro, 2024).

A “**gestão do regime terapêutico**”, categoria emergente do estudo, enquanto atividade executada para manter a saúde e o bem-estar, representa um domínio de elevado interesse para os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros, em virtude das competências que possuem e da proximidade que estabelecem com a PSP (Costa et al., 2021). De salientar a importância de criar um clima de envolvimento, respondendo e clarificando dúvidas, comportamentos e atitudes, dado que a confiança no profissional de saúde terá reflexo na forma como a PSP adere ao regime terapêutico (Costa et al., 2021).

Relativamente à prevenção da infeção do local cirúrgico na pessoa submetida a cirurgia oftalmológica e no que diz respeito à gestão do regime terapêutico, os enfermeiros consideraram relevantes a gestão dos cuidados e as estratégias promotoras de adesão.

A gestão dos cuidados reveste-se de particular importância em contexto de CA, porque permite que a recuperação seja feita no domicílio, no ambiente familiar da PSP, mantendo o foco na segurança e na prevenção de complicações (Ferraz, 2020).

O acompanhamento à distância, através de consulta telefónica no dia seguinte à alta, permite garantir a deteção precoce de eventuais complicações e esclarecer questões relacionadas com os cuidados domiciliários tendo um impacto significativo na recuperação cirúrgica da PSP (Cardante, 2020). Neste sentido, Machado et al. (2020) sublinham que no contexto oftalmológico, o acompanhamento realizado telefonicamente após a cirurgia de catarata evita complicações pós-operatórias.

Constata-se que os enfermeiros valorizam este acompanhamento, embora na prática se verifiquem diferentes procedimentos em função do local e dos recursos disponíveis: “vai o número de telefone para onde podem ligar a qualquer hora” (E13, fevereiro, 2024); “fazemos o telefonema de *follow up* a todos os utentes exceto os das injeções.” (E7, fevereiro, 2024); “Só temos telefonema das 24h para os doentes de vitrectomia, por causa da anestesia geral” (E9, fevereiro, 2024); “fazemos o telefonema das 24h a doentes submetidos (...) a cirurgias mais longas (...) e sob anestesia geral” (E3, fevereiro, 2024).

Relativamente à adesão terapêutica, este é um processo multidimensional, multifatorial e complexo, com repercussões não apenas na saúde individual e das populações, mas também

em termos sociais, económicos, ambientais e políticos, estando relacionada com tratamentos prescritos e medidas profiláticas e de promoção da saúde (Camarneiro, 2021). Para a autora, a adesão terapêutica promove-se através de medidas educacionais, tendo em conta as várias dimensões (cognitiva, afetiva e comportamental), reforçando as relações interpessoais e a comunicação, o conhecimento das preocupações e expectativas da pessoa acerca da doença e do tratamento, o envolvimento de familiar próximo, a facilitação do esquema terapêutico e avaliação das dificuldades (Camarneiro, 2021).

No âmbito da prevenção de ILC, as estratégias promotoras de adesão assumem particular relevo. O enfermeiro especialista alicerçado na fundamentação científica mais atual e no padrão de excelência do exercício profissional, faz o levantamento das necessidades e do potencial da PSP, de forma a planear e intervir de forma autónoma, promovendo a capacitação na gestão da sua situação de saúde (OE, 2017).

Neste sentido, a avaliação das necessidades informativas da PSP e família/pessoa significativa, visa desenvolver um plano de cuidados personalizado, de forma a envolvê-la no processo e capacitá-la para o autocuidado, para a deteção precoce de complicações e para comportamentos promotores de saúde e segurança (Ferraz, 2020).

A informação fornecida deve ser complementada por suporte escrito, uma vez que em situações de stress, grande parte da informação transmitida verbalmente não é apreendida (Cardante, 2020). Para além disso, os folhetos permitem facultar informações essenciais e elucidativas que podem ser consultadas a qualquer momento pela PSP ou família/pessoa significativa (IAAS, 2014). A existência de um documento informativo é um aspeto valorizado pelos enfermeiros: “Temos folhetos para todas a cirurgias” (E9, fevereiro, 2024); “entregue folha informativa com os cuidados a ter e medicação” (E13, fevereiro, 2024); “(...) levam escrito” (E7, fevereiro, 2024); “os folhetos do ensino e reforça-se depois algumas dúvidas que tenham” (E2, fevereiro, 2024); “são entregues os folhetos” (E5, fevereiro, 2024); “Os doentes de catarata levam um folheto” (E6, fevereiro, 2024); “temos folhetos para todos os doentes e para todo o tipo de cirurgias (...)” (E8, fevereiro, 2024); “todos os doentes levam um panfleto com as indicações do pós-operatório” (E11, fevereiro, 2024); “precisam dessa documentação para levar para casa, para a família ler, as vezes que forem necessárias” (E4, fevereiro, 2024).

Como referido anteriormente, a informação que é transmitida deve responder às necessidades da PSP e garantir uma recuperação segura contemplando assuntos relacionados com as possíveis complicações, os cuidados à ferida e realização de penso e as informações sobre o regime medicamentoso. Os enfermeiros confirmam a importância destes aspetos, nomeadamente com os cuidados de higiene: “Na alta é muito reforçada a necessidade de cuidados de higiene para evitar infeções” (E13, fevereiro, 2024); “deve lavar as mãos antes e depois da colocação do colírio” (E7, fevereiro, 2024); “Reforçamos sempre a

importância dos cuidados pós-operatórios, a lavagem das mãos, da higiene que eles têm de ter em casa” (E3, fevereiro, 2024); “atenção com a proximidade dos frasquinhos, para não tocar nos olhos” (E5, fevereiro, 2024); “o reforço na higienização das mãos” (E8, fevereiro, 2024); “Não mexer no olho ou na proximidade do olho.” (E11, fevereiro, 2024).

Oliveira (2015) menciona que os profissionais de saúde se deparam frequentemente com a ineficácia da gestão do regime medicamentoso, muito associado à sua complexidade, défice de conhecimentos sobre a forma de integrar as indicações terapêuticas no dia-a-dia, às exigências excessivas e a demora ou ausência de resultados positivos face ao tratamento. Mota (2018) corrobora, ao afirmar que na complexidade do regime terapêutico, o número de tomas diárias é relevante. O regime medicamentoso surge englobado num plano terapêutico, maioritariamente gerido pela pessoa que, para o concretizar da melhor forma, necessita de desenvolver competências (Mota, 2018).

Em oftalmologia, o regime medicamentoso, maioritariamente composto pela aplicação de colírios, requer a aquisição de algumas competências, nomeadamente a habilidade mecânica para proceder à sua administração, cumprir a prescrição de acordo com os horários e as doses certas, podendo ser entendido como um processo desafiante e complexo (Torrado, 2016).

Assim, o cumprimento do regime medicamentoso é outro aspeto relevante no âmbito da prevenção de ILC, salientado pelos enfermeiros do estudo: “temos particular atenção em distinguir os colírios de um olho e de outro” (E5, fevereiro, 2024); “alertar para deitar fora os colírios usados e usar os colírios novos” (E8, fevereiro, 2024); “nos cuidados com a aplicação das gotas” (E11, fevereiro, 2024); “com a indicação dos 3 colírios a aplicar, a durabilidade” (E6, fevereiro, 2024); “a colocação das gotas seja feita convenientemente, para que não haja infeções” (E4, fevereiro, 2024); “vão com penso e a indicação é manter o penso até ao dia seguinte” (E7, fevereiro, 2024); “os nossos doentes são aconselhados a retirar o penso ao chegar à casa, no próprio dia.” (E11, fevereiro, 2024).

A identificação dos sinais e sintomas de complicações são um aspeto valorizado na transmissão de informação e também faz parte da prática dos enfermeiros: “alertamos para alguma alteração” (E7, fevereiro, 2024); “É muito importante, o nosso ensino, a nossa educação para a saúde.” (E8, fevereiro, 2024); “insistimos muito no momento da alta, com o utente e com o acompanhante” (E11, fevereiro, 2024); “A todos os doentes e acompanhante são feitos ensinamentos no momento da alta” (E13, fevereiro, 2024). O envolvimento da família/pessoa significativa na continuidade dos cuidados, assume um papel facilitador na recuperação e segurança da PSP, possibilitando a continuidade dos cuidados no domicílio (Ferraz, 2020).

Na categoria “**Fatores organizacionais**”, os enfermeiros consideram que aspetos como a formação contínua, a formação especializada, o trabalho em equipa, a vigilância epidemiológica, a gestão documental, a liderança e as dinâmicas de serviço influenciam fortemente as intervenções de enfermagem relevantes para a prevenção de ILC.

De acordo com o artigo 100º do Código Deontológico (inserido no estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro), a competência e o aperfeiçoamento profissional são princípios gerais da deontologia profissional dos enfermeiros, pois estes têm o dever de “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (OE, 2015, p.6).

A formação contínua permite aos enfermeiros atualizar e aperfeiçoar os conhecimentos adquiridos na formação inicial, procurando fundamentar o processo de tomada de decisão (Parecer nº 57/2017, 2017).

No contexto atual e exigente de mudança e evolução dos contextos profissionais, a adaptabilidade e desenvolvimento de competências e conhecimentos permite aos enfermeiros que se preparem para os desafios emergentes e para um exercício profissional de excelência promovendo também a sua realização pessoal (Regulamento nº 656/2021, 2021). O avanço científico e tecnológico, bem como a especificidade da PSP com inúmeras comorbilidades, exige aos enfermeiros perioperatórios uma atualização teórica e prática contínua (AESOP, 2012). No âmbito da prevenção e controlo de infeção, a formação é uma estratégia fundamental, pois visa melhorar os conhecimentos, atitudes e habilidades, desenvolvendo o potencial dos profissionais na implementação das melhores práticas (Barroso & Florêncio, 2021). Estes autores salientam ainda que a formação deve ser planeada e simples e envolver sempre os diferentes grupos profissionais.

Neste sentido, no contexto particular de oftalmologia, os enfermeiros atribuem uma importância determinante à formação, salientando a partilha de conhecimentos e a mudança de comportamentos, embora se constate escassez de formação específica neste âmbito: “sentimos uma necessidade muito grande em ir a congressos e ir a formações (...) a formação em oftalmologia não chega muito aos enfermeiros” (E1, fevereiro, 2024); “vamos adquirindo conhecimento para colocá-lo em prática em prol do doente” (E4, fevereiro, 2024); “(...) o que podemos melhorar, o que não correu tão bem. Isso faz-nos crescer” (E7, fevereiro, 2024); “Fazemos várias formações sobre lavagem e desinfeção dos dispositivos médicos” (E3, fevereiro, 2024); “Aos poucos vão-se mudando algumas práticas depois de fazermos a nossas apresentações” (E3, fevereiro, 2024).

Relativamente à formação especializada, o Enfermeiro Especialista deve ser capaz de demonstrar capacidade de autoconhecimento, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e pluridisciplinares e ainda, alicerçar a sua tomada

de decisão em evidência científica atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Segundo a EORNA (2023), a formação pós-graduada tem influência na confiança pessoal e profissional e permite aos enfermeiros desenvolverem competências de liderança e gestão, bem como a capacidade de trabalhar em equipa e iniciar mudanças na profissão com o objetivo de garantir cuidados de enfermagem perioperatórios seguros.

Atendendo à complexidade e diversidade dos procedimentos anestésico/cirúrgicos realizados à PSP, é essencial ter uma equipa de enfermagem qualificada e experiente, com capacidade de se articular com a restante equipa pluridisciplinar, que demonstre consciência cirúrgica e que mobilize a melhor e mais atual evidência científica para a prestação de cuidados (EORNA, 2019). Assim, é esperado que o enfermeiro EEMCPSP mobilize conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, competindo-lhe ainda intervir no planeamento e implementação da formação e treino da equipa interdisciplinar (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A OE recomenda, através da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem que, para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, os BO sejam constituídos nas suas equipas por enfermeiros EEMCPSP (Regulamento nº 743/2019, 2019).

Também os enfermeiros reconhecem a importância da formação especializada no contexto de BO, a sua responsabilidade na liderança dos processos formativos nas equipas e na prevenção de ILC: “(...) evidência científica, fundamentado em evidência forte, nós como especialistas é por aí que temos de ir, e manter a nossa posição” (E11, fevereiro, 2024); “Temos de mudar mentalidades, não somos mais que os outros, temos que investir na formação, temos que nos fundamentar com evidência científica” (E7, fevereiro, 2024); “Aos poucos estamos a conseguir mudar algumas mentalidades, é pela evidência” (E3, fevereiro, 2024); “E é assim que vamos evoluindo, desafiar o outro a ir procurar informação também” (E7, fevereiro, 2024).

O trabalho em equipa em instituições de saúde foi delimitado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (2019), como uma interação dinâmica entre os profissionais de saúde que visa um objetivo comum e se refere a um conjunto de conhecimentos, atitudes e competências inter-relacionais. Ahn e Lee (2021) referiram que o trabalho em equipa tem sido enfatizado como essencial para melhorar a qualidade e a segurança no sistema de prestação de cuidados. O BO tem um ambiente dinâmico e estimulante, daí que os enfermeiros integrados numa equipa pluridisciplinar, sejam elementos de referência no que diz respeito à partilha e reflexão sobre os processos de cuidados, gerindo o trabalho em equipa e a colaboração entre todos os intervenientes no processo perioperatório (Regulamento nº 429/2018, 2018).

De acordo com Manz et al. (2021), uma equipa cirúrgica pode ser complexa, sendo a assertividade uma característica importante para uma boa relação na equipa pluridisciplinar. Estes autores salientam que a comunicação é a base dos cuidados, revelando-se importante para a instituição de uma relação de complementaridade no trabalho em equipa. Para prestar os melhores cuidados perioperatórios à PSP, os membros da equipa devem comunicar eficazmente e coordenar-se adequadamente (Sonoda et al., 2018).

Holmes et al. (2019) referem que vários estudos de investigação demonstraram que as profissões representadas no BO (enfermeiros, cirurgiões, internos, anestesiólogistas) têm perceções diferentes do trabalho em equipa. Araújo et al. (2022) corroboram, afirmando que as equipas são constituídas por pessoas com diferentes personalidades e diferentes conceções de vida, o que pode interferir nas relações pessoais e na dinâmica dos grupos. Ainda segundo os autores, as situações de stress potenciam essas diferenças, pelo que os conflitos são inevitáveis nas relações laborais, sendo crucial que os enfermeiros utilizem competências de comunicação eficaz facilitando o entendimento entre profissionais, essencial para a segurança dos cuidados à PSP (Araújo et al., 2022).

Neste sentido, Ahn e Lee (2021) defendem que a melhoria do trabalho de equipa deveria ser uma preocupação das chefias intermédias e de topo, visto que contribui para a qualidade dos cuidados prestados.

O trabalho em equipa é considerado relevante pelos enfermeiros, tendo como objetivo comum a prevenção de ILC e a segurança dos cuidados: “o trabalho em equipa fomenta o sucesso e reduz o risco de infeção do local cirúrgico” (E4, fevereiro, 2024); “há médicos mais despertos para essa situação, ou seja, essa partilha de conhecimentos” (E11, fevereiro, 2024); “quando se decide iniciar determinada prática, todas nós executamos da mesma forma” (E1, fevereiro, 2024); “Supervisionamo-nos uns aos outros, dentro da sala, no fundo há um trabalho de equipa (...) é muito importante.” (E3, fevereiro, 2024).

No entanto, os enfermeiros admitem alguns desafios na colaboração entre equipas na prática diária relacionados com divergências na implementação de procedimentos instituídos: “Temos de usar algumas estratégias, não é fácil, mas se é uma boa prática e se beneficia o doente, temos de insistir” (E8, fevereiro, 2024); “parece que nós estamos sempre a dizer o mesmo (...)” (E5, fevereiro, 2024); “os médicos dão cada vez menos importância a estas questões” (E9, fevereiro, 2024); “(...) consegue-se alguma coisa quando são enfermeiras mais resistentes, mas não como uma política do grupo” (E6, fevereiro, 2024).

A importância da vigilância epidemiológica é reconhecida para a prevenção e controlo da ILC, pois permite quantificar e caracterizar as infeções, os fatores de risco e monitorizar a eficácia das medidas de prevenção e controlo de infeção (Barroso & Florêncio, 2021).

De acordo com Ferreira (2019), os programas de vigilância epidemiológica das ILC representam um importante indicador de qualidade e segurança dos cuidados prestados nas

instituições de saúde. Uma vez que grande parte das ILC são evitáveis através da adoção de medidas concretas, os dados recolhidos pelos programas de vigilância epidemiológica são fundamentais para identificar problemas, definir prioridades e construir um plano de ação direcionado e eficaz (Ferreira, 2019).

Apesar de se estimar que a taxa de incidência de ILC em oftalmologia seja muito baixa, existe uma subnotificação institucional que dificulta a manutenção de dados confiáveis e impossibilita o conhecimento da dimensão real da situação (ANVISA, 2017). De referir que a vigilância epidemiológica não procura punir os intervenientes em determinado procedimento cirúrgico, mas sim investigar e implementar medidas rápidas e concretas para evitar a ocorrência de novos casos e limitar as complicações nos casos existentes (ANVISA, 2017). Neste âmbito, é competência específica do enfermeiro EEMCPSP intervir na gestão de risco, controlo da segurança perioperatória e ainda propor medidas corretivas tendo por base a análise epidemiológica dos eventos adversos (Regulamento nº 429/2018, 2018). Assim, é importante que os enfermeiros sejam elementos proativos em grupos de trabalho relacionados com a gestão do risco, prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos, formação em serviço e sistemas de informação, pois todos eles estão intimamente relacionados com a melhoria da qualidade dos cuidados.

Também os enfermeiros estão atentos a esta situação e identificam falhas nos processos de notificação de ILC em oftalmologia: “não se sabe qual a nossa taxa de endoftalmite, mas não é zero” (E9, fevereiro, 2024); “Tivemos um período de 3 endoftalmites seguidas nas injeções intravítreas, foram investigadas as razões por um grupo de trabalho do bloco, mas não soubemos as conclusões” (E9, fevereiro, 2024); “quais eram as infeções que existem, em termos de endoftalmites a nível nacional, mas não existe. Não há um relatório, não há um registo nacional de infeções em oftalmologia” (E12, fevereiro, 2024); “o nível de endoftalmites é nulo. Eles têm endoftalmites vindas do exterior” (E5, fevereiro, 2024); “tentamos fazer um trabalho sobre a infeção do local da ferida cirúrgica, e criar um ícone para registar infeções, porque efetivamente elas não são registadas” (E6, fevereiro, 2024).

Relativamente à gestão documental, de acordo com o Parecer CE nº 275/2023 da OE (2023), a documentação em enfermagem refere-se ao conjunto de informação produzida pelo enfermeiro decorrente da prática clínica, na qual compila informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (intervenções autónomas), bem como toda a informação, resultante do processo de tomada de decisão, de outros profissionais e implementadas pelo enfermeiro (intervenções interdependentes). Além disso, os registos de enfermagem englobam todas as demais informações necessárias para garantir a continuidade dos cuidados. Ainda neste âmbito, a elaboração de normas e procedimentos representa um importante guia orientador na garantia da uniformização das práticas e na segurança dos cuidados prestados (Barroso & Florêncio, 2021).

A EORNA (2023), reconhece a necessidade da implementação de processos padrão e diretrizes desenvolvidos por agentes hospitalares locais, nacionais e internacionais, mas sugere também que os elementos das equipas pluridisciplinares, desenvolvam de forma colaborativa orientações baseadas em evidências. Esta instituição de referência para a enfermagem europeia realça que o desenvolvimento de diretrizes deve ajudar as equipas perioperatórias a tomar decisões apropriadas, reduzir variações prejudiciais nas práticas e garantir a sua segurança (EORNA, 2023). Também Rodrigues (2019), afirma que no âmbito da prevenção de ILC, a elaboração de protocolos de higienização, limpeza e manutenção das superfícies, são medidas fundamentais para o controlo da qualidade do ambiente hospitalar. Neste sentido, os enfermeiros afirmam que a gestão documental é imprescindível para a continuidade, uniformização e segurança dos cuidados: “usamos as guidelines da Sociedade Europeia de Cirurgia de Catarata e Refrativa” (E9, fevereiro, 2024); “As fichas de limpeza e os protocolos estão todos disponíveis para elas poderem consultar” (E3, fevereiro, 2024); “é a norma da nossa instituição” (E7, fevereiro, 2024); “há um protocolo assinado entre conselho de administração, diretor de oftalmologia e a Unidade” (E6, fevereiro, 2024). No entanto, também se deparam com alguns desafios na colaboração coletiva e na adesão aos protocolos instituídos: “Mas só alguns cirurgiões colocam” (E9, fevereiro, 2024); “salvo alguma exceção que o cirurgião não queira. Mas o protocolo é assim” (E8, fevereiro, 2024).

Relativamente à liderança, esta consiste no “processo de conduzir as ações ou influenciar o comportamento e a mentalidade de outras pessoas [...] é a realização de metas por meio da direção de colaboradores” (Maximiano, 2012, p.282). A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para a tomada de decisões, comunicação e uma gestão de forma efetiva e eficaz (Balsanelli & Cunha, 2006). O ambiente hospitalar é considerado complexo e no âmbito da prestação de cuidados de saúde, uma liderança efetiva deve promover o empenho dos profissionais com a qualidade e a segurança dos cuidados (Mota et al., 2022). De acordo com estes autores, o modelo de liderança adotado pelos enfermeiros gestores perioperatórios deve promover a autonomia dos seus profissionais, capacitá-los, envolvê-los nos processos de decisão, promover o trabalho em equipa, assegurando também o cumprimento de normas e a obtenção dos resultados esperados. É através da liderança que o enfermeiro consegue conciliar as metas da organização com as da equipa, pelo que um estilo adequado de liderança pode encaminhar a equipa ao sucesso e à prestação de cuidados de excelência, enquanto um estilo de liderança que a influencie negativamente pode levar os liderados a questionar o poder do líder dentro da equipa, impedindo-a assim de se desenvolver (Balsanelli & Cunha, 2006).

Compreendendo a relação da liderança com a segurança, a qualidade dos cuidados e o trabalho em equipa, os enfermeiros consideram este aspeto essencial para fomentar práticas congruentes com o evidenciado na literatura: “É importante haver uma hierarquia que nos

permita fazer valer os nossos conhecimentos” (E4, fevereiro, 2024); “alguém superior hierarquicamente que dê a cara e que nos defenda” (E6, fevereiro, 2024).

Os enfermeiros referem ainda: “há uma diferença muito grande entre gestor e líder” (E6, fevereiro, 2024); “não temos ninguém que nos defenda, portanto acaba por ser uma luta inglória” (E6, fevereiro, 2024); “Tivemos um ano sem formações, sem briefings, ou debriefings, nada disso, porque a chefia achou que não era importante” (E6, fevereiro, 2024). Estas afirmações são corroboradas por Mota et al. (2022) que defendem a existência de uma liderança que proporcione um ambiente favorável para a prática de enfermagem e para o desenvolvimento das equipas. Também Duarte e Bernardes (2024) relevam que faz parte da arte da liderança emocional a capacidade para impor a realidade das exigências do trabalho sem perturbar indevidamente as pessoas, sendo que quanto maiores forem as exigências de trabalho em termos de emoções, maior deve ser a capacidade de empatia e apoio do líder. As dinâmicas de serviço são questões organizacionais que condicionam o desempenho dos profissionais de saúde, referem-se aos processos, interações e fluxos de trabalho envolvidos na prática de prestação de cuidados diários (Antunes, 2020).

A gestão do tempo é uma área em que as organizações procuram intervir, procurando adequar os procedimentos aos desempenhos individuais e coletivos dos profissionais, de modo a influenciar os seus níveis de produtividade (Ribeiro et al., 2016) No entanto, a complexidade dos procedimentos e da tecnologia existente no BO, a carga de trabalho ou a falta de formação específica em determinadas áreas da enfermagem perioperatória influenciam a prestação dos profissionais (Antunes, 2020).

Além disso, equipas com comportamentos por vezes inadequados, materiais que não estão disponíveis quando são precisos, elementos na equipa menos colaborativos, situações de urgência/emergência, problemas relacionados com a profissão de enfermagem, turnos de trabalhos intensos, carga elevada de horas de prevenção, entre outros, são algumas das situações indutoras de stress em ambiente perioperatório (Martins, 2004).

Estes aspetos foram destacados pelos enfermeiros como condicionantes de um bom desempenho na prestação dos cuidados: “não aguenta o stress e a pressão a que nós somos submetidas diariamente. A pressa, a rotatividade” (E6, fevereiro, 2024); “porque os timings têm que ser rápidos, a cirurgia de ambulatório é tudo a correr e as pessoas esquecem-se do essencial, esquecem-se que está ali um ser humano” (E4, fevereiro, 2024); “tem de se atingir é um número, e não a qualidade, em que a pressão é constante” (E6, fevereiro, 2024).

Para Antunes (2020), o investimento em formação, o recurso a protocolos de atuação, a dotação de mais recursos humanos, a melhoria de condições de trabalho e da comunicação são fatores organizacionais promotores do bom desempenho das equipas.

8. Conclusão

As infeções do local cirúrgico em oftalmologia são complicações pós-operatórias graves que se traduzem frequentemente em procedimentos cirúrgicos adicionais, tratamentos e internamentos que provocam grande impacto na pessoa submetida a cirurgia oftalmológica, tanto a nível pessoal, familiar, profissional e social. Estas infeções podem conduzir a perda de visão funcional ou até a remoção do órgão afetado devido ao risco de infeção sistémica. Embora as práticas para a prevenção de infeções possam variar dependendo dos contextos, a adesão aos princípios fundamentais de controlo de infeção e a implementação de práticas baseadas em evidências, permitem aos profissionais de saúde minimizar o risco de infeções e promover a segurança da PSP.

A utilização de um modelo conceptual como base dos cuidados de enfermagem é fundamental. O PPFM orienta a prática de enfermagem centrada na pessoa durante todo o período perioperatório. Neste estudo, este referencial teórico permitiu fundamentar e contextualizar os resultados obtidos nos seus vários domínios, com foco no domínio da segurança representado nas categorias “gerir o ambiente” e “atitudes terapêuticas”, no domínio das respostas fisiológicas e comportamentais da PSP nas categorias do “autocuidado” e “gestão do regime terapêutico”, não esquecendo o domínio do sistema de saúde que representa os “fatores organizacionais” que influenciam os resultados de todo o processo perioperatório.

A prevenção de ILC em oftalmologia assume particular importância, pois permite, através da implementação de intervenções específicas, alcançar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem tendo em vista os ganhos na saúde da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica.

Este estudo destaca as intervenções de enfermagem que os enfermeiros consideram mais relevantes no contexto da prevenção de ILC em oftalmologia, realçando a necessidade da orientação das práticas através de diretrizes padronizadas sustentadas em evidência científica.

A escassa bibliografia atual existente sobre o tema, direcionada à prevenção de ILC em oftalmologia e mais especificamente aos cuidados de enfermagem neste contexto, representaram por um lado, limitações ao estudo e por outro motivaram o desenvolvimento desta investigação. Como referido pelos participantes da reunião de discussão, a formação específica na área da cirurgia oftalmológica ainda permanece de acesso restrito a membros de associações e grupos académicos de referência nesta área, restringindo o acesso à

evidência científica e a orientações claras e objetivas essenciais à prática de cuidados de qualidade. De igual modo, a inexistência de vigilância epidemiológica neste âmbito, a nível nacional, não permite obter dados concretos sobre a dimensão da situação e consequentemente, sobre as estratégias a adotar na prevenção e controlo de ILC em oftalmologia.

A amostra de participantes de diferentes instituições e regiões do País na reunião de discussão configurou-se positiva por permitir a partilha de experiências de enfermeiros dos diferentes contextos de BO de oftalmologia, enriquecendo os contributos ao estudo de investigação.

Espera-se que este estudo contribua como ponto de partida para a implementação de intervenções de enfermagem específicas para a prevenção de ILC em oftalmologia e que os resultados alcançados permitam a realização de estudos adicionais com vista a aprofundar os conhecimentos nesta área específica.

Como estratégia de disseminação científica pretende-se divulgar os resultados obtidos neste estudo através da publicação de um artigo científico e da apresentação e participação em reuniões científicas sobre o tema abrangente das IACS.

Como desafio profissional pretende-se implementar um programa de vigilância epidemiológica a nível institucional para permitir registar e monitorizar a incidência de ILC em oftalmologia, de forma a conhecer a realidade e contextualizar os cuidados direcionados à prevenção e controlo de infeções neste âmbito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta fase final do ciclo de estudos, o caminho percorrido revela-se tão importante como o resultado alcançado.

A realização do estágio no âmbito de CA permitiu desenvolver competências especializadas no cuidado à PSP e na garantia da segurança do ambiente cirúrgico complexo.

As diversas oportunidades de aprendizagem na UCA e BOC possibilitaram mobilizar conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa e família/pessoa significativa ao longo de toda a sua experiência perioperatória.

De facto, os desafios proporcionados por este contexto permitiram desenvolver um processo de reflexão sobre a prática profissional exigindo também uma pesquisa bibliográfica e fundamentação teórica metódica de forma a apresentar capacidade de tomada de decisão na prestação de cuidados especializados à PSP e na resolução de questões complexas.

A diversidade de procedimentos, de profissionais e de situações permitiu refletir sobre a importância da articulação entre os diversos elementos da equipa no processo cirúrgico e sobre o contributo determinante do enfermeiro especialista e mestre no seio da equipa pluridisciplinar.

Todos estes momentos de aprendizagem, pelos desafios que proporcionaram e pelos contributos inegáveis que representaram, contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional como enfermeira especialista na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2011). *Recomendações técnicas para bloco operatório*. ACSS. Ministério da Saúde.
- ACSS. (2022). *Especificações Técnicas para Instalações de AVAC - ET 06/2008, V. 2022*. ACSS. Unidade de Instalações e Equipamentos. Ministério da Saúde.
- AESOP. (2012). *Enfermagem perioperatória- Da filosofia à prática dos cuidados*. (1ª reimpressão). Lusodidacta.
- AESOP. (2013). *Práticas recomendadas para o bloco operatório* (3a ed). AESOP.
- Ahn, S. & Lee, N.J. (2021). Development and Evaluation of a Teamwork Improvement Program for Perioperative Patient Safety. *The journal of nursing research. JNR*, 29 (6), e181. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000460>
- AHRQ. (2019). TeamSTEPPS 2.0: Currículo Básico. <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/index.html>
- Antunes, M. (2020). *O stress ocupacional nos enfermeiros do bloco operatório*. (Dissertação de mestrado). http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2432/1/Maria_Antunes.pdf
- ANVISA. (2017). *Medidas de Prevenção de Endoftalmites e de Síndrome Tóxica do Segmento Anterior Relacionadas a Procedimentos Oftalmológicos Invasivos*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa.
- APCA. (2012). *Recomendações portuguesas para a profilaxia e tratamento das náuseas e vômitos em Cirurgia Ambulatória*. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf
- APCA. (2013). *Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em Cirurgia Ambulatória*. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao_DorAguda.pdf
- APCA. (2020). *Recomendações Nacionais - Retorno da atividade cirúrgica na era covid-19 - Cirurgia de Ambulatório*. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/RECOMENDACOES_NACIONAIS_RETOMA_DA_CA.pdf

Araújo, I. A., Souza, M., Gomes, J., Ferreira, V., Corgozinho, M., & Oliveira, E. (2022). Conflitos ético-morais na assistência de enfermagem no período perioperatório. *Health Residencies Journal- HRJ*, 3(14), 890-911. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.317>

Balsanelli, A. P. & Cunha, I. C. K. O. (2006). Liderança no contexto da enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40, 117-122.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. (3ª reimp. da 1ª edição de 2016). Edições 70.

Barroso, F., Sales, L., Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a Segurança do Doente*. (1ªed.) Lidel.

Barroso, F. & Florêncio, V. (2021). Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (1ª ed.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (217-234) Lidel.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito*. (2ª ed.). Quarteto.

Benze, C., Spruce, L., & Groah, L. (2021). Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice. AORN Inc. https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee_1

Borgia, A., Mazzuca, D., Della Corte, M., Gratteri, N., Fossati, G., Raimondi, R., Pagano, L., Scordia, V., & Giannaccare, G. (2023). Prophylaxis of Ocular Infection in the Setting of Intraocular Surgery: Implications for Clinical Practice and Risk Management. *Ophthalmology and therapy*, 12(2), 721–734. <https://doi.org/10.1007/s40123-023-00661-9>

Branch, R., Amiri, A. (2020). Environmental Surface Hygiene in the OR: Strategies for Reducing the Transmission of Health Care–Associated Infections. *AORN Journal*, 112 (4), 327-342. <https://doi.org/10.1002/aorn.13175>

Câmara, E. (2018). *A relação dos técnicos de farmácia com o sistema pyxis na gestão hospitalar do medicamento*. (Dissertação de Mestrado). Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/11506>

Camarneiro, A.P. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7). doi.org/10.12707/RV20145

Cardante, S. (2020). Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up em cirurgia de ambulatório: a perspetiva dos enfermeiros.

[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34037/1/Disserta%
20Cardante.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34037/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Sandra%20Cardante.pdf)

Caseiro, J. M. (2009). Critérios de admissão e de alta em cirurgia do ambulatório: A perspectiva do anestesiológico. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 2(8), 49-57.

Chang, D.F., Mamalis, N. (2018). Guidelines for the cleaning and sterilization of intraocular surgical instruments. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, 44(6), 765-773. <https://doi.org/10.1016/j.jcrs.2018.05.001>

Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDCA). (2008). *Relatório preliminar- Cirurgia de ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente*. Ministério da saúde.

Costa, D., Maltez, F., Mota, L., & Príncipe, F. (2021). Relevance of information on elderly patients' homecoming after cataract surgery: from nurses' perspective. *Millenium*, 2 (nº 14), 21-28. DOI: 10.29352/mill0214.20801

Costa, M.M. (2023). *Práticas Seguras na Prevenção e Controlo de Infeção na Área de Anestesia no Intraoperatório*. (Relatório Final de Estágio). Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.26/50086>

Decreto-lei nº 13/2009 de 12 de janeiro (2009). Estabelece as condições e os requisitos para que os estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde, públicos e privados, do território continental, independentemente da sua natureza jurídica, dispensem medicamentos para tratamento no período pós-operatório de situações de cirurgia de ambulatório. *Diário da República, Série I, nº 7 (12-01-2009) (232)*.

Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro (1996). REPE. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República, I-A série, nº 205 (04-09-1996) (2959-2962)*.

Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República, Série I, nº 157 (16-08-2018) (4147-4182)*.

Deepthi, K. G., & Prabakaran, S. R. (2020). Ocular bacterial infections: Pathogenesis and diagnosis. *Microbial pathogenesis*, 145, 104206. <https://doi.org/10.1016/j.micpath.2020.104206>

Deodato, S. (2022). Ética da Investigação em saúde. In Sequeira, C. & Néné, M. (coords.), *Investigação em Enfermagem- Teoria e Prática* (pp.71-96). Lidel.

Despacho nº 242/96 de 13 de agosto (1996). Estabelece normas de organização e gestão global dos resíduos hospitalares. Diário da República, 2ª Série, nº 187 (13-08-1996) (11380-11381).

Despacho nº 25832/2007 de 13 de novembro (2007). Cria a Comissão Nacional para o desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório com o objetivo de estudar e propor uma estratégia, e as correspondentes medidas, para o desenvolvimento da CA no Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, Série 2, nº 218 (13-11-2007) (32871).

Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio (2015). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, Série II, nº 102 (27-05-2015) (13550 - 13553).

Despacho nº 9390/2021 de 24 setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). Diário da República, 2.ª série, nº 187 (24-09-2021) (96-101).

Despacho nº 1380/2018 de 8 de fevereiro (2018). Cria um Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. Diário da República, 2ª série, nº 28 (08-02-2018) (4511-4511).

Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015- 2020 (PNDS 2015-2020). Diário da República, 2ª série, nº 28 (10-02-2015) (3882-2- 3882-10).

DGS. (2010). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;jsessionid=

DGS. (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (Norma nº 001/2017 de 08/02/2017). Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

DGS. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Direção-Geral da Saúde.

DGS. (2019). *Norma nº 007/2019 de 16/10/2019. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Direção-Geral da Saúde.

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

DGS. (2022a). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: relatório anual do programa prioritário-PPCIRA, 2021*. Direção-Geral da Saúde.

DGS. (2022b). *Normas da DGS: uma nova visão para a qualidade em saúde*. Departamento da qualidade na saúde. Direção-Geral da Saúde.

DGS. (2022c). *Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto* (NORMA CLÍNICA: 031/2013 de 31/12/2013 atualizada a 17/11/2022). Direção-Geral da Saúde.

DGS. (2023). *Norma 008/2023: Medicamentos de Alta Vigilância*. Direção-Geral da Saúde.

DQS. (2017). *Manual de Standards – Unidades de Gestão Clínica*. Departamento de Qualidade na Saúde. Direção-Geral da saúde.

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

Duarte, A & Martins, O. (2019). *Controlo da Infeção Hospitalar*. (1ª ed.). Lidel.

Duarte, P & Bernardes, S. (2024). *“PENSAR FORA DA CAIXA...” UM PROJETO DE LIDERANÇA PARTICIPATIVA: Uma parceria de uma Unidade Cirúrgica, com o Serviço de Saúde Ocupacional, na promoção de ambientes de trabalho saudáveis*. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online*, 17, esub0436. <https://doi.org/10.31252/rpso.23.03.2024>

ECDC. (2019). *Healthcare-associated infections: surgical site infections*. Disponível em: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-SSI.pdf

ECDC. (2023). *Healthcare-associated infections: surgical site infections. Annual epidemiological report for 2018-2020*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Healthcare-associated%20infections%20-%20surgical%20site%20infections%202018-2020.pdf>

EORNA. (2019). *EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing*. (3º ed) EORNA. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Common-Core-Curriculum-for-Perioperative-Nursing-Third-Edition-2019.pdf>

EORNA. (2023). *EORNA Best Practice for perioperative care*. (3º ed.). EORNA. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2023/07/EORNA-Best-Practice-for-perioperative-care2023.pdf>

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. (2023). *Guia de Orientação de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II- Área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória*. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Falavigna, L., Scheid, K., Lavinsky, D., Mallmann, F. (2020). Protocolo de injeções intravítreas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: uma revisão de condutas para uma assistência mais qualificada. *Clinical and Biomedical Research*, 40(3), 173-183. <https://doi.org/10.22491/2357-9730.105451>

Félix, R., Cortinhal, T., Raimundo, M. & Figueira, J. (2023). Anatomic and functional outcomes following treatment of acute endophthalmitis: 7 years experience of the central region of Portugal. *Oftalmologia*, aprovado para publicação.

Ferraz, G. (2020). *Informação transmitida pelo enfermeiro de cirurgia ambulatória para o autocuidado dos utentes*. (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Ferreira, E. (2019). Vigilância das infeções associadas aos cuidados de saúde. In A. Duarte & O. Martins (coords) *Controlo da infeção hospitalar*. (pp. 183-195). Lidel.

Ferrito, C. (2014). Conceitos Básicos Da Enfermagem Perioperatória. In A. Duarte & O. Martins (coords) *Enfermagem em Bloco Operatório*. (pp. 3-9). Lidel.

Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios. (2015). AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO NACIONAL DOS BLOCOS OPERATÓRIOS. Ministério da Saúde. https://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operat_orios_Outubro2015.pdf

Holmes, T., Vifladt, A., & Ballangrud, R. (2019). A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing. *Nursing open*, 7(2), 571–580. <https://doi.org/10.1002/nop2.422>

International Association for Ambulatory Surgery. (2014). *Day Surgery Handbook- Ambulatory Surgery Handbook*. 2nd Edition. IAAS.

Jesus, J., & Abreu, V. (2014). Humanização em bloco operatório. In A. Duarte & O. Martins (coords) *Enfermagem em Bloco Operatório*. (pp. 39-46). Lidel.

Kanclerz, P., & Myers, W. G. (2022). Chlorhexidine and other alternatives for povidone-iodine in ophthalmic surgery: review of comparative studies. *Journal of cataract and refractive surgery*, 48(3), 363–369. <https://doi.org/10.1097/j.jcrs.0000000000000754>

Kolovos, P. (2020). Assistência de enfermagem perioperatória: baseada em modelo teórico. *Hellenic journal of nursing*, 59 (4), 353-359.

Lima, N. & Pinto, S. (2014). Cirurgia Ambulatória. In A. Duarte & O. Martins (coords) *Enfermagem em Bloco Operatório*. (pp. 123-133). Lidel.

Link, T. (2019). Guideline implementation: sterilization. *AORN Journal*, 109 (6), 772-782. <https://doi:10.1002/aorn.12668>

Luz, R.A., Dall'Oglio, L.P.S., Silva, F.S., Ghirelli, W.& Padoveze, M.C. (2019). Endophthalmitis after cataract surgery: results from seven years of epidemiological surveillance. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 78 (2), 86-90. <https://doi:10.5935/0034-7280.20180102>

Machado, T.M.D., Santana, R.F., Vaqueiro, R.D., Santos, C.T B., & Souza, P.A. (2020). Telephone follow-up of the elderly after cataract surgery. *British Journal of Visual Impairment*, 38(2), 184–195.

Madaleno, S. (2014). Vestuário no bloco operatório. In A. Duarte & O. Martins (coords) *Enfermagem em Bloco Operatório*. (pp. 53-57). Lidel.

Manz, J., Williams, K., Jessen, J., & Kirkpatrick, A. (2021). Addressing the Perioperative Nursing Shortage Via a Perioperative Nursing Preceptorship for Baccalaureate Nursing Students. *AORN Journal*, 113 (1), p.52–63. <https://doi.org/10.1002/aorn.13277>

Martins, M. (2004). O stresse no trabalho em médicos e enfermeiros do Bloco Operatório de um Hospital Central do Porto. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar).

Matos, F.M., Sales, L., Baquero, L. & Bilbao, M. (2021). Cirurgia segura. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (coords.) *Guia prático para a segurança do doente*. (pp.235-246). Lidel

Maximiano, A.C.A. (2012). *Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital*. São Paulo: Atlas.

Ministério da Saúde. (2016). Metainformação - Especificação de Conceito. SBM- BI de conceitos, 2016-2024. ACSS e SPMS. https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_con=89

Mota, A.S.C., Castilho, A.F.O.M. & Martins, M.M.F.P. (2022). Papéis de liderança em enfermagem preditores da segurança do doente no bloco operatório. *Revista baiana de enfermagem*.36(e46571) DOI 10.18471/rbe.v36.46571.

Mota, L. (2018). Um modelo de acompanhamento de enfermagem: a gestão de casos. No cuidado à pessoa submetida a transplante hepático. (Tese). ICBAS. <https://hdl.handle.net/10216/111226>

Oliveira, C. (2015). *Autocuidado: Gerir Regime Medicamentoso - Uma Revisão Integrativa da Literatura, Contributo para o Desenvolvimento de um Modelo Clínico de Dados em Enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10771>

Oliveira, S. (2023). *Lesão por pressão no posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado*. (tese de mestrado). Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/48442/1/Relat%c3%b3rioFinal.pdf>

Ong, A.Y., Birtel, J. & Issa, P.C. (2024). Greener intravitreal injections: a narrative review. *Springer Nature. The Royal College of Ophthalmologists*, <https://doi.org/10.1038/s41433-024-03185-z>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of pratique* (6Th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby.

Parecer nº 57/2017 de 14 de junho (2017). Autonomia no tratamento ao utente. Conselho de Enfermagem. (14-06-2023)

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_57_AutonomiaTratamentoDoente.pdf

Parecer CE nº 275/2023 de 31 de março (2023). Responsabilidade do enfermeiro na transição de cuidados do intraoperatório, para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. Ordem dos Enfermeiros. (31-03-2023) https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28634/parecer-ce-n%C2%BA-275-2023_responsabilidade-do-enfermeiros-na-transi%C3%A7%C3%A3o-de-cuidados-do-intraoperat%C3%B3rio-para-a-uc-posanestesicos_anonimizado.pdf

Queirós, P.J.P., Vidinha, T.S.S & Filho, A.J.A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3). pp.157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

Regulamento nº 556/2017 de 17 de outubro (2017). Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida. Diário da República, 2ª série, nº 200 (17-10-2017) (23636-23638).

Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2ª série, nº 135 (16-07-2018) (19359-19370).

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, nº 26 (06-02-2019) (4744-4750).

Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da república, 2.ª série, nº 184 (25-09-2019) (128-156).

Regulamento nº 656/2021 de 16 de julho (2021). Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª série, nº 137(16-07-2021). <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2021/07/16/regulamento-de-formacao-profissional-da-ordem-dos-enfermeiros/>

Resolução do Conselho de Ministros nº 159-A/2008 de 17 de outubro (2008). Estabelece a realização de uma campanha de sensibilização para a cirurgia de ambulatório. Diário da República, 1ª Série, nº 202 (17-10-2008) (7458-2).

Ribeiro, O., Vieira, M., Cunha, M., Dias, A., & Martins, R. (2016). Gestão do tempo no planeamento de cuidados de enfermagem. *Servir*, 59(4), 7–11. <https://doi.org/10.48492/servir024.24023>

Rodrigues, M. (2019). Limpeza do meio ambiente. In A. Duarte & O. Martins (coords) *Controlo da infeção hospitalar*. (pp.56-66). Lidel.

Rosário, E. (2019). Medidas de isolamento. In A. Duarte & O. Martins (coords) *Controlo da infeção hospitalar*. (pp.80-93). Lidel.

Rothrock, J.C. & Smith, D.A. (2000). Selecting the Perioperative Patient Focused Model. *AORN Journal*, 71, 1030-1037. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)61552-4)

Rutala, W.A., Weber, D.J. (2019). Best practices for disinfection of noncritical environmental surfaces and equipment in health care facilities: A bundle approach. *American Journal of Infection Control*, 47, A96–A105.

Salazar-Maya, A. M. (2022). Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 40(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>

Seidelman, J.L., Mantyh, C.R., & Anderson D.J. (2023). Surgical Site Infection Prevention: A review. *JAMA*. 329(3), 244–252. <https://doi:10.1001/jama.2022.24075>

Silva, J.V., Haddad, J.G., Pereira, M.I. & Lima, R.S. (2011). Teoria de enfermagem do deficit do autocuidado - Dorethea Orem. In C. G. Braga, & J. V. Silva, *Teorias de enfermagem* (pp. 85-103). São Paulo: Iátria.

Silva, I. S., Veloso, A. L. & Keating, J.B. (2014). *Focus group*: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26, 175-190. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n26a12.pdf>

Silva, S. C. R. L. (2022). *Consulta de Enfermagem Pré-operatória em Cirurgia de Ambulatório: Importância para a satisfação do utente*. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/26363/1/Susana%20Cristina%20Ruivo%20Lo%CC%81%20Silva.pdf>

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2017). Recomendações para Abordagem Anestésica do Doente Idoso em Cirurgia de Ambulatório. *Revista da sociedade portuguesa de anestesiologia*, 26(2), 52-60. <https://www.spanestesiologia.pt/recomendacoes-spa/>

Soleimani, M., Haydar, A.A., Cheraqpour, K., Zeidabadinejad, H., Esfandiari, A., Eshaghhosseiny, N., Shahmohammadi, A., Banz, S., & Djalilian, A.R. (2024). In praise of povidone-iodine application in ophthalmology. *Survey of ophthalmology*, 69(2), 211–223. <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2023.11.002>

Sonoda, Y., Onozuka, D., & Hagihara, A. (2018). Fatores relacionados ao desempenho do trabalho em equipa e ao stress dos enfermeiros do centro cirúrgico. *Journal Of Nursing Management*, 26 (1), 66-73. <https://doi.org/10.1111/jonm.12522>

Sousa, H. & Marques, O. (2014). Anestesia. In A. Duarte & O. Martins (coords) *Enfermagem em Bloco Operatório*. (pp. 69-92). Lidel.

Sousa,P.P.& Ferrito, C. (2022). Metodologia Qualitativa aplicada à investigação em cuidados de saúde. In Sequeira,C. & Néné, M. (coords.), *Investigação em Enfermagem- Teoria e Prática* (pp.71-96). Lidel.

Torrado, A. (2016). *A preparação para o regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família – A parceria como intervenção de enfermagem* (Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa - Relatório de Estágio). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17181>

UCA. (2023). *Processo Assistencial Integrado, Cirurgia de Ambulatório*. CHUC, Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

Viegas, C. & Névoa, I. (2014). Recursos Humanos. In A. Duarte & O. Martins (coords) *Enfermagem em Bloco Operatório*. (pp. 29-38). Lidel.

Viegas, C. (2019). O controlo de infeção no bloco operatório. In A. Duarte & O. Martins (coords) *Controlo da infeção hospitalar*. (pp.129-138). Lidel.

Vilelas, J. (2022). *Investigação- O processo de construção do conhecimento*. (3ªed.). Edições Sílabo.

WHO. (2016). *Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities*. I. World Health Organization. II. Pan American Health Organization.

WHO. (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. Second edition. Geneva: World Health Organization.

Wicklin, S. A. V. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review.

Perioperative Care and Operating Room Management, 18 (100083).

<https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>

Wistrand, C., Söderquist, B. & Sundqvist, A.S. (2021). Time-dependent bacterial air contamination of sterile fields in a controlled operating room environment: an experimental intervention study. *Journal of Hospital Infection*, 110, p97-102.

<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.01.016>

Zaharia, A.C., Dumitrescu, O.M., Rogoz, R.E., Dimirache, A. E. & Zemba, M. (2021).

Preoperative antisepsis in ophthalmic surgery (a review). *Romanian Journal of*

Ophthalmology, 65(2), 120–124. <https://doi.org/10.22336/rjo.2021.25>

ANEXOS

ANEXO I: Certificado de Comunicação Oral:

**“Projeto de melhoria contínua: rastreabilidade em
contexto intraoperatório”**



CERTIFICADO

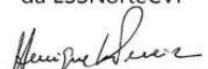
Certifica-se que:

Luciana Forte, Neli Bastos, Ana Rita Pires, Luís Miguel Filipe, Liliana Santos, Mário Miranda, Dina Costa

apresentou a comunicação oral intitulada “Projeto de melhoria contínua: rastreabilidade em contexto intraoperatório” inserida no 5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção, realizado nos dias 26 e 27 de outubro de 2023, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

Santa Maria da Feira, 27 de outubro de 2023

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP


Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica


Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

www.essnortecvp.pt

ANEXO II: Certificado de Comunicação Oral:

“Desinfecção do local cirúrgico em Oftalmologia: Que evidência?”

CERTIFICADO

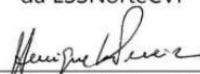
Certifica-se que:

Luciana Forte, Neli Bastos, Ana Rita Pires, Luís Miguel Filipe, Liliana Santos, Mário Miranda, Dina Costa

apresentou a comunicação oral intitulada “Desinfecção do local cirúrgico em Oftalmologia: Que evidência?” inserida no 5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção, realizado nos dias 26 e 27 de outubro de 2023, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

Santa Maria da Feira, 27 de outubro de 2023

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP


Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica


Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

ANEXO III: Certificado de Comunicação Oral:

**“O Enfermeiro Instrumentista em Oftalmologia- Uma
visão sobre a prática de Cuidados”**



CERTIFICADO

Certifica-se que a *Comunicação Livre* subordinada ao tema “O enfermeiro instrumentista em oftalmologia”, da autoria de Neli Jacinto Leitão Bastos e coautores Dina Teresa Ferreira da Costa, Luís Miguel Teixeira Mendes Filipe, Catarina Ferreira Silva Menezes Antunes e Joana Patrícia Sousa Cristóvão, foi apresentada no Congresso Enfermagem Perioperatória – Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência, que se realizou no Auditório Municipal de Lousada, nos dias 24 e 25 de novembro de 2023.



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

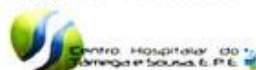
Penafiel, 25 de novembro de 2023

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

José Ribeiro

Enfermeiro Diretor

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



ANEXO IV: Certificado de Comunicação Oral:

“Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a terapia genética em oftalmologia”



CERTIFICADO

Certifica-se que a *Comunicação Livre* subordinada ao tema “Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a terapia genética em oftalmologia”, da autoria de Luís Miguel Teixeira Mendes Filipe e coautores Ana Rita Fonseca Pires, Dina Teresa Ferreira da Costa, Lílina Patrícia Gomes Santos, Neli Jacinto Leitão Bastos, Luciana Forte e Sérgio Miranda, foi apresentada no Congresso Enfermagem Perioperatória – Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência, que se realizou no Auditório Municipal de Lousada, nos dias 24 e 25 de novembro de 2023.



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

Penafiel, 25 de novembro de 2023

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

A handwritten signature in blue ink, belonging to José Ribeiro.

José Ribeiro

Enfermeiro Diretor

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



**ANEXO V: Certificado de 3º Prémio Atribuído à
Comunicação Oral:**

**“Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a terapia
genética em oftalmologia”**



CERTIFICADO

Certifica-se que à *Comunicação Livre* subordinada ao tema “Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a terapia genética em oftalmologia”, da autoria de Luís Miguel Teixeira Mendes Filipe e coautores Ana Rita Fonseca Pires, Dina Teresa Ferreira da Costa, Liliana Patrícia Gomes Santos, Neli Jacinto Leitão Bastos, Luciana Forte e Sérgio Miranda, apresentada no Congresso Enfermagem Perioperatória – Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência, que se realizou no Auditório Municipal de Lousada, nos dias 24 e 25 de novembro de 2023, foi atribuído o Terceiro Prémio.



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

Penafiel, 25 de novembro de 2023

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

José Ribeiro

Enfermeiro Diretor

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



ANEXO VI: Certificado de Póster Científico:

**3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica /
Adulto e Idoso - ESEL: Inovação em Enfermagem:
Produção do Conhecimento e Exercício Clínico**



CERTIFICADO

Certifica-se que Neli Bastos e Dina Costa participaram com um Poster de sua autoria, com o tema “Prevenção Da Infeção Do Local Cirúrgico Na Pessoa Submetida A Cirurgia Oftalmológica: Perspetiva Dos Enfermeiros” no 3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico, que decorreu no dia 7 de fevereiro de 2024.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

ANEXO VII: Apreciação e votação do parecer da comissão de ética



APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer n.º 013/2024	Código: 2023.067	Data: 22 de janeiro 2024
-----------------------------	-------------------------	---------------------------------

Título do estudo de investigação: Prevenção da infeção do local cirúrgico na pessoa submetida a cirurgia oftalmológica: Perspetiva dos enfermeiros

Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: Linha de Investigação Enfermagem: Resposta humana ao processo de saúde/doença – Linha de Investigação 1

Investigador responsável: Neli Jacinto Leitão Bastos (orientador: Dina Teresa Ferreira da Costa) **Protocolo (se aplicável):** N/A

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

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

Resumo do Parecer/Recomendações:

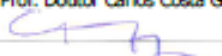
O projeto de investigação é pertinente e com relevância para a temática em estudo.

1. O estudo tem justificação na medida em que incrementará o conhecimento científico nesta problemática.

CONCLUSÃO

Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data: 22 de janeiro de 2024	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes  Assinatura:
------------------------------------	---



ANEXO VIII: Apresentação da Categoria: “Autocuidado”

Categoria	Subcategoria	Sub-subcategoria	Unidade de registo
Autocuidado	Higiene	Banho pré-cirúrgico	<p>E10: “o banho com clorexidina, mesmo não incluindo a face e cabeça, tem influência neste contexto de oftalmologia”</p> <p>E9: “não fazem preparação de banho pré-operatório”</p> <p>E3: “não fazem banho pré-cirúrgico como está recomendado para a cirurgia geral”</p>
		Higiene das mãos e da face	<p>E13: “(...) são desinfetadas as mãos”</p> <p>E3: “fazem a lavagem das mãos e da cara no serviço (...) com água e sabão”</p> <p>E3: “(...) lava as mãos e a cara”</p> <p>E7: “a lavagem das mãos, é usado o soluto que utilizamos para a lavagem cirúrgica das mãos”</p>
	Vestuário	<p>E13: “o enfermeiro chama o doente e acolhe-o (...) orienta para tirar toda a roupa e acessórios”</p> <p>E13: “Ao deitar na maca, é colocado um barrete para isolar a área cirúrgica do cabelo”</p> <p>E3: “O doente chega, tira a roupa, veste a roupa do bloco”</p> <p>E7: “trocam de roupa nos vestiários (...)”</p>	

ANEXO IX: Apresentação da Categoria: “Gerir ambiente”

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Gerir ambiente	Limpeza das superfícies cirúrgicas	<p>E9: “Feita de forma igual a cirurgias mais sujas (tampo cirúrgico, fios de monitorização, chão, focos de iluminação, mesas e outras superfícies de trabalho)”</p> <p>E9: “Demore o tempo que demorar”</p> <p>E4: “A desinfeção, a limpeza e higienização dos materiais, os tabuleiros, as mesas de trabalho, os cadeirões dos doentes”</p> <p>E11: “Mantemos a insistência na limpeza da sala entre doentes”</p> <p>E10: “A limpeza da sala entre cirurgias é muito rápida: limpeza de superfícies e a remoção dos lixos”</p> <p>E10: “Temos protocolo de limpeza de salas entre cirurgias”</p> <p>E9: “Não monitorizamos o tempo mínimo”</p> <p>E8: “O <i>turnover</i> é 10 minutos entre cirurgias, inclusive nas injeções intravítreas”</p> <p>E7: “Temos um programa informático (...) a auxiliar vai iniciar a limpeza da sala e fica registado”</p>
	Ambiente físico	<p>E9: “As portas são abertas frequentemente”</p> <p>E9: “Sempre que se abre a mesa cirúrgica, é usada apenas uma porta lateral para as entradas e saídas”</p> <p>E7: “Uma cultura muito restritiva, sobretudo em oftalmologia, ninguém podia abrir a porta”</p> <p>E8: “O controlo de tráfego e acesso ao bloco, somos um bloco que tem muitos alunos de medicina”</p> <p>E8: “Temos salas em que para circular, é muito difícil (...) não pode ser, não faz parte das boas práticas”</p> <p>E8: “É difícil manter um ambiente estéril”</p> <p>E8: “Uma das nossas funções como enfermeiros, é garantir um ambiente seguro e temos de atuar”</p> <p>E10: “Levam para a sala os objetos pessoais como as carteiras e malas”</p> <p>E9: “Temos enfermeiro instrumentista em todas as cirurgias o que garante maior segurança em questões de esterilidade”</p>

	<p>E13: “Na mesa cirúrgica manter sempre a assepsia”</p> <p>E9: “Só se abre material cirúrgico depois do doente entrar na sala”</p>
<p>Esterilização e manipulação do instrumental cirúrgico</p>	<p>E3: “A lavagem do material é toda feita no serviço e depois segue para a central de esterilização”</p> <p>E9: “Não temos esterilização flash”</p> <p>E9: “Não se reesteriliza material de uso único”</p> <p>E12: “A rastreabilidade do material é importante e o facto de termos um enfermeiro na esterilização”</p> <p>E8: “É uma preocupação: o material, a diversidade do material e a forma como é processado e esterilizado”</p> <p>E9: “Temos instrumental suficiente o que evita o uso de caixas de material que não arrefeceram totalmente”</p>
<p>Higienização das mãos</p>	<p>E9: “Não se cumpre o tempo de desinfeção das mãos”</p> <p>E12: “Importante é a correta desinfeção das mãos”</p> <p>E13: “Higiene constante das mãos”</p>
<p>Utilização de EPI</p>	<p>E12: “Importante é a paramentação cirúrgica de forma adequada”</p> <p>E13: “Quanto ao pessoal é muito importante a indumentária adequada e limpa”</p> <p>E3: “Outro aspeto importante é o uso correto dos EPI”</p> <p>E10: “Parecem avessos ao seu uso correto” (máscara)</p> <p>E5: “Acerca da questão da máscara, é maioritariamente abaixo do nariz”</p> <p>E5: “A cirurgia termina, não é rejeitada aquela máscara, é colocada ao nível do pescoço, (...) a seguir vão fazer uma cirurgia com a mesma máscara”</p>

ANEXO X: Apresentação da Categoria: “Atitudes terapêuticas”

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Atitudes terapêuticas	Desinfeção periocular	<p>E9: “Não se cumpre o tempo de atuação do Betadine® dérmico”</p> <p>E13: “A desinfeção cirúrgica é efetuada pelo cirurgião com iodopovidona”</p> <p>E7: “Fazemos uma desinfeção com iodopovidona dérmica antes do doente entrar na sala”</p> <p>E8: “O cirurgião é que faz a desinfeção com iodopovidona dérmica”</p> <p>E8: “Há um cirurgião que faz a desinfeção com Betadine® e a seguir com álcool”</p> <p>E2: “Na sala de oftalmologia, é onde é feita a desinfeção periocular com Betadine® dérmico”</p> <p>E4: “Desinfetamos o olho (...) e o cirurgião desinfeta novamente o olho no início do procedimento cirúrgico”</p> <p>E5: “Existe alguma relutância, nomeadamente na espera dos 3 minutos”</p> <p>E6: “Esperar 3 minutos para atuar (...) isso é impensável”</p> <p>E1: “Somos nós que fazemos a desinfeção do olho (...) avisamos que ainda não temos o tempo total”</p> <p>E13: “Caso o doente seja alérgico é usada uma diluição de clorexidina feita por nós para a desinfeção cirúrgica”</p> <p>E7: “Nós temos aquelas manábulas embebidas com clorexidina 2%. Na falta desses, é desinfeção do olho com soro fisiológico”</p> <p>E8: “Usamos a clorexidina alcoólica para a desinfeção, não diretamente no olho, nas pálpebras”</p> <p>E2: “Solução aquosa de clorexidina 0,05%, fazemos a diluição e aplicamos.”</p> <p>E5: “É feita a diluição de soluto de dakin, é uma solução de hipoclorito diluído a 0,5%”</p> <p>E11: “Unidoses de clorexidina 0.2mg/ml, tem só 3ml (...) para fazer uma desinfeção”</p>
	Desinfeção ocular	E11: “Colocamos a gota de iodopovidona”

		<p>E9: “Nas injeções intravítreas coloca-se a gota de iodopovidona antes da desinfeção periocular e após a picada”</p> <p>E13: “Nas injeções Intravítreas é colocado colírio monodose de iodopovidona”</p> <p>E7: “Fazemos nós a preparação de iodopovidona diluída 50/50 e colocamos uma gota depois de colocado o bléfaro”</p> <p>E7: “Em todos os doentes que não são alérgicos à iodopovidona”</p> <p>E7: “Colocamos a gota de Betadine® e no fim é colocada outra gota”</p> <p>E12: “Em termos de protocolo fazemos o Betadine® diluído só nas injeções intravítreas”</p> <p>E8: “Colocamos Anestocil® e Betadine® 0,5% unidose logo à entrada no BO e após a colocação do bléfaro”</p> <p>E8: “É utilizada em quase todas as cirurgias à exceção das cirurgias de córnea, cirurgias de transplantes”</p> <p>E3: “Não colocamos o Betadine® em cirurgia de oculoplástica nem em cirurgia refrativa”</p> <p>E3: “Nas injeções também colocamos uma gota no final, sempre no fundo do saco conjuntival”</p> <p>E2: “Colocamos uma gota de Betadine® dérmico a 5%, voltamos a colocar no final da cirurgia”</p> <p>E11: “Ainda não se faz sempre, fazemos a aplicação de iodopovidona unidose”</p> <p>E9: “Clorexidina 0,05% na pele, córnea e saco conjuntival”</p>
	<p>Profilaxia antibiótica</p>	<p>E9: “Cefuroxima intracamerular ou subconjuntival”</p> <p>E13: “Na sala de preparação, sempre um colírio antibiótico”</p> <p>E13: “Cefuroxima intracamerular no final da cirurgia.”</p> <p>E13: “A todos os doentes é aplicado antibiótico tópico no final da cirurgia.”</p> <p>E7: “Fazem a cefuroxima intracamerular e depois colocamos o colírio e pomada, antibiótico e corticóide”</p> <p>E8: “A cefuroxima (...) no final da cirurgia.”</p>

		<p>E2: “Aplicação intraocular da cefuroxima”</p> <p>E2: “Não colocamos o Floxedol® colírio na preparação”</p> <p>E4: “No final colocamos Floxedol® colírio”</p> <p>E5: “Em algumas cirurgias, fazem administração subconjuntival de cefazolina com um corticóide”</p> <p>E11: “A aplicação de Floxedol® é feita antes do doente entrar na sala”</p> <p>E11: “Também usamos a cefuroxima no final da intervenção”</p> <p>E12: “Já não estão a fazer profilaxia antibiótica nos pós-injeção”</p> <p>E3: “Usamos a cefuroxime (...) e colocamos Dexaval® no final da cirurgia”</p>
--	--	---

ANEXO XI: Apresentação da Categoria: “Gestão do regime terapêutico”

Categoria	Subcategoria		Unidade de registo
	Gestão dos cuidados		<p>E9: “Só temos telefonema das 24h para os doentes de vitrectomia, por causa da anestesia geral”</p> <p>E13: “Vai o número de telefone para onde podem ligar a qualquer hora”</p> <p>E7: “Levam os nossos contatos de telefone, caso haja alguma dúvida”</p> <p>E7: “Fazemos o telefonema de follow up a todos os utentes exceto os das injeções.”</p> <p>E3: “Fazemos o telefonema das 24h a doentes submetidos (...) a cirurgias mais longas (...) e sob anestesia geral”</p> <p>E4: “No pós-operatório o feedback é que os doentes ficam bem, sem dores, ficam confortáveis”</p>
Gestão do regime terapêutico	Estratégias promotoras de adesão	Documento informativo	<p>E9: “Temos folhetos para todas a cirurgias”</p> <p>E13: “Entregue folha informativa com os cuidados a ter e medicação”</p> <p>E7: “Levam escrito”</p> <p>E2: “Os folhetos do ensino e se reforça depois algumas dúvidas que tenham”</p> <p>E5: “São entregues os folhetos”</p> <p>E6: “Os doentes de catarata levam um folheto”</p> <p>E8: “Temos folhetos para todos os doentes e para todo o tipo de cirurgias”</p> <p>E8: “Todos os doentes levam um panfleto com as indicações do pós-operatório”</p> <p>E4: “Precisam dessa documentação para levar para casa, para a família ler, as vezes que forem necessárias”</p>
		Cuidados de higiene	E13: “Na alta é muito reforçada a necessidade de cuidados de higiene para evitar infeções”

			<p>E7: “Todos os doentes são instruídos para terem os cuidados”</p> <p>E7: “Deve lavar as mãos antes e depois da colocação do colírio”</p> <p>E3: “Reforçamos sempre a importância dos cuidados pós-operatórios, a lavagem das mãos, da higiene que eles têm de ter em casa”</p> <p>E5: “São efetuados ensinamentos no sentido da lavagem das mãos antes da aplicação dos colírios”</p> <p>E8: “O reforço na higienização das mãos”</p> <p>E11: “Não mexer no olho ou na proximidade do olho.”</p> <p>E11: “nos cuidados com a lavagem das mãos”</p> <p>E5: “atenção com a proximidade dos frascinhos, para não tocar nos olhos”</p>
		<p>Regime medicamentoso</p>	<p>E5: “Temos particular atenção em distinguir os colírios de um olho e de outro”</p> <p>E8: “Quem vai colocar as gotas, se não for o próprio”</p> <p>E8: “Alertar para deitar fora os colírios usados e usar os colírios novos”</p> <p>E8: “Se for bilateral e damos 2 colírios identificados: olho direito e olho esquerdo, reforçamos o ensino da aplicação e damos 1 colírio novo para cada olho”</p> <p>E11: “Nos cuidados com a aplicação das gotas”</p> <p>E6: “Com a indicação dos 3 colírios a aplicar, a durabilidade”</p> <p>E4: “A colocação das gotas seja feita convenientemente, para que não haja infeções”</p> <p>E7: “Vão com penso e a indicação é manter o penso até ao dia seguinte”</p>

			<p>E11: “Os nossos doentes são aconselhados a retirar o penso ao chegar a casa, no próprio dia.”</p> <p>E1: “Quase todos os cirurgiões retiram eles o penso no dia da consulta, no dia seguinte de manhã”</p> <p>E7: “Perguntamos sempre quem é que vai fazer a colocação dos colírios no domicílio”</p> <p>E11: “Tentamos reforçar muito esta parte, o papel do próprio doente e do cuidador”</p> <p>E1: “Os cuidados que tem que ter no pós-operatório, (...) é a família que recebe os ensinamentos”</p> <p>E6: “Nos primeiros 5 dias de pós-operatório. Para catarata levam o kit dos colírios”</p> <p>E12: “Não levam colírios nenhuns, levam receita para comprar”</p> <p>E8: “Em cirurgias de catarata, levam o Ronic® (dexametasona), o Floxedol®, e Edolfene®. por protocolo. Na retina a Prednifalmina® é muito utilizado em pomada, e na oculoplástica a cloranfenicol e Prednifalmina®”</p> <p>E8: “Nós facultamos os colírios, sempre em qualquer cirurgia”</p>
		<p>Sinais e sintomas de complicação</p>	<p>E7: “Alertamos para alguma alteração”</p> <p>E8: “É muito importante, o nosso ensino, a nossa educação para a saúde”</p> <p>E11: “Insistimos muito no momento da alta, com o utente e com o acompanhante”</p> <p>E13: “A todos os doentes e acompanhante são feitos ensinamentos no momento da alta”</p>

ANEXO XII: Apresentação da Categoria: “Fatores organizacionais”

categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Fatores organizacionais	Formação contínua	<p>E3: “Aos poucos vão-se mudando algumas práticas depois de fazermos a nossas apresentações”</p> <p>E3: “Fazemos várias formações sobre lavagem e desinfeção dos dispositivos médicos”</p> <p>E3: “(...) quando há uma alteração nos produtos utilizados para a lavagem do material ou na desinfeção das salas, faz também formação”</p> <p>E3: “reunião de serviço (...) para todos os profissionais do serviço (...) partilhamos todos e todos ouvem as formações uns dos outros”</p> <p>E1: “sentimos uma necessidade muito grande em ir a congressos e ir a formações (...) a formação em oftalmologia não chega muito aos enfermeiros”</p> <p>E1: “em relação aos enfermeiros, parece que estamos um pouco separados dessa realidade”</p> <p>E7: “E a melhoria contínua, nós também temos que apostar na formação”</p> <p>E7: “temos que investir na formação, temos que nos fundamentar com evidência científica”</p> <p>E7: “através de formação informal também vamos crescendo muito, com a partilha”</p> <p>E7: “nos momentos formativos, devíamos refletir, mas nós não temos isso”</p> <p>E7: “(...) através das situações críticas, divulgar e expor à equipa para evitar que aconteça a segunda vez”</p> <p>E7: “(...) o que podemos melhorar, o que não correu tão bem. Isso faz-nos crescer”</p> <p>E4: “vamos adquirindo conhecimento para colocá-lo em prática em prol do doente”</p>
	Formação Especializada	<p>E11: “(...) evidência científica, fundamentado em evidência forte, nós como especialistas é por aí que temos de ir, e manter a nossa posição”</p>

		<p>E3: “Aos poucos estamos a conseguir mudar algumas mentalidades, é pela evidência”</p> <p>E6: “a melhor postura não advém de ter a especialidade. Advém sim das pessoas que sempre foram competentes, sempre foram exigentes, sempre tiveram um nível na prática e de atualização de conhecimentos, superior. O facto de terem a especialidade é uma mais-valia”</p> <p>E7: “Temos de mudar mentalidades, não somos mais que os outros, temos que investir na formação, temos que nos fundamentar com evidência científica”</p> <p>E7: “E é assim que vamos evoluindo, desafiar o outro a ir procurar informação também”</p> <p>E7: “E é nisso que temos de apostar, é mudar mentalidades”</p> <p>E7: “(...) nós temos de mostrar, como enfermeiros especialistas nós somos o exemplo.”</p> <p>E6: “Dar o exemplo, sim. Mostrar evidência, sim. Se há recetividade, nem sempre”</p>
	<p>Trabalho em equipa</p>	<p>E8: “(...) com a colaboração de médicos oftalmologistas. Uma colaboração em equipa”</p> <p>E9: “(...) os médicos com colaboração da equipa de enfermagem”</p> <p>E4: “o trabalho em equipa é muito importante”</p> <p>E4: “o trabalho em equipa fomenta o sucesso e reduz o risco de infeção do local cirúrgico”</p> <p>E1: “eles não nos pressionam, compreendem, (...) para evitarmos as infeções, nós estamos aqui para colaborar”</p> <p>E1: “(...) uma questão de respeito mútuo e tentam facilitar o ambiente entre todos”</p> <p>E1: “sabemos gerir o nosso tempo, nós estamos lá para colaborar, e para garantir a segurança do doente”</p> <p>E1: “quando se decide iniciar determinada prática, todas nós executamos da mesma forma”</p>

		<p>E1: “os internos trazem outras experiências dos outros hospitais e é benéfico para todos”</p> <p>E11: “há médicos mais despertos para essa situação, ou seja, essa partilha de conhecimentos”</p> <p>E3: “Supervisionamo-nos uns aos outros, dentro da sala, no fundo há um trabalho de equipa (...) é muito importante.”</p> <p>E3: “Tentamos não entrar em conflito. Temos uma boa relação com a equipa médica”</p> <p>E6: “(...) a nível de enfermagem, temos colegas que não questionam o resto da equipa, se podem trazer o doente para a sala, se o material está todo preparado”</p> <p>E6: “(...) consegue-se alguma coisa quando são enfermeiras mais resistentes, mas não como uma política do grupo”</p> <p>E8: “Temos de usar algumas estratégias, não é fácil, mas se é uma boa prática e se beneficia o doente, temos de insistir”</p> <p>E5: “parece que nós estamos sempre a dizer o mesmo (...)”</p> <p>E1: “(...), para que nos reconheçam a nós como um elemento-chave dentro da sala operatória.”</p> <p>E6: “com os cirurgiões, não se faz nada em conformidade”</p> <p>E9: “os médicos dão cada vez menos importância a estas questões”</p>
	<p>Vigilância epidemiológica</p>	<p>E9: “não se sabe qual a nossa taxa de endoftalmite, mas não é zero”</p> <p>E9: “De tempos a tempos temos casos de infeção ocular, de casos nossos”</p> <p>E9: “Tivemos um período de 3 endoftalmites seguidas nas Injeções Intravitreas, foram investigadas as razões por um grupo de trabalho do bloco, mas não soubemos as conclusões”</p> <p>E6: “complicações de infeção, não temos tido nenhuma”</p> <p>E5: “o nível de endoftalmites é nulo. Eles têm endoftalmites vindas do exterior”</p> <p>E12: “quais eram as infeções que existem, em termos de endoftalmites a nível nacional, mas não existe. Não há um</p>

		<p>relatório, não há um registo nacional de infeções em oftalmologia”</p> <p>E6: “Não há registo de infeção do local operatório por parte de ninguém”</p> <p>E10: “Tem de haver uma relação clara entre as práticas e entre as infeções”</p> <p>E6: “tentamos fazer um trabalho sobre isto, foi sobre a infeção do local da ferida cirúrgica, e criar um ícone para registar infeções, porque efetivamente elas não são registadas”</p>
	<p>Gestão documental</p>	<p>E9: “usamos as guidelines da sociedade europeia de cirurgia de catarata e refrativa”</p> <p>E7: “é a norma da nossa instituição”</p> <p>E7: “está assim estipulado, foi assim estipulado pela direção de oftalmologia”</p> <p>E8: “Nas injeções intravítreas é sempre, já é um protocolo”</p> <p>E6: “fizemos um trabalho de grupo onde está tudo parametrizado”</p> <p>E6: “Efetivamente o que dizem as guidelines”</p> <p>E6: “há um protocolo assinado entre conselho de administração, diretor de oftalmologia e a Unidade”</p> <p>E12: “os médicos basearam-se num estudo, que foi divulgado no último congresso do ESCRS e suspenderam a colocação de antibiótico”</p> <p>E3: “As fichas de limpeza e os protocolos estão todos disponíveis para elas poderem consultar”</p> <p>E8: “é o procedimento que está assim instituído”</p> <p>E6: “preenchemos a checklist pré-operatória, com todas as questões inerentes, comuns a todos”</p> <p>E7: “está assim protocolizado, mas muitas vezes é depois ajustado consoante o cirurgião”</p> <p>E7: “é um protocolo de serviço, está padronizado e quase todos o fazem”</p>

		<p>E8: “É assim por norma, a não ser que o cirurgião não queira, mas por norma está assim protocolado”</p> <p>E8: “salvo alguma exceção que o cirurgião não queira. Mas o protocolo é assim”</p> <p>E11: “ainda não completamente protocolado para todos os cirurgiões, ainda não se faz sempre”</p>
	Liderança	<p>E6: “não temos ninguém que nos defenda, portanto acaba por ser uma luta inglória”</p> <p>E6: “alguém superior hierarquicamente que dê a cara e que nos defenda”</p> <p>E6: “Nós tentamos mudar mentalidades, mas precisamos ter um grupo coeso, desde a chefia aos colegas”</p> <p>E4: “É importante haver uma hierarquia que nos permita fazer valer os nossos conhecimentos”</p> <p>E7: “Tivemos um ano sem formações, sem briefings, ou debriefings, nada disso, porque a chefia achou que não era importante”</p> <p>E4: “mas aos gestores, fazer reunião em grupo, não interessa a nenhum deles”</p> <p>E6: “há uma diferença muito grande entre gestor e líder”</p> <p>E7: “a responsável de serviço disse-me, “aqui ninguém vai a congressos, não há tempo”</p>
	Dinâmicas de serviço	<p>E9: “(...) tal volume que não temos capacidade, (...) uma única enfermeira faz os telefonemas de todas as cirurgias de ambulatório”</p> <p>E9: “A enfermeira da preparação também é a mesma que dá alta”</p> <p>E7: “deixamos de ter possibilidade de fazer, são demasiados, impensável um enfermeiro fazer tantas consultas num dia até às 17h”</p> <p>E7: “Mas não dá, aqui trabalha-se todos os dias de manhã à noite, ninguém vai a congressos”</p>

	<p>E1: “O que é que nós às vezes observamos? (...) alguns dos cirurgiões estão de mãos no ar à nossa espera para colocar a mesa.”</p> <p>E6: “Dado o elevado e rápido número de procedimentos, abandonamos essa prática”</p> <p>E6: “não aguenta o stress e a pressão a que nós somos submetidas diariamente. A pressa, a rotatividade”</p> <p>E4: “porque os timings têm que ser rápidos, a cirurgia de ambulatório é tudo a correr e as pessoas esquecem-se do essencial, esquecem-se que está ali um ser humano”</p> <p>E6: “na equipa de enfermagem, surgiram novos elementos, com integrações feitas à pressa, é necessário e é assim, em termos de desinfeção, em termos de cuidados de assepsia, desinfeção das mãos, isso piorou tudo”</p> <p>E6: “tem de se atingir é um número, e não a qualidade, em que a pressão é constante”</p> <p>E6: “A pressão, o ser posta de lado, ser castigado, ser retaliada, isto não é fácil”</p>
--	--

APÊNDICE I: Formação em serviço

“Desinfecção do local cirúrgico em Oftalmologia: Que evidência?”



DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OFTALMOLOGIA: Que evidência?

Enquadramento

O desenvolvimento da Enfermagem como ciência exige que os enfermeiros desenvolvam a sua prática baseada na evidência científica, otimizando os cuidados prestados.




DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OFTALMOLOGIA: Que evidência?

Enquadramento


RISCO DE INFECÇÃO

Relacionado com o doente:

- > infeção pré-existente,
- > idade avançada,
- > obesidade,
- > diabetes,...

Relacionado com fatores cirúrgicos:

- > duração da cirurgia,
- > assepsia do procedimento cirúrgico,
- > classe de ferida cirúrgica,...




O sucesso na prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas básicas, incluindo a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica asséptica, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios. (p.16, 2021)

Estima-se que cerca de 50 a 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência e de "feixes de intervenções". (p.04, 2021)

DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OFTALMOLOGIA: Que evidência?

Enquadramento



Realizar desinfeção da pele do doente imediatamente antes da incisão, utilizando solução antiséptica de **clorhexidina a 2% em álcool a 70%**, exceto quando contraindicado e sempre de acordo com as instruções do fabricante. (p.6, 2021)

E a situação particular da Oftalmologia?

Exposições a elevadas concentrações de clorhexidina em superfícies consideradas sensíveis causam consequências oculares e intra-oculares muitas vezes irreversíveis. (p.14-15, 2021)

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Pila 5- Práticas Seguras em Ambientes Seguros
Objetivo Estratégico 5.3 Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e as resistências aos antimicrobianos"

DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OFTALMOLOGIA: Que evidência?

METODOLOGIA

OBJETIVO:

Mapear a evidência sobre a desinfeção do local cirúrgico em doentes submetidos a cirurgia oftalmológica, em contexto hospitalar.



QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO:

Qual o agente anti-infeccioso a ser utilizado na preparação do local cirúrgico em oftalmologia?

DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OPTALMOLOGIA: Que evidência?

METODOLOGIA Efetuada uma scoping review

Estratégia de pesquisa

- realizada a 26/06/2023
- estudos publicados em inglês, francês e espanhol
- sem limite temporal
- bases de dados eletrónicas CINAHL Complete via EBSCOhost; MEDLINE with Full Text, via PubMed; B-ON; Scielo; pesquisa livre no Google Académico e OpenGrey
- termos MESH: "ophthalmologic surgical procedures"; "surgical wound"; "surgical site"; "anti-infective agents"

Crítérios de elegibilidade

Participantes (P)
pessoa adulta submetida a cirurgia oftalmológica

Conceito (C)
desinfecção do local cirúrgico

Contexto (C)
contexto hospitalar

DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OPTALMOLOGIA: Que evidência?

Resultados

Figura 1 | Fluxograma PRISMA do processo de seleção de estudos

DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OPTALMOLOGIA: Que evidência?

Resultados

Autor	Ano	Título	Principais conclusões
Hinkle, J et al.	2020	"Iodine allergy" and the use of povidone iodine for endoscopic sinusoplastic surgery	A iodopovidona é essencial para reduzir a incidência de endoftalmite para procedimentos e cirurgias oftalmológicas. A utilização de iodopovidona diluída a base de endoftalmite comparativamente a outra substância. O Iodo é um elemento necessário à vida, logo uma alergia ao Iodo elementar não é possível, podendo, no entanto, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7048444/
Kuerten, L et al.	2020	Povidone-iodine concentration and timing in cataract surgery	A solução de Iodo diluída a base de endoftalmite na parte posterior e aquecida ocular e se aplicada na conjuntiva antes da cirurgia https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7048444/ . Recomendada aplicação de iodopovidona no fundo do saco conjuntival antes da cirurgia e deixar atuar durante 3 minutos.
Krohn, T et al.	2020	"Iodine allergy" A medical myth with risks for the ophthalmological patient	O Iodo é um elemento químico uma parte essencial do corpo humano. Há alergias mediadas por anticorpos a desidretarbo contendo Iodo, no entanto https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7048444/ e https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7048444/ a chamada alergia ao Iodo é um mito sem base científica, que não deveria resultar na não utilização de iodopovidona, aumentando assim o risco de infeção para o doente.
Zaharia, A-C et al.	2021	Preoperative antibiotic in ophthalmic surgery (a review)	O uso de iodopovidona como antiseptico pré-operatório na desbridagem ocular, é o método mais eficaz na eliminação de bactérias. No caso de alergia ao Iodo, deverá ser usada uma solução de clorhexidina a 0,05%, no entanto esta não é eficaz contra esporos.

DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OPTALMOLOGIA: Que evidência?

Resultados

Autor	Ano	Título	Principais conclusões
Kandemir, R & Myer, M.	2021	Chlorhexidine and other alternatives for povidone-iodine in ophthalmic surgery: review of comparative studies	Alternativas ao uso de iodopovidona em cirurgia ocular: - soluções de clorhexidina não são eficazes contra esporos - formulação de clorhexidina em soluções aquosas, tem ação bactericida e virúcida, mas o seu uso em oftalmologia é limitado devido à sua toxicidade para o epitélio de células - em alguns países a clorhexidina aquecida é utilizada como antiseptico em injções intraculares e a https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7048444/ observada nos casos de infeção como o uso de iodopovidona. Em vários países, incluindo Portugal, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7048444/ no entanto, por isso deve ser https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7048444/ - há fortes evidências científicas que sugerem que a resistência da iodopovidona para outros agentes anti-sépticos https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7048444/. As alternativas são promissoras, mas ainda não suficientemente exploradas.
Gryboski, A & Strou, R.	2017	Povidone-iodine still a potential antibiotic measure in ocular surgery	Existe evidência científica comprovada por vários estudos, acerca da eficácia da iodopovidona como antiseptica e do seu perfil de segurança. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7048444/ sem relatos de resistência e nenhum relato de alergia no uso oftálmico. Embora possa ser uma alternativa promissora, há estudos em que o desenvolvimento de resistência à clorhexidina foi demonstrado in vitro.
Muhammad, S et al.	2016	Endophthalmitis after intravitreal injections in patients with self-reported iodine allergy	Entre iodopovidona devido a auto-relato de alergia https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7048444/ substancial de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7048444/ .

DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OPTALMOLOGIA: Que evidência?

Discussão

Em todos os estudos é **perentório o uso de iodopovidona** como anti-infeccioso para desinfecção do local cirúrgico em oftalmologia.

Em quatro estudos são referidas as soluções à base de clorhexidina como uma alternativa à desinfecção com Iodo, ainda que o seu uso ocular seja limitado pela **toxicidade endotelial**, pela **ação antimicrobiana** e pelo **grau de desconforto no doente**.



APÊNDICE II: Guião da reunião de *Focus Group*

PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Guião de reunião

Prevenção da infeção do local cirúrgico na pessoa submetida a cirurgia oftalmológica: Perspetiva dos enfermeiros

I. Parte – Caracterização do participante

- Idade: _____
- Formação Académica: Bacharelato Licenciatura Especialidade Mestrado Doutoramento
- Tempo de serviço (anos) _____
- Tempo de serviço em bloco operatório (anos) _____
- Tempo de serviço em bloco operatório de oftalmologia (anos) _____

II. Parte – Discussão

Objetivo:

- Identificar as intervenções dos enfermeiros que contribuem para a prevenção de infeção do local cirúrgico na pessoa submetida a cirurgia oftalmológica

Questão de investigação:

- Quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a prevenção de infeção do local cirúrgico na pessoa submetida a cirurgia oftalmológica?

Tópicos de discussão:

- Intervenções dos enfermeiros na prevenção de infeções
- Envolvimento da equipa multidisciplinar na prevenção de infeções
- Feixe de intervenções para a prevenção da ILC: Aplicabilidade em Oftalmologia
- Vigilância epidemiológica: que realidade
- Colaboração dos doentes: implicações para o sucesso cirúrgico
- Enfermeiro especialista na prevenção e controlo de infeção

APÊNDICE III: Consentimento informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinam. 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 pela investigadora.

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

